

ΕΛΕΥΘΕΡ

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

1ο ΕΞΑΜΗΝΟ

1ο ΕΞΑΜΗΝΟ

2013



ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο
ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗ
Αρ. Φύλλου Αδειας
19



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

Β΄ Περίοδος / Τόμος 18ος / Τεύχος 1ο

EURO RSCG

Στον κόσμο του
όλα είναι δυνατά!



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

Libero

Like us on
Facebook

www.facebook.com/liberoclub.gr

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

Αρχαιρεσίες του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών

Σύμφωνα με το Β.Δ./28-12-1955 «Περί Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών», την Κυριακή, 10 Μαρτίου 2013, διενεργήθηκαν οι τακτικές και όπως προβλέπει ο νόμος αρχαιρεσίες του Σ.Ε.Μ.Μ.Α. για την ανάδειξη νέου Διοικητικού και νέου Πειθαρχικού Συμβουλίου. Οι Αρχαιρεσίες επικυρώθηκαν από την αρμόδια υπηρεσία της Περιφέρειας Αθηνών και οι συνθέσεις που προέκυψαν για τα νέα Συμβούλια είναι οι παρακάτω:

Διοικητικό Συμβούλιο Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Πρόεδρος: Περμανθία Παναγή
 Αντιπρόεδρος: Λυκερίδου Αικατερίνη
 Γεν. Γραμματέας: Γεωργία Κοβάνη
 Ταμίας: Αντώνιος Λαζόπουλος
 Μέλη: Φανή Πεχλιβάνη
 Χαρίκλεια Μπαρούτα
 Βιβιλάκη Βικτωρία
 Σαραντάκη Αντιγόνη
 Αναπληρ. Μέλη: Παναγιώτα Αναγνώστου
 Χρυσούλα Τάσκου
 Κλεάνθη Γουρουντή

Πειθαρχικό Συμβούλιο Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Μέλη: Λαμπρινή Παλληκαρά - Πολυπόρτη
 Αγγελική Μπέκα
 Αναπληρ. Μέλος: Γεωργία Γεωργίτσου



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.

Γ Περίοδος - Τόμος 18ος, Τεύχος 1ο, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2013

ISSN 1106 - 6822 Κωδικός ΕΛ.ΤΑ. 011701



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΣΕΜΜΑ

Πρόεδρος:	ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ
Αντιπρόεδρος:	ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΛΥΚΕΡΙΔΟΥ
Γεν. Γραμματέας:	ΓΕΩΡΓΙΑ ΚΟΒΑΝΗ
Ταμίας:	ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΛΑΖΟΠΟΥΛΟΣ
Μέλη:	ΦΑΝΗ ΠΕΧΛΙΒΑΝΗ
	ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ ΜΠΑΡΟΥΤΑ
	ΒΙΒΙΑΚΗ ΒΙΚΤΩΡΙΑ
	ΣΑΡΑΝΤΑΚΗ ΑΝΤΙΓΟΝΗ

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΣΕΜΜΑ

Μέλη:	ΛΑΜΠΡΙΝΗ ΠΑΛΗΚΑΡΑ
	ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΠΕΚΑ
Αναπληρ. Μέλος:	ΓΕΩΡΓΙΑ ΓΕΩΡΓΙΤΣΟΥ

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.semme.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

H 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

Γ Περίοδος - Τόμος 18ος, Τεύχος 1ο,
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2013

ΕΛΕΥΤΗΘ

SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL
MAGAZINE PUBLISHED QUARTERLY
OFFICIAL JOURNAL OF HELLENIC MIDWIVES

3rd Period - Volume 18, Number 1,
JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2013



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
ΤΟΥΦΙΔΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ
ΧΑΔΛΑ ΒΙΒΗ

Editorial Board
E.C. of Hellenic Midwives Association
ANTONAKOU ANGELIKI
KARAMITROS DIMITRIOS
LYMPERI RALLOU
MANIATELLI ELISAVET
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

Γ Περίοδος - Τόμος 18ος, Τεύχος 1ο,
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

«Διερεύνηση της στάσης των γυναικών στη Βόρεια Ελλάδα ως προς το θηλασμό»	183
<i>Ευθυμιάδου Ευαγγελία</i> <i>Αντωνάκου Αγγελική</i>	
«Πρόκληση γαλουχίας και ο θηλασμός του υιοθετημένου παιδιού»	191
<i>Ιορδανοπούλου Αικτερίνη</i> <i>Μαρκετάκη Ελπινίκη</i>	
«Νοσοκομείο φιλικό προς τα βρέφη Ο δρόμος προς την πιστοποίηση και η πορεία ένα χρόνο μετά»	203
<i>Ελένη Νιώρα</i> <i>Ευθυμία Πατσουράκου</i> <i>Στυλιανή Εγγλέζου</i> <i>Γεώργιος Λιόσης</i> <i>Κωνσταντίνος Παπαγαρουφάλης</i> <i>Αικατερίνη Λυκερίδου</i>	
«Κακοήθες μελάνωμα και εγκυμοσύνη»	213
<i>Ιωάννης Κ. Θανασάς</i>	
Ανακοινώσεις	220

ΕΛΕΥΘΩ

3rd Period - Volume 18, Number 1
JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2013

CONTENTS

«Maternal attitude toward breastfeeding in Northern Greece»	183
<i>Efthymiadou Evangelia</i> <i>Antonakou Angeliki</i>	
«Induced lactation and adoptive breastfeeding»	191
<i>Iordanopoulou Ekaterini</i> <i>Marketaki Elpiniki</i>	
«Baby Friendly hospital- the way to certification and the evolution a year later»	203
<i>Eleni Niora</i> <i>Euthimia Patsourakou</i> <i>Stiliani Egglezou</i> <i>Georgios Liosis</i> <i>Konstantinos Papagaroufalis</i> <i>Aikaterini Likeridou</i>	
«Malignant Melanoma and Pregnancy»	213
<i>Ioannis K. Thanasas</i>	
Announcements	220

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"ΕΛΕΥΘΩ", 1: 183-190, 2013

**«Διερεύνηση της στάσης των γυναικών
στη Βόρεια Ελλάδα ως προς το θηλασμό»****Ευθυμιάδου Ευαγγελία**

Μαία

Αντωνάκου ΑγγελικήΜαία MSc, PhD, Καθηγήτρια Εφαρμογών,
Τμήμα Μαιευτικής- Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσα-
λονίκης**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Εισαγωγή: Ο θηλασμός αποτελεί την ιδανική τροφή για τα νεογνά και βρέφη καθώς το μητρικό γάλα προσφέρει όλη την απαιτούμενη ενέργεια στο νέο οργανισμό και του προσφέρει προστασία έναντι των λοιμώξεων και αλλεργιών. Ωστόσο, παρά τα πλεονεκτήματα και οφέλη του μητρικού γάλακτος, τα ποσοστά θηλασμού στην Ελλάδα είναι πολύ χαμηλά.

Σκοπός: Η διερεύνηση της στάσης των νέων μητέρων απέναντι στο θηλασμό σε κεντρικό νοσοκομείο στη Βόρεια Ελλάδα στο οποίο πρόσφατα εφαρμόστηκε πρόγραμμα rooming in και ενημέρωσης σχετικά με το θηλασμό από τις μαιείς. Μεθοδολογία: Για το σκοπό της παρούσας μελέτης δημιουργήθηκε εξαρχής (de novo) ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αφορούσε σε ζητήματα σχετικά με την εμπειρία των γυναικών κατά το θηλασμό. Στο ερωτηματολόγιο απάντησαν τηλεφωνικά n=40 γυναίκες, οι οποίες γέννησαν στο «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης τον Ιανουάριο του 2011 και n=40 γυναίκες τον Ιανουάριο του 2012 (συνολικά n=80 γυναίκες).

Αποτελέσματα: Μετά την παρέμβαση με το πρόγραμμα rooming in και ενημέρωσης σχετικά με το θηλασμό, ήταν σημαντικά μικρότερος ο αριθμός των γυναικών που αντιμετώπισαν αρνητικά το θηλασμό ($p < 0.001$). Επίσης, ήταν σημαντικά μικρότερος ο αριθμός των γυναικών που ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν πρόβλημα με το στήθος τους κατά τη διάρκεια του θηλασμού, λιγότερες εκείνες οι οποίες ανέφεραν ότι παρήγαγαν ανεπαρκή ποσότητα γάλακτος και σημαντικά λιγότερες εκείνες που δεν θήλασαν καθόλου τα νεογνά τους ($p < 0.001$). Είναι ενδιαφέρον ότι και στις δύο χρονικές περιόδους, η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών δήλωσε ότι θα προέτρεπαν και τις άλλες μητέρες να θηλάσουν.

Συμπέρασμα: Η υιοθέτηση φιλικών προς το θηλασμό πρακτικών από τα μαιευτήρια φαίνεται να αποδίδει θετικά αποτελέσματα μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Η συνέχιση και η ενίσχυση τέτοιων τακτικών που προωθούν

το μητρικό θηλασμό από νωρίς μέσα στο μαιευτήριο θα συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση του ποσοστού των μητέρων που θηλάζουν αποκλειστικά τα βρέφη τους στη χώρα μας.

Λέξεις – Κλειδιά: Θηλασμός, στάση μητέρων προς το θηλασμό, Βόρεια Ελλάδα, rooming in

ABSTRACT

«Maternal attitude toward breastfeeding in Northern Greece»

Efthymiadou Evangelia

Midwife

Antonakou Angeliki

Midwife, MSc, PhD, Lecturer, Midwifery Department – Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki.

Background: Breastfeeding is the ideal food for newborn and infants. Breast milk provides the necessary energy to the newborn as well as protection against infections and allergies. Nevertheless, in Greece the breastfeeding rates are very low.

Aim: To investigate the attitude of new mothers towards breastfeeding in a central hospital in Northern Greece, which recently implemented a new policy with rooming in for newborns and information on breastfeeding from midwives.

Methods: A total of 80 women who gave birth at the “Hippocrateio” General Hospital of Thessaloniki in January 2011 and January 2012 (n1=40 & n2=40), responded to a questionnaire by telephone survey. Questions involved matters concerning their experiences during breastfeeding.

Results: It appears that after the intervention fewer mothers expressed negative feelings towards breastfeeding ($p < 0.001$), fewer reported experiencing problems during lactation ($p < 0.001$), fewer reported that they produced insufficient amount of milk ($p < 0.001$) and fewer were those who did not breastfeed their infants at all ($p < 0.001$). It is interesting that in both time periods,

the vast majority of women said that they urged other mothers to breastfeed.

Conclusions: The Baby-friendly initiatives adopted by the hospital seem to yield positive results in a very short time. The continuation and strengthening of such policies that promote breastfeeding during their stay in hospital, will contribute significantly to the increase of the proportion of mothers who exclusively breastfeed their infants in our country.

Keywords: Breastfeeding, Maternal attitude, Northern Greece, Rooming in

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θηλασμός αποτελεί την ιδανική τροφή για το βρέφος (Γεωργίου Α., 2007, Κουτούση Χ. και συν., 2005, Καραμπερόπουλος Δ., 1997). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), η UNICEF και η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία συνιστούν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για τους πρώτους 6 μήνες ζωής και συμπληρωματικό θηλασμό (μετά την εισαγωγή των στερεών τροφών στον 6ο μήνα) μέχρι το δεύτερο έτος και για όσο ακόμα επιθυμούν η θηλάζουσα μητέρα και το παιδί της (WHO, 2002, Unicef, 2012, American Academy of Pediatrics, 2005). Σχεδόν κάθε μητέρα μπορεί να θηλάσει (με λίγες μόνο εξαιρέσεις), αρκεί να της προσφερθεί η απαραίτητη συμβουλευτική, ενθάρρυνση, υποστήριξη και πρακτική βοήθεια (Lowdermilk D. & Perry S., 2003). Μεγάλος αριθμός μελετών έχει δείξει ότι τα οφέλη του θηλασμού είναι πολλαπλά τόσο για το παιδί όσο και για τη μητέρα και την κοινωνία. Η γαλουχία αποτελεί μία από τις περισσότερο πολύπλοκες βιολογικές λειτουργίες που μαζί με τη σύλληψη, την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, συνθέτουν τις τέσσερις φάσεις της αναπαραγωγής (Younger J. & Tirrins S., 2012). Η γαλουχία πρέπει να αρχίζει αμέσως μετά τον τοκετό, γιατί αυτή η πρώτη επαφή της μητέρας με το νεογνό αποτελεί τη βάση της πρώτης τους επικοινωνίας και της μελλοντικής τους σχέσης (Παπανικολάου Ν., 1989).

Οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι μαίες που έχουν άμεση επαφή με τη γυναίκα και το νεογνό πρέπει να παρεμβαίνουν όσον αφορά τον θηλασμό και να υποστηρίζουν την έναρξη του θηλασμού στην πρώτη ώρα μετά τον τοκετό. Με αυτόν τον τρόπο θα συμβάλλουν στην

εγκατάσταση επιτυχούς και ικανοποιητικού θηλασμού πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο (Καραμπερόπουλος Δ., 1997, Who, 1998). Οι παρεμβάσεις για την προαγωγή του θηλασμού ξεκινούν από τα βασικά βήματα όπως ο σωστός δρασμός της θηλής, η θέση που μπορεί να έχει η θηλάζουσα κατά τη διάρκεια του θηλασμού, και επίσης περιλαμβάνουν μέτρα αυτοφροντίδας, πρόληψης και έγκαιρης αντιμετώπισης τυχόν προβλημάτων (Καραμπερόπουλος Δ., 1997).

Καίριο λόγο σε όλη αυτήν την προσπάθεια έχουν τα δέκα βήματα επιτυχούς θηλασμού που έχουν θεσπιστεί από τον ΠΟΥ (WHO, 1998) και θα πρέπει να υιοθετηθούν από όλα τα Μαιευτήρια και Νοσοκομεία που θέλουν να προάγουν το θηλασμό και κατά συνέπεια την υγεία των νεογνών.

Στην Ελλάδα, δύο μόνο νοσοκομεία: το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν» και το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο- Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου» στο νομό Αττικής έχουν λάβει τον τίτλο "Baby-Friendly Hospital" (BFH) «Φιλικό προς τα βρέφη νοσοκομείο». Στην ευρύτερη περιοχή της Βόρειας Ελλάδας και ειδικότερα στο νομό Θεσσαλονίκης δεν υπάρχουν ακόμη BFH, παρόλο που αρκετά (κυρίως δημόσια νοσοκομεία) έχουν υιοθετήσει κάποιες πολιτικές και πρακτικές προς την κατεύθυνση αυτή.

Πρόσφατα ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης επέλεξε να υιοθετήσει πολιτικές σύμφωνες με τα 10 επιτυχή βήματα (WHO, 1998). Το νοσοκομείο αυτό άρχισε να εφαρμόζει πρόγραμμα παραμονής των νεογνών μαζί με τις μητέρες τους (rooming in), ενώ παράλληλα όρισε ομάδα μαιών για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού με αποκλειστική αρμοδιότητα την ενημέρωση των νέων μητέρων. Έτσι λοιπόν η διερεύνηση της στάσης των γυναικών που γέννησαν σε αυτό το νοσοκομείο ως προς το θηλασμό πριν και μετά την υιοθέτηση αυτών των πολιτικών, έχει να δώσει σημαντικά στοιχεία σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται οι γυναίκες τον θηλασμό και την προσπάθεια αυτή, και ποια είναι τα κυριότερα ζητήματα που χρήζουν άμεσης βελτίωσης ή παρέμβασης.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να μελετηθεί ο πληθυσμός των γυναικών που γέννησε τον Ιανουάριο του 2011 και του 2012 (τυχαία επιλογή του μήνα αυτού), σε σχέση με τις γνώσεις τους, την ενημέρωσή τους και

τις εμπειρίες τους γύρω από το θηλασμό. Έγινε επίσης σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των δύο αυτών χρονικών στιγμών, καθώς μέσα στο 2011 έγινε εφαρμογή νέων τεχνικών υποστήριξης του θηλασμού στο «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη με τη διαδικασία συμπλήρωσης πρωτότυπου (de novo) ερωτηματολογίου 49 ερωτήσεων μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων. Το ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήσεις για τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών (1-7 ερωτ.), για την πορεία της εγκυμοσύνης (8-14 ερωτ.) και τέλος, ερωτήσεις σχετικές με την εμπειρία του θηλασμού, την ενημέρωση και τη γενικότερη στάση τους απέναντι σε στο θηλασμό (15-49ερωτ.). Το δείγμα της έρευνας αφορά $n_1 = 40$ γυναίκες, οι οποίες γέννησαν τον Ιανουάριο του 2011 και $n_2 = 40$ γυναίκες που γέννησαν τον αντίστοιχο μήνα του 2012 στο «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε πιλοτικά σε 20 γυναίκες και μετά χρησιμοποιήθηκε στον υπόλοιπο πληθυσμό της μελέτης. Επιλέχθηκαν αρχικά όλες οι γυναίκες που γέννησαν τον Ιανουάριο του 2011 ($n = 70$). Κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν ο τοκετός υγιούς, τελειόμηνου νεογνού (>37 εβδ.) που δεν χρειάστηκε μεταφορά στη μονάδα νοσηλείας νεογνών και η γνώση της ελληνικής γλώσσας. Το τελικό δείγμα για το 2011 διαμορφώθηκε σε $n_1 = 40$ γυναίκες. Αντίστοιχα, από το αρχείο του νοσοκομείου επιλέχθηκαν οι πρώτες $n_2 = 40$ γυναίκες που γέννησαν τον Ιανουάριο του 2012 και δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Για την διεξαγωγή της μελέτης λήφθηκε η έγκριση της Επιστημονικής Επιτροπής του «Ιπποκράτειου» Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Όλα τα στοιχεία και οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας ήταν απόρρητα και εμπιστευτικά. Η γενική εντύπωση από τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων ήταν ότι οι ερωτήσεις ήταν κατανοητές, ενώ οι μητέρες απαντούσαν γρήγορα και με άνεση. Πολλές μητέρες πέραν της συγκεκριμένης απάντησης που έδιναν στις διάφορες ερωτήσεις, έκαναν περαιτέρω σχόλια και κατέθεταν εμπειρίες ή απόψεις όσον αφορά στις δυσκολίες που αντιμετώπισαν στην έναρξη και συνέχιση του θηλασμού, στην υποστήριξη που έλαβαν ή όχι από το προσωπικό του νοσοκομείου, από το σύντροφό τους, την

ευρύτερη οικογένεια και το φιλικό τους περίγυρο. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS, και η γραφική αναπαράσταση των αποτελεσμάτων με το πρόγραμμα Excel. Η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε στο $p < 0.05$, ενώ η συγκρίσεις των ευρημάτων των δύο ετών έγινε με τη χρήση του Fisher's exact test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Δημογραφικά στοιχεία

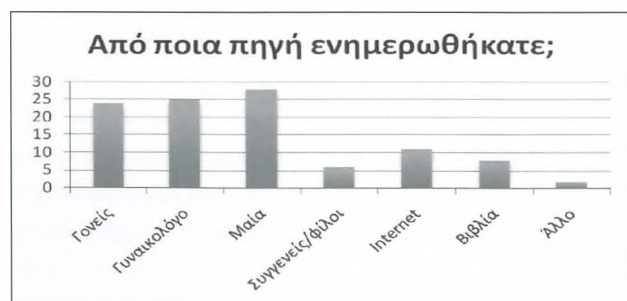
Οι δύο υπο-ομάδες πληθυσμού είχαν παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά. Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών ήταν 27.2 ± 2.1 έτη. Η πλειοψηφία των γυναικών ήταν παντρεμένες (70%), το 55% είχε πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ, ενώ το 55% δεν εργαζόταν κατά τη σύλληψη. Οι μισές και πλέον των εργαζομένων, απασχολούνταν στον ιδιωτικό τομέα (47.1% το 2011, 63.2% το 2012). Το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα όλων των γυναικών δεν ξεπερνούσε τις 20.000 ευρώ.

Γενικές ερωτήσεις για την εγκυμοσύνη

Οι γυναίκες και των δύο υπο-ομάδων είχαν προγραμματίσει την εγκυμοσύνη τους σε ποσοστό 60% και 70%, αντίστοιχα. Παρόλα αυτά οι μισές περίπου κάπνιζαν και το 1/4 των γυναικών συνέχισε το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Το 2012 οι πρωτοτόκες αποτελούσαν το 60%, ενώ το 2011 μόλις το 30%.

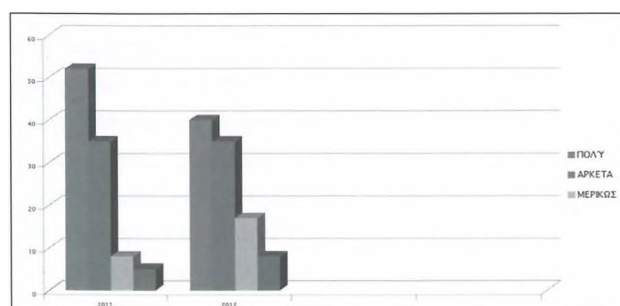
Ερωτήσεις που αφορούν στο θηλασμό

Πριν τον τοκετό δήλωσε πλήρως ενημερωμένο σχετικά με το θηλασμό περίπου το 8.5% και στις δύο υπο-ομάδες. Η κύρια πηγή ενημέρωσης ήταν η μαία (40% και 28%, αντίστοιχα για τα δύο έτη 2011-2012), ο γυναικολόγος τους (38% και 25%, αντίστοιχα), οι μητέρες τους (30%) και το διαδίκτυο (28% και 11%) ($p > 0.05$) (Γράφημα 1).



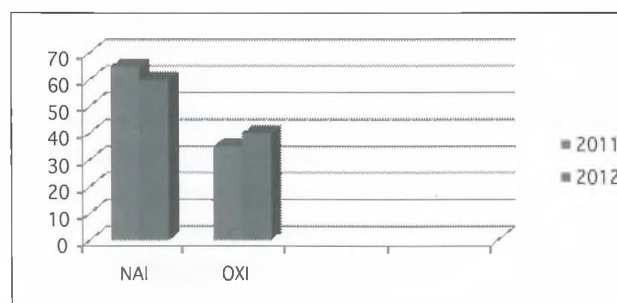
Γράφημα 1. Πηγή ενημέρωσης περί θηλασμού, 2012

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι 30% των γυναικών το 2012 δήλωσε ότι έλαβε πλήρη ενημέρωση περί θηλασμού κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο, έναντι μόλις 5% το 2011 ($p = 0.09$). Πρόθεση να θηλάσει δήλωσε το 75% των γυναικών και στις δύο υπο-ομάδες. Εκείνες που δεν ήθελαν να θηλάσουν, το απέδωσαν κυρίως σε ανησυχία για την ποσότητα του γάλακτος και τον φόβο ότι θα αντιμετώπιζαν προβλήματα με το στήθος τους κατά το θηλασμό, π.χ. εισέχουσες θηλές (75% το 2011 και 60% το 2012). Η ενημέρωση που έλαβαν οι γυναίκες εντός του Νοσοκομείου από τις μαίες ή άλλες πηγές βοήθησαν αρκετές γυναίκες, επηρεάζοντάς τες αρκετά έως πολύ σε ποσοστό περίπου 87% και 75% αντίστοιχα για τις δύο χρονικές περιόδους ($p > 0.05$) (Γράφημα 2).



Γράφημα 2. Αποτελεσματικότητα ενημέρωσης περί θηλασμού 2011-2012

Σε σχέση με την έναρξη του θηλασμού, το 60% των γυναικών και των δύο χρονικών περιόδων υποστήριξε ότι έγινε άμεση τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος (Γράφημα 3). Αυτό όμως υποστηρίζεται από τις γυναίκες που

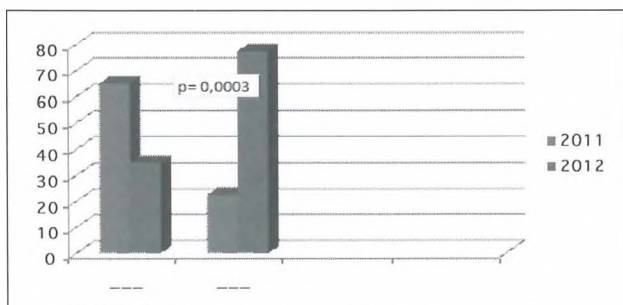


Γράφημα 3. Άμεση τοποθέτηση νεογνού στο στήθος, 2011-2012

γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό. Καμία γυναίκα που υποβλήθηκε σε καισαρική τομή δεν απάντησε θετικά στο παραπάνω ερώτημα. Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός πά-

ντως ότι το 2012 το ποσοστό των νεογνών που σιτίστηκε με τυποποιημένο γάλα μειώθηκε στο 47.5% από το 70% που ήταν την προηγούμενη χρονιά ($p=0.06$).

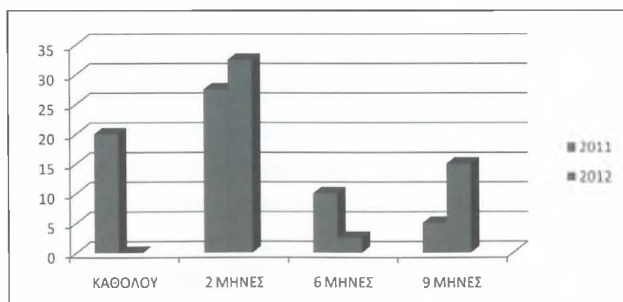
Περίπου το 50% και των δύο υπο-ομάδων απάντησε ότι είχε υποστηρικτικό περιβάλλον για το θηλασμό μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο, αναφερόμενοι κυρίως στο σύντροφο και τους γονείς τους. Το 2012 ωστόσο, φαίνεται να αναδεικνύεται σημαντικά και ο υποστηρικτικός ρόλος της μαίας που καταγράφηκε στις απαντήσεις του 33% των ερωτηθέντων έναντι του 28% για τη χρονιά του 2011 ($p>0.05$). Σε σχέση με το θηλασμό σε δημόσιο χώρο φαίνεται πως η πλειοψηφία των γυναικών δεν τον επιλέγει. Σχεδόν τα 2/3 και των δύο υποομάδων ανέφερε πως δεν είχε θηλάσει ποτέ σε δημόσιο χώρο και το 40% δήλωσε πως θα τις ενοχλούσε η συγκεκριμένη πρακτική. Από τα αποτελέσματα προέκυψαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις των γυναικών των δύο υπο-ομάδων ως προς σημαντικές παραμέτρους για το θηλασμό. Σημαντικά λιγότερες γυναίκες το 2012 δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν δυσκολίες κατά το θηλασμό ($p=0.0003$) (Γράφημα 4). Συγκεκριμένα, λιγότερες γυναίκες δήλωσαν



Γραφήματα 4. Δυσκολία θηλασμού, 2011-2012

ότι αντιμετώπισαν προβλήματα με το στήθος τους (υπερφόρτωση, τραυματισμούς θηλών) ($p=0.012$) ή ανέφεραν ότι είχαν ανεπαρκή ποσότητα γάλακτος ($p=0.003$).

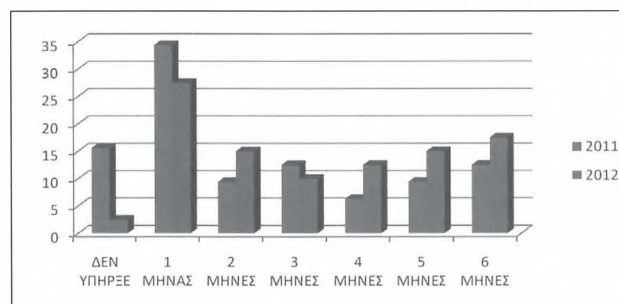
Αντίστοιχα, η χρονική διάρκεια θηλασμού ήταν μεγαλύτερη στην υπο-ομάδα του 2012 (Γράφημα 5). Είναι



Γράφημα 5. Χρονικό διάστημα θηλασμού, 2011-2012

χαρακτηριστικό ότι το 2012 καμία γυναίκα δεν ανέφερε ότι δεν θηλάσσει καθόλου ($p=0.005$).

Ακόμη και σε σχέση με τον αποκλειστικό θηλασμό, παρατηρήθηκε μία γενικότερη αύξηση των ποσοστών το 2012. Είναι χαρακτηριστικό ότι το ποσοστό των γυναικών που θηλάσσει ως τον 6ο μήνα αυξήθηκε κατά 5% σε σχέση με το 2011 (Γράφημα 6). Οι κύριοι λόγοι διακοπής του



Γράφημα 6. Χρονικό διάστημα αποκλειστικού θηλασμού, 2011-2012

θηλασμού πριν τον έκτο μήνα και στις δύο υπο-ομάδες, ήταν η επιστροφή στην εργασία, η έλλειψη υποστήριξης από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, καθώς και η κόυραση και το άγχος.

Ο θηλασμός και για τις δύο υπο-ομάδες αποτέλεσε μία θετική εμπειρία ζωής. Τα 3/4 των γυναικών δήλωσαν πως θα ήθελαν να διαρκούσε περισσότερο, ενώ σχεδόν όλες (>90%) ακόμη και εκείνες που δεν θηλάσαν, δήλωσαν πως θα προέτρεπαν άλλες γυναίκες να θηλάσουν.

Σε σχέση με τον τρόπο τοκετού, καταγράφηκε μείωση των καισαρικών τομών το 2012 κατά 10% ($p>0.05$) (Γράφημα 7). Παρέμεινε ωστόσο το γεγονός ότι κατά την



Γράφημα 7. Μέθοδος Τοκετού, 2011-2012

καισαρική τομή δεν μπορεί να τοποθετηθεί το νεογνό άμεσα στο στήθος της μητέρας για θηλασμό ή έστω για να δοθεί το ερέθισμα της έναρξης του θηλασμού. Αυτό κυρίως συμβαίνει λόγω έλλειψης υποδομών στο χώρο

των χειρουργείων και λόγω της συνήθους πρακτικής του ιατρικού και μαιευτικού προσωπικού. Έτσι το νεογνό έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με τη μητέρα του μόλις εκείνη πάει στο θάλαμο λεχωίδων, 2-3 ώρες μετά τον τοκετό. Τα νεογνά αυτά, σιτίζονται όλα με τυποποιημένο γάλα προτού δοθούν στις μητέρες τους. Η παρούσα μελέτη ωστόσο αποκάλυψε πως το 2012, στο 47% των νεογνών δόθηκε τυποποιημένο γάλα, ενώ με καισαρική τομή γεννήθηκε μόλις το 30% αυτών. Δηλαδή παρουσιάζεται ένα 17% νεογνών να έχει λάβει τυποποιημένο γάλα ενώ είχε γεννηθεί με φυσιολογικό τοκετό. Συγκριτικά, με το 2011, το ποσοστό των νεογνών που σιτίστηκε με τυποποιημένο γάλα μειώθηκε σημαντικά ($p=0.05$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στη συνέχεια γίνεται προσπάθεια σύγκρισης των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με αντίστοιχες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας αλλά και στο εξωτερικό.

Σε σχέση με τα ποσοστά των Ελληνίδων που θηλάζουν, τα αποτελέσματα τόσο της παρούσας μελέτης, όσο και των αντίστοιχων που παρατίθενται παρακάτω είναι δυσάρεστα. Φαίνεται, λοιπόν πως ενώ αρχικά οι μητέρες δηλώνουν την πρόθεσή τους να θηλάσουν, λίγες είναι εκείνες που θηλάζουν αποκλειστικά και ελάχιστες εκείνες που θηλάζουν αποκλειστικά για το διάστημα των πρώτων έξι μηνών. Πιο αναλυτικά, σε μελέτη 100 γυναικών στη Λαμία το 2009, η πλειοψηφία εξέφρασε την επιθυμία να θηλάσει (78%). Ωστόσο, μόλις το 15% το έπραξε για 6 με 9 μήνες (Gesouli-Voltyraki E. et al., 2009). Σε μία άλλη επιδημιολογική μελέτη του 2007, με δείγμα 4.310 γυναικών από 7 Νοσοκομεία της χώρας, φάνηκε πως 1 μήνα μετά τον τοκετό μεικτή διατροφή ακολουθούσε το 85% των νεογνών, ενώ θηλάζε αποκλειστικά μόλις το 23%. Φάνηκε επίσης πως οι μητέρες των βρεφών που δεν είχαν rooming-in ενώ είχαν προηγούμενη προσωπική εμπειρία θηλασμού είχαν περισσότερες πιθανότητες να πραγματοποιήσουν αποκλειστικό θηλασμό παρά τα συμπληρώματα γάλακτος που δίνονταν στα νεογνά τους, κατά την παραμονή στο μαιευτήριο. Φαίνεται, λοιπόν πως οι γυναίκες είναι σε θέση να επιτύχουν αποκλειστικό θηλασμό στο σπίτι παρά τα συμπληρώματα των μαιευτηρίων αρκεί να υπάρχει θέληση και φυσικά ενημέρωση (Bacoula C. et al., 2007).

Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση αναζητήθηκαν μελέτες στις βάσεις δεδομένων PubMed και Scholar Google, καθώς και στις επίσημες ιστοσελίδες του ΠΟΥ και της Unicef για το χρονικό διάστημα 1990-2009. Το κύριο κριτήριο επιλογής των μελετών ήταν να διαφαίνεται ο συσχετισμός συχνότητας μητρικού θηλασμού και σύγχρονου τρόπου ζωής.

Το αποτέλεσμα της συνολικής αυτής μελέτης έδειξε πως οι Ελληνίδες μητέρες διακόπτουν το θηλασμό σε σύντομο χρονικό διάστημα. Υπολογίζεται ότι μέχρι τον 6ο μήνα, το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού έχει μειωθεί στο 4%. Αυτό, κατά τους συγγραφείς, φαίνεται να οφείλεται στο σύγχρονο τρόπο ζωής, στη σαφή έλλειψη φιλοσοφίας μητρικού θηλασμού που χαρακτηρίζει την ελληνική κοινωνία, στην αδύναμη υποδομή στήριξης του μητρικού θηλασμού από τους επαγγελματίες υγείας τόσο στα νοσηλευτικά ιδρύματα όσο και στο πλαίσιο της κοινότητας-οικογένειας και, τέλος, στο μεγάλο βαθμό επιρροής των εταιρειών κονιοποιημένου γάλακτος στην Ελλάδα (Ηλιάδη Π και συν., 2009).

Τα ίδια αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, όπου φαίνεται ότι αποκλειστικά θηλάζει μόλις το 21% των Ελληνίδων τον 1ο μήνα, ενώ συνεχίζει το θηλασμό (όχι αποκλειστικό) τον 6ο μήνα μόλις το 19% (Γάκη Ε. και συν., 2009). Σε άλλη μελέτη στην Αθήνα, σε μικρό δείγμα γυναικών που είχαν δηλώσει εξαρχής την επιθυμία τους να θηλάσουν αποκλειστικά και είχαν υποστήριξη κατά τη διάρκεια της γαλουχίας, βρέθηκε ότι μόλις το 37.5% κατάφερε να θηλάσει αποκλειστικά ως τον 6ο μήνα (Antonakou et al. 2010).

Στο διεθνή χώρο φαίνεται πως στη Βόρεια Ιρλανδία επικρατούν τα χαμηλότερα ποσοστά έναρξης και διάρκειας θηλασμού, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη σε δείγμα 200 γυναικών, που είχε ως στόχο να διερευνήσει τη σχέση της πρόθεσης θηλασμού της μητέρας με τη διατροφή τελικά του νεογνού (Sittlington J. et al., 2007). Σε άλλη μελέτη πάλι στην Ιρλανδία αλλά σε πληθυσμό Κινέζων αποκαλύφθηκε πως υπήρχαν πολλές λανθασμένες πεποιθήσεις γύρω από το θηλασμό, οι οποίες επηρέαζαν αρνητικά την έναρξη και συνέχιση του θηλασμού. Υπογραμμίζεται λοιπόν η ανάγκη να συγκεντρωθούν πόροι για εκπαίδευση των μητέρων και σχετική διόρθωση των παρανοήσεων, ώστε να αντιστραφεί η αρνητική τους στάση απέναντι στο θηλασμό (Zhou, S. et al., 2010).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το μικρό δείγμα που συμπεριλήφθηκε σε αυτή την έρευνα, λόγω μειωμένου χρόνου και υψηλού κόστους (τηλεφωνική έρευνα), αποτελεί περιοριστικό παράγοντα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Επίσης, στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν μόνο Ελληνίδες γυναίκες για καλύτερη συνεννόηση και κατανόηση του ερωτηματολογίου από αυτές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως προκύπτει από την παρούσα μελέτη, οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος επιθυμούν να θηλάσουν, αλλά ένα μεγάλο ποσοστό δεν καταφέρνει να θηλάσει αποκλειστικά για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το ποσοστό αυτών που θηλάζει αποκλειστικά για έξι μήνες είναι πολύ μικρό (12.5% το 2011 και 17.5% το 2012). Σχεδόν όλες όσες θηλάσαν έστω και λίγο θεωρούν πολύ σημαντική και θετική αυτήν την εμπειρία και θα προέτρεπαν άλλες γυναίκες να θηλάσουν.

Οι σημαντικές προσπάθειες που κάνουν οι μαιές μέσα στο χώρο του νοσοκομείου μετά τον τοκετό, φαίνεται πως δεν αρκούν. Η εφαρμογή των παρεμβάσεων έχει αρχίσει να φέρνει θετικά αποτελέσματα: βελτίωση της ποιότητας ενημέρωσης των γυναικών στο χώρο του νοσοκομείου με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται σημαντικά λιγότερος φόβος και ανησυχία από τη μεριά των γυναικών για τυχόν προβλήματα κατά το θηλασμό, λιγότερα αναφερόμενα προβλήματα κατά το θηλασμό, μείωση του ποσοστού των νεογνών που σιτίσθηκε με τυποποιημένο γάλα και ενίσχυση του ρόλου της μαιάς. Ωστόσο, υπάρχουν ακόμη πολλά που πρέπει να βελτιωθούν. Οι γυναίκες πρέπει να λαμβάνουν συνεχή ενθάρρυνση και υποστήριξη βασισμένη σε επιστημονική γνώση από τις μαιές/μαιευτές. Γι αυτό χρειάζονται προγράμματα συνεχούς επιμόρφωσης για το μαιευτικό προσωπικό των νοσοκομείων.

Χρήσιμο θα ήταν επίσης, να δημιουργηθούν ομάδες μαιών στα νοσοκομεία, οι οποίες θα λαμβάνουν δράση εκτός του νοσοκομειακού χώρου. Δηλαδή, θα επισκέπτονται τις γυναίκες μετά την έξοδό τους, μία δύο φορές την εβδομάδα για ένα μήνα ή για όσο κρίνεται απαραίτητο (κοινωνική μαιά). Έτσι, θα αντιμετωπίζονται έγκαιρα και αποτελεσματικά τα όποια προβλήματα ανακύψουν κατά το θηλασμό.

Τέλος, έχει αποδειχθεί ότι ο αποκλειστικός θηλασμός

επιτυγχάνεται καλύτερα όταν ξεκινήσει αμέσως μετά τη γέννηση του νεογνού. Από την παρούσα μελέτη προκύπτει, πως σε καμία γυναίκα που γέννησε με καισαρική τομή δεν συνέβη κάτι τέτοιο. Προφανώς, κυρίως λόγω έλλειψης επαρκούς γνώσης και συνεχούς ενημέρωσης του προσωπικού και στη συνέχεια λόγω τεχνικών δυσκολιών εντός του χειρουργείου. Θα έπρεπε λοιπόν ο χώρος των χειρουργείων να διαμορφωθεί ανάλογα ώστε να επιτρέπει την τοποθέτηση του νεογνού άμεσα στην αγκαλιά της μητέρας του. Κυρίως όμως θα πρέπει να γίνει αλλαγή της στάσης των επαγγελματιών υγείας στο χώρο του νοσοκομείου ώστε να υποστηρίζεται ο μητρικός θηλασμός από όλους.

Επίλογος

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί δικαίωμα κάθε μητέρας και νεογνού. Ο ρόλος της μαιάς είναι να μπορεί να υποστηρίξει τεκμηριωμένα και με συνέπεια την επιλογή της γυναίκας. Υιοθέτηση πρακτικών υποστηρικτικών προς το θηλασμό στα νοσοκομεία της Ελλάδας, θα συμβάλλουν στην αύξηση των ποσοστών θηλασμού και συνεπώς στη βελτίωση των δεικτών νεογνικής, βρεφικής και παιδικής υγείας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε τις μαιές και τη διοίκηση του «Ιπποκρατείου» Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης για την πολύτιμη βοήθειά τους. Ευχαριστούμε επίσης τον Δρ. Τζαλοκώστα Βασίλη για την αμέριστη συμπαράστασή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ

- Antonakou A, Panou I, Matalas A-Leda. Greek women's diet during pregnancy; preliminary results of a research study. *Review Clinical Pharmacology and Pharmacokinetics International Edition* 2010;24: 229-233
- Bacoula C. Nicolaidou P. Veltsista A. Prezerakou A. Moustaki M. Kavadias G. Lazaris D. Fretzayas A. Krikos X. Karpathios T. Matsaniotis N. Does Exclusive Breastfeeding Increase After Hospital Discharge? A Greek Study. *Journal of Human Lactation* 2007, 96 (2): 165
- Gesouli- Voltyraki E, Deltsidou A, Stamelaki D, Karkageli V, Noula M. Womans' attitudes towards breastfeeding in a province of Greece. *HSJ- health science journal* 2009, 3,(2): 88-94 <http://www.hsj.gr/volume3/issue2/325.pdf>.
- Lowdermilk D., Perry S. Νοσηλευτική μητρότητας, Τόμος II, Κεφ.20: Διατροφή και σίτιση του νεογνού και βρέφους. Θεσσαλονίκη: Λαγός Δημήτριος, 2003:601-636
- Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *American Academy of Pediatrics* 2005;115;496-506 DOI: 10.1542/peds.2004-2491 <http://pediatrics.aappublications.org/content/115/2/496.full.pdf+html>
- Sittlington J. Stewart-Knox1 B. Wright M. Bradbury I. Scott J. Infant-feeding attitudes of expectant mothers in Northern Ireland. *Oxford Journals. Medicine. Health Education Research* 2007, 22(4): 561-570
- Younger J & Tippins S. Θηλασμός: οδηγός για τη νέα μητέρα. *American Academy of Pediatrics*. εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2012
- Zhou SS, Li D, Zhou YM, Sun WP, Liu QG. B-vitamin consumption and the prevalence of diabetes and obesity among the US adults: population based ecological study. *BMC Public Health*. 2010 Dec 2;10:746. doi: 10.1186/1471-2458-10-746.

Γάκη Ε., Παπαμηχαηλ Δ., Σαραφίδου Γ., Παναγιωτόπουλος Τ., Αντωνιάδου Ι. Εθνική μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού, Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού, 2009.

http://www.unicef.gr/pdfs/Ekthesi_Ethnikhs_Meleths_Thilasmou.pdf

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Γεωργίου Α., Δίαιτα και Σύσταση των Λιπιδίων στο Μητρικό Γάλα, Πτυχιακή Εργασία, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Επιστήμης Διατροφής – Διαιτολογίας, Αθήνα, 2007.
- Ηλιάδη Π. Παλάσκα Ε. Θηλασμός και Σύγχρονος Τρόπος Ζωής Η Ελληνική Πραγματικότητα. *Νοσηλευτική*, 2009; 48(4): 352–357.
- Καραμπερόπουλος Δ. Οδηγίες περί θηλασμού στον «Ερμή το Λόγιο» του 1816 και 1817, *Δελτ Α΄ Παιδιατρ. Κλιν. Πανεπ. Αθηνών* 44, 1997.
- Κουτούση Χ., Κωστούδη Σ., Μυρωνίδου-Τζουβελέκη Μ. Η σημασία του θηλασμού και η ιστορία του θηλασμού, *Ιατρική σχολή ΑΠΘ, Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος*, 2005: 17: 19 – 30.
- Παπανικολάου Ν. Μαστολογία, εκδ. Βορείου Ελλάδος, Θεσσαλονίκη, 1989.
- Ιστοσελίδες
 Maternity action. Breastfeeding in Public Places, 2012. <http://www.maternityaction.org.uk/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/breastfeedingpublicplace.pdf>
 UNICEF. Innocenti Declaration On the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding, 2012. <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
 WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding, 1998. http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_eng.pdf
 WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review, 2002. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NHD_01.08.pdf



ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

"ΕΛΕΥΘΩ", 1: 191-202, 2013

Πρόκληση γαλουχίας και ο θηλασμός του υιοθετημένου παιδιού

Ιορδανοπούλου Αικατερίνη

Μαΐα, Κέντρο Υγείας Σερβίων - Κοζάνης

Μαρκετάκη Ελπίνη

Μαΐα, Iasis Hospital Χανίων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Πρόκληση γαλουχίας είναι η έναρξη παραγωγής γάλακτος από μια γυναίκα η οποία δεν έχει το πλεονέκτημα των ορμονών της εγκυμοσύνης και δεν έχει θηλάσει στο πρόσφατο παρελθόν (Riordan J, 2005). Οι γυναίκες που μπαίνουν στην διαδικασία πρόκλησης γαλουχίας έχουν συνήθως προβλήματα υπογονιμότητας και είτε υιοθετούν κάποιο νεογνό/βρέφος, είτε είναι οι βιολογικές μητέρες νεογνών που γεννηθήκαν από παρένθετες μητέρες. Ενώ στην θεωρία η πρόκληση γαλουχίας χαίρει όλο και μεγαλύτερης αποδοχής από τον επιστημονικό κόσμο, εντούτοις δεν υπάρχουν επίσημα πρωτόκολλα πρόκλησης βασισμένα σε μελέτες ή έρευνες επί του θέματος. Η παρούσα ανασκόπηση είναι μια προσπάθεια συγκέντρωσης βιβλιογραφικών στοιχείων που αφορούν στον προκλητό θηλασμό, με σκοπό την εξοικείωση της/του μαίας/μαιευτή με την θηλασμό του υιοθετημένου παιδιού.

Λέξεις – κλειδιά: θηλασμός, υιοθεσία, πρόκληση γαλουχίας, γαλακταγωγία, πρωτόκολλα

ABSTRACT***Iordanopoulou Ekaterini******Marketaki Elpiniki: Induced lactation and adoptive breastfeeding***

Induced lactation is the process of stimulating lactation when a woman has not had the benefit of the hormones of pregnancy and has not lactated in the recent past. (Riordan J, 2005). Women that induce lactation are usually infertile and either they adopt a newborn/ infant or they are the biological mothers of neonates who were born through surrogacy. While in theory induced lactation is gaining increasing acceptance by the scientific world, there is no official protocols based on studies or research on the subject. This review is an effort to gather bibliographic data related to induced lactation, in order to familiarize the midwife with adoptive breastfeeding.

Key-words: breastfeeding, adoption, induced lactation, galactagogues, protocols

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θηλασμός αναμφίβολα αποτελεί τον ιδανικό τρόπο σίτισης των νεογνών/βρεφών, τουλάχιστον έως τον 12ο μήνα της ζωής. Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι γονείς έχουν αρχίσει να ευαισθητοποιούνται και να επαναπροσδιορίζουν θετικά την στάση τους προς τον μητρικό θηλασμό. Ανάμεσα στους γονείς αυτούς υπάρχει και ένα (μικρό ομολογούμενως) ποσοστό μητέρων που ενώ απέκτησαν τα παιδιά τους μέσω υιοθεσίας ή παρένθετης μητρότητας, εκδηλώνουν ισχυρή επιθυμία να θηλάσουν τα θετά νεογνά/βρέφη τους, όταν ενημερωθούν ότι αυτό είναι εφικτό. Σε αυτή την περίπτωση οι εν λόγω γυναίκες μπαίνουν στην διαδικασία πρόκλησης γαλουχίας. Πρόκληση γαλουχίας είναι η έναρξη παραγωγής γάλακτος από μια γυναίκα η οποία δεν έχει το πλεονέκτημα των ορμονών της εγκυμοσύνης και δεν έχει θηλάσει στο πρόσφατο παρελθόν (Riordan J, 2005).

Στο παρελθόν το βασικό κίνητρο πρόκλησης γαλακτοφορίας σε μια γυναίκα ήταν η παροχή τροφής σε κάποιο νεογνό του οποίου η μητέρα δεν ήταν σε θέση να το θηλάσει ή ακόμη χειρότερα απεβίωσε κατά/μετά τον τοκετό. Ωστόσο πρόσφατα το ενδιαφέρον σχετικά με τον προκλητό θηλασμό αναζωπυρώθηκε, έχοντας πλέον νέους στόχους: α) την ωφέλεια του νεογνού βρέφους μέσω της παροχής θρεπτικών συστατικών που βρίσκονται στο μητρικό γάλα και β) το δέσιμο μητέρας - παιδιού μέσω της διαδικασίας του θηλασμού (επαφή δέρμα με δέρμα, άμεση οπτική επαφή κλπ).

1. Βιολογικοί λόγοι πρόκλησης της γαλουχίας

Από βιολογικής απόψεως το μητρικό γάλα αποτελεί την ιδανική τροφή για το νεογνό και έπειτα για το βρέφος, τουλάχιστον μέχρι την ηλικία των 12 μηνών. Ο ΠΟΥ χαρακτηριστικά αναφέρει: "Ο μητρικός θηλασμός παρέχει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη τόσο για το παιδί όσο και στη γυναίκα, συμπεριλαμβανοντας σε αυτά την προστασία του παιδιού απέναντι σε ένα ευρύ φάσμα οξέων και χρόνιων παθήσεων" (WHO 2006).

Μια γενική εικόνα των διαφορών της σύστασης του μητρικού γάλακτος, του αγελαδινού και του τροποποιημένου αγελαδινού γάλακτος αποτυπώνει ο Πινάκας 1 (Παπαϊωάννου Ε, 2010). Επιπλέον, χρήσιμο θα ήταν

να γίνουν μερικές παρατηρήσεις για τα θρεπτικά συστατικά που περιέχουν τα γάλατα του πίνακα.

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

Πίνακας 1. Διαφορές μητρικού γάλακτος, αγελαδινού γάλακτος και τροποποιημένου αγελαδινού γάλακτος ως προς την σύσταση

1. Αν και αρχικά το αγελαδινό γάλα φαίνεται να υπερτερεί σε πρωτεΐνες ποσοτικά, εντούτοις ποιοτικά το μητρικό γάλα υπερέχει καθώς το 60% των πρωτεϊνών του αποτελούν οι λακτοαλβουμίνες, ενώ το υπόλοιπο αποτελούν οι καζεΐνες. Το αντίστοιχο ποσοστό λακτοαλβουμινών στο αγελαδινό γάλα είναι μόνο 15 - 20%, με το υπόλοιπο ποσοστό να κατέχουν οι καζεΐνες. Το γεγονός αυτό εξηγεί την δυσκολία πέψης του αγελαδινού γάλακτος σε σχέση με το μητρικό, καθώς η καζεΐνη σχηματίζει μια σκληρή και δύσπεπτη σάρπη γάλακτος στο νεογνικό στομάχι, καθιστώντας την πέψη του αγελαδινού γάλακτος όχι ιδιαίτερα ανεκτή από τον νεογνικό οργανισμό.
2. Το μητρικό γάλα έχει μικρότερη περιεκτικότητα σε ασβέστιο, φώσφορο, κάλιο και νάτριο, που όμως απορροφώνται ευκολότερα από τον οργανισμό του νεογνού/βρέφους. Μάλιστα η υψηλή περιεκτικότητα του φωσφόρου στο αίμα των νεογνών που σιτίζονται με αγελαδινό γάλα, ενοχοποιείται για νεογνική τετανία κατά την 6η ημέρα της ζωής.
3. Η τέφρα που περιέχεται στο αγελαδινό γάλα είναι τρεις φορές περισσότερη από ότι στο μητρικό, γεγονός που αν συνδυαστεί με την μειωμένη απεκκριτική ικανότητα των νεογνικών νεφρών είναι δυνατόν να προκαλέσει διάρροιας.
4. Το μητρικό γάλα περιέχει λιπαρά οξέα μακράς αλυσού, σε αντίθεση με τα λιπαρά οξέα βραχείας αλυ-

σίδα του αγελαδινού γάλακτος, τα οποία μπορεί να επιδράσουν αρνητικά στον γαστρεντερικό σωλήνα του νεογνού, ερεθίζοντάς τον.

Πέρα από την προφανή υπεροχή του μητρικού γάλακτος σε σχέση με τα γάλατα του εμπορίου για τους ήδη προαναφερθέντες λόγους, εξίσου σημαντικό θα ήταν να δούμε αναλυτικά την διατροφική αξία του μητρικού γάλακτος εστιάζοντας ακριβώς στην ιδιαιτερότητα της διατροφής που θα ήταν καλό να παρέχεται σε ένα υιοθετημένο νεογνό/βρέφος.

Τα υιοθετημένα παιδιά είναι δυνατόν να παρουσιάζουν αυξημένη ευαισθησία απέναντι σε λοιμογόνους παράγοντες, σε σχέση με τα μη υιοθετημένα παιδιά για διάφορους λόγους. Σύμφωνα με τους Schleifer et al (1986) υπάρχουν αποδείξεις ότι τραυματικές εμπειρίες στην αρχή της ζωής ενός ανθρώπου (νεογνική/βρεφική ηλικία) είναι ικανές να επηρεάσουν αρνητικά την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, δημιουργώντας αλλαγές που τον ακολουθούν μέχρι την ενήλικη ζωή του. Επιπλέον, τα παιδιά που βιώνουν έντονο στρες, είτε λόγω αποχωρισμού τους από την βιολογική μητέρα, είτε επειδή βιώνουν έντονα την τοποθέτησή τους σε μια νέα οικογένεια είναι πιο επιρρεπή έναντι των λοιμώξεων.

Για αυτούς ακριβώς τους λόγους οι αμυντικοί παράγοντες που περιέχονται στο μητρικό γάλα αποδεικνύονται ιδιαίτερα χρήσιμοι για τα υιοθετημένα νεογνά/βρέφη. Στον Πίνακα 2 αναφέρονται οι βασικοί αμυντικοί παράγοντες του μητρικού γάλακτος (Παπανικολάου Μ, 2011).

ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΑΝΟΣΟΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
Ανοσοσφαιρίνες	Α-λακταλβουμίνη	Νουκλεοτίδια
Ολιγοσακχαρίτες	Αυξητικοί παράγοντες	Κυταροκίνη IL-10
Λακταφερίνη	Αντιοξειδωτικοί παράγοντες	Καζέϊνη
Λισοζύμη	Προσταγλανδίνες	Λευκοκύτταρα

Πίνακας 2.

Αμυντικοί παράγοντες του ανθρώπινου γάλακτος

2. Ψυχολογικοί λόγοι πρόκλησης της γαλουχίας

Αν και ο μητρικός θηλασμός προσφέρει στο υιοθετημένο παιδί και στην θετή μητέρα ποικίλα πλεονεκτήματα όσον αφορά στην σωματική τους υγεία, ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην ψυχοσυναισθηματική επιρροή του θηλασμού σε μητέρα και παιδί.

Μητέρες που υιοθέτησαν νεογνά ή βρέφη κατάφεραν

μέσω του θηλασμού να δημιουργήσουν αποτελεσματικότερα μια σχέση οικειότητας και δεσίματος ανάμεσα σε αυτές και τα παιδιά τους. Η στενή επαφή του δέρματος και η άμεση οπτική επαφή λειτουργεί θετικά στην σωματική και συναισθηματική χαλάρωση του παιδιού (ιδιαίτερα όταν πονάει ή είναι ανήσυχος), στην εξάλειψη του στρες που βιώνει το παιδί και στην γρηγορότερη επίτευξη ενός ήρεμου ύπνου, μια δυσκολία που συναντάται συχνότατα στον πρώτο καιρό της τοποθέτησης του υιοθετημένου παιδιού σε μια νέα οικογένεια.

Από την πλευρά της μητέρας ο μητρικός θηλασμός σηματοδοτεί την αποδοχή του παιδιού της, με αποτέλεσμα την συνειδητοποίηση του γονεϊκού της ρόλου, την αύξηση της αυτοπεποίθησης της αλλά και την υπέρβαση των όποιων αρνητικών συναισθημάτων είχε μέχρι τώρα λόγω της πιθανής υπογονιμότητας της.

Τέλος, η σωματική εγγύτητα μητέρας και παιδιού επηρεάζει την φυσιολογία και των δυο, προκαλώντας την απελευθέρωση ενδορφινών και δημιουργώντας συναισθήματα ευχαρίστησης και ενότητας των δυο (Gribble KD, 2006).

3. Βασικές ορμόνες

που εμπλέκονται στην γαλακτοφορία

Γνωρίζουμε ήδη ότι αρκετές ορμόνες δρουν συνεργικά κατά την κύηση ώστε να επιτευχθούν μεταβολές στο στήθος, που αργότερα θα προωθήσουν τον θηλασμό. Αρχής γενομένης τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξη του μαστικού αδένος ακόμα από τα αρχικά στάδια της κύησης. Έπειτα, κατά το τέλος του τρίτου σταδίου του τοκετού τα επίπεδα της προγεστερόνης μειώνονται δραματικά, πυροδοτώντας έτσι την έκκριση του γάλακτος. Με την έκκριση του πρωτογάλακτος σχετίζεται και το πλακουντιακό γαλακτογόνο (HPL).

Αναμφισβήτητα όμως η βασική ορμόνη της γαλουχίας είναι η προλακτίνη, της οποίας η παρουσία είναι απαραίτητη για την ολοκληρωτική ανάπτυξη των λοβίων και των γαλακτοφόρων πόρων του μαστού.

Άλλες ορμόνες που σχετίζονται με την προετοιμασία και αύξηση του στήθους ώστε να επιτευχθεί η γαλακτοποίηση είναι ο αυξητικός παράγοντας, η ινσουλίνη και τα κορτικοστεροειδή (Riordan J, 2005).

4. Βασικές αρχές πρόκλησης γαλουχίας

Η γυναίκα που προκαλεί γαλουχία δεν έχει το πλεονέκτημα των ορμονών της εγκυμοσύνης, αλλά ούτε και

των αλλαγών που συμβαίνουν στο σώμα μιας λεχιδάδας. Για το λόγο αυτό πολλές φορές η γυναίκα πρέπει να επέμβει δημιουργώντας ένα ορμονικό προφίλ υποτιθέμενης εγκυμοσύνης και λοχειάς στον οργανισμό της, ώστε να επιτευχθεί γαλακτοφορία.

Οι βασικοί άξονες προετοιμασίας του στήθους και τελικά πρόκλησης παραγωγής γάλακτος κατά την προκλητή γαλουχία είναι οι εξής :

- Προετοιμασία του στήθους με λήψη αντισυλληπτικών δισκίων για μεγάλο χρονικό διάστημα
- Εισαγωγή φαρμάκων και βοτάνων που προάγουν την γαλακτοφορία
- Ερεθισμός της θηλής με την χρήση θηλάστρου
- Χρήση βοηθητικών μέσων για την σίτιση του νεογνού

4.1 Λήψη αντισυλληπτικών δισκίων

Η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων, που περιέχουν οιστρογόνα και προγεστερόνη, είναι το πρώτο βήμα προετοιμασίας για την πρόκληση γαλουχίας. Η λήψη του συνδυασμένου χαπιού σκοπό έχει τόσο την διόγκωση του μαστικού αδένα, όσο και την καθυστέρηση έκκρισης γάλακτος ωσότου ολοκληρωθούν οι απαραίτητες δομικές αλλαγές του στήθους. Όταν μετά από μακρόχρονη λήψη του χαπιού οι γαλακτοφόροι πόροι και τα λοβία του μαστού αυξηθούν ικανοποιητικά σε μέγεθος, το χάπι διακόπτεται.

Η διαδικασία αυτή είναι ένα πρώτο βήμα που αποσκοπεί στην μίμηση μιας πλασματικής εγκυμοσύνης : απουσία έμμηνου ρύσεως, αύξηση οιστρογόνων και προγεστερόνης, απότομη πτώση της προγεστερόνης, ανάπτυξη του μαστικού αδένα (Bryant C, 2006).

4.2 Λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων και βοτάνων

Η λήψη φαρμάκων και βοτάνων κατά την πρόκληση της γαλουχίας προσβλέπει στην

- A) αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης στον ορό του αίματος
- B) αύξηση παραγωγής του γάλακτος

Φάρμακα προαγωγής της γαλακτοφορίας

Τα φαρμακευτικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται στην διαδικασία αυτή είναι συνήθως ανταγωνιστές της ντοπαμίνης.

Η μετοκλοπραμίδη είναι ένας από αυτούς. Η μετοκλοπραμίδη χρησιμοποιείται ευρέως ως αντιεμετικό καθώς και για την αντιμετώπιση της νεογνικής γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (ΓΟΠ). Είναι φάρμακο που

απεκκρίνεται στο μητρικό γάλα. Ωστόσο η ποσότητα συγκέντρωσης στο μητρικό γάλα θεωρείται σχεδόν μηδαμινή ή πολύ μικρότερη σε σχέση με τις πιθανές θεραπευτικές δόσεις που ενδεχομένως θα λάμβανε το νεογνό για αντιμετώπιση της ΓΟΠ. Παρενέργειες στα νεογνά δεν έχουν παρατηρηθεί, ενώ στην μητέρα προκαλεί κυρίως αίσθημα κόπωσης. Η βασική αντένδειξη είναι η παρουσία επιληψίας στην μητέρα καθώς το συγκεκριμένο φαρμακευτικό σκεύασμα έχει ενοχοποιηθεί για την πρόκληση κρίσεων σε επιληπτικούς ασθενείς. Η συνήθης δοσολογία ώστε να αυξηθούν ικανοποιητικά τα επίπεδα της προλακτίνης είναι 30-45 mg/ημέρα σε 3 ή 4 δόσεις για 7-14 ημέρες, με σταδιακή μείωση της δοσολογίας για τις επόμενες 5-7 ημέρες. Η μετοκλοπραμίδη έχει συνδεθεί με αυξημένη εμφάνιση κατάθλιψης εάν λαμβάνεται για μεγάλα χρονικά διαστήματα (Bryant C. 2006, Riordan J. 2005, Shiva et al 2010) . Η δομπεριδόνη είναι επίσης ένα ανταγωνιστής της ντοπαμίνης που χρησιμοποιείται για την ΓΟΠ και την καταπολέμηση της ναυτίας. Τα τελευταία χρόνια τείνει να γίνει το φάρμακο εκλογής για την πρόκληση γαλουχίας, διότι εκτός του ότι αυξάνει ικανοποιητικά την συγκέντρωση προλακτίνης στον μητρικό ορό του αίματος, στερείται ουσιαστικών παρενεργειών (ενίοτε ξηροστομία, πονοκέφαλο και κοιλιακά άλγη), ενώ είναι λιγότερο πιθανό να απεκκριθεί στο μητρικό γάλα σε σχέση με την μετοκλοπραμίδη. Η συνήθης δοσολογία είναι 80mg/ημέρα διαιρεμένα σε 3-4 δόσεις. Η μακροχρόνια χρήση υψηλών δόσεων δομπεριδόνης σε τρωκτικά έχει ενοχοποιηθεί για καρκίνο του μαστού. Στον ανθρώπινο οργανισμό δεν παρατηρήθηκαν παρόμοια φαινόμενα (Walker M, 2011).

Η σουλπιρίδη και η χλωροπρομαζίνη είναι νευροληπτικά/αντιψυχωτικά φάρμακα, που έχει παρατηρηθεί ότι αυξάνουν την παραγωγή του γάλακτος. Εντούτοις λόγω της ιδιότητάς τους ως αποκλειστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης, είναι πολύ πιθανόν κατά την λήψη τους να εμφανιστούν εξωπυραμιδικές διαταραχές (Shiva et al, 2010).

Βότανα που δρουν ως γαλακταγωγά

Από την αρχαιότητα έως και σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί πληθώρα τροφών και βοτάνων στην προσπάθεια των γυναικών να αυξήσουν την παραγωγή του μητρικού γάλακτος. Από τότε μέχρι σήμερα οι περισσότερες από τις τροφές αυτές έχουν απομυθοποιηθεί , κυρίως λόγω της βαθύτερης κατανόησης του γενικότερου

ρόλου της σωστής μητρικής διατροφής κατά την διάρκεια του θηλασμού.

Εντούτοις, κάποια από τα βότανα που και παλιότερα θεωρούνταν ως γαλακταγωγά, συνεχίζουν να χορηγούνται στις θηλάζουσες μητέρες, αν και επιστημονικές μελέτες δεν έχουν αποδείξει με σαφήνεια το αν τελικά τα συγκεκριμένα βότανα αυξάνουν την παραγωγή του γάλατος. Στα πλαίσια του προκλητού θηλασμού αρκετά πρωτόκολλα πρόκλησης συμπεριλαμβάνουν την χρήση γαλακταγωγών βοτάνων είτε σε μορφή συμπληρωμάτων διατροφής είτε σε μορφή αφεψημάτων. Τα δυο βασικά βότανα που χρησιμοποιούνται για την υποστήριξη της πρόκλησης γαλουχίας είναι η τριγωνέλλα (Fenugreek – *Trigonella foenum-graecum*) και το γαϊδουράγκαθο (*Milk thistle – Silybum marianum*).

Η τριγωνέλλα είναι γνωστό βότανο κυρίως στην Ινδία και την Μέση Ανατολή. Θεωρείται γενικά ασφαλές και εκτός από την ιδιότητά του ως γαλακταγωγό, θεωρείται ότι έχει και αντιφλεγμονώδη δράση (Zurra et al, 2010). Στο εμπόριο κυκλοφορεί κυρίως σε μορφή κάψουλας των 580 – 610mg και η συνιστώμενη δοσολογία ανέρχεται σε 3 κάψουλες/δόση επί 3 φορές την ημέρα μαζί με κάποιο γεύμα. Ο μηχανισμός δράσης της τριγωνέλλας στον θηλασμό δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως, ωστόσο πρέπει να τονισθεί ότι έχουν παρατηρηθεί αρκετές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα αλλά και παρενέργειες με τις βασικότερες από αυτές να φαίνονται στον Πίνακα 3 (ABM 2011, Shiva et al, 2010, ΕΟΦ 2000).

Το γαϊδουράγκαθο γενικά είναι γνωστό για τις ηπατοπροστατευτικές του ιδιότητες. Ωστόσο τις τελευταίες δεκαετίες χρησιμοποιείται ως γαλακταγωγό, κυρίως λόγω της περιεκτικότητάς του σε σιλυμαρίνη. Η σιλυμαρίνη είναι πλούσια σε φλαβονολιγνάνες (βιοφλαβονοειδή οιστρογόνα), οι οποίες θεωρητικά θα μπορούσαν να δράσουν στους οιστρογονικούς υποδοχείς (ER2), προκαλώντας δομικές αλλαγές του στήθους που προάγουν την έκκριση γάλακτος (Zurra et al, 2010). Το γαϊδουράγκαθο είναι διαθέσιμο σε μορφή κάψουλας (με δραστική ουσία την μικρομετροποιημένη σιλυμαρίνη) των 390 – 420mg και η συνιστώμενη δοσολογία ανέρχεται σε 3 κάψουλες/δόση επί 3 φορές την ημέρα. Οι αλληλεπιδράσεις και οι παρενέργειες φαίνονται στον Πίνακα 3.

Άλλα βότανα που θεωρούνται γαλακταγωγά, αλλά δεν συστήνονται με την ίδια συχνότητα είναι ο μάραθος, η φύτρα αλάφα, η βρώμη και η αλθαία (Bryant C, 2006).

ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ HALE*	ΣΧΟΛΙΑ
Τριγωνέλλα	Συμπλήρωμα διατροφής με πιθανή γαλακταγωγή δράση	3 κάψουλες των 580 - 610mg/δόση 3 δόσεις /ημέρα	Οσμή σιροπιού σφενδάμου στον ιδρώτα και τα ούρα, διάρροια, υπογλυκαιμία, δύσπνοια	Αλληλεπίδραση με φάρμακα για την αντιμετώπιση του ΣΔ (συμπεριλαμβανομένης της ινσουλίνης) αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, ασπιρίνη, ηπαρίνη, βαρφαρίνη και με ορισμένα βότανα (έλασο νυχτολούκουδου κ. α)	L3	Σε περίπτωση διάρροιας η μείωση της δοσολογίας μπορεί να λύσει το πρόβλημα
Γαϊδουράγκαθο	Συμπλήρωμα διατροφής με πιθανή γαλακταγωγή δράση	3 κάψουλες των 390 - 420mg/δόση 3 δόσεις /ημέρα	Γενικά καλά ανεκτό Ενοχλήματα από το γαστρεντερικό σύστημα	Αλληλεπίδραση με φάρμακα που μεταβολίζονται στο ήπαρ (CYP2C9), ταμοξifen, οιστρογόνα, στατίνες	L3	

Πίνακας 3. Γαλακταγωγές ουσίες

*Η κλίμακα του Hale έχει αναπτυχθεί με σκοπό την αξιολόγηση της επικινδυνότητας διαφόρων φαρμακευτικών σκευασμάτων κατά την διάρκεια του θηλασμού. Περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες: L1 (το πιο ασφαλές) = Το φάρμακο δεν είναι βιοδιαθέσιμο για το βρέφος κατά τον θηλασμό, ή δεν έχουν παρατηρηθεί αυξημένες παρενέργειες κατά την διάρκεια μελετών στα βρέφη ή σε μεγάλο αριθμό θηλαζουσών μητέρων. L2 (ασφαλές) = Περιορισμένος αριθμός μελετών έχουν δείξει την απουσία αυξανόμενων παρενεργειών στα βρέφη και/ή υπάρχουν περιορισμένες αποδείξεις σχετικά με τον κίνδυνο που διατρέχει το βρέφος κατά τον θηλασμό. L3 (μετρίως ασφαλές) = Δεν έχουν διεξαχθεί μελέτες σε θηλάζουσες μητέρες, αλλά είναι πιθανός ο κίνδυνος ανεπιθύμητων παρενεργειών στα βρέφη. Επομένως πρέπει να γίνει αξιολόγηση του φαρμακευτικού σκευάσματος ως προς την σχέση κινδύνου – ωφέλειας. (Wittig SL and Spatz DL, 2008)

ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	ΠΑΡΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΑΜΑΚΑ ΤΟΥ HALE ¹	ΣΧΟΛΙΑ
Μετοκλοπριδία	Ανταγωνιστής των υποδοχέων της ντοπαμίνης	30-45mg/ημέρα διαιρεμένα σε 3 ή 4 δόσεις .	Διάρροια, κόπωση, βροδικινησία, τρέμος, κατάθλιψη	Αλληλεπίδραση με ανασταλείς της μονοαμινοξειδάσης, τακρόλιμους, αντιισταμινικά, φάρμακα με επίδραση στο ΚΝΣ (όπως αντικαταθλιπτικά)	L2	Η σταδιακή μείωση (tapering) κρίνεται σκόπιμη κατά την διακοπή του φαρμάκου. Ενοχοποιείται για πρόκληση κρίσεων σε επιληπτικούς ασθενείς
Δομπεριδόνη	Ανταγωνιστής των υποδοχέων της ντοπαμίνης	80mg/ημέρα διαιρεμένα σε 3-4 δόσεις	Καλά ανεκτό. Ξηροστομία, πονοκέφαλο, κοιλιακό άλγος, δερματικά εξανθήματα ή κνησμό	Αυξημένα επίπεδα συγκέντρωσης του φαρμάκου στο αίμα όταν συνδυάζεται με φλουκοναζόλη, χιμω γκρεϊφορσι, κετοκοναζόλη, μακρολίδες και άλλα	L1	Η μακροχρόνια χρήση υψηλών δόσεων δομπεριδόνης σε τραπεζικά έχει ενοχοποιηθεί για καρκίνο του μαστού
Σουλπιριδία	Επικεντρικός ανταγωνιστής των υποδοχέων της ντοπαμίνης	100mg/ημέρα διαιρεμένα σε 3-4 δόσεις	Βροδικινησία, υπνηλία, τρέμος, Εξωπυραμидικές διαταραχές	Αλληλεπίδραση με λεβοντόπα και φάρμακα με επίδραση στα ΚΝΣ	L2	Επιφυλάξεις για την χρήση του φαρμάκου λόγω της φύσης της δραστικής του ουσίας
Χλωροπρωζαζίνη	Κατενυσσικό του νευρικού συστήματος	100mg/ημέρο διαιρεμένα σε 4 δόσεις	Υπνηλία, λήθαργος, εξωπυραμидικά συμπτώματα, όπως οξείες δυστονίες, παρκινσονισμός, άψιμη δυσκινησία μετά μακροχρόνια χορήγηση, αύξηση σωματικού βάρους	Η κατασταλτική της επίδραση ενισχύεται με το σινόπνευμα, τα βαρβιτουρικά, τα αναισθητικά και άλλα κατασταλτικά του ΚΝΣ. Αυξημένος κίνδυνος αρρυθμιών σε συγχρόνηση με φάρμακα που προκαλούν επιμήκυνση του QT διαστήματος	L3	Προσοχή στην χορήγηση σε αλλεργικά άτομα, σε ασθενείς με οξείες λοιμώξεις ή θωρακτεξίκωση. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας αποφυγή τη λήψη οισοπνεύματος και φαρμάκων, που μπορεί να περιόρισουν την παραγωγή λευκοκυττάρων

Πίνακας 3. Γαλακταγωγές ουσίες

4.3 Ερεθισμός της θηλής

Ο ακρογωνιαίος λίθος για την πρόκληση γαλουχίας αποτελεί ο ερεθισμός του στήθους και ιδιαίτερα της θηλής. Ο ερεθισμός της θηλής επιτυγχάνεται κυρίως με την χρήση θηλάστρου. Η ορμονική απάντηση του ερεθισμού αυτού είναι η έκκριση προλακτίνης από την υπόφυση αλλά και η έκκριση οξυτοκίνης, με αποτέλεσμα τόσο την γαλακτογένεση όσο και τη ροή γάλακτος από το στήθος. Αν και η γαλακτογένεση εξαρτάται πρωτίστως από την παρουσία προλακτίνης στο ορό του αίματος, ωστόσο η αύξηση της παραγωγής του μητρικού γάλακτος βασίζεται στο άδειασμα του στήθους (Bryant C, 2006) .

Έτσι, η χρήση του θηλάστρου στην προκλητή γαλουχία αποτελεί σχεδόν μονόδρομο, καθώς μιμείται την φυσική διαδικασία εκκένωσης του στήθους, όπως θα συνέβαινε εάν η γυναίκα θήλαζε κανονικά ένα νεογνό/βρέφος.

Όπως είναι γνωστό η εδραίωση του μητρικού θηλασμού στηρίζεται στην αρχή προσφοράς και ζήτησης. Για το λόγο αυτό απαιτείται συστηματική άντληση από την υποψήφια θηλάζουσα για μεγάλο χρονικό διάστημα πριν την έλευση του νεογνού/βρέφους, με σκοπό την ήδη εδραιωμένη γαλουχία όταν αυτό τοποθετηθεί στην θετή οικογένεια.

4.4 Βοηθητικά μέσα

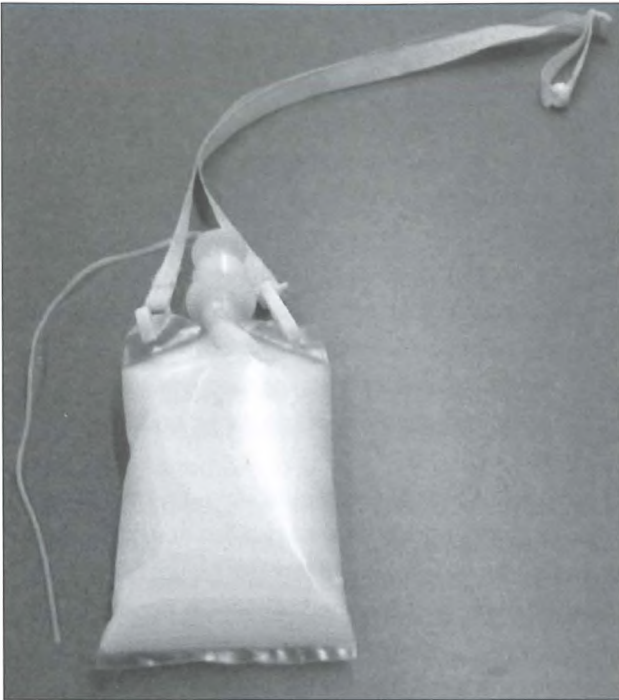
για τον θηλασμό του νεογνού/ βρέφους

Οι περισσότερες γυναίκες που προκαλούν γαλουχία δεν έχουν ικανοποιητική ποσότητα γάλακτος ώστε να καλύψουν τις ανάγκες ενός νεογνού ή βρέφους (Wittig SL and Spatz DL , 2008) . Παλαιότερα το γεγονός αυτό αποτελούσε τροχοπέδη στην σίτιση του νεογνού από την θετή μητέρα. Ευτυχώς πλέον στο εμπόριο κυκλοφορούν διάφορα βοηθήματα σίτισης, τα οποία εκπληρώνουν και τους δύο βασικούς στόχους μιας θετής μητέρας : α) την επαρκή σίτιση του παιδιού της και β) τον συνεχή ερεθισμό του στήθους της μέσω του θηλασμού.

Τα παραπάνω επιτυγχάνονται με την χρήση ειδικών βοηθημάτων τα οποία “φοριούνται” στο στήθος και αποτελούνται από έναν περιέκτη γάλακτος (που ομοιάζει με μπουκάλι ή ασκό) και δύο σωλήνες σίτισης που συνδέονται με τον περιέκτη. Μέσα στον περιέκτη τοποθετείται είτε μητρικό γάλα της ίδιας της μητέρας, που έχει αντλήσει σε προγενέστερο χρόνο, είτε κάποιο υποκατάστατο μητρικού γάλακτος. Αφού η μητέρα “φορέσει” τον περιέκτη, κολλάει τα άκρα των δύο σωλήνων στην θηλαία άλω με κατεύθυνση προς την θηλή της. Φροντίζει να τοποθετήσει το νεογνό/βρέφος στο στήθος τη έτσι ώστε στην στοματική του κοιλότητα να βρίσκονται και η θηλή της αλλά και το άκρο του σωλήνα σίτισης .



Εικόνα 1. SNS

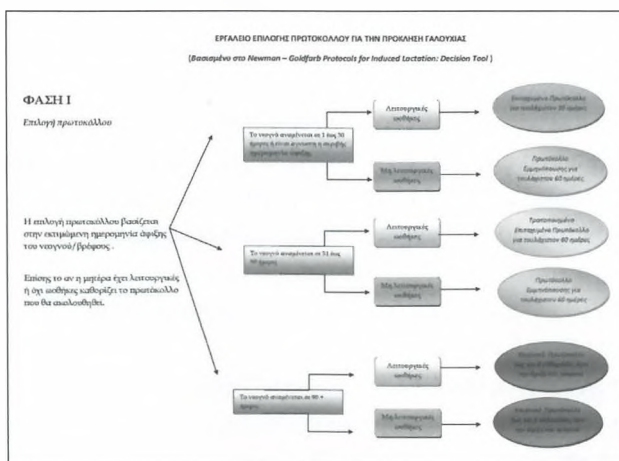


Εικόνα 2. Lact-Aid Nursing Training System

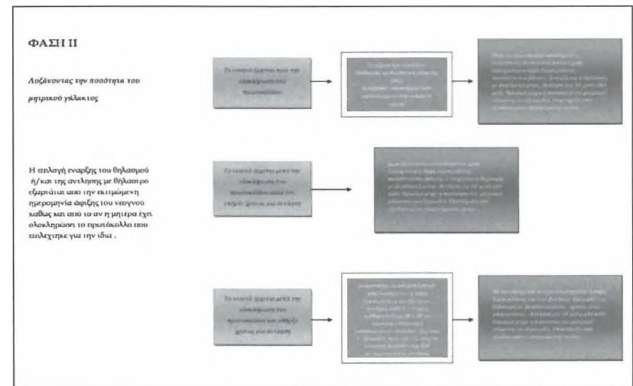
Η παροχή γάλακτος επιτυγχάνεται τόσο με τις θηλαστικές κινήσεις του παιδιού, όσο και με την επίδραση της βαρύτητας του γάλακτος προς τον σωλήνα. Όσο πιο ψηλά (προς τον τράχηλο της μητέρας) τοποθετηθεί ο περιέκτης τόσο πιο άφθονη θα είναι η ροή του γάλακτος λόγω της βαρύτητας. Στην Εικόνα 1 και Εικόνα 2 φαίνονται τα δυο πιο γνωστά βοηθήματα σίτισης που κυκλοφορούν στο εμπόριο.

5. Πρωτόκολλα πρόκλησης γαλουχίας

Για την πρόκληση γαλουχίας έχουν αναπτυχθεί διάφορα πρωτόκολλα. Η επιλογή του πρωτοκόλλου που ταιριάζει στην κάθε γυναίκα γίνεται βάσει διαφόρων



παραμέτρων. Ένα εργαλείο επιλογής πρωτοκόλλου έχει δημιουργηθεί από τους Newman και Goldfarb, ώστε η θετή μητέρα ανάλογα με τον χρόνο έλευσης του νεογνού και την κατάσταση της υγείας της (λειτουργία ή όχι των ωοθηκών, εμμηνόπαυση ή αναπαραγωγική ηλικία) να επιλέξει το καταλληλότερο για αυτήν πρωτόκολλο.



Όπως φαίνεται από το εργαλείο επιλογής τα βασικά πρωτοκόλλα πρόκλησης είναι τα εξής :

- A. Κανονικό πρωτόκολλο (τουλάχιστον 90 ημερών)
- B. Επιταχυμένο πρωτόκολλο (τουλάχιστον 60 ημερών)
- C. Τροποποιημένο επιταχυμένο πρωτόκολλο (περίπου 60 ημερών)
- D. Εμμηνόπαυσιακό πρωτόκολλο (τουλάχιστον 90 ημερών)

Τα πρωτόκολλα αυτά, όπως και το εργαλείο επιλογής έχουν αναπτυχθεί από τους Newman L. και Goldfarb J.

Κανονικό πρωτόκολλο

Προτείνεται στις γυναίκες που αποκτούν νεογνά με τη μέθοδο της παρένθετης μητρότητας ή θετές μητέρες που γνωρίζουν εκ των προτέρων την ημερομηνία έλευσης ου νεογνού/βρέφους και έχουν πάνω από 3 μήνες χρόνο ώστε να προετοιμαστούν. Αν οι μητέρες διαθέτουν ακόμη περισσότερο χρόνο, ακόμη καλύτερα.

6 μήνες πριν την έλευση του παιδιού
 Λήψη αντισυλληπτικών χαπιών (ΑΧ) με αναλογία τουλάχιστον 1/35 (1mg προγεστερόνης / 0.035mg οιστρογόνων). Αν η υποψήφια θηλάζουσα καταφέρει να βρει ΑΧ με ακόμη μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε προγεστερόνη, συνίσταται να επιλέξει τα μεγαλύτερης περιεκτικότητας χάπια, καθώς θα έχε γρηγορότερα και καλύτερα αποτελέσματα στις δομικές αλλαγές του στήθους που απαιτούνται. Αντίθετα η αυξημένη περιεκτικότητα οιστρογόνων μπορεί να δυσκολέψει την προσπάθειά της. Η λήψη των

δισκίων θα πρέπει να συνεχιστεί χωρίς την συνήθη διακοπή των 7 ημερών. Στόχος της συνεχούς λήψης είναι η μίμηση μιας υποτιθέμενης εγκυμοσύνης (απουσία εμμηνορροίας) αλλά και οι απαραίτητες αλλαγές του στήθους.

Ταυτόχρονα με την χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων αρχίζει και η λήψη δομπεριδόνης 4 φορές την ημέρα, με κάθε δόση να ανέρχεται στα 10mg για μια εβδομάδα. Εφόσον δεν παρουσιαστεί κάποια σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια, την δεύτερη εβδομάδα η δοσολογία θα αυξηθεί σε 20mg/ανά δόση 4 φορές την ημέρα.

5 μήνες πριν την έλευση του παιδιού

Διατηρείται η λήψη του AX χωρίς διακοπή και η λήψη της δομπεριδόνης (20mg 4 φορές/ημέρα). Σε αυτή τη φάση θα έχουν ήδη παρατηρηθεί οι πιο σημαντικές αλλαγές στο στήθος. Αύξηση μεγέθους αλλά και αίσθηση «γεμάτου» στήθους. Η παρουσία του γάλακτος δεν θα επιτευχθεί ακόμα καθώς η προγεστερόνη του AX εμποδίζει την παραγωγή γάλακτος.

4 μήνες πριν την έλευση του παιδιού

Η θετή μητέρα συνεχίζει με λήψη AX χωρίς διακοπή και η λήψη της δομπεριδόνης ως έχει.

6 εβδομάδες πριν την έλευση του παιδιού

Διακοπή του AX. Η έμμηνος ρύση της θετής μητέρας θα εμφανιστεί. Η λήψη της δομπεριδόνης συνεχίζεται ως έχει (20mg 4 φορές/ημέρα).

Τις επόμενες δύο εβδομάδες η μητέρα θα αρχίσει να αντλεί με το ηλεκτρικό θήλαστρο ως εξής :

- Άντληση κάθε στήθους για 5-7 λεπτά στην χαμηλή/μεσαία ταχύτητα άντλησης.
- Εφαρμογή μασάζ του στήθους για περίπου 5 λεπτά.
- Άντληση κάθε στήθους για 3-5 λεπτά.

Συνίσταται η άντληση να γίνεται κάθε 3 ώρες, ώστε να προσομοιάζει με τον φυσιολογικό ρυθμό θηλασμού ενός νεογνού.

Όταν αρχίσει η άντληση, η θετή μητέρα μπορεί να εισάγει τα εξής γαλακταγωγά βότανα, εφόσον έχει ήδη ενημερωθεί από τον κατάλληλο επαγγελματία υγείας που την παρακολουθεί για πιθανές παρενέργειες ή αλληλεπιδράσεις με τα φαρμακευτικά σκευάσματα που ήδη λαμβάνει, αν έχει κάποια πρόβλημα υγείας.

- Τριγωνέλλα σε κάψουλα (610mg/κάψουλα) 3 φορές την ημέρα από 3 κάψουλες/δόση.
- Γαϊδουράγκαθο σε κάψουλα (390mg/κάψουλα) 3 φορές την ημέρα από 3 κάψουλες/δόση.

Η λήψη υγρών είναι πολύ σημαντική. Συστήνεται η μητέρα να πίνει τουλάχιστον 6-8 ποτήρια νερού την ημέρα αν είναι δυνατόν. Ροφήματα που περιέχουν καφεΐνη καλό

είναι να αποφεύγονται καθώς προκαλούν διούρηση και άρα γρήγορη αποβολή των υγρών από τον οργανισμό.

1 μήνα πριν την έλευση του παιδιού

Η μητέρα συνεχίζει την λήψη δομπεριδόνης 20mg 4 φορές/ημέρα και την άντληση κάθε 3 ώρες, με μια άντληση τουλάχιστον κατά την διάρκεια της νύχτας. Η άντληση κατά την διάρκεια της νύχτας διευκολύνει την μεγαλύτερη παραγωγή γάλακτος, καθώς φυσιολογικά η συγκέντρωση προλακτίνης στον ορό του αίματος αυξάνεται μεταξύ 1.00 πμ και 5.00 πμ. Μάλιστα έρευνες έχουν δείξει ότι η συχνή άντληση και όχι τόσο η μεγάλη διάρκεια της άντλησης έχουν θετικότερο αντίκτυπο στη αύξηση του γάλακτος.

Η παρουσία γάλακτος ακολουθεί ένα συγκεκριμένο μοτίβο ροής, είτε πρόκειται για λεχωίδες που αρχίζουν τον θηλασμό του νεογνού τους, είτε για τις μητέρες που επιδιώκουν προκλητό θηλασμό. Αρχικά η ποσότητα είναι μικρή (κάποιες σταγόνες), έπειτα εμφανίζονται “πίδακες” γάλακτος κατά την συνέχιση της άντλησης και τέλος παρατηρείται σταθερή ροή γάλακτος.

Ο χρόνος που χρειάζεται κάθε γυναίκα ώστε να εκκρίνει γάλα από το στήθος της διαφέρει, γενικά όμως αναμένεται μέσα στις πρώτες δυο εβδομάδες άντλησης να παρατηρηθεί παραγωγή γάλακτος.

Την ημέρα της έλευσης του παιδιού

Η μητέρα συνεχίζει την λήψη δομπεριδόνης, μέχρι να εδραιωθεί ο θηλασμός ή μέχρι να αποφασίσει να αποθηλάσει το παιδί της. Η πρώτη και η πιο σημαντική κίνηση της μητέρας είναι να τοποθετήσει το παιδί όσο πιο σύντομα μπορεί στο στήθος της, ακόμη και από την αίθουσα τοκετών αν είναι δυνατόν. Από εκεί και έπειτα ο ρυθμός θηλασμού θα πρέπει να διατηρηθεί όπως αν θα το είχε γεννήσει η ίδια: θηλασμός κατ' απαίτηση του παιδιού με στενή επαφή δέρμα με δέρμα και εναλλαγή του στήθους μέχρι να υπάρξει ικανοποιητική ποσότητα γάλακτος. Αν η μητέρα το επιθυμεί μπορεί μετά από κάθε θηλασμό να αντλεί για περίπου 10 λεπτά το κάθε στήθος, ώστε να παραχθεί ακόμη μεγαλύτερη ποσότητα γάλακτος. Το γάλα που συγκεντρώνεται από τις αντλήσεις αυτές, είναι δυνατόν να δοθεί σε κάποιο επόμενο γεύμα με την μορφή συμπληρώματος χρησιμοποιώντας κάποιο βοηθητικό μέσο όπως το SNS ή το Lact-Aid.

Το μέγιστο χρονικό διάστημα του κανονικού πρωτοκόλλου είναι 6 μήνες :

- 4,5 μήνες λήψη AX και δομπεριδόνης
- 2 εβδομάδες λήψη δομπεριδόνης και γαλακταγωγών με ταυτόχρονη άντληση κάθε 3 ώρες

- 4 εβδομάδες λήψη δομπεριδόνης και γαλακταγωγών με ταυτόχρονη άντληση κάθε 3 ώρες, με μια από τις αντλήσεις να γίνεται κατά την διάρκεια της νύχτας.

Επιταχυμένο πρωτόκολλο

Το επιταχυμένο πρωτόκολλο είναι κατάλληλο για τις υποψήφιες μητέρες που έχουν λίγο χρόνο στην διάθεσή τους για να προετοιμαστούν ή για τις γυναίκες που επιθυμούν επαναγαλακτισμό ύστερα από διακοπή θηλασμού του νεογνού τους για διάφορους λόγους. Αν και η ποσότητα γάλακτος που αναμένεται να παραχθεί κατά το πρωτόκολλο αυτό θα είναι σαφώς μικρότερη σε σχέση με ο κανονικό πρωτόκολλο, εντούτοις τείνει να χρησιμοποιείται αρκετά από τις θετές μητέρες δυο κυρίως λόγους : α) Συνήθως οι θετές μητέρες ειδοποιούνται σε πολύ μικρό διάστημα πριν από την έλευση του παιδιού και β) Οι περισσότερες γυναίκες επιθυμούν την πρόκληση γαλουχίας για ψυχολογικούς λόγους και έτσι απολαμβάνουν την διαδικασία του θηλασμού πάρα την αίσθηση ότι σιτίζουν πλήρως το παιδί τους μέσω του θηλασμού.

Το επιταχυμένο δεν διαφέρει από το κανονικό πρωτόκολλο σαν διαδικασία, αλλά στον χρόνο προετοιμασίας. Αναλυτικά :

30 – 60 ημέρες πριν την έλευση του παιδιού

Λήψη ΑΧ συνεχόμενα για τουλάχιστον 30 ημέρες (το επιθυμητό είναι 60 ημέρες). Ταυτόχρονη λήψη δομπεριδόνης 20mg 4 φορές/ημέρα. Ακόμα και όταν χρειαστεί να διακοπεί το ΑΧ η λήψη της δομπεριδόνης θα συνεχιστεί κανονικά. Αν οι επιθυμητές αλλαγές του στήθους εμφανιστούν μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα, τότε το χάπι διακόπτεται και αρχίζει η άντληση. Ως επιθυμητές αλλαγές θεωρούνται η αύξηση ο μεγέθους του στήθους κατά ένα μέγεθος και αίσθηση του στήθους ως βαρύ, γεμάτο και ενίοτε επώδυνο. Πριν συμβούν αυτές οι αλλαγές στο στήθος δεν συνίσταται η διακοπή ου ΑΧ, ούτε και η έναρξη της άντλησης.

30 ημέρες έως και την ημέρα έλευσης του παιδιού

Εάν η γυναίκα έχει συμπληρώσει ένα μήνα ταυτόχρονης λήψης ΑΧ και δομπεριδόνης και έχουν συμβεί οι επιθυμητές αλλαγές στο στήθος της, διακόπτεται το ΑΧ, συνεχίζεται η λήψη δομπεριδόνης και αρχίζει η άντληση με διπλό ηλεκτρικό θήλαστρο κάθε 3 ώρες, με μια άντληση τουλάχιστον κατά την διάρκεια της νύχτας. Τα ηλεκτρικά θήλαστρα νοσοκομειακού επιπέδου, προτιμώνται στην φάση αυτή καθώς προσφέρουν μεγαλύτερη δύναμη άντλησης. Στην χώρα μας τα θήλαστρα αυτά μπορούν να ενοικιαστούν από εταιρείες που διαθέτουν τέτοιου είδους

προϊόντα ή από μαιευτικές κλινικές.

Παράλληλα με την άντληση μπορεί να γίνει έναρξη των βοτάνων τριγωνέλλα και γαϊδουράγκαθο, όπως ακριβώς περιγράφεται η δοσολογία και ο τρόπος λήψης τους στην ενότητα του Κανονικού πρωτοκόλλου. Το ίδιο ισχύει και για την κατανάλωση νερού και ροφημάτων που περιγράφονται στην προαναφερθείσα ενότητα.

Το μέγιστο χρονικό διάστημα του επιταχυμένου πρωτοκόλλου είναι 2-3 μήνες :

- 1-2 μήνες λήψη ΑΧ και δομπεριδόνης
- 1 μήνας λήψη δομπεριδόνης και γαλακταγωγών με ταυτόχρονη άντληση κάθε 3 ώρες, με μια από τις αντλήσεις να γίνεται κατά την διάρκεια της νύχτας

Τροποποιημένο επιταχυμένο πρωτόκολλο

Το πρωτόκολλο αυτό είναι μια σύντομη παραλλαγή του επιταχυμένου πρωτοκόλλου. Η διαφορά του έγκειται στη χρονική διάρκεια της πρώτης φάσης (λήψη ΑΧ και δομπεριδόνης) ή οποία διαρκεί μόνο 30 ημέρες.

Έτσι, το μέγιστο χρονικό διάστημα του τροποποιημένου πρωτοκόλλου είναι 2 μήνες :

- 1 μήνας λήψη ΑΧ και δομπεριδόνης
- 1 μήνας λήψη δομπεριδόνης και γαλακταγωγών, άντλησης με ηλεκτρικό θήλαστρο και ταυτόχρονο θηλασμό από το παιδί που έχει ήδη τοποθετηθεί στην οικογένεια.

Εμμηνοπαυσιακό πρωτόκολλο

Το πρωτόκολλο αυτό έχει σχεδιαστεί για τις μητέρες που έχουν υποστεί ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων ή για τις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες που ήδη έχουν μπει στην φάση της εμμηνόπαυσης φυσικά. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονισθεί ότι οι γυναίκες δεν είναι απαραίητο να έχουν μήτρα ή ωοθήκες για να επιτύχουν θηλασμό, αλλά μαστούς και λειτουργική υπόφυση.

Όπως και στο κανονικό πρωτόκολλο απαιτείται η λήψη ΑΧ και δομπεριδόνης με την διαφορά ότι η λήψη τους θα πρέπει να εφαρμοστεί για τουλάχιστον 2 μήνες.

Αναλυτικά:

Τουλάχιστον 3 μήνες πριν την έλευση του παιδιού

Διακοπή λήψης της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης – ΘΟΥ (αν η γυναίκα λαμβάνει) και άμεση έναρξη ΑΧ 1/35 με ταυτόχρονη λήψη δομπεριδόνης. Η λήψη των ΑΧ θα πρέπει να είναι συνεχής, ενώ η δομπεριδόνη θα λαμβάνεται 4 φορές την ημέρα , με κάθε δόση να ανέρχεται στα 10mg για μια εβδομάδα. Εφόσον δεν παρουσιαστεί κάποια σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια, την δεύτερη εβδομάδα η δοσολογία θα αυξηθεί σε 20mg/ανά δόση 4 φορές την ημέρα. Η λήψη του συνδυασμού αυτού θα πρέπει

να συνεχιστεί τουλάχιστον για 60 ημέρες, ώστε να υπάρξει ικανοποιητική αλλαγή στους μαστούς της γυναίκας. Οι γυναίκες που λάμβαναν ΘΟΥ πριν την έναρξη του πρωτοκόλλου ώστε να ελέγξουν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, θα ωφεληθούν από την λήψη των ΑΧ, καθώς η περιεκτικότητά τους σε οιστρογόνα και προγεστερόνη είναι ικανοποιητική για τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Σε όσες γυναίκες παρά την λήψη του ΑΧ συνεχίζονται τα συμπτώματα, συνίσταται η διατροφή με προϊόντα σόγιας (γάλα ή βούτυρο σόγιας) τα οποία περιέχουν φυτο-οιστρογόνα. Λόγω ακριβώς της περιεκτικότητας τους σε ουσίες που μιμούνται τα οιστρογόνα, η κατανάλωση των παραπάνω τροφών θα πρέπει να γίνεται με μέτρο, ώστε να μην υποσκάπτεται η προσπάθεια πρόκλησης γαλουχίας.

30 ημέρες πριν την έλευση του παιδιού

Εάν η γυναίκα έχει συμπληρώσει 60 ημέρες ταυτόχρονης λήψης ΑΧ και δομπεριδόνης και έχουν συμβεί οι επιθυμητές αλλαγές στο στήθος της, διακόπτεται το ΑΧ, συνεχίζεται η λήψη δομπεριδόνης και αρχίζει η άντληση με διπλό ηλεκτρικό θήλαστρο κάθε 3 ώρες, με μια άντληση τουλάχιστον κατά την διάρκεια της νύχτας. Παράλληλα με την άντληση μπορεί να γίνει έναρξη των βοτάνων τριγωνέλλα και γαϊδουράγκαθο, όπως ακριβώς περιγράφεται η δοσολογία και ο τρόπος λήψης τους στην ενότητα του Κανονικού πρωτοκόλλου.

Το ελάχιστο χρονικό διάστημα του εμμηνόπαυσιακού πρωτοκόλλου είναι 3 μήνες :

- 2 μήνες λήψης ΑΧ και δομπεριδόνης
- 1 μήνας λήψη δομπεριδόνης και γαλακταγωγών, άντλησης με ηλεκτρικό θήλαστρο και ταυτόχρονο θηλασμό από το παιδί εάν έχει ήδη τοποθετηθεί στην οικογένεια.

6. Υποστήριξη της γυναίκας και συμβουλευτική από τον επαγγελματία υγείας

Οι θετές μητέρες που προτίθενται να προκαλέσουν γαλουχία αποτελούν μια ξεχωριστή και ειδική ομάδα ασθενών, που απαιτούν φροντίδα προσαρμοσμένη τόσο στις ανάγκες τους, αλλά και στην γενικότερη κατάσταση υγείας ή τρόπου ζωής τους (Wittig SL and Spatz DL , 2008). Λόγω της αυξανόμενης στροφής προς τον μητρικό θηλασμό γενικά, αλλά και προς τον προκλητό θηλασμό ειδικότερα, ο επαγγελματίας υγείας που σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας, νεογνά και βρέφη οφείλει να είναι επαρκώς ενημερωμένος ώστε και αυτός με την σειρά του να είναι σε θέση να εκπαιδεύσει τις ασθενείς του στο θέμα του θηλασμού.

Ο βασικός ρόλος της/του μαιέας/μαιευτή στην περίπτωση αυτή είναι σε πρώτη φάση να ενημερώσει την γυναίκα

για τις επιλογές που έχει ώστε να επιτύχει τον σκοπό της. Εν ολίγοις δημιουργεί ένα σχέδιο δράσης με στόχο την προετοιμασία της γυναίκας, λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση της υγείας της, τον χρόνο που έχει μέχρι να τοποθετηθεί το νεογνό/βρέφος στην οικογένεια, αλλά και την προσωπική άποψη της γυναίκας για το ποια μέρη του πρωτοκόλλου είναι διατεθειμένη να ακολουθήσει. Αρκετές γυναίκες λόγω χάριν δεν επιθυμούν την λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων κατά την προετοιμασία του στήθους, προτιμώντας να επιτύχουν πρόκληση μόνο με τον ερεθισμό της θηλής.

Το επόμενο βήμα στο οποίο θα πρέπει να εστιάσει η/ο μαιία/μαιευτής είναι να ενδυναμώσει την θετή μητέρα όσον αφορά στην επιμονή που ίσως χρειαστεί να δείξει σε όλη την διαδικασία της πρόκλησης. Ο προκλητός θηλασμός αρχίζει με τα βιολογικά ερεθίσματα που δίνει η ίδια στο σώμα της, αλλά εδραϊώνεται μόνο όταν το ίδιο το παιδί πεισθεί να θηλάσει από το στήθος της.

Γενικά δεν είναι ασύνηθες το παιδί να αρνηθεί αρχικά τον θηλασμό (Gribble K , 2006). Ο επαγγελματίας υγείας λοιπόν πρέπει να καθησυχάσει την μητέρα, ενημερώνοντάς την ότι το φαινόμενο αυτό θεωρείται φυσιολογικό για ένα υιοθετημένο παιδί, αλλά και ότι οι έρευνες έχουν δείξει ότι τα περισσότερα παιδιά τελικά θα αποδεχθούν να θηλάσουν από τις θετές τους μητέρες (Dozier M et al , 2002). Επίσης σημαντικό είναι να τονισθεί στην θετή μητέρα ότι η αρχική άρνηση θηλασμού από το παιδί της δεν θα πρέπει να ληφθεί ως προσωπική απόρριψη. Ειδικότερα για τις μητέρες που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες λόγω της υπογονιμότητάς τους, η άρνηση θηλασμού μπορεί να αποβεί αποκαρδιωτική, αποθαρρύνοντάς τις από την προσπάθεια τους να θηλάσουν. Στην περίπτωση αυτή οι μητέρες θα πρέπει να ενθαρρυνθούν ώστε να είναι επίμονες μεν, αλλά να επιδιώκουν τον θηλασμό από το παιδί τους με τον ηπιότερο δυνατό τρόπο, χωρίς να απαιτούν αμοιβαιότητα από την πρώτη στιγμή.

Τα τρίτο επίπεδο παρέμβασης του επαγγελματία υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει πρακτικές συμβουλές για την διατροφή, την γενικότερη φροντίδα του παιδιού και τα πιθανά πρακτικά ζητήματα που ίσως προβληματίσουν τους υποψήφιους γονείς. Η βασική αρχή που πρέπει να εμφυσήσει στους θετούς γονείς είναι ότι η υγεία και η ευημερία του παιδιού θα πρέπει να είναι ο πρωταρχικός σκοπός τους. Η τακτική παρακολούθηση από τους επαγγελματίες που έχουν αναλάβει την φροντίδα του παιδιού, αλλά και από τους ίδιους τους γονείς είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της ευημερίας. Το νεογνό/βρέφος που τρέφεται με τη

μέθοδο του προκλητού θηλασμού, ενδέχεται να χρειαστεί ειδικό χειρισμό και πιο συχνή παρακολούθηση σε σχέση με τα άλλα παιδιά της ηλικίας του.

Η βασική εκπαίδευση των γονέων θα περιλαμβάνει πρακτικές που θα αφορούν στον τρόπο μείωση του συμπληρώματος και στον τόπο και την συχνότητα παρακολούθησης του σωματικού βάρους (ΣΒ) του παιδιού. Σαν γενικός κανόνας σίτισης συστήνεται η σταδιακή μείωση του συμπληρώματος που λαμβάνει το νεογνό/βρέφος (είτε με SNS είτε με μπουκάλι) κατά 25ml σε κάθε γεύμα, με βασική προϋπόθεση την παρακολούθηση της ανάπτυξης και των κενώσεων του παιδιού για 4 με 7 ημέρες, προτού αποφασιστεί περαιτέρω μείωση του συμπληρώματος (Lauwers J and Swisher A, 2010). Ο τρόπος παρακολούθησης του ΣΒ είναι το καθημερινό ζύγισμα του νεογνού/βρέφους την ίδια ώρα κάθε μέρα σε ένα ψηφιακό βρεφοζυγό και ενδεχομένως μία ή δυο μετρήσεις προγευματικά και μεταγευματικά μέσα στην διάρκεια της ημέρας, αν αυτό θεωρηθεί απαραίτητο από τον παιδίατρο του παιδιού.

Τέλος όσον αφορά στα πρακτικά ζητήματα που μπορεί να προκύψουν στην πορεία του θηλασμού ένας ενδεικτικός πίνακας που περιέχει συμβουλές για την αντιμετώπιση αυτών είναι ο Πίνακας 4.

ΠΙΘΑΝΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ
Μειωμένη εκροή γάλακτος	<ul style="list-style-type: none"> Χρήση τεχνικών χαλάρωσης
Εδραίωση παραγωγής γάλακτος	<ul style="list-style-type: none"> Έναρξη θηλασμού όσο το δυνατόν πιο σύντομα Χρήση συμπληρώματος και σταδιακή μείωση της ποσότητας του καθώς αυξάνεται η παραγωγή γάλακτος Συχνός θηλασμός Επαρκής ξεκούραση Κατάλληλη διατροφή Καταγραφή αριθμού γευμάτων (θηλασμού και συμπληρώματος)
Άρνηση θηλασμού από το νεογνό	<ul style="list-style-type: none"> Αύξηση της επαφής δέρμα με δέρμα Εφαρμογή μητρικού γάλακτος ή γλυκιάς ουσίας στην θηλή της μητέρας (όχι μέλι) Εκροή μικρής ποσότητας γάλακτος στην άκρη του στόματος του νεογνού πριν τον θηλασμό, ώστε να δλεαστεί Χρήση βοηθήματος θηλασμού
Προετοιμασία για θηλασμό	<ul style="list-style-type: none"> Εφαρμογή μασάζ πλάτης και μαστών στην μητέρα Ερεθισμός θηλής Χρήση θηλάστρου Αποφυγή χρήσης σαπουνιού και άλλων παραγόντων αφυδάτωσης του δέρματος του μαστού
Μειωμένη παραγωγή γάλακτος	<ul style="list-style-type: none"> Σίτιση με συμπλήρωμα Αντιμετώπιση του θηλασμού ως μέσο προσέγγισης του νεογνού παρά σαν μέσο σίτισής του Τακτικός έλεγχος του ΣΒ του νεογνού κατά την αντικατάσταση του συμπληρώματος με μητρικό θηλασμό

Πίνακας 4. Συμβουλευτική για την μητέρα που προσπαθεί να επιτύχει προκλητό θηλασμό

7. Τι πρέπει να αναμένει η γυναίκα:

Ρεαλιστικοί στόχοι

Ο θηλασμός ενός υιοθετημένου παιδιού μπορεί να προσφέρει συναισθηματικά οφέλη τόσο στην μητέρα όσο και στο παιδί, αρκεί η μητέρα να έχει ρεαλιστικά κίνητρα και απαιτήσεις. Όπως έχει ήδη αναφερθεί η απόφαση για προκλητό θηλασμό εφορμάται κυρίως από την ανάγκη της θετής μητέρας να δημιουργήσει μια σχέση εγγύτητας με το παιδί της.

Η μητέρα επίσης πρέπει από την αρχή να γνωρίζει ότι ενδεχομένως η παραγωγή του γάλακτός της να μην είναι επαρκής ώστε να εδραιωθεί αποκλειστικός θηλασμός. Στην πραγματικότητα ανεπίσημες πηγές αναφέρουν ότι οι θετές μητέρες παράγουν γάλα που καλύπτουν τις ανάγκες σίτισης ενός νεογνού μόνο κατά το 1/3 έως και 1/2 (Lauwers and Swisher 2010). Για το λόγο αυτό οι μητέρες θα πρέπει να συμβουλευονται να χρησιμοποιούν ως συμπλήρωμα είτε γάλα από δότριες μητρικού γάλακτος είτε κάποιο κατάλληλο γάλα εμπορίου ώστε να προσφέρουν επαρκή σίτιση στα παιδιά τους.

Ένα ακόμη γεγονός για το οποίο θα πρέπει να είναι ενήμερες οι γυναίκες είναι ότι τα νεογνίνα ή γενικά τα νεογνά που είναι μικρότερα του ενός μήνα είναι πιο πιθανό να δεχτούν να θηλάσουν σε σχέση με τα μεγαλύτερης ηλικίας βρέφη (Riordan 2005). Στο σημείο αυτό γίνεται αντιληπτό πόσο σημαντική είναι η σωστή χρονική τοποθέτηση του παιδιού στην οικογένεια.

Σε μια λεχιάδα που θα επιθυμούσε αποκλειστικό θηλασμό, θα συστηνόταν να τοποθετηθεί το νεογνό στο στήθος της μέσα στην πρώτη ώρα από την γέννηση του. Το ίδιο συστήνεται και στην θετή μητέρα, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα αυτή, κατόπιν συνεννοήσεως με το προσωπικό της κλινικής.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η στροφή των γυναικών προς τον μητρικό θηλασμό τα τελευταία χρόνια είναι περισσότερο από προφανής. Οι περισσότερες μητέρες προσπαθούν να “θυμηθούν” όσα οι προηγούμενες γενιές παρέλειψαν να τους διδάξουν: την φυσικότητα του μητρικού θηλασμού.

Ανάμεσα στις γυναίκες που προσπαθούν να βιώσουν την γονεϊκότητα, βρίσκονται και οι θετές μητέρες που επιθυμώντας να θηλάσουν τα παιδιά τους, αποζητούν όχι τόσο την σίτιση των παιδιών τους με το δικό τους γάλα, αλλά κυρίως το συναισθηματικό δέσιμο που προκύπτει ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί μέσω του

θηλασμού. Οι γυναίκες αυτές είναι μία ξεχωριστή κατηγορία μητέρων, στις οποίες η/ο μαία/μαιευτής πρέπει να σταθεί δίπλα τους, ενθαρρύνοντάς τες και καθοδηγώντας τες με την επιστημονική της/του γνώση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Academy Of Breastfeeding Medicine Protocol Committee (Αναθεώρηση 2011). ABM Clinical Protocol #9: Use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion. *Breastfeed Med.* 2011 Feb; 6(1): 41-9.
- Bryant CA. Nursing the adopted infant. *J Am Board Fam Med.* 2006 Jul-Aug; 19(4): 374-9.
- Dozier M, Higley E, Albus KE, Nutter A. Intervening with foster infants' caregivers: targeting three critical needs. *Infant Ment Health J.* 2002; 23: 541-554.
- ΕΟΦ : Φάρμακα παθήσεων κεντρικού νευρικού συστήματος, Εθνικό Συνταγολόγιο 2000. Από: <http://eof1.eof.gr/Syntagologio/Chapter4.htm>
[Ημερομηνία πρόσβασης: 10/12/2012]
- Gribble KD. Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. *Int Breastfeed J.* 2006 Mar 9; 1(1): 5.
- Gribble KD. The influence of context on the success of adoptive breastfeeding: developing countries and the west. *Breastfeed Rev.* 2004 Mar; 12(1): 5-13.
- Goldfarb L, Newman J. The protocols for induced lactation : A guide for maximizing breast milk production. Από: <http://www.mamadearest.ca/en/download/newman/induced-lactation.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης: 4/11/2012]
- Lauwers J, Swisher A. *Counseling the Nursing Mother.* 5th Ed. Jones & Bartlett Publishers, Sudbury-Massachusetts, 2010: 541-543.
- Παπαϊωάννου Ε. Έρευνα σε μαιές – μαιευτές για την γνώση και την εφαρμογή των αρχών του “Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος”. *ΕΛΕΥΘΩ.* 2010; 15(3): 110.
- Παπανικολάου Μ. Αρμυντικοί παράγοντες ανθρώπινου γάλακτος. Ανοσιακές διαφορές θηλαζόντων και μη θηλαζόντων βρεφών. *ΕΛΕΥΘΩ.* 2011; 16(4): 142 - 147.
- Riordan J. *Breastfeeding and human lactation.* 3rd Ed. Jones & Bartlett Publishers, Sudbury- Massachusetts, 2005: 467-470.
- Schleifer SJ, Scott B, Stein M, Keller SE. Behavioral and developmental aspects of immunity. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1986 Nov; 25(6): 751-63. Erratum in: *J Am Acad Child Psychiatry* 1987 Mar; 26(2): 292.
- Shiva M, Foroutan M, Arabipour A, Mirzaagha E. A successful induction of lactation in surrogate pregnancy with metoclopramide and review of lactation induction. *IJFS.* 2010 Feb-Mar; 3(4): 191 - 194.
- Walker M. *Breastfeeding management for the clinician: Using the evidence.* 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury- Massachusetts, 2011: 596-600.
- Wittig SL, Spatz DL. Induced lactation: gaining a better understanding. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2008 Mar-Apr; 33(2): 76-81; quiz 82-3
- WHO (2006) “Infant and young child feeding model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals”. Geneva.
Από: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf
[Ημερομηνία πρόσβασης: 3/11/2012]
- Zuppa AA, Sindico P, Orchi C, Carducci C, Cardiello V, Romagnoli C. Safety and efficacy of galactogogues: substances that induce, maintain and increase breast milk production. *J Pharm Pharm Sci.* 2010; 13(2): 162-174.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"ΕΛΕΥΘΩ", 4: 203-212, 2013

Νοσοκομείο φιλικό προς τα βρέφη Ο δρόμος προς την πιστοποίηση και η πορεία ένα χρόνο μετά

Ελένη ΝιώραΜαία ΤΕ, MSC(c), Νεογνολογικό Τμήμα,
ΠΓΝ Μαιευτήριο 'Ελενα Βενιζέλου'**Πατσουράκου Ευθυμία**Προϊσταμένη Μαία, MSC, Τράπεζα
Μητρικού Γάλακτος-Τμήμα Μητρικού
Θηλασμού, ΠΓΝ Μαιευτήριο 'Ελενα Βενιζέλου'**Στυλιανή Εγγλέζου**Διευθύντρια Νεογνολογικού Τμήματος,
Υπεύθυνη Τμήματος Μητρικού Θηλασμού,
ΠΓΝ Μαιευτήριο 'Ελενα Βενιζέλου'**Γεώργιος Λιόσης**Διευθυντής Νεογνολογικού Τμήματος,
ΠΓΝ Μαιευτήριο 'Ελενα Βενιζέλου'**Κωνσταντίνος Παπαγαρουφάλης**5 Συντονιστής Διευθυντής, Νεογνολογικό
Τμήμα, ΠΓΝ Μαιευτήριο 'Ελενα Βενιζέλου'**Αικατερίνη Λυκερίδου**Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής
ΤΕΙ Αθήνας**ΠΕΡΙΛΗΨΗ****Συνεργάτες Ομάδας Παρέμβασης:****Αικατερίνη Δαλιάνη**, Προϊσταμένη Μαία, MSC, Εξωτερικά Παιδιατρικά Ια-
τρεία, ΠΓΝ Μαιευτήριο 'Ελενα Βενιζέλου'**Καλλιόπη Δριτσάκου**, Μαία ΤΕ, Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSC, Τμήμα Εκπαίδευσης
& Ψυχοπροφυλακτικής, ΠΓΝ Μαιευτήριο 'Ελενα Βενιζέλου'**Γεωργία Καρανάτση**, Μαία, Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος-Τμήμα Μητρικού
Θηλασμού, ΠΓΝ Μαιευτήριο 'Ελενα Βενιζέλου'**Αγγελική Μπούρα**, Μαία, Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος-Τμήμα Μητρικού
Θηλασμού, ΠΓΝ Μαιευτήριο 'Ελενα Βενιζέλου'**Αγγελική Παπαφίλη**, Μαία, Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος-Τμήμα Μητρικού
Θηλασμού, ΠΓΝ Μαιευτήριο 'Ελενα Βενιζέλου'**Αικατερίνη Σγάρτσου**, Προϊσταμένη Μαία, MSC, Τμήμα Εκπαίδευσης & Ψυ-
χοπροφυλακτικής, ΠΓΝ Μαιευτήριο 'Ελενα Βενιζέλου'**Αλεξάνδρα Τζώρτζη**, Μαία ΤΕ, Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSC, Τμήμα Εκπαίδευσης
& Ψυχοπροφυλακτικής, ΠΓΝ Μαιευτήριο 'Ελενα Βενιζέλου'**Αναστασία Τσίλια**, Μαία, MSC, Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος-Τμήμα Μητρι-
κού Θηλασμού, ΠΓΝ Μαιευτήριο 'Ελενα Βενιζέλου'

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στη Συνάντηση Κορυφής για το Παιδί του 1990, οι εκπρόσωποι όλων των κρατών του κόσμου δεσμεύτηκαν να δραστηριοποιηθούν ενάντια στην τάση να αποφεύγεται ο μητρικός θηλασμός και να υποκαθίσταται από βρεφικό γάλα του εμπορίου. Αναγνωρίζοντας την αξία του μητρικού θηλασμού, η UNICEF και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας καθιέρωσαν την πρωτοβουλία «Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη».

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταγραφεί και να αξιολογηθεί η διαδικασία παρέμβασης, που ακολουθήθηκε προκειμένου να πιστοποιηθεί μεγάλο δημόσιο μαιευτήριο των Αθηνών ως «φιλικό προς τα βρέφη» καθώς και τα αποτελέσματα της παρέμβασης στα ποσοστά μητρικού θηλασμού.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Στην πρώτη φάση της μελέτης ανατρέξαμε στο μητρώο του νοσοκομείου και βρήκαμε δειγματοληπτικά (με τυχαίοποίηση) ιστορικά

νεογνών που γεννήθηκαν στο μαιευτήριο μας, προκειμένου να καταγράψουμε την υφιστάμενη κατάσταση. Ακολούθως κάναμε την παρέμβαση (α' φάση παρέμβασης από 01-02-2011 έως και 01-06-2011 & β' φάση παρέμβασης από 01-06-2011 έως και 01-09-2011), με στόχο την πιστοποίηση του μαιευτηρίου ως «φιλικό προς τα βρέφη», που επετεύχθη τελικά στις 04-11-2011. Η παρέμβαση περιελάμβανε: 1. Ενημέρωση, για την πολιτική που ακολουθείται από το μαιευτήριο, όσον αφορά το μητρικό θηλασμό, εγκύων και λεχωϊδων. 2. Ενημέρωση για την πολιτική και τις προσπάθειες που θα πρέπει να καταβάλει κάθε εργαζόμενος (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό προσωπικό). 3. Σεμινάρια επιμόρφωσης του προσωπικού του μαιευτηρίου. 4. Πλήρης Εφαρμογή των Δέκα Βημάτων Για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό και του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Ο έλεγχος των αποτελεσμάτων της παρέμβασης έγινε σε τρεις φάσεις ανά εξάμηνο, κατά τη διάρκεια της εξέλιξης της παρέμβασης και μετά από το πέρας της.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι μητέρες που θήλασαν είχαν μεγαλύτερη ηλικία από αυτές που δε θήλασαν (30,63±4,7 vs 29,16±5,3; mean±SD). (p=0,018) Η ενημέρωση-εκπαίδευση για το θηλασμό σχετίστηκε θετικά με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού(p=0,032<0,05). Οι γυναίκες που ενημερώθηκαν και εκπαιδεύτηκαν για το μητρικό θηλασμό είχαν 1,5 φορά παραπάνω πιθανότητα να θηλάσουν. Η επαφή δέρμα με δέρμα επηρέασε τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού(p=0,037<0,05). Οι γυναίκες που είχαν επαφή δέρμα με δέρμα με το νεογνό τους στην αίθουσα τοκετών είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν. Τέλος η παραμονή του νεογνού στο δωμάτιο σχετίστηκε με την αύξηση του ποσοστού του μητρικού θηλασμού(p=0,010). Τα νεογνά που παρέμειναν δίπλα στη μητέρα τους στο δωμάτιο είχαν 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν. Οι παράγοντες που δεν επηρέασαν τα αποτελέσματα μας ήταν οι ακόλουθοι: 1. Το είδος του τοκετού (p=0,075) 2. Το φύλο του νεογνού (p=0,926) 3. Η ηλικία κύησης (p=0,853) 4. Το βάρος γέννησης (p=0,636) 5. Το είδος αναισθησίας (p=0,170) 6. Η διάρκεια των προηγούμενων θηλασμών σε μήνες (p=0,373) 7. Το κάπνισμα (p=0,377>0,05) και 8. Τα προβλήματα προσαρμογής στο θηλασμό (p=0,201>0,05)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από το 1991 που ξεκίνησε η πρωτοβουλία «Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη», περισ-

σότερα από 15.000 νοσοκομεία σε 132 χώρες του βιομηχανικού και του αναπτυσσόμενου κόσμου έχουν χαρακτηριστεί ως τέτοια. Οι παράγοντες που ανευρέθηκαν να επηρεάζουν τα ποσοστά μητρικού θηλασμού ήταν η ηλικία της μητέρας, η παραμονή του νεογνού δίπλα στη μητέρα, η επαφή δέρμα με δέρμα στην αίθουσα τοκετών και η ενημέρωση-βοήθεια των γυναικών κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας από το προσωπικό του νοσοκομείου. Μια κοινωνία «Φιλική προς τα Βρέφη» είναι αυτή που ενθαρρύνει τις μητέρες να θηλάζουν διευκολύνοντάς τους στην καθημερινή τους ζωή με ελαστικό ωράριο εργασίας, πρόσβαση σε ασφαλείς υπηρεσίες υγείας με ειδικευμένο προσωπικό και νόμους που διασφαλίζουν το δικαίωμά τους να θηλάζουν το παιδί τους.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: μητρικός θηλασμός, πιστοποίηση, WHO, UNICEF, Νοσοκομείο Φιλικό ως Προς τα Βρέφη

SUMMARY

RESEARCH PAPER

BABYFRIENDLY HOSPITAL-THE WAY TO CERTIFICATION AND THE EVOLUTION A YEAR LATER

Eleni Niora, Midwife, MSc(c), Neonatal Department, Elena Venizelou Maternity Hospital

Euthimia Patsourakou, Chief Midwife, MSc, Breast Milk Bank Department, Elena Venizelou Maternity Hospital

Stiliani Egglezou, Neonatal Department Administrator, Breast Milk Bank Department Coordinator, Elena Venizelou Maternity Hospital

Georgios Liosis, Neonatal Department Administrator, Elena Venizelou Maternity Hospital

Konstantinos Papagaroufalos, Coordinator Neonatal Department Administrator, Elena Venizelou Maternity Hospital

Aikaterini Likieridou, Professor of TEI Athens

Partners of Intervention Group:

Aikaterini Daliani, Chief Midwife, MSc, External Pediatric Clinics, Elena Venizelou Maternity Hospital

Kalliopi Dritsakou, Midwife, Registered Nurse, MSc, Education and Parenthood Classes Department, Elena Venizelou Maternity Hospital

Georgia Karanatsi, Midwife, Breast Milk Bank Department, Elena Venizelou Maternity Hospital

Aggeliki Boura, Midwife, Breast Milk Bank Department, Elena Venizelou Maternity Hospital

Aggeliki Papafili, Midwife, Breast Milk Bank Department, Elena Venizelou Maternity Hospital

Aikaterini Sgartsou, Chief Midwife, MSC, Education and Parenthood Classes Department, Elena Venizelou Maternity Hospital

Alexandra Tzortzi, Midwife, Registered Nurse, MSC, Education and Parenthood Classes Department, Elena Venizelou Maternity Hospital

Anastasia Tsilia, Midwife, MSC, Breast Milk Bank Department, Elena Venizelou Maternity Hospital

INTRODUCTION: At the summit on child in 1990, all representatives of the world were pledged to bestir themselves against the trend of avoiding breastfeeding and submitting breastmilk with formula milk. Recognizing the value of breastfeeding, UNICEF and WHO canonized the initiative "Baby Friendly Hospitals".

OBJECTIVE: The objective of this study was to record and evaluate the intervention that was followed in order a big maternity hospital of Athens to be certificated as "Baby friendly hospital".

METHODOLOGY: In the first phase of the study we traced back hospital records and found on random neonatal medical records of infants that were delivered in our maternity hospital, in order to list the existing trends in breastfeeding. After this, we started the intervention (a) from 01-02-2011 to 01-06-2011 & b) from 01-06-2011 to 01-09-2011), in order to certificate the maternity hospital as "baby friendly", that was finally achieved in 04-11-2011. The intervention included: 1. Briefing pregnant women and new mothers about the maternity's hospital policy on breastfeeding. 2. Briefing and committing healthcare workers about the maternity's hospital policy on breastfeeding. 3. Training the staff of the hospital. 4. Application of the ten steps for Breastfeeding Success and of the Code of marketing of formula milk. The evaluation of the intervention was done in three phases per semester, during the intervention and afterwards.

RESULTS: New mothers that breastfed were older than those who didn't. ($30,63 \pm 4,7$ vs $29,16 \pm 5,3$; mean \pm SD). ($p=0,018$) Briefing pregnant women and new mothers about the maternity's hospital policy

on breastfeeding was positively associated with breastfeeding percentages ($p=0,032 < 0,05$). Women that were informed about the maternity's hospital policy on breastfeeding had 1,5 times more probability to breastfeed. Skin to skin contact affected breastfeeding percentages. ($p=0,037 < 0,05$). Women, which had skin to skin contact with their infants in delivery room, had more probabilities to breastfeed. Finally the staying of the infant next to mother- rooming in system- was positively associated with breastfeeding ($p=0,010$). Infants that stayed next to mother in the room, rooming in, had 2,5 times more probability to breastfeed. Factors that didn't affect our results were the followings: 1. The delivery mode ($p=0,075$) 2. The infant's gender ($p=0,926$) 3. The gestational age ($p=0,853$) 4. The birth weight ($p=0,636$) 5. The type of anesthesia ($p=0,170$) 6. The duration of past breastfeeding experience in months ($p=0,373$) 7. Smoking ($p=0,377 > 0,05$) και 8. The problems of adaptation to breastfeeding ($p=0,201 > 0,05$)

CONCLUSIONS: Since 1991 the initiative «Baby Friendly Hospitals» has started, more than 15.000 hospitals in 132 countries of the industrial and growing world have been certificated. Factors that were found to affect breastfeeding percentages were mother's age, the rooming-in system, skin to skin contact in the delivery room, and briefing pregnant and new mothers about hospital's policy in breastfeeding. A society friendly to breastfeeding is that, who encourages mothers to breastfeed by facilitating them in daily life with elastic work time, easy access in healthcare services, access to safe healthcare services with qualified staff and laws that ensure the right of mothers to breastfeed.

KEY-WORDS: breastfeeding, certification, WHO, UNICEF, Baby Friendly Hospital

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πρωτοβουλία "Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη", ξεκίνησε το 1991 σε μια προσπάθεια να εξασφαλισθεί ότι όλες οι υπηρεσίες μητρικής φροντίδας, είτε είναι μεμονωμένες είτε νοσοκομειακά συγκροτήματα θα υποστηρίζουν τις μητέρες να παίρνουν τις σωστές αποφάσεις για τη διατροφή του παιδιού τους, απαλλαγμένες από εμπορικά συμφέροντα. Ο απώτερος στόχος της πρωτοβουλίας είναι να προσφέρει σε κάθε γυναίκα τη δυνατότητα να πάρει σωστές, βασισμένες στην υγεία,

αποφάσεις σχετικά με τη βρεφική διατροφή και εάν επιλέξει το μητρικό θηλασμό, να την υποστηρίξει στον αποκλειστικό θηλασμό του παιδιού της για 6 μήνες και στη συνέχεια του θηλασμού, με συμπληρωματική διατροφή, μέχρι το δεύτερο έτος της ζωής και μετά. (Naylor et al, 2001; Kramer et al, 2001; Hofvander et al, 2005) Η UNICEF και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχουν ορίσει δέκα προϋποθέσεις για να θεωρηθεί ένα Νοσοκομείο «Φιλικό προς τα Βρέφη» (WHO 1,2,3 ; UNICEF 6,7,8):

1. Υπαρξη γραπτής πολιτικής για το Μητρικό θηλασμό και κοινοποίησή της τακτικά σε όλο το προσωπικό υγείας
2. Εκπαίδευση όλου του προσωπικού υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες για την εφαρμογή αυτής της πολιτικής
3. Ενημέρωση όλων των εγκύων για τα οφέλη και τους τρόπους διαχείρισης του θηλασμού
4. Παροχή βοήθειας προς τις μητέρες για να ξεκινήσουν το θηλασμό το πρώτο ημίωρο μετά τη γέννηση
5. Επίδειξη στις μητέρες για το πώς να θηλάζουν και πώς να διατηρήσουν τη γαλουχία ακόμη κι όταν πρέπει να αποχωρισθούν τα νεογνών τους
6. Να μη δίνεται στα νεογνώντα καμιά άλλη τροφή ή υγρό παρά μόνο μητρικό γάλα, εκτός κι αν επιβάλλεται να γίνει διαφορετικά για ιατρικούς λόγους
7. Εφαρμογή της πρακτικής "rooming in", δηλαδή να επιτρέπεται να παραμένει η μητέρα μαζί με το μωρό της 24 ώρες την ημέρα
8. Ενθάρρυνση του θηλασμού όταν το μωρό το αποζητάει
9. Όχι τεχνητές θηλές ή πιπίλες στα μωρά που θηλάζουν
10. Ενδυνάμωση και δημιουργία ομάδων υποστήριξης του θηλασμού στις οποίες θα παραπέμπονται οι μητέρες κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο ή την κλινική

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταγραφεί και να αξιολογηθεί η διαδικασία, που ακολουθήθηκε προκειμένου να πιστοποιηθεί μεγάλο δημόσιο μαιευτήριο ως «φιλικό προς τα βρέφη» καθώς και η επίδραση της στα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Στην πρώτη φάση της μελέτης ανατρέξαμε στο μητρώο του νοσοκομείου και βρήκαμε δειγματοληπτικά (με τυχαιοποίηση) ιστορικά νεογνών που γεννήθηκαν στο μαιευτήριο μας κατά τη διάρκεια του πρώτου εξαμήνου του 2011, προκειμένου να καταγράψουμε την υφιστάμενη κατάσταση. Ακολούθως κάναμε την παρέμβαση (α' φάση παρέμβασης από 01-02-2011 έως και 01-06-2011 & β' φάση παρέμβασης από 01-06-

2011 έως και 01-09-2011), με στόχο την πιστοποίηση του μαιευτηρίου ως «φιλικό προς τα βρέφη», που επετεύχθη τελικά στις 04-11-2011.

Η παρέμβαση περιελάμβανε:

1. Ενημέρωση, για την πολιτική που ακολουθείται από το μαιευτήριο, όσον αφορά το μητρικό θηλασμό, εγκύων και λεχωίδων, με τη διανομή ειδικών φυλλαδίων.
2. Ενημέρωση για την πολιτική και τις προσπάθειες που θα πρέπει να καταβάλει κάθε εργαζόμενος (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό προσωπικό).
3. Σεμινάρια επιμόρφωσης προσωπικού :
 - Δύο(2) 40ωρα σεμινάρια για επαγγελματίες υγείας το έτος.
 - 11 τριήμεροι κύκλοι των 20 ωρών για γιατρούς, μαίες-νοσηλεύτες και βοηθούς νοσηλείας (παρακολούθησαν 278 άτομα).
 - 2 κύκλοι των 5 ωρών για διοικητικό προσωπικό.
4. Μαθήματα σε έγκυες και λεχωίδες σε μηνιαία βάση (περίπου 60 έγκυες και 100 λεχωίδες μηνιαία).
5. Εφαρμογή τοποθέτησης του νεογνού «δέρμα με δέρμα» με τη μητέρα αμέσως μετά τον τοκετό.
6. Ενημέρωση και Συμβουλές για Διατήρηση Γαλουχίας σε Γονείς που τα μωρά τους βρίσκονται στο τμήμα πρώτων νεογνών.
7. Πλήρης Εφαρμογή των Δέκα Βημάτων Για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό και του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.
8. Διανομή Γραπτής Πολιτικής Μητρικού Θηλασμού σε κάθε λεχωίδα.
9. Διασφάλιση της πλήρους εφαρμογής του Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος. Και τέλος:
10. Ενυπόγραφη Συγκατάθεση όλων των λεχωίδων που δίνουν ξένο γάλα στα νεογνά τους.

Ο έλεγχος των αποτελεσμάτων της παρέμβασης έγινε σε τρεις φάσεις ανά εξάμηνο, κατά τη διάρκεια της εξέλιξης της παρέμβασης και μετά από το πέρας της. Έτσι λοιπόν ο πρώτος έλεγχος των αποτελεσμάτων της παρέμβασης έγινε στο πέρας του δεύτερου εξαμήνου του 2011, ο δεύτερος στο πέρας του πρώτου εξαμήνου του 2012 και ο τρίτος έλεγχος στο τέλος του δεύτερου εξαμήνου του 2012.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ: Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) ή/και οι διάμεσοι χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών Για τη σύγκριση ποσοτικών μετα-

βλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Student's t-test ή το κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο χ^2 του Pearson και όπου ήταν απαραίτητο το Fisher's exact test. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/\kappa$ (κ = αριθμός των συγκρίσεων). Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων και προέκυψαν λόγοι συμπληρωματικής πιθανοφάνειας (Odds ratio=OR) και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (CI). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Ο συνολικός αριθμός των νεογνών που κατεγράφησαν δειγματοληπτικά κατά τη διάρκεια της μελέτης ήταν 2.780 νεογνά. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με τυχαιοποιημένη δειγματοληψία. Οι μητέρες με δίδυμα νεογνά καταχωρήθηκαν δυο φορές, μια για κάθε νεογνό τους. Στην πρώτη φάση της μελέτης ανατρέξαμε στο μητρώο του νοσοκομείου και βρήκαμε δειγματοληπτικά (με τυχαιοποίηση) 336 ιστορικά νεογνών που θήλασαν, προκειμένου να καταγράψουμε την υπάρχουσα κατάσταση κατά τη διάρκεια του πρώτου εξαμήνου του 2011. Ακολούθως κάναμε την παρέμβαση, όπως περιγράφεται στη μεθοδολογία. Ο πρώτος έλεγχος των αποτελεσμάτων της παρέμβασης έγινε στο πέρας του δευτέρου εξαμήνου του 2011, με σύνολο δείγματος 710 νεογνά που θήλασαν. Ο δεύτερος έλεγχος των αποτελεσμάτων της παρέμβασης έγινε στο πέρας του πρώτου εξαμήνου του 2012 με σύνολο δείγματος 761 νεογνά και ο τρίτος έλεγχος των αποτελεσμάτων της παρέμβασης έγινε στο πέρας του δευτέρου εξαμήνου του 2012 με σύνολο δείγματος 973 νεογνά. (πίνακας 1)

Τα ποσοστά της καισαρικής τομής ήταν ιδιαίτερα υψηλά, αφού κυμάνθηκαν από 63,8%-67,7%. Το β εξάμηνο του 2012 οι καισαρικές τομές άγγιξαν το 67,7% σε αντίθεση με τους φυσιολογικούς τοκετούς, που στο υψηλότερο ποσοστό τους έφτασαν το β εξάμηνο του 2011 με επίπτωση μόλις 36,2%. Τα ποσοστά των καισαρικών τομών κυμάνθηκαν μεν σε υψηλές αναλογίες, χωρίς όμως δε να παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στη διακείμενση τους ανά εξάμηνο ($p=0,373$) (πίνακας 2).

Η μέση ηλικία των μητέρων κυμάνθηκε από 30,52

έτη $\pm 4,8$ έως 32,21 $\pm 4,2$ (mean \pm SD). Δεν παρατηρήσαμε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικιακή κατανομή κατά τη διάρκεια του έτους 2012($p=0,66$), ενώ υπήρχε άνοδος της ηλικιακής κατανομής κατά τη διάρκεια του 2011, χωρίς όμως αυτό να συνιστά στατιστικά σημαντική διαφορά. ($p=0,08$) (πίνακας 3)

Το μεγαλύτερο ποσοστό άρρενων νεογνών (56,7%) καταγράφηκε το β εξάμηνο του 2011 και θήλεων νεογνών (55,9%) το α εξάμηνο του 2011. Η κατανομή του φύλου των νεογνών παρουσίασε διαφορά κατά τη διάρκεια της μελέτης ($p=0,02<0,05$). (πίνακας 4)

Η ηλικιακή κατανομή των κυήσεων εμφάνισε διαφορά ανάμεσα στα δυο εξάμηνα του 2011($p=0,00<0,05$) σε αντίθεση με το 2012. ($p=0,879$). Η μέση ηλικία κύησης όλων των νεογνών της μελέτης ήταν 38,29 w $\pm 1,3$ (38,1;33,0-41,1). (πίνακας 5; σχήμα 1 και 2) Η κατανομή των βάρους γέννησης των νεογνών δεν εμφάνισε διαφορά ανάμεσα στα δυο εξάμηνα του 2011($p=0,726$) σε αντίθεση με τα δυο εξάμηνα του 2012 ($p=0,025<0,05$). Το μέσο βάρος γέννησης όλων των νεογνών της μελέτης ήταν 3.237g $\pm 362,5$ (3.340; 1.710-4.410). (πίνακας 6 και σχήμα 3)

Το μεγαλύτερο ποσοστό (60,9%) των γυναικών που γέννησαν, υπεβλήθη σε ολική-γενική αναισθησία (1.693/2.780), γεγονός που αποδίδεται στο υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών. ($p=0,00<0,05$) (πίνακας 7)

Χαμηλής διάρκειας καταγράφηκε να είναι η διάρκεια που αναφέρουν ότι θήλασαν οι μητέρες τα προηγούμενα νεογνά τους με μέση τιμή 2,79 μήνες $\pm 4,4$ (0; 0-36). (πίνακας 8)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών δήλωσαν ότι εκπαιδεύτηκαν-ενημερώθηκαν για το μητρικό θηλασμό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και τις πρώτες ημέρες της λοχείας. Η εκπαίδευση-ενημέρωση φάνηκε προοδευτικά να αυξάνει σε ποσοστά (έως και 94,1%). ($p=0,00<0,05$) (πίνακας 9). Το μεγαλύτερο μέρος των εγκύων γυναικών (2046/2870) είχαν εκπαιδευτεί από μαιείες που κάνουν μαθήματα μητρικού θηλασμού σε μηνιαία βάση στο μαιευτήριο μας, ενώ τα ποσοστά εκπαίδευσης αυξήθηκαν με την πρόοδο του χρόνου ($P=0,00<0,05$). (πίνακας 10)

Το μεγαλύτερο μέρος των γυναικών (2045/2780) έλαβαν βοήθεια για να συνεχίσουν να θηλάσουν και στη χρονική περίοδο της λοχείας από τις μαιείες, ενώ τα ποσοστά εκπαίδευσης αυξήθηκαν και εδώ με την πρόοδο του χρόνου ($P=0,00<0,05$). (πίνακας 11)

Πάνω από τις μισές γυναίκες (59,1%) ήρθαν σε επαφή

δέρμα με δέρμα με το νεογνό τους στην αίθουσα τοκετών, με το υψηλότερο ποσοστό (37,7%) στο β εξάμηνο του 2012. (πίνακας 12) ($p=0,00<0,05$) Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού έτσι όπως διαμορφώθηκαν στις 4 φάσεις της μελέτης.(πίνακας 13) Σε αυτά τα ποσοστά συγκαταλέγονται και τα νεογνά που πήραν έστω και ένα γεύμα ξένου γάλακτος με ένδειξη (υπογλυκαιμία, μεγάλη απώλεια βάρους $>10\%$, υπερχοληρυθριναιμία, επιθυμία μητέρας κτλ) και πάντα με την ενυπόγραφη συγκατάθεση της μητέρας.

Τα επίπεδα του μητρικού θηλασμού αυξήθηκαν σταδιακά μετά την παρέμβαση έως και στο 96%.($P=0,04$) Μεταξύ της πρώτης και της τρίτης φάσης εκτίμησης των αποτελεσμάτων, οι διαφορές φάνηκε να είναι σημαντικές.($p=0,016<0,05$) Οι γυναίκες μετά το πέρας της παρέμβασης είχαν δυο φορές περισσότερο πιθανότητα να θηλάσουν.(OR: 2,152; CI:1,16-3,97)

Καταγράψαμε αύξηση και των ποσοστών του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού μετά την παρέμβαση, από 38,4%, που ήταν αρχικά, σε 52,7% στην πρώτη φάση της μελέτης ($p=0,00<0,05$; πίνακας 14) Το τελικό συνολικό ποσοστό αποκλειστικού μητρικού θηλασμού μετά την ολοκλήρωση όλων των φάσεων της μελέτης διαμορφώθηκε στο 46,7%.

Παρατηρήθηκε σταδιακή μείωση των ποσοστών χορήγησης ξένου γάλακτος μετά την παρέμβαση, που κυμάνθηκε από 63,1%, που ήταν αρχικά, σε 58,3% ($p=0,00<0,05$). Το τελικό συνολικό ποσοστό χορήγησης ξένου γάλακτος μετά το πέρας όλων των φάσεων εκτίμησης διαμορφώθηκε στο 55,3%. Η ημέρα χορήγησης ξένου γάλακτος ήταν η 2,04 ημέρα $\pm 2,11$ (mean \pm SD). Το μεγαλύτερο ποσοστό των νεογνών (28,1%) πήρε ξένο γάλα σε περισσότερες από μια ημέρες κατά την παραμονή του στο μαιευτήριο.(πίνακας 16)

Ο μεγαλύτερος αριθμός νεογνών (93,3%) παρέμεινε στο δωμάτιο δίπλα στη μητέρα. Το ποσοστό των γυναικών που κάπνισαν διαμορφώθηκε σε 6,9% και όσων πήραν κάποιο φάρμακο κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών του θηλασμού ανήλθε σε 55%. Η καταγραφή προβλημάτων που σχετίζονταν με το θηλασμό άγγιξε μόλις το 6,3%. Ο τραυματισμός των θηλών φάνηκε να είναι το κυριότερο πρόβλημα προσαρμογής στο μητρικό θηλασμό. Παρατηρήθηκε σταδιακά πτώση του ποσοστού ενυπόγραφης συγκατάθεσης, για χορήγηση ξένου γάλακτος από 65,2% σε 54,8%. (πίνακας 22)

Από τα ποσοστά που καταγράφηκαν ως ενδείξεις συγκατάθεσης το μεγαλύτερο (42,4%) αντιστοιχούσε σε

επιθυμία της μητέρας. (πίνακας 23)

Από τις συγκρίσεις που έγιναν μεταξύ νεογνών που θηλάσαν και δε θηλάσαν προέκυψε ότι:

1. Οι μητέρες που θηλάσαν είχαν μεγαλύτερη μέση ηλικία από αυτές που δε θηλάσαν (30,63 \pm 4,7 vs 29,16 \pm 5,3). ($p=0,018$) –πίνακας 24
2. Το είδος του τοκετού δε σχετίστηκε με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. ($p=0,075$) Οι γυναίκες που έκαναν καισαρική τομή φαίνεται να είχαν μια φορά παραπάνω πιθανότητα να θηλάσουν τα νεογνά τους, κάτι που αποδίδεται στα υψηλά ποσοστά καισαρικών τομών και δεν είναι αξιολογήσιμο. –πίνακας 25
3. Το φύλο του νεογνού δε σχετίστηκε με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. ($p=0,926$) –πίνακας 26
4. Η ηλικία κύησης δε σχετίστηκε με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. ($p=0,853$) –πίνακας 27
5. Το βάρος γέννησης δε σχετίστηκε με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού($p=0,636$). –πίνακας 28
6. Το είδος αναισθησίας δε σχετίστηκε με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. ($p=0,170$) –πίνακας 29
7. Η διάρκεια των προηγούμενων θηλασμών σε μήνες δε σχετίστηκε με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. ($p=0,373$) –πίνακας 30
8. Η ενημέρωση-εκπαίδευση για το θηλασμό σχετίστηκε με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. ($p=0,032<0,05$) Οι γυναίκες που ενημερώθηκαν και εκπαιδεύτηκαν για το μητρικό θηλασμό είχαν 1,5 φορά παραπάνω πιθανότητα να θηλάσουν. –πίνακας 31
9. Η επαφή δέρμα με δέρμα σχετίστηκε με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. ($p=0,037<0,05$) Οι γυναίκες που είχαν επαφή δέρμα με δέρμα με το νεογνό τους στην αίθουσα τοκετών είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν. –πίνακας 32
10. Το κάπνισμα δε σχετίστηκε με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. ($p=0,377>0,05$) –πίνακας 33
11. Η λήψη φαρμάκων σχετίστηκε με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. ($p=0,003<0,05$) Οι γυναίκες που πήραν φάρμακα είχαν 1,8 περισσότερη πιθανότητα να θηλάσουν σε σχέση με αυτές που δεν πήραν, τα οποίο οφείλεται στο ότι σχεδόν όλες οι γυναίκες παίρνουν φάρμακα, ως επί το πλείστον αντιβιοτικά μετά τοκετού για χημειοπροφύλαξη, και δεν είναι αξιολογήσιμο. –πίνακας 34
12. Τα προβλήματα προσαρμογής στο θηλασμό δε σχετίστηκαν με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. ($p=0,201>0,05$) Οι γυναίκες που δεν είχαν προβλήματα προσαρμογής στο μητρικό θηλασμό είχαν 1,8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν. –πίνακας 35

13. Τέλος η παραμονή του νεογνού στο δωμάτιο σχετίστηκε με την αύξηση του ποσοστού του μητρικού θηλασμού ($p=0,010$). Τα νεογνά που παρέμειναν δίπλα στη μητέρα τους στο δωμάτιο είχαν 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν. –πίνακας 36

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η πιστοποίηση ενός μαιευτηρίου «ως φιλικό προς τα βρέφη», προϋποθέτει απαραίτητα τη συνεργασία και την ομαδική προσπάθεια όλου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, που επετεύχθησαν αρχικά ήταν ιδιαίτερα υψηλά και η πτώση τους σταδιακά με την πρόοδο του χρόνου στα επίπεδα που έφτασαν ήταν αναμενόμενη, σύμφωνα και με τις επίσημες οδηγίες πιστοποίησης του WHO. (WHO1,2,3) Οι παράγοντες που ανευρέθησαν να επηρεάζουν τα ποσοστά μητρικού θηλασμού ήταν η ηλικία της μητέρας, η παραμονή του νεογνού δίπλα στη μητέρα, η επαφή δέρμα με δέρμα στην αίθουσα τοκετών και η ενημέρωση-βοήθεια των γυναικών κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας από τις μαίες. Τα αποτελέσματα μας συμβαδίζουν απόλυτα με τα “10 βήματα για την επιτυχία του μητρικού θηλασμού” αλλά και με τις πλέον πρόσφατες μελέτες των Rosenberg et al (2008) αλλά και των Britton et al (2007), οι οποίοι τονίζουν ότι η παραμονή του νεογνού δίπλα στη μητέρα (rooming in system) και η αμέριστη υποστήριξη της θηλάζουσας από τις μαίες είναι οι πλέον σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη επιτυχία ενός νοσοκομείου στο δρόμο της πιστοποίησης. Όπως άλλωστε χαρακτηρίζεται και από άλλους μελετητές η ευθύνη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι τεράστια στο κομμάτι της εκπαίδευσης των μητέρων στο μητρικό θηλασμό. (Jones et al, 2003; Merten et al, 2005) Οι Caldeira et al (2007) αναφέρουν ότι οι γυναίκες με μεγαλύτερη ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες για να θηλάσουν, αποτέλεσμα και της δικής μας μελέτης. Οι DiGirolamo AM et al (2008) υπερτονίζουν ότι η επαφή δέρμα με δέρμα είναι θεμέλιος λίθος στην προσπάθεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, έτσι όπως διαμορφώνεται και από τα δικά μας συμπεράσματα. Σε μια πληθώρα μελετών και δεδομένων η μελέτη μας δείχνει την διαρκή και έντονη προσπάθεια για την προώθηση του μητρικού θηλασμού, ενώ τα αποτελέσματα μας είναι συμβατά με τις αρχές της UNICEF και του WHO για την πιστοποίηση ενός νοσοκομείου ως «φιλικό προς τα βρέφη».

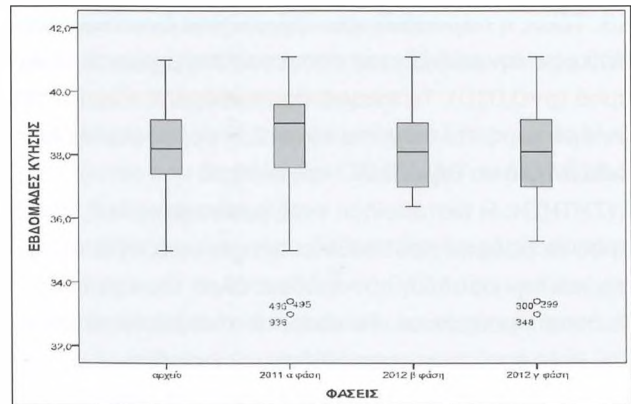
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από το 1991 που ξεκίνησε η πρωτοβουλία “Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη”, περισσότερα από 15.000 νοσοκομεία σε 132 χώρες του βιομηχα-

νικού και του αναπτυσσόμενου κόσμου έχουν χαρακτηριστεί ως τέτοια. (Cattaneo et al, 2001; Hofvander et al, 2005; Caldeira et al, 2007; DiGirolamo et al, 2008) Μια κοινωνία «Φιλική προς τα Βρέφη» είναι αυτή που ενθαρρύνει τις μητέρες να θηλάζουν διευκολύνοντάς τους στην καθημερινή τους ζωή με ελαστικό ωράριο εργασίας, πρόσβαση σε ασφαλείς υπηρεσίες υγείας με ειδικευμένο προσωπικό και νόμους που διασφαλίζουν το δικαίωμά τους να θηλάζουν το παιδί τους. Ένα μαιευτήριο είναι ο πρώτος σταθμός μιας μητέρας που γεννάει το παιδί της. Για αυτό και οφείλουν όλα τα μαιευτήρια να είναι πιστοποιημένα ως «φιλικά προς τα βρέφη» και να υποστηρίζουν σθεναρά το μητρικό θηλασμό. (Labbok et al, 2006; Pérez-Escamilla R et al, 2007)

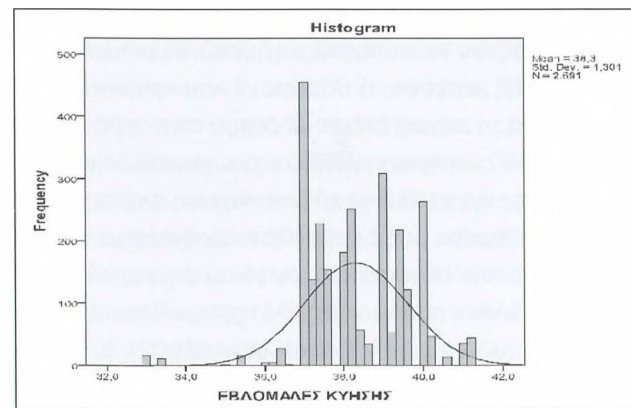
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO, Baby Friendly Hospital, <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>
2. WHO, Baby Friendly Hospital, <http://www.babyfriendlyusa.org/>
3. Baby Friendly Hospital, <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>
4. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group: How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003, 362(9377): 65-71. 2.
5. Naylor AJ, Baby-Friendly Hospital Initiative: Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in the twenty-first century. *Pediatr Clin North Am* 2001, 48(2):475-483. 3.
6. UNICEF 1990-2005: Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding: Past Achievements, Present Challenges and Priority Action for Infant and Young Child Feeding 2nd edition.
7. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, Italy; 2006.
8. UNICEF and WHO: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services World Health Organization, Geneva; 1989.
9. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE: Support for breastfeeding mothers (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2007, 1:CD001141.
10. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuk D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovich N, Ovchinnikova L, Helsing E: PROBIT Study Group: Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001, 285(4):413-420.
11. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U: Do Baby-Friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005, 116(5):e702-708.

12. Rosenberg KD, Stull JD, Adler MR, Kasehagen LJ, Crivelli-Kovach A: Impact of hospital policies on breastfeeding outcomes. Breastfeed Med 2008, 3(2):110-116.
13. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB: Effect of maternity-care practices on breastfeeding. Pediatrics 2008, 122(Suppl 2):S43-49.
14. Cattaneo A, Buzzetti R: Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. BMJ 2001, 323(7325):1358-62.
15. Caldeira AP, Goncalves E: Assessment of the impact of implementing the Baby Friendly Hospital Initiative. J Pediatr (Rio J) 2007, 83(2):127-132.
16. Labbok MH, Wardlaw T, Blanc A, Clark D, Terreri N: Trends in exclusive breastfeeding: findings from the 1990s. J Hum Lact 2006, 22(3):272-276.
17. Pérez-Escamilla R: Evidence based breast-feeding promotion: the Baby-Friendly Hospital Initiative. J Nutr 2007, 137(2):484-487.
18. Hofvander Y: Breastfeeding and the Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI): organization, response and outcome in Sweden and other countries. Acta Paediatr 2005, 94(8):1012-1016.



Σχήμα 1. Κατανομή Ηλικίας Κύησης σε όλες τις φάσεις της μελέτης.



Σχήμα 2. Κατανομή Ηλικίας Κύησης όλων των νεογνών της μελέτης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 : ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΦΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό%
Αρχείο α'εξάμηνο 2011	336	12,1%
β'εξάμηνο 2011	710	25,5%
α'εξάμηνο 2012	761	27,4%
β'εξάμηνο 2012	973	35,0%
Σύνολο	2.780	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

	Chi-Square Tests	ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ		Σύνολο
		φυσιολογικός τοκετός	καισαρική τομή	
Αρχείο α'εξάμηνο 2011	P= 0,373	109	227	336
β'εξάμηνο 2011		32,4%	67,6%	100,0%
α'εξάμηνο 2012		257	453	710
β'εξάμηνο 2012		36,2%	63,8%	100,0%
Σύνολο		259	502	761
		34,0%	66,0%	100,0%
		314	659	973
		32,3%	67,7%	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

	Levene's Test for Equality of Variances	ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	
		ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(mean)	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (St.Deviation)
Αρχείο α'εξάμηνο 2011	P=0,08	30,52	4,833
β'εξάμηνο 2011		32,21	4,212
α'εξάμηνο 2012		30,46	4,809
β'εξάμηνο 2012		30,56	4,794

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

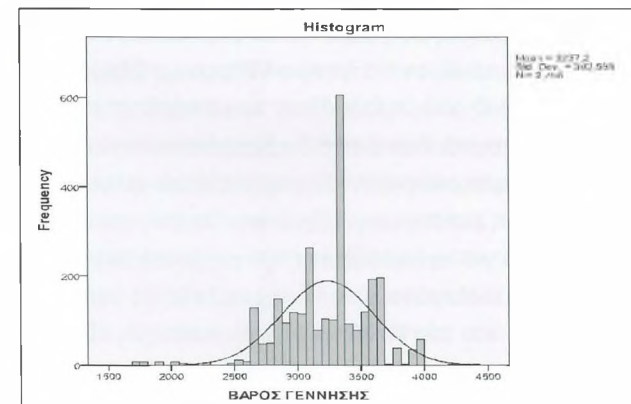
	Levene's Test for Equality of Variances	ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
		ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(mean)	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (St.Deviation)
Αρχείο α'εξάμηνο 2011	P=0,726	3.221,19g	414,95
β'εξάμηνο 2011		3.213,00g	318,76
α'εξάμηνο 2012		3.272,89g	323,58
β'εξάμηνο 2012		3.232,69g	398,42
Όλα τα νεογνά		3.237,2 g ± 362,5 (3.340; 1.710-4.410)	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΦΥΛΟ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

	Chi-Square Tests	ΦΥΛΟ ΝΕΟΓΝΟΥ		Σύνολο
		ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	
Αρχείο α'εξάμηνο 2011	P= 0,02	154	182	336
β'εξάμηνο 2011		45,8%	54,2%	710
α'εξάμηνο 2012		397	313	710
β'εξάμηνο 2012		55,9%	44,01%	761
Σύνολο		387	374	761
		50,9%	49,1%	973
		473	500	973
		48,6%	51,4%	973

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ

	Levene's Test for Equality of Variances	ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ	
		ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(mean)	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (St.Deviation)
Αρχείο α'εξάμηνο 2011	P=0,000	38,34 w	1,13
β'εξάμηνο 2011		38,73 w	1,27
α'εξάμηνο 2012		38,12 w	1,15
β'εξάμηνο 2012		38,11 w	1,40
Όλα τα Νεογνά		38,29 w ±1,3 (38,1;33,0-41,1)	



Σχήμα 3. Κατανομή Βάρους Γέννησης όλων των νεογνών της μελέτης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ				
P=0,000<0,05	ΤΟΠΙΚΗ	ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ		ΚΑΜΙΑ
		ΓΕΝΙΚΗ-ΟΛΙΚΗ	ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ -ΡΑΧΙΑΙΑ	
Αρχείο- α'εξάμηνο 2011	59 8,1%	288 17,1%	0 0%	47 26,6%
β'εξάμηνο 2011	218 30,1%	377 22,3%	76 41,1%	32 18,1%
α'εξάμηνο 2012	176 24,3%	427 25,2%	56 30,3%	60 33,0%
β'εξάμηνο 2012	272 37,5%	601 35,4%	53 28,6%	38 21,5%
ΣΥΝΟΛΑ	725 (100%)	1693(100%)	185(100%)	177(100%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΘΗΛΑΣΜΩΝ ΣΕ ΜΗΝΕΣ				
Levene's Test for Equality of Variances	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ (mean)	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (St.Deviation)		
		Αρχείο- α'εξάμηνο 2011	β'εξάμηνο 2011	α'εξάμηνο 2012
Αρχείο- α'εξάμηνο 2011	1,69	P=0,01	3,32	
β'εξάμηνο 2011	2,65		4,66	
α'εξάμηνο 2012	2,91	P= 0,253	4,30	
β'εξάμηνο 2012	3,16		4,60	
Όλες οι μητέρες	2,79 ± 4,4 (0,0: 0-36)			

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ				
P=0,000<0,05	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ			ΣΥΝΟΛΑ
	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
Αρχείο- α'εξάμηνο 2011	66 (3,2%)	19,6%	270(37,1%)	336
β'εξάμηνο 2011	422(20,6%)	59,5%	288(39,8%)	710
α'εξάμηνο 2012	648(31,6%)	85,1%	113(15,5%)	761
β'εξάμηνο 2012	918(44,6%)	94,1%	57(7,8%)	973
ΣΥΝΟΛΑ	2052(100%)		728(100%)	2780

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΠΡΙΝ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ				
P=0,000<0,05	ΚΑΜΙΑ	ΕΙΔΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ-ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ		ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΓΩΝΕΩΝ
		ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΜΑΙΩΝ ΣΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ	ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΣΕ ΆΛΛΑ ΚΕΝΤΡΑ	
Αρχείο- α'εξάμηνο 2011	229(33,5%)	82(3,0%)	45(80%)	0(0%)
β'εξάμηνο 2011	288(42,2%)	420(20,5%)	1(2%)	1(100%)
α'εξάμηνο 2012	112(16,4%)	648(31,7%)	1(2%)	0(0%)
β'εξάμηνο 2012	54(7,9%)	916(44,8%)	3(6%)	0(0%)
ΣΥΝΟΛΑ	683(100%)	2046(100%)	50(100%)	1(100%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ				
P=0,000<0,05	ΚΑΜΙΑ	ΕΙΔΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ-ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ		ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΓΩΝΕΩΝ
		ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΜΑΙΩΝ ΣΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ	ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟ ΠΑΝΤΟΥ	
Αρχείο- α'εξάμηνο 2011	62(3%)	229(82,9%)	45(91,8%)	45(91,8%)
β'εξάμηνο 2011	419(20,5%)	291(42,4%)	0(0%)	0(0%)
α'εξάμηνο 2012	648(31,7%)	112(16,3%)	1(2%)	1(2%)
β'εξάμηνο 2012	918(44,8%)	54(7,9%)	3(6,1%)	3(6,1%)
ΣΥΝΟΛΑ	2045(100%)	686(100%)	48(100%)	48(100%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. ΕΠΑΦΗ ΔΕΡΜΑ ΜΕ ΔΕΡΜΑ				
P=0,000<0,05	ΑΙΟΥΣΙΑ ΤΟΚΕΤΩΝ	ΔΕΡΜΑΤΙΟ		ΜΕΝΝ
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Αρχείο- α'εξάμηνο 2011	0(0%)	336(30,1%)	0(0%)	0(0%)
β'εξάμηνο 2011	530(32,3%)	74,6%	169(15,1%)	11(4,9%)
α'εξάμηνο 2012	493(30,0%)	64,7%	265(23,7%)	3(5,2%)
β'εξάμηνο 2012	820(37,7%)	83,7%	348(31,1%)	5(26,3%)
ΣΥΝΟΛΑ	1643(100%)		1118(100%)	18(100%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ				
P= 0,04<0,05	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
Αρχείο- α'εξάμηνο 2011	317(11,9%)	19(17,3%)	94,3%	
β'εξάμηνο 2011	679(25,4%)	31(28,2%)	95,6%	
α'εξάμηνο 2012	741(27,8%)	20(18,2%)	97,4%	
β'εξάμηνο 2012	933(34,9%)	40(36,4%)	95,9%	
ΣΥΝΟΛΑ	2670(100%)	110(100%)	96,0%	

Χρονικές Περιόδους				
Αρχείο α'εξάμηνο 2011- Προ Παρέμβασης- Μαθημάτων	Μητρικός Θηλασμός		P Value	Odds Ratio
	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
β'εξάμηνο 2011	94,3%	5,7%	p=0,368	CI: 0,743-2,259

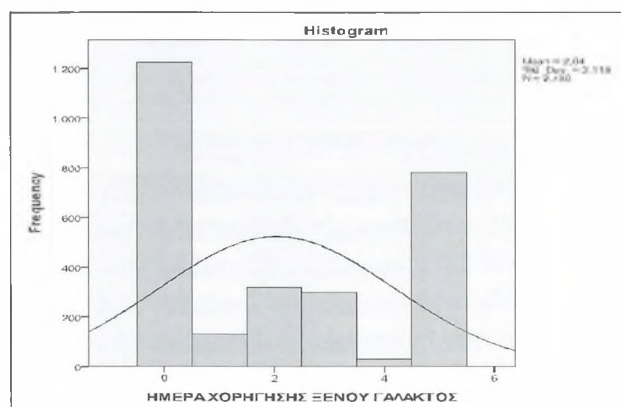
Χρονικές Περιόδους				
β'εξάμηνο 2011	Μητρικός Θηλασμός		P Value	Odds Ratio
	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
α'εξάμηνο 2012	95,6%	4,4%	p=0,068	CI: 0,95-2,88

Χρονικές Περιόδους				
α'εξάμηνο 2012	Μητρικός Θηλασμός		P Value	Odds Ratio
	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
β'εξάμηνο 2012	97,4%	2,6%	p=0,090	CI: 0,99-1,033

Χρονικές Περιόδους	Μητρικός Θηλασμός		P Value	Odds Ratio
	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
Αρχείο α'εξάμηνο 2011- Προ Παρέμβασης- Μαθημάτων	94,3%	5,7%	p=0,016<0,05	2,152
α'εξάμηνο 2012	97,4%	2,6%		CI: 1,16-3,97

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ				
P=0,00<0,05	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΠΟΣΟΣΤΑ	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
Αρχείο- α'εξάμηνο 2011	129(9,9%)	207(14%)	38,4%	
β'εξάμηνο 2011	374(28,8%)	336(22,7%)	52,7%	
α'εξάμηνο 2012	355(27,3%)	406(27,4%)	46,8%	
β'εξάμηνο 2012	440(33,9%)	533(36,0%)	45,2%	
ΣΥΝΟΛΑ	1298(100%)	1482(100%)	46,7%	

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. ΠΟΣΟΣΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΞΕΝΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ				
P= 0,00<0,05	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΞΕΝΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ		ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΠΟΣΟΣΤΑ	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
Αρχείο- α'εξάμηνο 2011	212(13,8%)	124(10%)	63,1%	
β'εξάμηνο 2011	338(22,0%)	372(29,9%)	47,6%	
α'εξάμηνο 2012	420(27,3%)	341(27,4%)	55,2%	
β'εξάμηνο 2012	567(36,9%)	406(32,7%)	58,3%	
ΣΥΝΟΛΑ	1537(100%)	1243(100%)	55,3%	



Σχήμα 4. Κατανομή της Ημέρας Χορήγησης Ξένου Γάλακτος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: ΗΜΕΡΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΞΕΝΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ			
	Αριθμός	Ποσοστό %	
Δεν Πήραν Καθόλου Ξένο Γάλα	1224	44,0%	
1η Ημέρα Ζωής	130	4,7%	
2η Ημέρα Ζωής	317	11,4%	
3η Ημέρα Ζωής	298	10,7%	
4η Ημέρα Ζωής	30	1,1%	
Σε Διάφορες Ημέρες	781	28,1%	
ΣΥΝΟΛΑ	2780	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ				
P=0,00<0,05	ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΝΕΟΓΝΟΥ		ΜΕΝΝ	
	ΜΕΝΝ-ΔΩΜΑΤΙΟ	ΔΩΜΑΤΙΟ		
Αρχείο- α'εξάμηνο 2011	0(0%)	336(12,9%)	0(0%)	
β'εξάμηνο 2011	39(25,8%)	670(25,8%)	1(2,9%)	
α'εξάμηνο 2012	44(41,3%)	698(26,9%)	19(55,9%)	
β'εξάμηνο 2012	68(45%)	891(34,3%)	14(41,2%)	
ΣΥΝΟΛΑ	151(100%)	2595(100%)	34(100%)	

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ				
P= 0,00<0,05	ΚΑΠΝΙΣΜΑ		ΚΑΠΝΙΣΜΑ	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
Αρχείο- α'εξάμηνο 2011	0(0%)	336(13%)	0%	
β'εξάμηνο 2011	66(34,4%)	644(24,9%)	9,3%	
α'εξάμηνο 2012	50(26%)	711(27,5%)	6,8%	
β'εξάμηνο 2012	78(39,6%)	897(34,7%)	7,8%	
ΣΥΝΟΛΑ	162(100%)	2588(100%)	6,9%	

ΠΙΝΑΚΑΣ 19. ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ				
P= 0,00<0,05	ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ		ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
Αρχείο- α'εξάμηνο 2011	0(0%)	336(26,8%)	0%	
β'εξάμηνο 2011	386(25,3%)	324(25,9%)	54,4%	
α'εξάμηνο 2012	508(33,2%)	253(20,2%)	66,6%	
β'εξάμηνο 2012	634(41,5%)	339(27,1%)	65,2%	
ΣΥΝΟΛΑ	1528(100%)	1252(100%)	55%	

ΠΙΝΑΚΑΣ 20. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Chi-Square Tests
P = 0,02 < 0,05

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ
Αρχείο-α' εξάμηνο 2011	0(0%)	336(12,9%)	0%
β' εξάμηνο 2011	104(59,1%)	606(23,3%)	14,6%
α' εξάμηνο 2012	35(19,9%)	726(27,9%)	4,6%
β' εξάμηνο 2012	37(21%)	936(35,9%)	3,8%
ΣΥΝΟΛΑ	176(100%)	2604(100%)	6,3%

ΠΙΝΑΚΑΣ 21. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Chi-Square Tests
P = 0,03 < 0,05

	ΕΙΣΕΧΟΥΣΙΑ ΘΗΛΗ	ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΟΥΔΕΝ
Αρχείο-α' εξάμηνο 2011	0(0%)	0(0%)	336(12,9%)
β' εξάμηνο 2011	8(88,9%)	97(57,7%)	605(23,2%)
α' εξάμηνο 2012	1(11,1%)	34(20,2%)	729(27,9%)
β' εξάμηνο 2012	0(0%)	37(22%)	936(36%)
ΣΥΝΟΛΑ	9(100%)	168(100%)	2603(100%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 22. ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Chi-Square Tests
P = 0,00 < 0,05

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
Αρχείο-α' εξάμηνο 2011	219(14,4%)	117(9,3%)	65,2%
β' εξάμηνο 2011	317(20,8%)	393(31,3%)	44,6%
α' εξάμηνο 2012	427(28%)	334(26,6%)	56,1%
β' εξάμηνο 2012	561(36,8%)	412(32,8%)	57,7%
ΣΥΝΟΛΑ	1524(100%)	1256(100%)	54,8%

ΠΙΝΑΚΑΣ 23. ΕΝΔΕΙΞΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

	ΦΑΣΕΙΣ ΜΕΛΕΤΗΣ				Σύνολα
	2011 α' εξάμηνο	2011 β' εξάμηνο	2012 α' εξάμηνο	2012 β' εξάμηνο	
Πρωιρότητα	0	10	0	0	10
Επιθυμία της Μητέρας	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Υπογλυκαιμία	219	229	318	415	1181
Ίκτερος	18,5%	19,4%	26,0%	35,1%	100,0%
Δε δόθηκε ξένο γάλα	0	8	8	8	24
Απώλεια βάρους <10% αρχικού βάρους	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
Πυρετός	0	0	10	7	17
Πυρετός και Υπογλυκαιμία	0,0%	0,0%	58,8%	41,2%	100,0%
Νοσηλεία στη ΜΕΝΝ	117	393	334	412	1256
Υπογλυκαιμία-Ίκτερος	9,3%	31,3%	26,6%	32,8%	100,0%
Ασθένεια Μητέρας	0	33	37	53	123
Σύνολα	0,0%	26,8%	30,1%	43,1%	100,0%
	0	1	7	8	16
	0,0%	6,3%	43,8%	50,0%	100,0%
	0	1	0	0	1
	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	0	29	39	56	124
	0,0%	23,4%	31,5%	45,2%	100,0%
	0	0	0	1	1
	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	0	6	8	13	27
	0,0%	22,2%	29,6%	48,1%	100,0%
	336	710	761	973	2780
	12,1%	25,5%	27,4%	35,0%	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 24. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

ΗΛΙΚΙΑ	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ	N	Mean	Std. Deviation	P
ΓΥΝΑΙΚΑΣ	ναι	2670	30,63	4,765	0,018 < 0,05
	όχι	110	29,16	5,319	

Levene's Test for Equality of Variances

ΠΙΝΑΚΑΣ 25. ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		Σύνολα
	ναι	όχι	
φυσιολογικός τοκετός	911	28	939
καισαρική τομή	34,1%	25,5%	33,8%
Σύνολα	1759	82	1841
	65,9%	74,5%	66,2%
	2670	110	2780
	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

ΠΙΝΑΚΑΣ 26. ΦΥΛΟ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

ΦΥΛΟ	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΑ
	ναι	όχι	
αρρεν	1355	66	1421
θηλυ	50,9%	55,4%	50,9%
ΣΥΝΟΛΑ	1306	53	1359
	49,1%	44,6%	49,1%
	2661	119	2780
	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

ΠΙΝΑΚΑΣ 27. ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΥΗΣΗΣ	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ	N	Mean	Std. Deviation	P
ναι	2583	38,299	1,3083	0,05	
όχι	108	38,275	1,1314		

Levene's Test for Equality of Variances

ΠΙΝΑΚΑΣ 28. ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ	N	Mean	Std. Deviation	P
ναι	2646	3237,87	362,242	0,636 > 0,05	
όχι	110	3221,15	372,159		

Levene's Test for Equality of Variances

ΠΙΝΑΚΑΣ 29. ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΑ
	ναι	όχι	
τοπική	703	22	725
γενική	26,9%	13,1%	26,1%
επιακληριδίου	1558	77	1635
Καμία αναισθησία	59,6%	45,8%	58,8%
	180	5	185
	6,9%	2,97%	6,7%
	171	64	235
	6,5%	38,1%	8,45%
ΣΥΝΟΛΑ	2612	168	2780
	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

ΠΙΝΑΚΑΣ 30. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΘΗΛΑΣΜΩΝ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΘΗΛΑΣΜΩΝ(ΜΗΝΗΣ)	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ	N	Mean	Std. Deviation	P
ναι	2670	2,80	4,439	0,373 > 0,05	
όχι	110	2,43	4,010		

Levene's Test for Equality of Variances

ΠΙΝΑΚΑΣ 31. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

P = 0,032 < 0,05
OR = 1,579 (1,058-2,356)

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟ	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΑ
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΝΑΙ	1981	71	2052
ΟΧΙ	74,2%	64,5%	73,8%
ΣΥΝΟΛΑ	689	39	728
	25,8%	35,5%	26,2%
	2670	110	2780
	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

ΠΙΝΑΚΑΣ 32. ΕΠΑΦΗ ΔΕΡΜΑ ΜΕ ΔΕΡΜΑ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

P = 0,037 < 0,05

ΕΠΑΦΗ ΔΕΡΜΑ ΜΕ ΔΕΡΜΑ	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΑ
	ναι	όχι	
αίθουσα τοκετών	1589	54	1643
δωμάτιο	59,5%	49,1%	59,1%
MENN	1062	56	1118
	39,8%	50,9%	40,2%
	19	0	19
	7%	0%	7%
ΣΥΝΟΛΑ	2670	110	2780
	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

ΠΙΝΑΚΑΣ 33. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

p = 0,377 > 0,05

ΚΑΠΝΙΣΜΑ	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΑ
	ναι	όχι	
ναι	182	10	192
όχι	6,8%	9,1%	6,9%
ΣΥΝΟΛΑ	2488	100	2588
	93,2%	90,9%	93,1%
	2670	110	2780
	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

ΠΙΝΑΚΑΣ 34. ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

p = 0,003 < 0,05
OR = 1,80 (1,22- 2,66)

ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΑ
	ναι	όχι	
ναι	1483	45	1528
όχι	55,5%	40,9%	55,0%
ΣΥΝΟΛΑ	1187	65	1252
	44,5%	59,1%	45,0%
	2670	110	2780
	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

ΠΙΝΑΚΑΣ 35. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

p = 0,201 > 0,05
OR = 1,825 (0,664- 5,011)

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ		ΣΥΝΟΛΑ
	ναι	όχι	
ναι	172	4	176
όχι	6,4%	3,6%	6,3%
ΣΥΝΟΛΑ	2498	106	2604
	93,6%	96,4%	93,7%
	2670	110	2780
	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

ΠΙΝΑΚΑΣ 36. ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI
ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	-.067	.024	7.784	1	.005	1.476	0.95-2.27
ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΝΕΟΓΝΟΥ ΣΤΟ ΔΩΜΑΤΙΟ	-.746	.389	3.691	1	.010	2.346	1.22-3.87

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

"ΕΛΕΥΘΩ", 4: 213-219, 2013

Κακοήθες μελάνωμα και εγκυμοσύνη**Ιωάννης Κ. Θανάσας**Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Το κακόηθες μελάνωμα αποτελεί έναν από τους πιο συχνά απαντώμενους καρκίνους που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη. Η κλινική διάγνωση συνήθως δεν είναι εύκολη. Η διαγνωστική καθυστέρηση είναι συχνή και πιθανότατα οφείλεται σε σύγχυση της συμπτωματολογίας με τις αλλαγές του δέρματος που χαρακτηρίζουν την φυσιολογικά εξελισσόμενη εγκυμοσύνη. Το ιστορικό και η προσεκτική κλινική εξέταση συμβάλλουν στη διαγνωστική προσέγγιση της νόσου, ωστόσο όμως η κλινική υποψία κακοήθειας επιβεβαιώνεται με την ιστολογική εξέταση της δερματικής αλλοίωσης. Η θεραπευτική προσέγγιση του κακοήθους μελανώματος κατά την κύηση αποτελεί πρόκληση στην καθημερινή μαιευτική κλινική πράξη, την οποία καλείται να αντιμετωπίσει ο σύγχρονος μαιευτήρας σε συνεργασία με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων σε ειδικά οργανωμένα κέντρα. Η χειρουργική θεραπεία σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία εξαρτάται από το στάδιο της νόσου και την ηλικία της εγκυμοσύνης. Στην παρούσα εργασία με βάση τα σύγχρονα δεδομένα επιχειρείται μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση του κακοήθους μελανώματος κατά την κύηση, αναφορικά κυρίως με την διαγνωστική προσέγγιση και τις σύγχρονες διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, η ορθή γνώση των οποίων συμβάλλει καθοριστικά στη διασφάλιση του καλύτερου δυνατού προγνωστικού αποτελέσματος.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: κακόηθες μελάνωμα, εγκυμοσύνη.**ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ****MALIGNANT MELANOMA AND PREGNANCY****Ioannis K. Thanasas***Department of Obstetrics – Gynecology of General Hospital in Trikala*

Malignant melanoma is one of the most frequently occurring cancers associated with pregnancy. The clinical diagnosis is usually not easy. The diagnostic delay is common and is probably due to a confusion of symptoms with skin changes that characterize normal ongoing pregnancy. The history and careful physical examination help diagnostic approach of the disease, but nevertheless, the clinical suspicion of malignancy is confirmed by histological examination of the lesion. The therapeutic approach of malignant melanoma during pregnancy is a challenge in everyday clinical practice obstetrics, which is facing the modern obstetrician in collaboration with other medical specialties in specially organized

centers. The surgical treatment in combination with radiotherapy and chemotherapy depends on the stage of the disease and the age of pregnancy. In this paper, based on current data, attempts a brief literature review of malignant melanoma during pregnancy, particularly with respect to diagnostic approach and modern treatment options available, proper knowledge of which contributes decisively to ensure the best prognostic outcome.

KEY WORDS: malignant melanoma, pregnancy.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανεύρεση καρκίνου στη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι σύνθηρες φαινόμενο και εμφανίζεται περίπου με συχνότητα 1-1,5 περιπτώσεων σε κάθε 1000 εγκυμοσύνες (Lee et al 2013, Pariyar et al 2012). Οι καρκίνοι που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, αύξηση η οποία κατά κύριο λόγο οφείλεται στην αύξηση της ηλικίας τεκνοποίησης των σύγχρονων γυναικών. Επίσης, οι εξετάσεις στις οποίες υποβάλλονται σήμερα οι έγκυες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα διάγνωσης του καρκίνου. Οι κακοήθειες που παρατηρούνται πιο συχνά στην εγκυμοσύνη είναι ο καρκίνος του μαστού, οι κακοήθειες του γεννητικού συστήματος, ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένος, η λευχαιμία, το λέμφωμα και το κακόηθες μελάνωμα (Lee et al 2012).

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται με βάση τη συστηματική παράθεση και επεξεργασία της βιβλιογραφίας μια σύντομη ανασκόπηση του κακοήθους μελανώματος κατά την εγκυμοσύνη, αναφορικά κυρίως με τη διαγνωστική προσέγγιση και τις σύγχρονες διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, η ορθή γνώση των οποίων είναι δυνατόν να συμβάλει στη διασφάλιση κατά το μέγιστο δυνατό της καλύτερης υγείας της μητέρας και του καλύτερου περιγεννητικού αποτελέσματος.

ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Το κακόηθες μελάνωμα αναπτύσσεται από τα μελανοκύτταρα τα οποία είναι νευρικής προέλευσης και έχουν μεταναστεύσει κατά την οντογένεση από την νευρική ακρολοφία στις θέσεις του δέρματος που παράγουν μελανίνη. Το μελάνωμα στην πλειονότητα των περιπτώσεων εμφανίζεται στο δέρμα (91.2%). Μικρό ποσοστό (5.2%) αφορά στους οφθαλμούς, ενώ σε ποσοστό 1.3% των περιπτώσεων εμφανίζεται στους βλεννογόνους (Chang et al 1998). Το κακόηθες μελάνωμα αποτελεί τη σοβαρότερη μορφή καρκίνου του δέρματος (Sladden et al 2009). Η συχνότητα εμφάνι-

σης της νόσου ποικίλει ανάλογα με την γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού. Έτσι, ενώ στην Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία η νόσος αναφέρεται με τη μεγαλύτερη επίπτωση (40 – 60 περιπτώσεις ανά 100000 του γενικού πληθυσμού ανά έτος), στις ΗΠΑ η συχνότητα εμφάνισης κατέρχεται στις 18 περιπτώσεις ανά 100000 του γενικού πληθυσμού ανά έτος. Στην Ευρώπη η επίπτωση του μελανώματος είναι ακόμη χαμηλότερη και υπολογίζεται ότι αφορά σε 10 – 15 περιπτώσεις ανά 100000 του γενικού πληθυσμού ανά έτος (Garbe and Leiter 2009). Το μελάνωμα αποτελεί βασική αιτία θανάτου για γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας. Είναι ένα από τα συχνότερα κακοήθη νεοπλασμάτα που εκδηλώνονται κατά την εγκυμοσύνη. Το κακόηθες μελάνωμα είναι πιο συχνό από τον καρκίνο του μαστού και από τον καρκίνο των ωοθηκών. Ο καρκίνος του μαστού κατά την κύηση εκτιμάται ότι αφορά περίπου σε 1: 3000 έως 1: 10000 εγκυμοσύνες, το κακόηθες μελάνωμα σε 1: 1000 έως 1: 10000 και ο καρκίνος των ωοθηκών υπολογίζεται ότι αφορά περίπου σε 1: 10000 έως 1: 100000 κυήσεις (Pavlidis 2002, Pereg et al 2008, Hoellen et al 2012, Alexander et al 2003). Νεότερα δεδομένα δείχνουν ότι ο καρκίνος των ωοθηκών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι συχνότερος και αφορά περίπου σε 1: 12500 έως 1: 25000 εγκυμοσύνες (Barut et al 2011). Κατά άλλους η συχνότητα εμφάνισης του κακοήθους μελανώματος στην εγκυμοσύνη εκτιμάται ότι αφορά σε 2.8 – 8.5 περιπτώσεις ανά 100000 κυήσεις (O'Meara et al 2005). Άλλοι ερευνητές εκτιμούν ότι τα κακοήθη μελανώματα αποτελούν το 8% περίπου όλων των κακοήθων νεοπλασμάτων που εμφανίζονται κατά την εγκυμοσύνη (Gottschalk et al 2009). Το μελάνωμα εμφανίζεται κυρίως σε νέες γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και φαίνεται να σχετίζεται με τον αριθμό των κυήσεων. Πιο συγκεκριμένα, πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι οι πολυτόκες έχουν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης μελανώματος σε σύγκριση με τις άτοκες γυναίκες (Lens and Betaille 2008, Gandini et al 2011).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η διάγνωση του κακοήθους μελανώματος στις έγκυες δεν είναι εύκολη. Οι φυσιολογικές μεταβολές που υφίσταται το δέρμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δυσχεραίνουν την κλινική διάγνωση της νόσου. Η διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό, την κλινική εξέταση, τον απεικονιστικό έλεγχο για τη διερεύνηση απομακρυσμένων μεταστάσεων και επιβεβαιώνεται με την ιστολογική εξέταση της δερματικής αλλοίωσης, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 1). Η διερεύνηση της εγκύου με ύποπτη μελαγχρω-

ματική βλάβη είναι παρόμοια με αυτή των μη εγκύων γυναικών. Η υποψία για την πιθανή παρουσία μελανώματος πρέπει να τίθεται σε κάθε περίπτωση αιφνίδιας εμφάνισης μελαγχρωματικής αλλοίωσης με ταχεία ανάπτυξη καθώς και σε περιπτώσεις αιφνίδιας μετατροπής ενός επίπεδου σπίλου σε οζώδη σπίλο. Επιπλέον, η παρουσία φλεγμονώδους αλλοίωσης ενός σπίλου, η παρουσία εξέλκωσης ή αιμορραγίας σε προϋπάρχοντα σπίλο και η μεταβολή του χρώματος προϋπάρχουσας μελαγχρωσης ή προϋπάρχοντα μελαγχρωματικού σπίλου από το καφεοειδές προς το μαύρο, το ερυθρό, το ερυθρόφαιο ή το λευκό χρώμα συνηγορούν υπέρ της κλινικής διάγνωσης του μελανώματος (Σαλαμαλέκης 1995). Επίσης, στην καθημερινή κλινική πράξη αρκετά χρήσιμος φαίνεται να είναι ο κανόνας ABCD (A: asymmetry - ασυμμετρία, B: border - όρια μη σαφή, C: color - διαταραχές χρώματος, D: diameter - διάμετρος). Τα κλασικά κριτήρια του συστήματος ABCD θεσπίστηκαν το 1985 από την αμερικανική καρκινική εταιρεία (American Cancer Society) και έκτοτε αποτελούν τη βάση της κλινικής εξέτασης για τη διάγνωση του μελανώματος και τη διαφορική διάγνωση από τις καλοήθεις βλάβες του δέρματος (Friedman et al 1985). Η εισαγωγή των ABCD κριτηρίων φαίνεται ότι έχει αυξήσει σημαντικά τον αριθμό των μελανωμάτων που διαγιγνώσκονται σε θεραπεύσιμο στάδιο χωρίς εξέλκωση (Rigel et al 2010).

Γενικά, η αλλαγή των χαρακτηριστικών ενός σπίλου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική. Η εκτέλεση άμεσης βιοψίας με τοπική αναισθησία κρίνεται απαραίτητη σε όλες τις περιπτώσεις. Το τοπικό αναισθητικό που συνήθως χρησιμοποιείται είναι η λιδοκαΐνη στην οποία είναι δυνατόν να προστεθεί επινεφρίνη, προκειμένου να αυξηθεί την αιμόσταση και να επιμηκύνει τον χρόνο δράσης της λιδοκαΐνης στο χειρουργικό πεδίο (Gormley 1990, Rosenberg et al 2004). Στις περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητη η ανίχνευση και βιοψία του λεμφαδένα φρουρού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχει αρκετή διχογνωμία σχετικά με την ασφάλεια των τεχνικών. Στην κλινική πράξη ο τρόπος και ο χρόνος εκτέλεσης της μεθόδου εξαρτάται από τον χειρουργό και το ιατρικό κέντρο. Συνήθως χρησιμοποιείται είτε ένα ραδιενεργό κολλοειδές (τεχνήτιο 99m), είτε χρώση μπλε ισοσουλφάνης 1% ή μπορούν να χρησιμοποιηθούν και τα δύο. Ορισμένοι χειρουργοί αποφεύγουν τη χρήση ραδιοσημασμένων κολλοειδών κατά την κύηση, προκειμένου να αποφευχθεί η έκθεση του εμβρύου στην ακτινοβολία (Squatrito and Harlow 1998). Άλλοι ερευνητές πιστεύουν ότι η μέση δόση ακτινοβολίας είναι χαμηλή και επομένως

είναι ασφαλής για το έμβρυο (Pandit - Taskar et al 2006). Το ραδιενεργό κολλοειδές μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο του για τον εντοπισμό του λεμφαδένα φρουρού, καθώς το έμβρυο εκτίθεται σε ακτινοβολία η οποία θεωρείται αμελητέα και δεν αυξάνει τον κίνδυνο για εμβρυϊκές ανωμαλίες (Pandit - Taskar et al 2006). Σε περίπτωση που κρίνεται απαραίτητη η διενέργεια λεμφοσπινθηρογραφήματος συνιστάται να αποφεύγεται δόση μεγαλύτερη των 10MBq και η χειρουργική εκτομή να γίνεται μέσα σε έξι ώρες. Σε αυτή την περίπτωση το έμβρυο εκτίθεται σε ακτινοβολία που ισούται με την έκθεση έξι ημερών στην ακτινοβολία του περιβάλλοντος (Morton et al 2006). Η χρήση της χρώσης του μπλε της ισοσουλφάνης με σκοπό την ανίχνευση και τη βιοψία του λεμφαδένα φρουρού κατά ορισμένους ερευνητές θα πρέπει να αποφεύγεται λόγω του αυξημένου κινδύνου αναφυλαξίας (Mondi et al 2007, Cimmino et al 2001, Albo et al 2001).

Η διερεύνηση της εγκύου για απομακρυσμένες μεταστάσεις χρήζει ιδιαίτερης προσοχής δεδομένων των κινδύνων για το έμβρυο που εμπεριέχονται στο πλάνο της διαγνωστικής προσέγγισης του μελανώματος. Η ακτινογραφία θώρακος μπορεί να γίνει με ασφάλεια σε όλα τα τρίμηνα της εγκυμοσύνης μετά από την απαραίτητη προστασία της πυέλου. Για την απεικόνιση της κοιλιάς είναι προτιμότερη η χρήση της υπερηχογραφίας από την αξονική τομογραφία, προκειμένου να αποφευχθεί η έκθεση του εμβρύου σε ιονίζουσα ακτινοβολία (Shapiro 2002). Παρόμοια, η μαγνητική τομογραφία είναι προτιμότερη από την αξονική τομογραφία και θεωρείται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ωστόσο όμως, μερικοί υποστηρίζουν ότι η τομογραφία μαγνητικού συντονισμού καλό είναι να αποφεύγεται στη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της κύησης, λόγω της ανόδου της θερμοκρασίας των εμπλεκόμενων ιστών από τα πεδία ραδιοσυχνοτήτων της μαγνητικής τομογραφίας. Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίου (Positron Emission Tomography - PET) αντενδείκνυται στην εγκυμοσύνη (Campbell and Campbell 2006).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Σαφείς κατευθυντήριες γραμμές για την αντιμετώπιση των εγκύων με κακοήθες μελάνωμα δεν υπάρχουν. Γενικά, η διάσωση της ζωής της μητέρας, η επαρκής θεραπευτική αντιμετώπιση των ιάσιμων κακοηθειών, η προσπάθεια προστασίας του εμβρύου και του νεογνού από τις επιβλαβείς επιδράσεις της αντινεοπλασματικής θεραπείας και η προσπάθεια διατήρησης ακέρατου του αναπαραγωγικού

συστήματος της μητέρας πρέπει να αποτελούν τους τελικούς στόχους της ενδεικνυόμενης σύγχρονης διαθέσιμης θεραπευτικής προσέγγισης του καρκίνου κατά την κύηση (Pentheroudakis et al 2010). Στις βασικές αρχές αντιμετώπισης του κακοήθους μελανώματος κατά την εγκυμοσύνη περιλαμβάνονται η συστηματική παρακολούθηση της εγκύου, η συνεχής εκτίμηση της κατάστασης του εμβρύου, η χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου, η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, όπως φαίνονται και στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2). Όπως και σε όλες τις κυήσεις υψηλού κινδύνου, οι ασθενείς με κακόηθες μελάνωμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά σε ειδικά οργανωμένα κέντρα από εξειδικευμένη ομάδα γιατρών που θα πρέπει να περιλαμβάνει μαιευτήρα – γυναικολόγο, χειρουργό, ογκολόγο, ακτινοθεραπευτή και νεογνολόγο. Σε κάθε περίπτωση επιβάλλεται η συνεχής και εντατική παρακολούθηση της κατάστασης του εμβρύου. Η συχνή υπερηχογραφική εκτίμηση της εμβρυϊκής ανάπτυξης, η εκτίμηση του όγκου του αμνιακού υγρού (AFI – Amniotic Fluid Index) ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ο έλεγχος με Doppler υπερηχογραφία της ροής του αίματος στα ομφαλικά αγγεία και ο καρδιοτοκογραφικός έλεγχος ηρεμίας (NST – Non Stress Test) μετά από την 28η εβδομάδα της εγκυμοσύνης και μέχρι τον τερματισμό αυτής αποτελούν επιτακτική ανάγκη για κάθε πάσχουσα από το κακόηθες μελάνωμα έγκυο.

Η αρχική ενδεδαιγμένη σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση του κακοήθους μελανώματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η χειρουργική θεραπεία. Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί με ασφάλεια σε όλα τα τρίμηνα, ωστόσο όμως καλό είναι να αποφεύγεται στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, προκειμένου να αποφευχθεί ο κίνδυνος της εμβρυϊκής απώλειας. Το είδος της χειρουργικής επέμβασης εξαρτάται από το στάδιο της νόσου. Για μελανώματα πρώτου και δεύτερου σταδίου συστήνεται η ευρεία χειρουργική εξαίρεση της βλάβης και η εξέταση του λεμφαδένα φρουρού. Αν ο λεμφαδένας φρουρός είναι θετικός συστήνεται ολοκληρωμένη λεμφαδενεκτομή του προσληφθέντος λεμφαδενικού σταθμού (Pentheroudakis et al 2010). Στις περιπτώσεις εκείνες που απαιτείται θεραπευτική λεμφαδενεκτομή, χρήσιμο είναι αυτή να μην καθυστερήσει λόγω της εγκυμοσύνης. Λεμφαδενεκτομή των πλάγιων ή των οπισθοπλάγιων τραχηλικών λεμφαδένων, των μασχαλιαίων λεμφαδένων μέχρι το επίπεδο III και των επιπολής βουβωνικών λεμφαδένων μπορεί εύκολα να γίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Δυσκολία παρουσιάζει η εξαίρεση των εν τω βάθει βουβωνικών λεμφαδένων. Η

εκτεταμένη λεμφαδενική ή εξωλεμφαδενική ή αγγειακή διήθηση των ορίων της εκτομής αποτελούν πιθανές ενδείξεις για ακτινοθεραπεία (Bastiaannet et al 2005). Ωστόσο όμως, η ακτινοθεραπεία ως συμπληρωματική θεραπεία της χειρουργικής επέμβασης θα πρέπει να αναβάλλεται για το διάστημα μετά τον τοκετό, για το λόγο ότι οι δόσεις της ακτινοβολίας που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του μεταστατικού μελανώματος είναι πολύ υψηλότερες από εκείνες που χρησιμοποιούνται στη διαγνωστική ακτινολογία, με αποτέλεσμα το έμβρυο να εκτίθεται σε σημαντικό κίνδυνο (Daly et al 2006, Pagès et al 2010).

Η χημειοθεραπεία θα πρέπει να μετατίθεται για το δεύτερο ή το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Η χρήση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στο πρώτο τρίμηνο έχει συσχετισθεί με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο αυτόματης αποβολής του εμβρύου και συγγενών διαπλαστικών ανωμαλιών στο νεογνό. Από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα η δακαρβαζίνη σε συνδυασμό με άλλους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες, όπως είναι η μπλεομυκίνη, η βινκριστίνη και η λομουστίνη έχει αποδειχθεί ως η πλέον αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του μεταστατικού μελανώματος (Lens and Eisen 2003, Vuoristo et al 2005). Επιδημιολογικές μελέτες αναφερόμενες σε συγγενείς ανωμαλίες σε βρέφη γυναικών που έλαβαν δακαρβαζίνη στη διάρκεια της κύησης δεν υπάρχουν. Μόνο μεμονωμένα περιστατικά έχουν δημοσιευθεί, όπου η χρήση δακαρβαζίνης στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης δεν προκάλεσε συγγενείς ανωμαλίες στο νεογνό (Harkin et al 1990). Παρόλα αυτά, η έκλυση πρόωρου τοκετού, η προεκλαμψία, η καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου και η παροδική λευκοπενία του νεογνού συμπεριλαμβάνονται στις πιθανές επιπλοκές μετά από τη χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων σε έγκυες που διανύουν το δεύτερο ή το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (Hahn et al 2006, Gwyn 2005). Συχνά η χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων θα πρέπει να συνοδεύεται από τους αυξητικούς παράγοντες οι οποίοι επιτελούν αιματολογική υποστήριξη των ασθενών που βρίσκονται υπό χημειοθεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου κατά την εγκυμοσύνη (Avilés and Neri 2001). Η χρήση των στοχευμένων θεραπειών δεν έχει γίνει ακόμη αποδεκτή για την αντιμετώπιση του κακοήθους μελανώματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η χορήγηση στοχευμένης θεραπείας (BRAF – Vemurafenid) δεν μπορεί με ασφάλεια να συστηθεί στις έγκυες (Pentheroudakis et al 2010). Τέλος, η διακοπή της κύησης στο πρώτο τρίμηνο, σε αντίθεση με παλαιότερες απόψεις κατά τις οποίες πιστευόταν ότι συμβάλλει στην βελτίωση της νόσου, σήμερα

θεωρείται ότι δεν επηρεάζει προς το καλύτερο την πρόγνωση του κακοήθους μελανώματος κατά την κύηση. Σε κάθε περίπτωση όμως το ζευγάρι θα πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τους θεραπευτικούς χειρισμούς που απαιτούνται μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης και τους κινδύνους που απορρέουν από αυτούς. Η εκλεκτική διακοπή της κύησης έχει ένδειξη για τις έγκυες εκείνες που διανύουν το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου (Berretta et al 2012).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η από τη δεκαετία του '50 ευρέως διαδεδομένη αντίληψη βασιζόμενη σε διάφορες βιβλιογραφικές αναφορές, κατά την οποία το κακόηθες μελάνωμα που διαγιγνώσκεται στην εγκυμοσύνη συνεπάγεται κακή πρόγνωση σήμερα δεν τυχαίνει ευρείας αποδοχής (Pack and Scharnagel 1951, Conybeare 1964, Pennington 1983). Πλήθος από νεότερες διπλές τυφλές μελέτες έδειξαν ότι η κύηση δεν φαίνεται να επηρεάζει δυσμενώς την επιβίωση σε γυναίκες που διαγνώστηκαν με εντοπισμένο μελάνωμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πιο συγκεκριμένα ο Daryanani και οι συνεργάτες του αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους έδειξαν ότι δεν υπάρχει αρνητική επίδραση της εγκυμοσύνης επί του μελανώματος. Ακόμη κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η πρόγνωση των εγκύων γυναικών με μελάνωμα, όσον αφορά την επιβίωση, εξαρτάται από το πάχος του νεοπλασματος και την εξέλιξη (Daryanani et al 2003). Παρόμοια, πιο πρόσφατες αναδρομικές πληθυσμιακές μελέτες δεν έδειξαν διαφορά στην επιβίωση ανάμεσα στην ομάδα των εγκύων γυναικών και την ομάδα ελέγχου αποτελούμενη από μη έγκυες γυναίκες (O'Meara et al 2005, Lens et al 2004, Stensheim et al 2009). Πιο συγκεκριμένα, το 2009 ο Stensheim και οι συνεργάτες του σε μια μελέτη προερχόμενη από τη Νορβηγία μελέτησαν τα δεδομένα 42511 γυναικών με καρκίνο (4246 με μελάνωμα) εκ των οποίων οι 516 εμφάνισαν καρκίνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (αριθμός γυναικών με μελάνωμα 140). Οι κύριες εντοπίσεις του μελανώματος στις έγκυες ήταν η κεφαλή, ο τράχηλος και ο κορμός (54%), ενώ στις μη έγκυες γυναίκες η κύρια εντόπιση ήταν στα κάτω άκρα (41%). Ο ελαφρά υψηλότερος κίνδυνος θανάτου στις έγκυες αποδόθηκε από τους συγγραφείς στην πιθανή καθυστερημένη διάγνωση του μελανώματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα αποτελέσματα της μελέτης σύμφωνα με τους συγγραφείς δεν διατυπώνουν διαφορετική γνώμη από αυτή που έχει διαμορφωθεί τις τελευταίες δεκαετίες και σύμφωνα με την οποία υπάρχει

αμφιβολία ότι το κακόηθες μελάνωμα που διαγιγνώσκεται στις έγκυες επηρεάζεται αρνητικά από τα ορμονικά επίπεδα της εγκυμοσύνης (Stensheim et al 2009). Τελευταία, ο Khsrotehrani και οι συνεργάτες του μετά από την διεξαγωγή πειραματικής μελέτης αναφορικά με την εξέλιξη του μελανώματος, την εμφάνιση μεταστάσεων και την επιβίωση σε σχέση με την εγκυμοσύνη, σχολιάζοντας τα αποτελέσματα της έρευνάς τους κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην αντιμετώπιση των ασθενών με μελάνωμα προχωρημένου σταδίου κατά την εγκυμοσύνη (Khsrotehrani et al 2011).

Επιπλέον, τα αποτελέσματα όλων των μελετών δείχνουν ότι είναι ασφαλής η εγκυμοσύνη σε γυναίκες μετά από θεραπεία μελανώματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο κίνδυνος για την εγκυμοσύνη σχετίζεται κυρίως με το στάδιο της νόσου πριν τη διάγνωση, και έτσι η απόφαση των ασθενών που αφορά την εξέλιξη της κύησης θα πρέπει να βασίζεται στο επίπεδο αυτού του κινδύνου. Οι περισσότεροι προτείνουν την αποφυγή εγκυμοσύνης τα πρώτα δύο έως τρία χρόνια μετά τη θεραπεία του μελανώματος. Ωστόσο όμως, υπάρχουν αναφορές στη βιβλιογραφία επιτυχούς έκβασης εγκυμοσύνης αμέσως μετά από τη θεραπεία μεταστατικού μελανώματος (Driscoll et al 1993, Nikolin and Sveljo 2005, Driscoll et al 2008).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το κακόηθες μελάνωμα στην εγκυμοσύνη αποτελεί μια σπάνια, αλλά ταυτόχρονα υπαρκτή και απειλητική για τη ζωή της εγκύου νοσολογική οντότητα την οποία καλείται να αντιμετωπίσει ο σύγχρονος μαιευτήρας – γυναικολόγος σε συνεργασία με χειρουργό, ογκολόγο, ακτινοθεραπευτή και νεογνολόγο σε ειδικά οργανωμένα κέντρα. Η ακτινογραφία θώρακος, το υπερηχογράφημα, η αξονική τομογραφία, η μαγνητική τομογραφία και η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίου συμβάλλουν καθοριστικά στην διαγνωστική προσέγγιση της νόσου και κυρίως στη διερεύνηση των απομακρυσμένων καρκινικών μεταστάσεων. Για την επιβεβαίωση όμως της διάγνωσης του καρκίνου του δέρματος στις έγκυες πρέπει να επιλέγεται η βιοψία. Η σύγχρονη χειρουργική αντιμετώπιση των εγκύων με κακόηθες μελάνωμα, στο πλαίσιο της οποίας έχουν θέση σήμερα η ευρεία εκτομή της δερματικής αλλοίωσης και ο θεραπευτικός λεμφαδενικός καθαρισμός, θεωρείται ασφαλής σε όλα τα τρίμηνα της κύησης. Η χημειοθεραπεία θα πρέπει να μετατίθεται για το δεύτερο ή το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, ενώ η ακτινοθεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται κατά τη περίοδο μετά τον τοκετό. Η χρήση των στοχευμένων θεραπειών

δεν έχει γίνει ακόμη αποδεκτή στη σύγχρονη θεραπευτική φαρμάκων της νόσου. Η διακοπή της εγκυμοσύνης δεν φαίνεται να βελτιώνει την πρόγνωση. Η εκλεκτική διακοπή της κύησης έχει ένδειξη για τις έγκυες εκείνες που διανύουν το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Albo D., Wayne JD., Hunt KK., Rahlfs TF., Singletary SE., Ames FC., et al. Anaphylactic reactions to isosulfan blue dye during sentinel lymph node biopsy for breast cancer. *Am J Surg*. 2001; 182(4): 393 – 398.
- Alexander A., Samlowski WE., Grossman D., Bruggers CS., Harris RM., Zone JJ., et al. Metastatic melanoma in pregnancy: risk of transplacental metastases in the infant. *J Clin Oncol* 2003; 21(11): 2179 – 2186.
- Avilés A., Neri N. Haematological malignancies and pregnancy: a final report of 84 children who received chemotherapy in utero. *Clin Lymphoma* 2001; 2(3): 173 – 177.
- Barut A., Arikan I., Barut F., Harma M., Harma MI., Payasli B. Ovarian cancer during pregnancy. *J Pak Med Assoc*. 2011; 61(9): 914 – 916.
- Bastiaannet E., Beukema J., Hoekstra H. Radiation therapy following lymph node dissection in melanoma patients: Treatment, outcome and complications. *Cancer Treat Rev*. 2005; 31(1): 18 – 26.
- Berretta M., Di Francia R., Lleshi A., De Paoli P., Li Volti G., Bearz A., et al. Antiproliferative treatment, for solid tumors, during pregnancy: a crucial decision. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2012; 25(2 Suppl): 1S – 19S.
- Campbell F., Campbell C. Magnetic resonance imaging for stage IV melanoma during pregnancy. *Arch Dermatol*. 2006; 142(3): 393.
- Cimmino VM., Brown AC., Szocik JF., Pass HA., Moline S., De SK., et al. Allergic reactions to isosulfan blue during sentinel node biopsy—a common event. *Surgery*. 2001; 130(3): 439 – 442.
- Chang AE., Karnell LH., Menck HR. The National Cancer Data Base report on cutaneous and noncutaneous melanoma: a summary of 84836 cases from the past decade. The American College of Surgeons Commission on Cancer and the American Cancer Society. *Cancer* 1998; 83(8): 1664 – 1678.
- Conybeare R. Malignant melanoma and pregnancy: Report of 3 cases. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1964; 24: 451 – 454.
- Daryanani D., Plukker JT., De Hullu JA., Kuiper H., Nap RE., Hoekstra HJ. Pregnancy and early – stage melanoma. *Cancer*. 2003; 97(9): 2248 – 2253.
- Daly TA., Burmeister BH., Smithers BM., Doody J., Kane A. Radiotherapy for metastatic melanoma presenting in pregnancy. *Australas Radiol*. 2006; 50(6): 59 – 603.
- Driscoll MS., Grin – Jorgensen CM., Grant – Kels JM. Does pregnancy influence the prognosis of malignant melanoma? *J Am Acad Dermatol*. 1993; 29(4): 619 – 630.
- Driscoll MS., Grant – Kels JM. Melanoma and pregnancy. *G Ital Dermatol Venereol*. 2008; 143(4): 251 – 257.
- Friedman RJ., Rigel DS., Kopf AW. Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self-examination of the skin. *CA Cancer J Clin* 1985; 35(3): 130 – 151.
- Gandini S., Iodice S., Koomen E., Di Pietro A., Sera F., Caini S. Hormonal and reproductive factors in relation to melanoma in women: current review and meta – analysis. *Eur J Cancer* 2011; 47(17): 2607 – 2617.
- Garbe C., Leiter U. Melanoma epidemiology and trends. *Clin Dermatol* 2009; 27(1): 3 – 9.
- Gormley D. Cutaneous surgery and the pregnant patient. *J Am Acad Dermatol*. 1990; 23(2 Pt 1): 269 – 279.
- Gottschalk N., Jacobs VR., Hein R., Fischer T., Schneider KT., Pildner von Steinburg S. Advanced metastatic melanoma during pregnancy: a multidisciplinary challenge. *Oncologie* 2009; 32(12): 748 – 751.
- Gwyn K. Children exposed to chemotherapy in utero. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2005; 34: 69 – 71.
- Hahn KM., Johnson PH., Gordon N., Kuerer H., Middleton L., Ramirez M., et al. Treatment of pregnant breast cancer patients and outcomes of children exposed to chemotherapy in utero. *Cancer* 2006; 107(6): 1219 – 1126.
- Harkin KP., Drumm JE., O' Brien P., Daly A. Metastatic malignant melanoma in pregnancy. *Ir Med J* 1990; 83(3): 116 – 117.
- Hoellen F., Reibke R., Hornemann K., Thill M., Luedders DW., Kelling K., et al. Cancer in pregnancy. Part I: basic diagnostic and therapeutic principles and treatment of gynecological malignancies. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285(1): 195 – 205.
- Khosrotehrani K., Nguyen Huu S., Prignon A., Avril MF., Boitier F., Oster M., et al. Pregnancy promotes melanoma metastasis through enhanced lymphangiogenesis. *Am J Pathol* 2011; 178(4): 1870 – 1880.
- Lee YY., Roberts CL., Young J., Dobbins T. Using hospital discharge data to identify incident pregnancy-associated cancers: a validation study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13(1): 37.
- Lee YY., Roberts CL., Dobbins T., Stavrou E., Black K., Morris J., et al. Incidence and outcomes of pregnancy – associated cancer in Australia, 1994 – 2008: a population – based linkage study. *BJOG* 2012; 119(13): 1572 – 1582.
- Lens M., Betaille V. Melanoma in relation to reproductive and hormonal factors in women: current review on controversial issues. *Cancer Causes Control* 2008; 19(5): 437 – 442.
- Lens MB., Eisen TG. Systemic chemotherapy in the treatment of malignant melanoma. *Exp Opin Pharmacother* 2003; 4(12): 2205 – 2211.
- Lens MB., Rosdahl I., Ahlbom A., Farahmand BY., Synnerstad I., Boeryd B., et al. Effect of pregnancy on survival in women with cutaneous malignant melanoma. *J Clin Oncol*. 2004; 22(21): 4369 – 4375.
- Mondi MM., Cuenca RE., Ollila DW., Stewart JH 4th, Levine EA. Sentinel lymph node biopsy during pregnancy: Initial clinical experience. *Ann Surg Oncol*. 2007; 14(1): 218 – 221.

Morton DL., Thompson JF., Cochran AJ., Mozzillo N., Elashoff R., Essner R., Nieweg OE., Roses DF., Hoekstra HJ., Karakousis CP., Reintgen DS., Coventry BJ., Glass EC., Wang HJ; MSLT Group. Sentinel – node biopsy or nodal observation in melanoma. *N Engl J Med.* 2006; 355(13): 1307 – 1317.

Nikolin B., Sveljo O. Metastatic melanoma in pregnancy *Arch Oncol* 2005; 13(1): 31 – 34.

O'Meara AT., Cress R., Xing G., Danielsen B., Smith LH. Malignant melanoma in pregnancy. A population – based evaluation. *Cancer.* 2005; 103(6): 1217–1226.

Pack G., Scharnagel I. The prognosis for malignant melanoma in the pregnant woman. *Cancer.* 1951; 4(2): 324 – 334.

Pagès C., Robert C., Thomas L., Maubec E., Sassolas B., Granel – Brocard F., et al. Management and outcome of metastatic melanoma during pregnancy. *Br J Dermatol.* 2010; 162(2): 274 – 281.

Pandit – Taskar N., Dauer LT., Montgomery L., St Germain J., Zanzonico PB., Divgi CR. Organ and fetal absorbed dose estimates from 99mTc-sulfur colloid lymphoscintigraphy and sentinel node localization in breast cancer patients. *J Nucl Med.* 2006; 47(7): 1202 – 1208.

Pariyar J., Shrestha B., Rauniyar BP., Regmi SC., Shrestha J., Jha AK., et al. Cancer with pregnancy in a cancer hospital. *J Nepal Health Res Coun* 2012; 10(22): 224 – 228.

Pavlidis NA. Coexistence of pregnancy and malignancy. *Oncologist* 2002; 7(4): 279 – 287.

Pennington D. Multiple primary melanoma in pregnancy: A case report. *Br J Plast Surg.* 1983; 36(2): 260 – 261.

Pentheroudakis G., Orecchia R., Hoekstra HJ., Pavlidis N; ESMO Guidelines Working Group. Cancer, fertility and pregnancy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow – up. *Am Oncol* 2010; 21(Suppl 5): 266 – 273.

Pereg D., Koren G., Lishner M. Cancer in pregnancy: gaps, challenges and solutions. *Cancer Treat Rev* 2008; 34(4): 302 – 312.

Rigel DS., Russak J., Friedman R. The evolution of melanoma diagnosis: 25 years beyond the ABCDs. *CA Cancer J Clin.* 2010; 60(5): 301 – 316.

Rosenberg P., Veering B., Urmey W. Maximum recommended doses of local anesthetics: A multifactorial concept. *Reg Anesth Pain Med.* 2004; 29(6): 564 – 575.

Shapiro R. Surgical approaches to malignant melanoma. Practical guidelines. *Dermatol Clin.* 2002; 20(4): 681 – 699.

Sladden MJ., Balch C., Barzilai DA., Berg D., Freiman A., Handiside T., et al. Surgical excision margins for primary cutaneous melanoma. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 7(4): CD004835.

Squatrito R., Harlow S. Melanoma complicating pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1998; 25(2): 407 – 416.

Stensheim H., Moller B., van Dijk T., Fosså SD. Cause – specific survival for women diagnosed with cancer during pregnancy or lactation: a registry – based cohort study. *J Clin Oncol* 2009; 27(1): 45 – 51.

Σαλαμαλέκης ΕΕ. Νοσήματα του δέρματος. Στο: Σαλαμαλέκης ΕΕ. Κηύσεις υψηλού κινδύνου. Ιατρικές Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης, Αθήνα 1995: 397.

Vuoristo MS., Hahka – Kempinen M., Parvinen LM, Pyrhönen S, Seppä H, Korpela M., et al. Randomized trial of dakarbazine versus bleomycin, vincristin, lomustine and dakarbazine (BOLD) chemotherapy combined with natural or recombinant interferon – alpha in patients with advanced melanoma. *Melanoma Res* 2005; 15(4): 291 – 296.

ΠΙΝΑΚΕΣ

- ιστορικό
- κλινική εξέταση
- βιοψία του δέρματος
- βιοψία του λεμφαδένα φρουρού
- ακτινογραφία θώρακος
- αξονική τομογραφία
- μαγνητική τομογραφία
- τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίου

Πίνακας 1. Σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση του κακοήθους μελανώματος στην κύηση

- συστηματική παρακολούθηση της εγκύου
- συνεχής εκτίμηση του εμβρύου
 - βιομετρία
 - μέτρηση όγκου αμνιακού υγρού
 - Doppler ομφαλικών αγγείων
 - NST
- χειρουργική θεραπεία
 - ευρεία εκτομή
 - λεμφαδενεκτομή
- ακτινοθεραπεία
- χημειοθεραπεία
 - δακαρβαζίνη
 - μπλεομυκίνη
 - βινκριστίνη
 - λομουστίνη
- στοχευμένη θεραπεία
- αυξητικοί παράγοντες
- διακοπή κύησης

Πίνακας 2. Σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση του κακοήθους μελανώματος στην κύηση

Ανακοινώσεις

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 1ος κύκλος - Ιατρική εμβρύου Ακαδημαϊκό έτος 2013-2014, Δευτέρα 13.00 - 14.00

Η Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αρεταίειο Νοσοκομείο στην προσπάθειά της για συνεχή μετεκπαίδευση και έρευνα καθώς και την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας δημιούργησε τα «Κλινικά Σεμινάρια Εμβρυομητρικής Ιατρικής των οποίων ο 1ος κύκλος αφορά στην Ιατρική του Εμβρύου.

Στόχος των Κλινικών Σεμιναρίων είναι η συνεχιζόμενη βελτίωση των πρακτικών γνώσεων και τεχνικών που θα βοηθήσουν στην προγεννητική διάγνωση συγγενών και κληρονομικών ανωμαλιών καθώς και στην ενδομήτρια παρακολούθηση της αύξησης και ανάπτυξης του εμβρύου με τελικό αποδέκτη αυτής της προσπάθειας την Γυναίκα και το Έμβρυο.

Τα Κλινικά Σεμινάρια οργανώνονται και υλοποιούνται υπό την εποπτεία της Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Αρεταίειο Νοσοκομείο, Διευθυντής: Καθηγητής Γ. Κρεατσάς, Επιστημονικός Υπεύ-

θυνος: Επίκουρος Καθηγητής Ν. Βραχνής. Διεξάγονται στο Αμφιθέατρο Ι. Παπαδημητρίου στο Αρεταίειο Νοσοκομείο κάθε Δευτέρα 13:00 - 14:00, καθ' όλη τη διάρκεια του ακαδημαϊκού έτους 2013-2014. Υπάρχει η δυνατότητα διαδικτυακής παρακολούθησης της ζωντανής μετάδοσης του εκάστοτε Σεμιναρίου μέσω του link:

<http://livestream.gunet.gr./view/FetoMaternalMedicine.php>

Η εγγραφή είναι δωρεάν. Χορηγείται βεβαίωση παρακολούθησης με 2 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης από την Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία (ΕΜΓΕ). Τα Κλινικά Σεμινάρια Εμβρυομητρικής Ιατρικής βρίσκονται υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών - Μαιευτών Αθήνας.

Γραμματεία

Κλινικών Σεμιναρίων Εμβρυομητρικής Ιατρικής:
Πληροφορίες κα Γ. Κουτμάνη τηλ: 210 7789211.

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Είναι μεγάλη τιμή και χαρά για μας να σας προσκαλέσουμε στα Κλινικά Σεμινάρια Εμβρυομητρικής Ιατρικής που διοργανώνει η Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Αμφιθέατρο Ι. Παπαδημητρίου του Αρεταίειου Νοσοκομείου στην Αθήνα.

Η ανάπτυξη της Ιατρικής του Εμβρύου είναι συνεχής και αλματώδης. Στόχος των Κλινικών Σεμιναρίων είναι η συνεχιζόμενη βελτίωση των πρακτικών γνώσεων και τεχνικών που θα βοηθήσουν στην προγεννητική διάγνωση συγγενών και κληρονομικών ανωμαλιών καθώς και στην ενδομήτρια παρακολούθηση της αύξησης και ανάπτυξης του εμβρύου. Θα ασχοληθούμε εφέτος με τις 100 πιο σημαντικές διαγνώσεις στην Ιατρική του Εμβρύου που αποτελούν και τους τίτλους των ομιλιών.

Ευχόμαστε τα Κλινικά Σεμινάρια να αποτελέσουν ευκαι-

ρία ανταλλαγής απόψεων με τελικό σκοπό την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας και τελικό αποδέκτη αυτής της προσπάθειας την γυναίκα αλλά και το έμβρυο. Ελπίζουμε ότι οι προσκεκλημένοι ομιλητές όσο και οι συμμετέχοντες, θα συμβάλλουν στην επιτυχία των Κλινικών σεμιναρίων με τις γνώσεις τους.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Γ. Κ. Κρεατσάς
Καθηγητής - Διευθυντής
Β' Μαιευτικής - Γυναικολογικής
Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Ν. Δ. Βραχνής
Επίκουρος Καθηγητής
Επιστημονικός Υπεύθυνος
Κλινικών Σεμιναρίων

Ανακοινώσεις

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

30/09/2013 Έναρξη

Κρεατσάς Γεώργιος, Βραχνής Νικόλαος

Πρώτο τρίμηνο: Φυσιολογική κύηση, Έκτοπη κύηση, Ανεμβρυονική Κύηση

Βραχνής Νικόλαος Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας - Εμβρυομητρικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

7/10/2013 Πρώτο τρίμηνο: Αυξημένη αυχενική διαφάνεια, Αιμορραγία σε αρχόμενη κύηση

Αναστασόπουλος Παναγιώτης Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Τμήμα Ιατρικής Εμβρύου, Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΓΑΙΑ

14/10/2013 Χρωμοσωμικός και γονιδιακός προγεννητικός έλεγχος: Νεώτερα εργαστηριακά δεδομένα

Μανωλάκος Εμμανουήλ Γενετιστής - Ιατρός Βιολόγος, Ευρωγενετική

21/10/2013 Κεντρικό Νευρικό σύστημα: Διαμαρτία Chiari II (δισχιδής ράχη), Διαμαρτία

Dandy-Walker, Ενδοκράνια αιμορραγία

Κονδυλίδης Αντώνιος Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου

4/11/2013 Κεντρικό Νευρικό σύστημα: Αγενεσία μεσολοβίου, Στένωση υδραγωγού του Sylvius, Αραχνοειδής κύστη, Κύστη χοριοειδούς πλέγματος

Διαμαντόπουλος Διαμαντής Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Εμβρυομητρική Ιατρική και Προγεννητικός Έλεγχος, Άργος

11/11/2013 Κεντρικό Νευρικό σύστημα: Ανεγκεφαλία, Ολοπροσεγκεφαλία, Υδρανεγκεφαλία, Πορεγκεφαλία, Εγκεφαλοκλήλη

Αυγίδου Κυριακή Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Εμβρυομητρική Ιατρική και Προγεννητικός Έλεγχος, Αθήνα

18/11/2013 Δίδυμος κύηση: Διχοριακά- διαμνιακά, Μονοχοριακάδιαμνιακά, Μονοχοριακά- μονοαμνιακά

Αραβαντινός Λέων Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας - Εμβρυομητρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

25/11/2013 Δίδυμος κύηση: Σύνδρομο μετάγχισης από δίδυμο σε δίδυμο, Σιαμαία δίδυμα, Ακαρδιακό δίδυμο (Σύνδρομο TRAP) Κασσάνος Δημήτριος Καθηγητής Διευθυντής Μαιευτικής - Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αττικό

2/12/2013 Πρόσωπο και Αυχένas: Λαγόχειλο-Λυκόστομα, Μικρογναθία, Ρινοφαρυγγικό τεράτωμα

Β' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Γ. Κ. ΚΡΕΑΤΣΑΣ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ:
ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Ν. Δ. ΒΡΑΧΝΗΣ

1ος κύκλος
ΙΑΤΡΙΚΗ
ΕΜΒΡΥΟΥ

ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΟ ΕΤΟΣ 2013-2014
ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ Ι. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΔΕΥΤΕΡΑ 13.00 - 14.00, Γραμματεία Επικοινωνίας 210 7789211
Ζωντανή διαδικτυακή μετάδοση στο link <http://livestream.gunet.gr/ViewFlashMedia@Medicine.php>

Θεοδωρά Μαριάννα Λέκτορας Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

9/12/2013 Πρόσωπο και Αυχένas: Θυρεοειδοκλήλη, Κυστική ύγρωμα, Περιτύλιξη ομφαλίδας περί τον αυχένα Παπαιωάννου Γεώργιος Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Υπεύθυνος Τμήματος Ιατρικής Εμβρύου, Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΓΑΙΑ

17/12/2013 Ομφάλιος λώρος: Doppler Παράμετροι στην Εμβρυϊκή Υποξία, Μονήρης Ομφαλική Αρτηρία, Κύστη Ομφάλιου Λώρου Στέφος Θεόδωρος Καθηγητής Διευθυντής Μαιευτικής - Γυναικολογίας και Εμβρυομητρικής Ιατρικής Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

13/01/2014 Θώρακας: Κυστική Αδενωματώδης Υπερπλασία, Βρογχοπνευμονικό απόλυμα, Πλευριτική συλλογή, Συγγενής διαφραγματοκλήλη

Λίβανος Παναγιώτης Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Εμβρυομητρική Ιατρική και Προγεννητικός Έλεγχος, Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΜΗΤΕΡΑ

20/01/2014 Καρδιά: Φυσιολογική καρδιά, Υποπλασία

Ανακοινώσεις

Σηφάκης Σταύρος Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής, Μαιευτική - Γυναικολογική Πανεπιστημίου Κρήτης

24/03/2014 Ουρογεννητικό: Απόφραξη πυελο-ουρητηρικής συμβολής, Διπλός Νεφρός (ουρητηροκλήλη), Οπίσθιες βαλβίδες ουρήθρας

Παπαπαναγιώτου Γεώργιος Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Εμβρυομητρική Ιατρική και Προγεννητικός Έλεγχος, Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΓΑΙΑ

31/03/2014 Ουρογεννητικό: Μεσοβλαστικό νέφρωμα, Νευροβλάστωμα, Κύστη ωθήκης, Ιεροκοκκυγικό τεράτωμα Παρτίδας Γεράσιμος Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Εμβρυομητρική Ιατρική και Προγεννητικός Έλεγχος, Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, ΜΗΤΕΡΑ

28/04/2014 Οστά: Αχονδροπλασία, Αχονδρογένεση, Θανατηφόρος δυσπλασία, Ατελής οστεογένεση

Αναστασάκης Ελευθέριος Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Εμβρυομητρική Ιατρική και Προγεννητικός Έλεγχος, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

5/05/2014 Οστά: Αρθρογρύπωση, Ραιβο/ιπποποδία, Δυσπλασία ιεροκοκκυγικής μοίρας Μπαλακίτσας Νικόλαος Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης στην Εμβρυομητρική Ιατρική και το Τμήμα Γυναικολογικών Υπερηχογραφήματων, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

12/05/2014 Οστά: Σύνδρομο αμνιακής ταινίας, Διαμαρτίες κερκίδας, Πολυδακτυλία

Κοραντζής Αστέριος Μαιευτήρας Χειρουργός - Γυναικολόγος, Εμβρυομητρική Ιατρική & Προγεννητικός Έλεγχος

19/05/2014 Πλακούντας και τράχηλος: Προδρομικός πλακούντας, Αποκόλληση πλακούντα, Συμφυτικός πλακούντας, Ανεπάρκεια τραχήλου

Βιτωράτος Νικόλαος Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο

26/05/2014 Πλακούντας: Λίμνες πλακούντα, Χοριοαγγείωμα, Υδατιδώδης μύλη, Διθητικό χοριοκαρκίνωμα

Παπαγιάννη Βασιλική Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Εμβρυομητρική Ιατρική και Προγεννητικός Έλεγχος

2/06/2014 Σύνδρομα: Υπερηχογραφικοί Δείκτες Τρισωμιών 21, 18 και 13

Δασκαλάκης Γεώργιος Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

16/06/2014 Σύνδρομα: Τριπλοΐδία, Σύνδρομο VACTERL Κανελλόπουλος Βασίλειος Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Εμβρυομητρική Ιατρική και Προγεννητικός Έλεγχος, Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΙΑΣΩ

23/06/2014 Σύνδρομα: Σύνδρομο Turner, Σύνδρομο Meckel-Gruber

Κόμης Ανδρέας Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Εμβρυομητρική Ιατρική & Προγεννητικός Έλεγχος, Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΜΗΤΕΡΑ

30/06/2014 Διαταραχές ανάπτυξης: Ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη

Μπότσης Δημήτριος Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

7/07/2014 Διαταραχές ανάπτυξης: Συγγενείς λοιμώξεις, Μακροσωμία

Μπακούλας Βασίλειος Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Πανεπιστημιακός υπότροφος στην Μαιευτική - Γυναικολογία - Εμβρυομητρική Ιατρική, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

14/07/2014 Υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη επεμβατική θεραπεία εμβρύου: Μετάγγιση σε νόσο Rhesus, Παροχετεύσεις υπεζωκότα ή ουροποιητικού, Ενδοτραχειακό μπαλόνι, Laser

Νικολαΐδης Κύπρος Καθηγητής Ιατρικής Εμβρύου, King's College University, UK

Θα γίνεται προσπάθεια τα Σεμινάρια να αναμεταδίδονται ζωντανά (Live streaming) μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας Gunet live stream και η ζωντανή μετάδοση θα εξαρτάται από την ταχύτητα σύνδεσης LAN του Αρεταίειου Νοσοκομείου. LINK πρόσβασης για διαδικτυακή παρακολούθηση <http://livestream.gunet.gr/.view/FetoMaternalMedicine.php> Τα σεμινάρια μπορούν να τα παρακολουθούν κατόπιν αιτήματός τους στη γραμματεία Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι, ειδικευόμενοι Μ/Γ, μαίες, ιατροί συναφών ειδικοτήτων, φοιτητές και σπουδαστές. Η συμμετοχή είναι δωρεάν.

*Για κάθε παρουσίαση χορηγούνται 2 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης από την Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία.

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210 7789211

Ανακοινώσεις

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕΜΜ ΑΘΗΝΑΣ

• Ο Καθηγητής κ. Δ. Λουτράδης ανέλαβε τη θέση του Διευθυντή Α΄ Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Το ΔΣ του ΣΕΜΜΑ του εύχεται καλή επιτυχία στο έργο του.

• Η Αντιπρόεδρος του ΣΕΜΜΑ, Καθηγήτρια κ. Αικατερίνη Λυκερίδου ανέλαβε τη θέση της Αντιπροέδρου του ΤΕΙ της Αθήνας. Έχει τις ευχές όλων μας για καλή επιτυχία στα νέα, πολύ σημαντικά, καθήκοντά της.

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ “ΦΑΙΝΑΡΕΤΗ”

Συμβουλευτική και Υποστήριξη Μεταναστριών Εγκύων και Νέων Μητέρων

22/11/2013
Αθήνα

Η Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία ΦΑΙΝΑΡΕΤΗ ανακοινώνει την έναρξη του Σχεδίου Δράσης «Συμβουλευτική και Υποστήριξη Μεταναστριών Εγκύων και Νέων Μητέρων». Σκοπός του Σχεδίου Δράσης είναι η παροχή συμβουλευτικής, ενημέρωσης και υποστήριξης μεταναστριών εγκύων και νέων μητέρων σε θέματα που αφορούν την ομαλή μετάβαση τους προς τη γονεϊκότητα.

Η εγκυμοσύνη συνιστά μια μεταβατική περίοδο, κατά την οποία η γυναίκα καθίσταται ευάλωτη, στον βαθμό που καλείται να αντιμετωπίσει μια σειρά από πρωτόγνωρες εμπειρίες και κομβικές αλλαγές, στη σωματική εικόνα, την καθημερινή ζωή, στις σχέσεις, γεγονός που παγιώνει μια διαφορετικότητα. Συχνά οι ισορροπίες μέσα στην οικογένεια ανατρέπονται ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που υπάρχουν προβλήματα κοινωνικής και πολιτισμικής προσαρμογής καθώς και οικονομικής φύσης. Η ενημέρωση και συμβουλευτική, που θα λάβει χώρα υπό την μορφή ατομικών και ομαδικών συνεδριών στα πλαίσια του Σχεδίου Δράσης και θα παρέχεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας κατά την κύηση και μετά τον τοκετό, στοχεύει στην κάλυψη συναισθηματικών, σωματικών και ψυχολογικών αναγκών των μεταναστριών που βιώνουν παράλληλα κοινωνικό αποκλεισμό, ρατσισμό, φτώχεια και περιθωριοποίηση.

Παράλληλα με την παροχή ατομικής και ομαδικής συμβουλευτικής και υποστήριξης πρόκειται να υλοποιηθούν δράσεις ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης, όπως η εκπόνηση και διανομή πολύγλωσσου ενημερωτικού υλικού σχετικό με ζητήματα υγείας στην εγκυμοσύνη και τη λοχεία και τη προετοιμασία για τη γονεϊκότητα, η πραγματοποίηση ενημερωτικών εκδηλώσεων και ημερίδας διάχυσης των αποτελεσμάτων του Σχεδίου Δράσης.

Το Σχέδιο Δράσης εντάσσεται στο πλαίσιο της Πράξης 3.2.4. «Υποστήριξη των Μ.Κ.Ο. (Γυναίκειων Οργανώσεων)» (Α΄ Και Β΄ Κύκλος) του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013» της Γενικής Γραμματείας Ισότητας των Φύλων, του Υπουργείου Εσωτερικών, με δικαιούχο την Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού, Διαχείρισης και Εφαρμογής Συγχρηματοδοτούμενων Δράσεων του Υπουργείου Εσωτερικών (ΕΥΣΥΔΕ ΥΠΕΣ).

Το Σχέδιο Δράσης που θα ολοκληρωθεί τον Νοέμβριο του 2015 υλοποιείται στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας.

Υπεύθυνη Συμβουλευτικής:

κα. Μαριάννα Μαύρου

Τηλ. Επικοινωνίας: 210 - 9319054

Email: info@fainareti.gr

Website: www.fainareti.gr

Ανακοινώσεις

Πρόγραμμα 9ης Διακλινικής Ημερίδας Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Πρόγραμμα

9:00-9:15 Εγγραφή

9:15-9:30 Έναρξη ημερίδας

09:30 - 11:00 Πρώτη Συνεδρία

Αιματολογικά προβλήματα στην κύηση

Συντονιστές: Δ. Κασσάνος, Α. Τσαντές

Αναιμία, Χ. Παρθένης

Θρομβοπενία, Π. Τρομπούκης

Θρομβοφιλία, Εμβολικά επεισόδια, Ν. Ευαγγελινάκης

Επιπτώσεις αιματολογικών διαταραχών στο νεογνό.

Αντιμετώπιση, Β. Σίδηρη

11:00-11:30 Διάλειμμα

11:30 - 12:00 Δεύτερη Συνεδρία,

Προεδρός: Π. Νικολαΐδου Καρπαθίου

Παιδιατρική παρακολούθηση των βρεφών

Β. Παπαευαγγέλου

12:00-13:30 Τρίτη Συνεδρία

Στρογγυλή Τράπεζα: Στρες στη ΜΕΝ Νεογνών

Συντονιστές: Α. Φρετζάγιας, Α. Δασκαλάκη

Ο ανεπίπυτος πόνος των βρεφών Α. Δασκαλάκη

Το άγχος των μητέρων των νεογνών που νοσηλεύονται

στη ΜΕΝ Νεογνών

Γ. Μπούρας

Αναπτυξιακή φροντίδα στη ΜΕΝ Νεογνών, Π. Μέξη Μπουρνά

13:30-14:00 Διάλειμμα

14:00 -15:30 Τέταρτη Συνεδρία

Στρογγυλή Τράπεζα:

Εξαιρετικές ιδιότητες του μητρικού γάλακτος

Συντονιστές: Π. Μέξη Μπουρνά, Κ. Γουρουντή

Λειτουργίες των πρωτεϊνών του μητρικού γάλακτος, Π. Χάλδα

Αυξητικοί παράγοντες στο μητρικό γάλα, Ε. Σδόνα

Ορμόνες του μητρικού γάλακτος και παχυσαρκία,

Α. Κατσαφάδου

Ποιος είναι ο κύριος HAMLET; Σ. Σπανού

Συντονιστές και ομιλητές:

Κ. Γουρουντή, Μαία. Καθηγήτρια Εφαρμογών,

Τμήμα Μαιευτικής ΤΕΙ Αθήνας.

Α. Δασκαλάκη, Παιδιάτρος Νεογνολόγος. Διευθύντρια ΕΣΥ,

Γ' Παιδιατρική Κλινική Παν. Αθηνών.

Ν. Ευαγγελινάκης, Ειδικευόμενος Ιατρός. Γ Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν. Αθηνών.

Δ. Κασσάνος, Καθηγητής. Διευθυντής Γ' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής Παν. Αθηνών.

Α. Κατσαφάδου, Παιδιάτρος Νεογνολόγος. Πανεπιστημιακός υπότροφος, Γ Παιδιατρική Κλινική Παν. Αθηνών.

Π. Μέξη - Μπουρνά, Παιδιάτρος Νεογνολόγος. Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ' Παιδιατρική Κλινική Παν. Αθηνών.

Γ Μπούρας, Ψυχολόγος, Ψυχαναλυτής. Επιστημονικός Συνεργάτης Γ' Παιδιατρικής Κλινικής Παν. Αθηνών.

Π. Νικολαΐδου - Καρπαθίου, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών.

Β. Παπαευαγγέλου, Αν. Καθηγήτρια. Διευθύντρια Γ' Παιδιατρικής Κλινικής Παν. Αθηνών.

Χ. Παρθένης, Ειδικευόμενος Ιατρός. Γ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν. Αθηνών.

Ε. Σδόνα, Παιδιάτρος. Επικουρική Ιατρός ΜΕΝ Νεογνών, Γ' Παιδιατρική Κλινική Παν. Αθηνών.

Β. Σίδηρη, Παιδιάτρος Νεογνολόγος. Επιμελήτρια Α', Γ' Παιδιατρική Κλινική Παν. Αθηνών.

Σ. Σπανού, Παιδιάτρος Νεογνολόγος. Επικουρική Ιατρός ΜΕΝ Νεογνών, Γ' Παιδιατρική Κλινική Παν. Αθηνών.

Π. Τρομπούκης, Μαιευτήρας Γυναικολόγος. Γ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν. Αθηνών.

Α. Τσαντές, Επίκουρος Καθηγητής Εργαστηριακής Αιματολογίας & Αιμοδοσίας, Διευθυντής Αιματολογικού Εργαστηρίου, Μονάδας Αιμοδοσίας Νοσοκομείου «Αττικόν».

Α. Φρετζάγιας, Καθηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών.

Π. Χάλδα, Μαία. Γ' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Παν. Αθηνών.

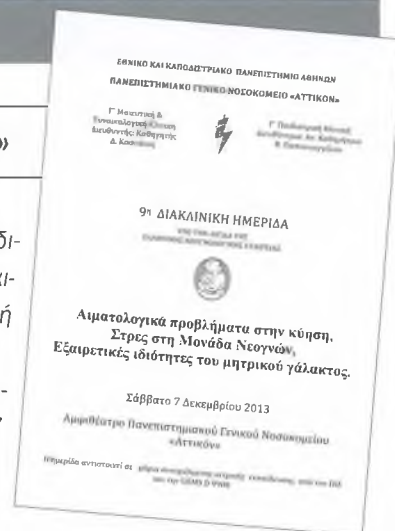
Πληροφορίες:

Γ' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Ρίμινι 1 Χαϊδάρη 124 64

Τηλ. 210 5832228, Fax: 2105832229

E.mail: ymexi@hotmail.com



Ανακοινώσεις

13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-ευτών Αθηνών Χαιρετισμός Προέδρου Συνεδρίου

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Είναι μεγάλη χαρά για εμένα και το Διοικητικό Συμβούλιο του Επιστημονικού Συλλόγου Μαιών – Μαιευτών Ναυπλίου (ΝΠΔΔ) η διοργάνωση του 13ου Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιών – Μαιευτών, με θέμα την Τεκμηρίωση στη Μαιευτική (Evidence – Based Midwifery) από το Σύλλογό μας, στην πρώτη πρωτεύουσα της Ελλάδας, το Ναύπλιο, από 18 έως 21 Σεπτεμβρίου 2014.

Οι διοργανωτές και οι επιτροπές του συνεδρίου καταβάλουμε κάθε δυνατή προσπάθεια, εν μέσω χαλεπών καιρών, να παρουσιάσουμε στη μαιευτική και ευρύτερη επιστημονική κοινότητα, ένα κατά το δυνατό άρτιο επιστημονικά και οργανωτικά συνέδριο, με πρωτότυπη και ενδιαφέρουσα θεματολογία. Τα θεωρητικά και κλινικά φροντιστήρια, η θεματολογία των διαλέξεων και των στρογγυλών τραπεζών, τα debates αλλά και το 1ο Συμπόσιο Ιστορίας, Φιλοσοφίας και Λαογραφίας της Μαιευτικής, παρουσιάζονται για πρώτη φορά σε Μαιευτικό Συνέδριο, όπως επίσης για πρώτη φορά γίνεται χρήση των σύγχρονων τεχνολογιών (e – posters, σύστημα barcode) αλλά και της αϊγίδας της Παγκόσμιας Συνομοσπονδίας Μαιών (ICM).

Στόχος μας είναι η προσφορά στη μαιευτική κοινότητα και στους φοιτητές που αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της, ενός

ολοκληρωμένου συνεδρίου, παρουσιάζοντας στους συνέδρους τις νέες επιστημονικές – ερευνητικές εξελίξεις που αφορούν στην επιστήμη μας αλλά και στους συναφείς με αυτή τομείς, τονίζοντας τη σημασία της τεκμηρίωσης στην κλινική πράξη, με στόχο τη σύγχρονη, ολιστική και εμπειριστατωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας στη μητέρα, στη γυναίκα και στην οικογένεια γενικότερα.

Παράλληλα με το επιστημονικό μέρος, το συνέδριο θα αποτελέσει μια ιδανική ευκαιρία για σύσφιξη των διαπροσωπικών σχέσεων, ανταλλαγή απόψεων και προβληματισμών αλλά και για περιήγηση στην Αργολίδα, έναν τόπο στενά συνδεδεμένο με την αρχαία και νεότερη ιστορία της χώρας μας, καθώς σημαντικοί αρχαιολογικοί και ιστορικοί χώροι βρίσκονται σε πολύ κοντινή απόσταση (Μυκήνες, Άργος, Τίρυνθα, Επίδαυρος κλπ).

Με την ευχή να σταθείτε αρωγοί στην προσπάθειά μας τόσο με τη φυσική σας παρουσία στο συνέδριο όσο και με την αποστολή εργασιών, σας περιμένουμε στο όμορφο Ναύπλιο.

Με τιμή,

Μιχάλης Μώρος

RM, MSc, PhDc

Πρόεδρος ΣΕΜΜ Ναυπλίου, Πρόεδρος του Συνεδρίου

Σημείωση: Η Α' ανακοίνωση του συνεδρίου θα αναρτηθεί προσεχώς στα site των Συλλόγων

(www.semnau.wordpress.com, www.smmte.gr), στις ομάδες στα κοινωνικά δίκτυα και στο site της εταιρείας MD Congress.

Χαιρετισμός Προέδρου Επιστημονικής Επιτροπής

Αγαπητοί συνάδελφοι, αποτελεί ιδιαίτερη χαρά και τιμή για μένα εκ μέρους της επιστημονικής επιτροπής, να σας προσκαλέσω και στο 13ο πανελλήνιο συνέδριο των Μαιών/των με την φιλοδοξία ότι και αυτό το συνέδριο θα έχει μεγάλη επιτυχία .

Σήμερα, η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνοβιολογίας και ο όγκος των πληροφοριών που προστίθενται, κάνει επιτακτική την ανάγκη και αποτελεί πρόκληση η κατάκτηση της νέας γνώσης. Στόχος όλων μας είναι ο συνεχής αγώνας προκειμένου να αναδειχθεί το υψηλής στάθμης επιστημονικό και κοινωνικό έργο που επιτελούμε και να διατηρήσουμε και να επαυξήσουμε τους δεσμούς μας με τους συναδέλφους μας αλλά και με άλλους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας. Η πρόσκλησή μας σε λιγότερο ιδανικές συνθήκες αντικατοπτρίζει την υπόσχεση ότι το συ-

νέδριο αυτό θα παρέχει τεκμηριωμένες νέες γνώσεις στο χώρο της μαιευτικής επιστήμης από διαφόρους επιστήμονες που θα υποστηρίξουν τους καρπούς της έρευνάς τους.

Το συνέδριο αυτό στο ιστορικό Ναύπλιο αποτελεί τόπο συνάντησης των μελών της κοινότητας των Μαιών/των προβάλλοντας την επιτακτική ανάγκη της πολύπλευρης ενημέρωσης που απαιτεί το σήμερα. Ευελπιστούμε στην ενεργό συμμετοχή σας, η οποία θα συμβάλει καθοριστικά στην επιτυχία του Συνεδρίου.

Αικατερίνη Λυκερίδου

Καθηγήτρια Μαιευτικής

Αντιπρόεδρος ΤΕΙ Αθήνας

Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής



13^ο

Πανελλήνιο
Συνέδριο
**Μαιών-
Μαιευτών**

18-21

Σεπτεμβρίου

2014

Εενοδοχείο

"Amalia"

Ναύπλιο



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

LIBERO



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 οποίες 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.