

1

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Αναπτυξιακής - Συμπεριφορικής Παιδιατρικής & Εφηβικής Ιατρικής

Με διεθνή συμμετοχή

First Panhellenic Congress in Developmental & Behavioral Pediatrics & Adolescent Medicine
with International Participation

2-4 Μαρτίου **2012**

Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών
(Σωρανού Εφεσίου 4, 11527 Παπάγου)

(IIBEAA), Αθήνα

Χορήγηση πιστοποιητικού με **15 μόρια (Credits)**,
αμοιβαία αναγνωρίσιμα από την UEMS-EACCME

Διοργάνωση:

Ελληνικό Κολλέγιο Παιδιάτρων



Ειδικό Κέντρο Αναπτυξιακής & Εφηβικής Ιατρικής



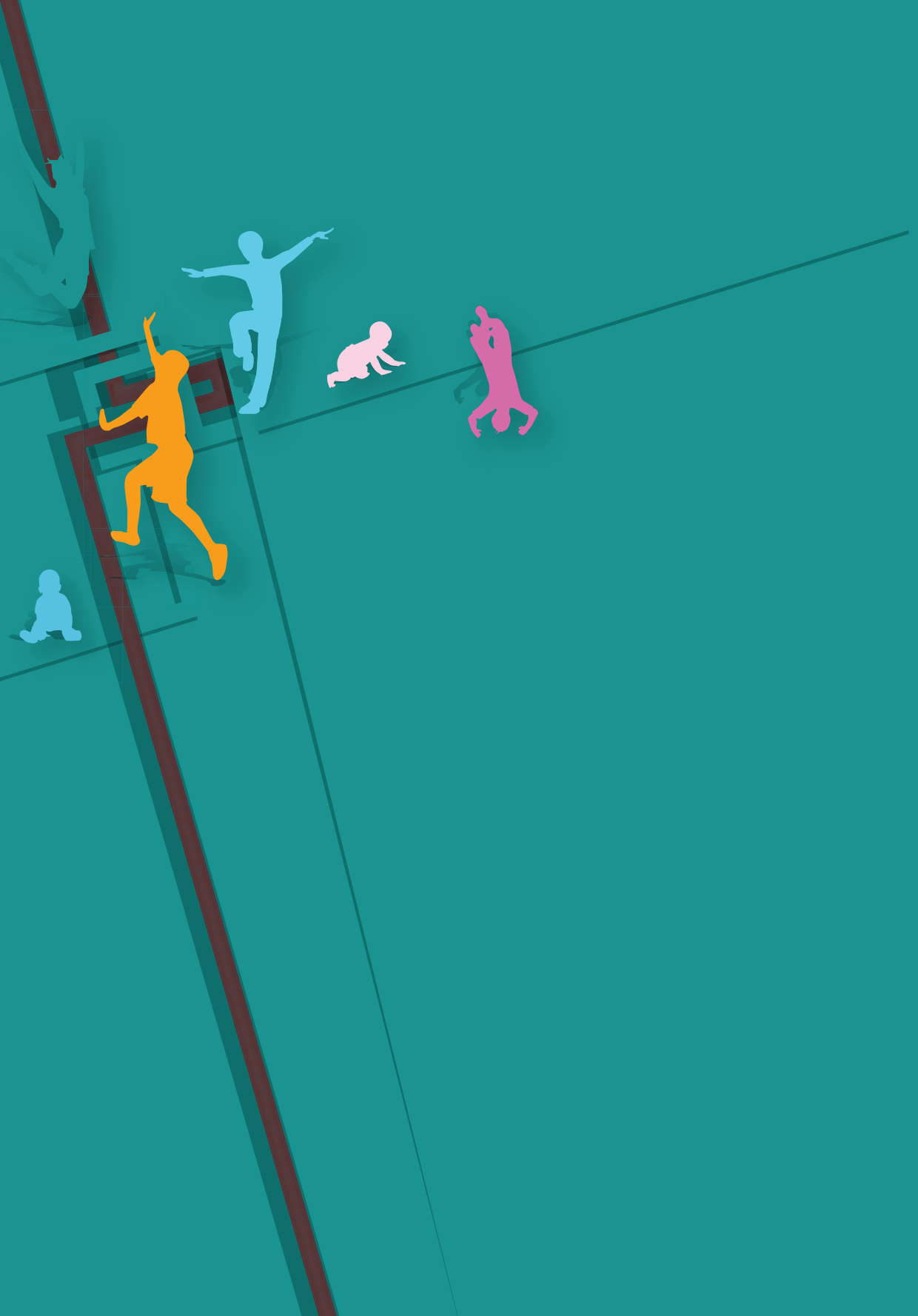
Χωρέμιο Ερευνητικό Εργαστήριο
Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών
Νοσοκομείο Παιδών "Η Αγία Σοφία"

Έδρα UNESCO 'Εφηβικής Ιατρικής'
UNESCO Chair 'Adolescent Health Care'

Οργάνωση - Γραμματεία:

 **free spirit**
Getting you there!

Τελικό Πρόγραμμα



Επιτροπές

Επιστημονική Επιτροπή

D. Greydanus
Ε. Δεληγεώρογλου
Μ. Θεοδωρίδου
Χ. Κανακά
Π. Καρδαράς
Γ. Κολαιΐτης
Τ. Κόρπα
Γ. Κρεατσάς
Φ. Μπακοπούλου
Χ. Μπακούλα
Ν. Περβανίδου
Ε. Πετρίδου
Ε. Ρώμα
Α. Τσινοπούλου-Γαλλή
Ε. Χαρμανδάρη
Γ. Π. Χρούσος

Οργανωτική Επιτροπή

Ε. Αντωνοπούλου
Ε. Δεληγεώρογλου
Μ. Θεοδωρίδου
Χ. Κανακά
Π. Καρδαράς
Α. Κλημεντοπούλου
Τ. Κόρπα
Φ. Μπακοπούλου
Κ. Παπανικολάου
Ν. Περβανίδου
Α. Τσινοπούλου-Γαλλή
Γ. Π. Χρούσος



Περιεχόμενα



Πρόσκληση _____ 5

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 2 Μαρτίου 2012 _____ 6

Σάββατο 3 Μαρτίου 2012 _____ 7

Κυριακή 4 Μαρτίου 2012 _____ 10

Περιλήψεις _____ 13

Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών _____ 45

Ελεύθερες Ανακοινώσεις _____ 48

Ευρετήριο Συγγραφέων _____ 78



Πρόσκληση

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Με μεγάλη χαρά σας προσκαλούμε να συμμετάσχετε στις εργασίες του **1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Αναπτυξιακής-Συμπεριφορικής Παιδιατρικής και Εφηβικής Ιατρικής** που πραγματοποιείται στις 2 - 4 Μαρτίου 2012 στην Αθήνα! Το συνέδριο περιλαμβάνει επίκαιρες ομιλίες, κλινικά φροντιστήρια και παρουσιάσεις ερευνητικών εργασιών από εξειδικευμένους Έλληνες και Ξένους επιστήμονες στον τομέα της Αναπτυξιακής - Συμπεριφορικής Παιδιατρικής και της Εφηβικής Ιατρικής. Ο κοινός άξονας των δυο αυτών υποειδικοτήτων της Παιδιατρικής είναι η θεώρηση του αναπτυσσόμενου ανθρώπου, από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση, με βάση ταυτόχρονα βιολογικούς και ψυχολογικούς μηχανισμούς. Επίσης, η διεπιστημονική αξιολόγηση και αντιμετώπιση τόσο των αναπτυξιακών προβλημάτων του μικρού παιδιού, όσο και των σύνθετων καταστάσεων που συναντώνται συχνότερα στην εφηβεία.

Η άσκηση της Παιδιατρικής στην εποχή μας απαιτεί τη γνώση των νέων απειλών αλλά και την απόκτηση δεξιοτήτων στην αντιμετώπισή τους. Το 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αναπτυξιακής - Συμπεριφορικής Παιδιατρικής και Εφηβικής Ιατρικής πραγματοποιείται με αφορμή την ίδρυση του **Ειδικού Κέντρου Αναπτυξιακής και Εφηβικής Ιατρικής** της Α' Παιδιατρικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Νοσοκομείου Παιδών «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», που αποτελεί θεσμοθετημένο κέντρο (ΦΕΚ 1936/14-12-2010) κλινικών υπηρεσιών, έρευνας και μετεκπαίδευσης στην Αναπτυξιακή Παιδιατρική και την Εφηβική Ιατρική. Το Ειδικό Κέντρο, από τον Αύγουστο του 2010 φιλοξενεί τη **μοναδική έδρα της UNESCO για την Εφηβική Ιατρική «Adolescent Health Care» στον κόσμο**, στα πλαίσια των προσπαθειών μας για την εξασφάλιση και βελτίωση της εφηβικής υγείας στην Ελλάδα.

Η παρουσία και η ενεργός συμμετοχή σας θα συμβάλει στην επιτυχία του συνεδρίου.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Καθηγητής Γεώργιος Π. Χρούσος

Διευθυντής Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Πρόεδρος του Κολλεγίου Ελλήνων Παιδιάτρων



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 2 Μαρτίου 2012

15.30-17.00 **Εγγραφές**

17.00-17.15 **Χαιρετισμοί**

Γεώργιος Χρούσος

Καθηγητής - Διευθυντής Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Εμμανουήλ Παπασάββας

Διοικητής Νοσοκομείων Παίδων «Η Αγία Σοφία», «Αγλαΐα Κυριακού», Παίδων Πεντέλης

Καίτη Τζιτζικώστα

Πρόεδρος Ελληνικής Εθνικής Επιτροπής για την UNESCO

17.15-17.45 **Διάλεξη: «Αναπτυξιακοί Στόχοι της UNESCO για την Εφηβική Υγεία ως το 2015»**

Προεδρείο: Μ. Θεοδωρίδου, Φ. Μπακοπούλου

Ομιλητής: Γ. Π. Χρούσος

17.45-18.15 **Διάλεξη: «Developments in Behavioral Pediatrics»**

Προεδρείο: Γ. Π. Χρούσος, Ν. Περβανίδου

Ομιλητής: D. Greydanus

18.15-18.45 **Διάλειμμα**

18.45-20.30 **Στρογγυλό Τραπέζι 1**

Προεδρείο: Ε. Ρώμα, Χ. Μπακούλα

• **Η Συνέντευξη Κινητοποίησης και άλλες Συμπεριφορικές Τεχνικές στο Παιδιατρικό Ιατρείο**

Ομιλήτρια: Ν. Περβανίδου

• **Συμπεριφορές Υψηλού κινδύνου στην Εφηβεία**

Ομιλήτρια: Ε. Πετρίδου

• **Πρωτόκολλα Προληπτικής Ιατρικής και Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών στον Εφηβικό Πληθυσμό**

Ομιλήτρια: Α. Τσιανοπούλου-Γαλλή

• **Κατάθλιψη σε Παιδιά και Εφήβους: Αναπτυξιακά Θέματα**

Ομιλητής: Γ. Κολαΐτης

Σάββατο 3 Μαρτίου 2012

- 09.30-11.30 Κλινικό Φροντιστήριο: «Σεξουαλική και Αναπαραγωγική Υγεία»**
Προεδρείο: Ε. Πετρίδου, Χ. Κανακά
• **Αντισύλληψη στην Εφηβεία**
Ομιλήτρια: Φ. Μπακοπούλου
• **Αξιολόγηση και Αντιμετώπιση της Ενδομητρίωσης στην Εφηβεία**
Ομιλητής: Ε. Δεληγεώρογλου
• **Πρώιμη ήβη - Πότε χρειάζεται αντιμετώπιση;**
Ομιλήτρια: Ε. Χαρμανδάρη
• **HPV εμβόλια**
Ομιλήτρια: Μ. Θεοδορίδου
• **Επίδειξη σκευασμάτων**
Ε. Δεληγεώρογλου, Φ. Μπακοπούλου, Ε. Χαρμανδάρη
- 11.30-12.00 Διάλειμμα-Καφές**
- 12.00-13.30 Στρογγυλό Τραπέζι 2**
Προεδρείο: Ν. Περβανίδου, Ε. Φρυσίρα
• **Αναπτυξιακή παρακολούθηση του παιδιού στο Παιδιατρικό Ιατρείο**
Ομιλήτρια: Ε. Αντωνοπούλου
• **Διερεύνηση του παιδιού με αναπτυξιακή καθυστέρηση**
Ομιλήτρια: Α. Ξαιδάρα
• **Διαταραχές αποβολής: Ενούρηση-Εγκόπριση**
Ομιλήτρια: Α. Κλημεντοπούλου
• **Διαταραχή Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης**
Ομιλία: Ε. Μάγκληρη
- 13.30-14.00 Διάλεξη: «Teenage Brain»**
Προεδρείο: Χ. Καττάμης, Α. Βελετζά
Ομιλητής: D. Greydanus
- 14.00-15.00 Διάλειμμα**



15.00-16.30

Forum Νέων Επιστημόνων

Προεδρείο: Α. Κατάμης, Θ. Ψαλτοπούλου

EA01

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΟΥ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

EA02

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΥΝΝΟΣΗΡΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

EA03

ΚΙΡΚΑΔΙΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΡΤΙΖΟΛΗΣ, ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

EA04

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ: ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΕΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ

EA05

Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΞΟΝΑ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ-ΥΠΟΦΥΣΗ-ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΕΠΥ

EA06

ΤΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΕΡΕΥΝΑ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

EA07

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΜΑΓΩΝ ΣΤΟ ΒΑΡΟΣ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

EA08

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΝΑΝΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΑΤΡΙΚΗ

EA09

ΥΨΗΛΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ (Δ.Ε.Π) ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

EA10

ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (ΔΜΣ) ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



ΕΑ11

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΕΦΗΒΟΥ ΜΕ ΜΟΝΟΠΛΕΥΡΗ ΝΕΥΡΟΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗ ΒΑΡΗΚΟΪΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ

ΕΑ12

ΧΑΡΙΣΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑΛΑΝΤΟΥΧΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

16.30-18.00

Στρογγυλό Τραπέζι 3

Προεδρείο: Γ. Π. Χρούσος, Ε. Δεληγεώρογλου

• Διαταραχές εμμήνου ρύσεως - Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών στην εφηβεία

Ομιλήτρια: Φ. Μπακοπούλου

• Υποθαλαμική Αμηνόρροια στην εφηβεία

Ομιλήτρια: Σ. Καλανταρίδου

• Γενετική βάση της αμηνόρροιας στην εφηβεία

Ομιλητής: Ε. Καναβάκης

• Αντιμετώπιση συγγενών ανωμαλιών γεννητικού συστήματος στην εφηβεία

Ομιλητής: Γ. Κρεατσάς

18.00-18.30

Διάλειμμα-Καφές

18.30-20.00

Στρογγυλό Τραπέζι 4

Προεδρείο: Ε. Αντωνοπούλου, Τ. Κόρπα

• Γλώσσα, λόγος, συστήματα επικοινωνίας

Ομιλητής: Π. Καρδαράς

• Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές: Ανίχνευση και Διάγνωση

Ομιλήτρια: Κ. Παπανικολάου

• Πρώιμες Παρεμβάσεις στις Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού

Ομιλητής: Κ. Francis

• Εκπαιδευτικές Προσεγγίσεις στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Ομιλήτρια: Ε. Γιουρούκου



Κυριακή 4 Μαρτίου 2012

- 09.30-11.30 **Κλινικό Φρονιστήριο: «Παρεμβάσεις στη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής -Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ)»**
Προεδρείο: Σ. Γιουρούκος, Γ. Κολλαΐτης
• **Η Διαχείριση της ΔΕΠΥ από τον Παιδίατρο**
Ομιλήτρια: Ν. Περβανίδου
• **Προγράμματα Συμπεριφοράς & Συμβουλευτικής Γονέων**
Ομιλήτρια: Τ. Κόρπα
• **Εκπαιδευτικές Στρατηγικές**
Ομιλητής: Χ. Σκαλούμπakas
• **Ψυχοφαρμακολογία**
Ομιλητής: Β. Καρακώστας
• **ADHD Hellas: Δράσεις του Σωματείου Ατόμων με ΔΕΠΥ**
Ομιλήτρια: Σ. Αρώνη
- 11.30-12.00 **Διάλειμμα-Καφές**
- 12.00-13.30 **Στρογγυλό Τραπέζι 5**
Προεδρείο: Β. Παπαεαγγέλου, Φ. Μπακοπούλου
• **Συμπεριφορά του Εφήβου: Καθρέφτης της Συμπεριφοράς των Γονέων**
Ομιλήτρια: Χ. Μπακούλα
• **Εμβολιασμοί στην Εφηβεία-Σύγχρονες Συστάσεις**
Ομιλητής: Θ. Μίχος
• **Αναφυλαξία: Ιδιαιτερότητες στην Εφηβεία**
Ομιλητής: Δ. Χατζής
• **Self-harm and Suicide in Adolescents**
Ομιλητής: D. Greydanus
- 13.30-14.00 **Διάλεξη: «Η επίδραση του στρες στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο»**
Προεδρείο: Π. Καρδαράς, Γ. Κολλαΐτης
Ομιλητής: Γ. Π. Χρούσος
- 14.00-15.00 **Διάλειμμα**

15.00-16.30 Forum Νέων Επιστημόνων

Προεδρείο: Β. Σπούθλου, Γ. Παπασωτηρίου

EA13

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΡΟΦΩΝ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΔΕΙΚΤΗ/ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΣΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΑ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ

EA14

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΜΙΚΡΟΧΛΩΡΙΔΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

EA15

EU NET ADB 1: ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΣΤΗΝ ΜΕΣΗ ΕΦΗΒΕΙΑ

EA16

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΠΡΟΩΡΩΝ ΚΑΙ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΝΕΟΓΝΩΝ Γ' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΩΝ

EA17

ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΑΙΔΟΙΚΟΛΠΙΤΙΔΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

EA18

ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ- ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

EA19

ΟΙ ΑΓΩΝΙΕΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ

EA20

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΔΕΠΥ

EA21

ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ (1950-2011) ΤΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ: ΜΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

EA22

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΦΗΒΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ 16 ΓΥΜΝΑΣΙΩΝ ΚΑΙ 11 ΛΥΚΕΙΩΝ ΤΩΝ ΔΗΜΩΝ ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ, ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΛΙΜΟΥ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΛΥΣΕΙΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΘΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΕΑ23

ΑΥΞΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΙΑΧΥΤΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

ΕΑ24

ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΔΟΜΗ ΦΙΛΙΚΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

ΕΑ25

ΧΑΡΙΣΜΑΤΙΚΟΙ ΜΑΘΗΤΕΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ

ΕΑ

ΤΟ ΙΔΙΟΠΑΘΕΣ ΠΡΟΤΥΠΟ ΒΑΔΙΣΗΣ ΣΤΙΣ ΜΥΤΕΣ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ (ΤΟΕ-WALKING) ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ (ΔΑΔ) ΚΑΙ ΣΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ (ΦΑΔ)

16.30-18.30

Στρογγυλό Τραπέζι 6

Προεδρείο: Ε. Χαρμανδάρη, Ν. Περβανίδου

- Παχυσαρκία και Μεταβολικό Σύνδρομο

Ομιλήτρια: Χ. Κανακά

- Διατροφική Συμπεριφορά και Καρδιαγγειακός Κίνδυνος

Ομιλήτρια: Μ. Γιαννακούλια

- Λειτουργικά Κοιλιακά Άλγη

Ομιλητής Η. Μπούζιος

- Σωματοδυσμορφική Διαταραχή στην Εφηβεία

Ομιλητής: Ε. Τσαλαμανιός

- Αντιμετώπιση Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής

Ομιλητής: Β. Τομαράς



Περιλήψεις

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ UNESCO ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΤΟ 2015

Χρούσος Γεώργιος

**Καθηγητής - Διευθυντής Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»,
Επικεφαλής Έδρας UNESCO Εφηβικής Ιατρικής**

Ο Εκπαιδευτικός, Επιστημονικός και Πολιτιστικός Οργανισμός των Ηνωμένων Εθνών (UNESCO - United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization) ιδρύθηκε στις 16 Νοεμβρίου 1945 με κύρια επιδίωξη την εγκαθίδρυση ειρήνης και ανάπτυξης μεταξύ των ανθρώπων. Μέσω των στρατηγικών και των δράσεων της, η UNESCO επιδιώκει ενεργά να υλοποιήσει τους Αναπτυξιακούς Στόχους του Ο.Η.Ε για τη Χιλιετία (Millennium Development Goals), οι οποίοι αποτελούν διεθνώς συμφωνημένους στόχους που και τα 193 Κράτη Μέλη του ΟΗΕ και 23 διεθνείς οργανισμοί έχουν συμφωνήσει να επιτύχουν έως το 2015: 1. Εκρίζωση της έσχατης φτώχειας και πείνας, 2. Παροχή πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης παγκοσμίως, 3. Προαγωγή της ισότητας των φύλων και της ενδυνάμωσης των γυναικών, 4. Μείωση της παιδικής θνησιμότητας, 5. Βελτίωση της μητρικής υγείας, 6. Καταπολέμηση του HIV/AIDS, της ελονοσίας και άλλων νοσημάτων, 7. Εξασφάλιση της βιωσιμότητας του περιβάλλοντος, 8. Ανάπτυξη παγκόσμιας συνεργασίας. Οι έφηβοι και οι νέοι αποτελούν μία από τις παγκόσμιες προτεραιότητες της UNESCO. Η σημερινή γενιά των εφήβων είναι η μεγαλύτερη στην ιστορία. Σχεδόν ο μισός παγκόσμιος πληθυσμός είναι ηλικίας μικρότερης των 25 ετών. Η έλλειψη σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας συμβάλλει σημαντικά στη νοσηρότητα και θνητότητα των νέων. Οι αρνητικές επιπτώσεις της πρώιμης εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, κυρίως της λοίμωξης HIV, απειλούν την υγεία των νέων στη δεύτερη δεκαετία της ζωής περισσότερο από κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα. Την ίδια στιγμή, οι νέοι αποτελούν τη μεγαλύτερη ελπίδα ενάντια στην πρώιμη εγκυμοσύνη και τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις. Οι νέοι επηρεάζουν και επηρεάζονται σημαντικά από τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες, ενώ εμπλέκονται άμεσα και βελτιώνονται από κάθε Αναπτυξιακό Στόχο. Η προαγωγή της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας αποτελεί κύρια στρατηγική για την επίτευξη των Αναπτυξιακών Στόχων για τη Χιλιετία, και ειδικότερα των στόχων 3, 4, 5, και 6, δηλαδή της ισότητας των φύλων και της ενδυνάμωσης των γυναικών, της μείωσης της παιδικής θνησιμότητας, της βελτίωσης της μητρικής υγείας και της καταπολέμησης του HIV/AIDS. Συγκεκριμένα στόχους αποτελούν η μείωση κατά 3/4, μεταξύ 1990 και 2015, της μητρικής θνησιμότητας και η επίτευξη, έως το 2015, παγκόσμιας πρόσβασης στην αναπαραγωγική υγεία, με βελτίωση των ποσοστών αντισύλληψης, προγεννητικής φροντίδας, οικογενειακού προγραμματισμού και μείωση των εφηβικών γεννήσεων. Σχετικά με τη λοίμωξη HIV/AIDS στόχο αποτελεί η ανάσχεση της νόσου έως το 2015, η έναρξη αναστροφής της εξάπλωσης του HIV/AIDS, καθώς και η επίτευξη παγκόσμιας πρόσβασης στη θεραπεία. Η UNESCO θεωρεί ότι οι νέοι ως πολίτες συνεργάτες και το πραγματικό δυναμικό του σήμερα,

μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στην επίτευξη των Αναπτυξιακών Στόχων, μέσω της συμμετοχής τους σε προγράμματα εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης των ίδιων και των συνομιλητών τους σε σχολεία, κοινότητες και σε εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς. Η UNESCO επισημαίνει τη ζωτική σημασία συμβολή της εκπαίδευσης για την επίτευξη όλων των Αναπτυξιακών Στόχων. Σήμερα υπάρχουν 715 Πανεπιστημιακές Έδρες UNESCO σε 131 χώρες που δρουν ως γέφυρες μεταξύ της έρευνας και της χάραξης πολιτικής, καθώς και μεταξύ της ακαδημαϊκής κοινότητας, της κοινωνίας των πολιτών και του παραγωγικού τομέα. Η Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική και το Νοσοκομείο Παιδών 'Η Αγία Σοφία' από το 2010 φιλοξενούν τη μοναδική Έδρα UNESCO Εφηβικής Ιατρικής στον κόσμο με στόχο την προαγωγή της Υγείας των Εφήβων και Νέων στη χώρα μας και σε όλο τον κόσμο.



HISTORICAL DEVELOPMENTS IN BEHAVIORAL PEDIATRICS: A PERSPECTIVE FROM THE UNITED STATES.

Greydanus Donald

**Professor of Pediatrics and Human Development
at Michigan State University College of Human Medicine, USA**

The development of the field of Behavioral Pediatrics has taken millions of years of human development. Much of the time humans focused on causes of medical and surgical conditions. Pharmacology occupied much of ancient research, as witnessed by the reputation of the Chinese emperor Shen-Nung (2737 BC) who is known as the first classifier of medicinal herbs. History also teaches us about the 1550 BC Ebers Papyrus of ancient Egypt that was a 110 - page scroll containing over 700 formulas and remedies of animal, mineral, and vegetable origins-dating back to over 3000 BC. Medical and mental disorders were not understood and thus, humans over the eons turned to concepts of magic, mysticism, mantics, haruspex, and religion to cure illness. Epilepsy, (the "sacred" disease of Hippocrates of Cos: 460 to 377 BC) was confused with demon possession and mental illness. The famous Greek physician to Roman emperors and gladiator champions, Claudius Galen (130 - 210 AD), linked epilepsy and mental illness to adolescent and young adult masturbation, a theme continued over the next many centuries.

Knowledge of medical health gradually developed over the past millennium starting with the great Persian physician Rhazes (Muhammad ibn Zakariya Razi (865-925 AD) and continued with works by Trotula Platearius of Salerno, Italy (1050 AD) with her book *De Mylierum Passionibus*. A great leap forward was the publication of a book on children's health called *The Boke of Chyldren* by Thomas Phaer (1510-1560) of England in 1544 AD. The importance of the book by Dr. Phaer was that it made a distinction between childhood and adulthood, encouraging further study into disorders of children. The term, "biology" was initiated in the early 19th century and is a hallmark of attempts to discern diseases apart from ancient philosophical theories.



As scholars turned their attention to children, miscellaneous theories on child development were hypothesized in the 19th and 20th centuries including the landmark evolutionary model of Charles Darwin, the organismic model of G. Stanley Hall and Jean Piaget, the psychoanalytic model of Sigmund Freud, the contextualistic model of William James, and the mechanistic model of BF Skinner. The development of knowledge in infectious diseases in the 19th and 20th centuries lowered childhood morbidity and mortality, allowing scientists to look at mental health issues of children and adolescents. In 1877 Charles Darwin (1809-1882) published his observations on his first child as a study of behavioral development of humans. Heinrich Hoffman (1809-1894) was a German physician and writer/illustrator who wrote and drew the image of Fidgety Phillip (Zappelphilipp) that became the model for the classic picture of the 20th century's picture of a prosexia identified as attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The study of what was called ADHD in the 20th century helped to initiate the field of behavioral pediatrics.

The term "Behavioral Pediatrics" was first used in the United States in the early 1970s at the University of Rochester (Rochester, New York, USA) by Dr. Robert Haggerty and colleagues to look at behavioral concerns of children from a pediatrician's perspective, not only from a child psychiatrist's perspective. Behavioral Pediatrics has been defined as: "what the clinician does to diagnose, to treat, and most importantly, to prevent mental illness in children and adolescents." Other groups became interested in mental health problems of children and adolescents; for example, the US Society for Developmental and Behavioral Pediatrics was founded in 1982. Historically, the field of neurodevelopmental disabilities has evolved based on a firm foundation of basic and clinical neurosciences and was founded by Dr. Arnold J. Capute (1923-2003) as well as his fellows from the Kennedy Krieger Institute at John Hopkins University (Baltimore, Maryland, USA). During the 20th century child and adolescent psychiatry emerged from adult psychiatry to develop its own views on mental health in children and adolescents. Others developed the field of adolescent medicine during this time as well. There are now fellowships, journals, and societies studying and teaching about various aspects of mental health aspects of children and adolescents. Behavioral Pediatrics has become an important part of healthcare of children in the 2st century!


These various groups have sometimes cooperated and sometimes have been in competition with each other. Those interested in behavioral pediatrics generally come out of a tradition of training in pediatrics and have focused on such issues as autistic spectrum disorders, ADHD, depression, learning disorders, and other areas. The field of Behavioral Pediatrics has evolved over many millennia and with leadership by experts in pediatrics as well as mental health, promises to benefit countless billions of children and adolescents with behavioral disorders in the 2st century. The overall success will be determined by the ability of these various groups to cooperate in the spirit of the Indian proverb about the blind men describing an elephant and what this elephant represents. If we can cooperate, billions of children and adolescents will benefit as the 2st century progresses.



Η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Περβανίδου Νένη

Λέκτορας Αναπτυξιακής & Συμπεριφορικής Παιδιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»



Η συνέντευξη κινητοποίησης (ΣΚ) [Motivational Interviewing, MI] είναι μια εναλλακτική μέθοδος παρέμβασης, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, που στοχεύει στην ελλιάτωση των συμπεριφορών κινδύνου που σχετίζονται με την υγεία και στην αύξηση της συμμόρφωσης στις ιατρικές συστάσεις. Η ΣΚ έχει φανεί ότι είναι αποτελεσματική μέθοδος κατά την εφαρμογή της σε εφήβους, παιδιά και γονείς στην πρωτοβάθμια παιδιατρική. Έχει εφαρμοστεί με επιτυχία στο νεανικό διαβήτη, την παιδική παχυσαρκία, τη δυσλιπιδαιμία, τη διακοπή του καπνίσματος, τη χρήση ουσιών και αλκοόλ στην εφηβεία. Η ΣΚ είναι μέθοδος επικεντρωμένη στον ασθενή, στις αντιλήψεις, τους στόχους και τις αξίες του, ενισχύοντας τα κίνητρα για συμμόρφωση στις ιατρικές συστάσεις και συστήνεται αντί της μονόπλευρης συμβουλευτικής από τους γιατρούς. Σύμφωνα με το Διαθεωρητικό Υπόδειγμα των σταδίων αλλαγών στη συμπεριφορά, η κινητοποίηση είναι ένα στάδιο, παρά ένα εγγενές χαρακτηριστικό του ατόμου, το οποίο μπορεί να τροποποιηθεί, περνώντας από μια σειρά αλλαγών. Η ιατρική συμβουλευτική που επικεντρώνεται στον ασθενή περιλαμβάνει μια σειρά από δεξιότητες, όπως η ενεργητική ακρόαση, κατά την οποία ο ιατρός παρακολουθεί τις δομικές πεποιθήσεις του ασθενούς για την υγεία και την ασθένεια, συμπεριλαμβανομένης της ετοιμότητας για αλλαγές και της αυτοπεποίθησης του να προχωρήσει στις αλλαγές αυτές. Μερικές από τις τεχνικές που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο κλινικός στην πράξη, περιλαμβάνουν την υιοθέτηση «ανοιχτών ερωτήσεων», την αντανακλαστική ακρόαση, την επανασχεδίαση, την έκφραση ενσυναίσθησης. Οι τεχνικές αυτές μπορεί να απευθύνονται είτε στο ίδιο το παιδί ή τον έφηβο είτε στους γονείς όταν πρόκειται για παιδιά μικρότερης ηλικίας. Σύμφωνα με τη ΣΚ, η σχέση ιατρού-ασθενούς (παιδιού, εφήβου ή γονέα) είναι περισσότερο μια «συνεργασία», παρά μια σχέση ειδικού που ενημερώνει-αποδέκτη.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Πετρίδου Ελένη

Καθηγήτρια Προληπτικής Ιατρικής & Επιδημιολογίας ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή

Σκοπός της παρουσίασης είναι να δείξει πώς διαμορφώνεται η φυσιολογία και το εύρος των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου στην εφηβεία ανάλογα με το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον, αλλά και σε περιόδους οικονομικής κρίσης και να επισημάνει πώς η ανάδειξη των κοινωνιοψυχολογικών παραμέτρων και η διερεύνηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων των νέων για τον κίνδυνο συμβάλλει στην εκπόνηση στοχευμένων και ευέλικτων στρατηγικών επικοινωνίας και εκπαίδευσης των εφήβων σε σχέση με τις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Ειδικότερα, θα σκιαγραφηθεί το διεπιστημονικό πλαίσιο κατανόησης των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου στην εφηβεία, η φυσιολογία των οποίων, διευρύνεται τα τελευταία 30 χρόνια στο πεδίο συστημικών πολιτισμικών και κοινωνιοοικονομικών αλλαγών, οδηγώντας σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε ραγδαία αύξηση των θανάτων από προλήψιμες αιτίες στους νέους ηλικίας 10 έως 24 ετών στα 2.6 εκατομμύρια το χρόνο. Σύμφωνα με το Σύστημα Επιδημιολογικής Επιτήρησης Ριψοκίνδυνων Συμπεριφορών στους Νέους (Youth Risk Behavior Surveillance System, YRBSS) 6 τύποι ριψοκίνδυνων συμπεριφορών στην εφηβεία, αποτελούν κυρίαρχα αίτια θανάτου στους νέους ενήλικες και παρακολουθούνται συστηματικά: βίαιη συμπεριφορά, χρήση αλκοόλ, χρήση ευφορικών ουσιών, σεξουαλικά ριψοκίνδυνες συμπεριφορές και διατροφικές διαταραχές. Οι διαστάσεις και η αιτιοπαθογένεια της γενικής ψυχοπαθολογίας καθώς και συγκεκριμένων νοσολογικών οντοτήτων, όπως η κατάθλιψη, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, οι νευρώσεις και η χρήση ουσιών στην εφηβεία έχουν αποτελέσει το αντικείμενο μελέτης ερευνητών διαφόρων ειδικοτήτων. Στο βιοσωματικό τομέα, φαίνεται ότι αλληγές στο μετωπιαίο και τον κροταφιαίο λοβό συμβάλλουν στην επικράτηση συμπεριφορών θυμού και παρόρμησης στους εφήβους. Στο νοητικό τομέα, η εμφάνιση των αφαιρετικών (ή τυπικών) νοητικών πράξεων συχνά καταλήγει στο λεγόμενο «γνωστικό εγωκεντρισμό» της εφηβικής ηλικίας με άμεση συνέπεια υπερβολικές και συχνά ριψοκίνδυνες συμπεριφορές ενώπιον αυτού που ο David Elkind αποκαλεί «φανταστικό ακροατήριο». Στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής ερμηνείας, ο Freud διέυρυνε τη βιολογική προσέγγιση συμπεριλαμβάνοντας στους αιτιολογικούς παράγοντες της συναισθηματικής έντασης στην εφηβεία την αφύπνιση της σεξουαλικότητας και τις συγκρούσεις που δημιουργούνται από την αδιάκοπη πάλη ανάμεσα στις βιολογικές ενορμήσεις και τους κοινωνικούς περιορισμούς. Ανθρωπολογικές έρευνες ωστόσο ήδη από την εποχή της Margaret Mead έδειξαν ότι η εφηβεία δεν βιώνεται με τον ίδιο τρόπο ως περίοδος ψυχικών εντάσεων σε όλες τις κοινωνίες, αποκαλύπτοντας τη σημασία του περιβαλλοντικού πλαισίου στο οποίο ζει και αναπτύσσεται το άτομο, συζήτηση που αναζωπυρώνεται υπό τον επίκαιρο προβληματισμό για τις επιπτώσεις της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην ψυχολογική και σωματική υγεία των νέων.

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Μπακοπούλου Φλώρα

Παιδίατρος - Εφηβίατρος,
Επιστημονική Υπεύθυνη Ειδικού Κέντρου Εφηβικής Ιατρικής,
Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»

Οι Παιδίατροι μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα της αναπαραγωγικής υγείας των εφήβων. Η μακροχρόνια σχέση που εγκαθιστούν με τους εφήβους και τις οικογένειές τους, τους δίνει τη δυνατότητα να προάγουν τη λήψη υγιών αποφάσεων των εφήβων σε θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Οι έφηβοι πρέπει να ενθαρρύνονται να αναβάλλουν ή να καθυστερούν την έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας. Για τους εφήβους που σχεδιάζουν να γίνουν άμεσα ή είναι σεξουαλικά ενεργοί, η ενημέρωση για την αντισύλληψη και την προφύλαξη από σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις είναι επιβεβλημένη. Οι διαθέσιμες αντισυλληπτικές μέθοδοι στη χώρα μας είναι το προφυλακτικό, τα αντισυλληπτικά δισκία, ο κολλητικός δακτύλιος και τα ενδομητρικά σπειράματα. Η εφηβική ηλικία από μόνη της δεν αποτελεί αντένδειξη για χορήγηση οποιασδήποτε αντισυλληπτικής μεθόδου. Αν και οι περισσότερες έφηβες είναι υγιείς, θα πρέπει εντούτοις να ερωτώνται για ατομικά και οικογενειακά προβλήματα υγείας που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου. Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες μέθοδοι στην εφηβεία είναι το ανδρικό προφυλακτικό και το συνδυασμένο αντισυλληπτικό δισκίο. Το αντισυλληπτικό δισκίο αποτελεί αξιόπιστη και αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης με ποσοστό αποτυχίας 0.1% με ιδανική χρήση. Εντούτοις, τα ποσοστά αποτυχίας κυμαίνονται μεταξύ 5-8% με τυπική χρήση και για τις έφηβες μπορεί να ανέλθουν στο 15-26% λόγω μη συμμορφωσιμότητας. Η επείγουσα αντισύλληψη περιλαμβάνει όλες τις μεθόδους που δρουν μετά την επαφή και πριν την εμφύτευση. Η εύκολη πρόσβαση στην επείγουσα αντισύλληψη είναι πρωταρχικής σημασίας στην εφηβεία. Μπορεί να χορηγηθεί οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Για μέγιστη αποτελεσματικότητα θα πρέπει να χρησιμοποιείται το συντομότερο δυνατόν. Η συχνή παρακολούθηση των εφήβων είναι απαραίτητη για τη μεγιστοποίηση της συμμορφωσιμότητάς τους με τις επιλεχθείσες αντισυλληπτικές μεθόδους.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Δεληγεώρογλου Ευθύμιος


**Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδικής - Εφηβικής Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Β΄ Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο «Αρεταίειο»**

Η Ενδομητρίωση εθεωρείτο ότι είναι μια νόσος που επηρεάζει κυρίως γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, αλλά σύμφωνα με μελέτες, η επίπτωση της νόσου σε έφηβες ασθενείς που υπόκεινται σε διαγνωστική λαπαροσκόπηση για την διερεύνηση της δευτεροπαθούς δυσμηνόρροιας και του χρόνιου πυελικού άλγους ποικίλλει, με ποσοστά από 19% έως 75%. Παράλληλα, μελέτες σε ενήλικες γυναίκες πάσχουσες από ενδομητρίωση καταδεικνύουν ότι το 66% αυτών αναφέρουν έναρξη των συμπτωμάτων πριν από την ηλικία των 20 ετών.

Η Ενδομητρίωση έχει συσχετισθεί με την ύπαρξη συγγενών ανωμαλιών αποφρακτικού τύπου (καταστάσεις που συχνότερα διαγιγνώσκονται στην εφηβεία), όπως η ατρησία του παρθενικού υμένα και η ύπαρξη πλήρους εγκαρσίου κοιλιακού διαφράγματος. Η θεωρία του Sampson της παλινδρομής ροής βιώσιμων τμημάτων ενδομητρίου διαμέσου των σαλπίνγγων κατά την διάρκεια της εμμήνου ρύσεως, προσφέρει επαρκή εξήγηση τόσο για την δημιουργία ενδομητρωσικών εστιών σε αυτές τις ασθενείς όσο και για την πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων μετά την χειρουργική αποκατάσταση της απόφραξης.

Στις έφηβες ο κυριότερος λόγος ανησυχίας για τον οποίον οδηγούνται στον γυναικολόγο είναι το άλγος (κυκλικό ή μη). Η βαρύτητα των συμπτωμάτων ποικίλλει και συνήθως αυξάνεται καθώς η νόσος εξελίσσεται. Το ιστορικό είναι δεούσης σημασίας κατά την αρχική εκτίμηση αυτών των ασθενών, ενώ θα πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή, στην πιθανή ύπαρξη συγγενών ανωμαλιών αποφρακτικού τύπου. Η διάγνωση τίθεται μόνο μετά από διαγνωστική λαπαροσκόπηση και λήψη βιοψιών.

Οι στόχοι της θεραπείας είναι η αντιμετώπιση του πόνου, η αναστολή της εξελικτικής πορείας της νόσου, η διατήρηση της γονιμότητας και η διατήρηση της μεγίστης δυνατής οστικής πυκνότητας. Στη φαρέτρα των φαρμακευτικών θεραπευτικών επιλογών περιλαμβάνονται: Τα Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα (ΜΣΑΦ), τα Αντισυλληπτικά Δισκία (ΑΔ), τα GnRH ανάλογα, η Οξεϊκή μεδροξυπρογεστερόνη, η νταναζόλη και η Διενογέστη, ενώ σε προχωρημένα στάδια ενδομητρίωσης είναι ενδεδειγμένη η χειρουργική αντιμετώπιση.



Συμπερασματικά, η ενδομητρίωση στην εφηβεία θα πρέπει να διαγιγνώσκεται όσο το δυνατόν συντομότερα, ώστε να αποφευχθούν οι οργανικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου. Η ψυχολογική υποστήριξη αυτών των εφήβων, ειδικότερα όταν πρόκειται για χρόνια προοδευτική νόσο, κρίνεται απολύτως απαραίτητη.

Βιβλιογραφία:

1. Deligeoroglou E., Endometriosis in adolescence, Chapter 17 in "New Developments in Endometriosis" textbook. Matalliotakis and Arici (eds.). 2011.
2. Reese KA, Reddy S, Rock JA. Endometriosis in an adolescent population: The Emory experience. J Pediatr Adolesc Gynecol 1996;9:125-128.
3. Laufer MR, Goitein L, Bush M, Cramer DW, Emans SJ. Prevalence of endometriosis in adolescent girls with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy. J Pediatr Adolesc Gynecol 1997;10:199-202.
4. Kontoravdis A, Hassan E, Hassiakos D, Botsis D, Kontoravdis N, Creatsas G. Laparoscopic evaluation and management of chronic pelvic pain during adolescence. Clin Exp Obstet Gynecol 1999;26:76-77.

ΠΡΩΙΜΗ ΗΒΗ - ΠΟΤΕ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Χαρμανδάρη Ευαγγελία

**Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»**

Η έναρξη της εφηβείας σηματοδοτεί την αρχή μιας πολύπλοκης διαδικασίας που οδηγεί στην ολοκλήρωση της ωρίμανσης του γεννητικού συστήματος. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει την ανάπτυξη των πρωτογενών και δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου και την απόκτηση της ικανότητας αναπαραγωγής.

Οι μεταβολές αυτές πραγματοποιούνται μετά από ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-γονάδων και την παραγωγή των στεροειδών ορμονών του φύλου από τις γονάδες.

Οι φυσιολογικές αλληλαγές που πραγματοποιούνται κατά την διάρκεια της εφηβείας ακολουθούν συγκεκριμένη αλληλουχία, αλλά η ηλικία έναρξης και η ταχύτητα των μεταβολών αυτών παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές από άτομο σε άτομο. Στην παρουσίαση αυτή γίνεται ανασκόπηση της αιτιολογίας, αξιολόγησης, διερεύνησης και αντιμετώπισης της πρώιμης ήβης.

ΕΜΒΟΛΙΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)

Θεοδωρίδου Μαρία

**Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»**

Σημαντική εξέλιξη στον τομέα της πρόληψης τα τελευταία χρόνια αποτέλεσε η Παρασκευή του εμβολίου κατά των ιών των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human papilloma virus, HPV).

Στη χώρα μας έχουν κυκλοφορήσει 2 εμβόλια, το διδύναμο (ορότυποι 16,18) που στοχεύουν στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και το τετραδύναμο που περιλαμβάνει εκτός των ορότυπων 16, 18 και τους ορότυπους 6 και 11, που είναι οι συχνότεροι ορότυποι για τη δημιουργία κονδυλωμάτων των έξω γεννητικών οργάνων.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι παρά την συνεχή ενημέρωση για τα οφέλη του εμβολιασμού και την ένταξη του εμβολίου στο εθνικό χρονοδιάγραμμα, η εμβολιαστική κάλυψη των εφήβων κοριτσιών δεν έχει ξεπεράσει το 20%. Ο κυριότερος τρόπος για την καταπολέμηση της παραπληροφόρησης είναι η συνεχής υπεύθυνη παρουσίαση των δεδομένων που αφορούν σε αυτά τα εμβόλια.

Το διδύναμο εμβόλιο έδειξε αποτελεσματικότητα 93% έναντι του σταδίου CIN3+, υψηλότερη από αυτή που αναμενόταν αν το εμβόλιο κάλυπτε μόνο τους HPV 16 και 18, έχει δείξει ότι επάγει μακροχρόνια ανοσολογική απάντηση για τουλάχιστον 8,5 χρόνια.

Το τετραδύναμο εμβόλιο έχει, σύμφωνα και με πρόσφατα στοιχεία 99% αποτελεσματικότητα για την πρόληψη των γεννητικών κονδυλωμάτων 98% προλαμβάνει τις προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου, CIN 2/3, ενώ είναι αποτελεσματικό στην πρόληψη του αδενοκαρκινώματος in situ (AIDS), σε προκαρκινικές αλλοιώσεις του αιδοίου του κόλπου, του ηρωκτού και του στοματοφάρυγγα.

Και από τα 2 εμβόλια έχουν χορηγηθεί με ασφάλεια παγκόσμια εκατομμύρια δόσεις.

Το εμβόλιο συστήνεται από την ηλικία των 12 ετών στα κορίτσια, μέχρι 45 ετών (διδύναμο) και 26 ετών το 4δύναμο. Πρόσφατα στην Αμερική εγκρίθηκε η χορήγησή του στα αγόρια.

Η αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης με τα εμβόλια HPV είναι επιβεβλημένη για την καταπολέμηση των κακοθειών του γεννητικού συστήματος και γι' αυτό απαιτείται η συστράτευση όλων των ειδικοτήτων της ιατρικής.



ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Αντωνοπούλου Ελένη

Διευθύντρια ΕΣΥ, Υπεύθυνη Μονάδας Αναπτυξιακής Παιδιατρικής,
Γ' Πανεπιστημιακή Κλινική, Νοσοκομείο «Αττικό»

Οι αναπτυξιακές διαταραχές εδράζονται στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο, μπορούν να εκδηλωθούν σε οποιαδήποτε φάση από τη σύλληψη μέχρι και τα 22 χρόνια, συχνά διαρκούν για όλη τη ζωή και οφείλονται σε ποικίλα αίτια, γενετικά και περιβαλλοντικά. Η συχνότητά τους κυμαίνεται σε ποσοστά 10-17%. Ο εγκέφαλος είναι το πιο ευέλικτο και ευάλωτο όργανο κατά τη γέννηση. Χαρακτηρίζεται από πλαστικότητα που του επιτρέπει να οργανώνεται σε ανταπόκριση στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα με αποτέλεσμα να μπορεί ακόμα και να αναπληρώσει λειτουργίες περιοχών που υπέστησαν βλάβη ή αντίθετα να υποστεί μόνιμες αλλοιώσεις αν εκτεθεί σε βαριά ψυχοκοινωνική στέρηση στα πρώτα χρόνια της ζωής. Υπάρχουν «χρονικά παράθυρα» που ο εγκέφαλος είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στην ανάπτυξη συγκεκριμένων λειτουργιών και δεξιοτήτων, οι κρίσιμες ή διδακτικές περίοδοι. Η υψηλή επικινδυνότητα του εγκεφάλου για την ανάπτυξη διαταραχών αλλά και η δυνατότητα έγκαιρης παρέμβασης επιβάλλουν την ανάγκη προσεκτικής παρακολούθησης της ανάπτυξης του παιδιού και αναγνώρισης των παραγόντων κινδύνου αλλά και των ευνοϊκών παραγόντων που την επηρεάζουν.

ΣΤΟΧΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ: Ο παιδίατρος είναι το κεντρικό πρόσωπο που βρίσκεται σε συνεχή επαφή με την οικογένεια κι έχει τη δυνατότητα να παρακολουθεί διαχρονικά το παιδί ακόμα και πριν τη γέννηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Καλείται να απαντήσει αν το παιδί αναπτύσσεται φυσιολογικά ή αν παρουσιάζει καθυστέρηση ή απόκλιση συνολικά ή σε κάποιους τομείς, σε τι οφείλεται στην περίπτωση που μπορεί να εντοπιστεί το αίτιο, να το παραπέμψει για λεπτομερή αναπτυξιακή εκτίμηση αν υπάρχουν ενδείξεις έτσι ώστε να οργανωθεί έγκαιρα η παρέμβαση και να δοθεί γενετική καθοδήγηση αν χρειάζεται. Παράλληλα εκπαιδεύει και διαπαιδαγωγεί τους γονείς και τους υποστηρίζει στο γονεϊκό τους ρόλο.

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ:

Δυστυχώς ο περιορισμένος χρόνος στο ιατρείο και η ελλιπής εκπαίδευση του παιδιάτρου σε θέματα ανάπτυξης και συμπεριφοράς συχνά οδηγούν στην παραμέληση αυτού του σημαντικού και καθοριστικού για την εξέλιξη του παιδιού τομέα. Η ασάφεια των ορίων ανάμεσα στο φυσιολογικό και το παθολογικό και οι παραλληλαγές στον ρυθμό και την πορεία της ανάπτυξης επιτείνουν τις δυσκολίες.

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ: Γίνεται περιοδικά στα πλαίσια της διαχρονικής παρακολούθησης του υγιούς παιδιού και στις ηλικίες που αναδύονται οι διάφορες δεξιότητες. Επίσης σε κάθε περίπτωση που εκφράζονται ανησυχίες από τους γονείς. Η αναπτυξιακή εξέταση δεν είναι διαγνωστική ούτε προγνωστική. Σκοπός της είναι η εκτίμηση του επιπέδου λειτουργίας του παιδιού σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή και η αναγνώριση της απόκλισης από το φυσιολογικό. Διεθνώς δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με τον ιδανικό τρόπο παρακολούθησης της ανάπτυξης. Οι οδηγίες διαφέρουν ανάλογα με το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης της κάθε χώρας. Γενικά προτείνεται η χρήση αναπτυξιακών χρονοδιαγραμμάτων και πληθώρας σταθμισμένων ανιχνευτικών εργαλείων που χρησιμοποιούνται σε «ηλικίες-κλειδιά».

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ: Στήριζεται στην προσεκτική αξιολόγηση των στοιχείων του ιστορικού, και του αναπτυξιακού, τη φυσική και νευρολογική εξέταση και την αναπτυξιακή αξιολόγηση σύμφωνα με τις οδηγίες της επιστημονικής κοινότητας σε κάθε χώρα. Γίνεται αναφορά στην ανάγκη προσεκτικής αξιολόγησης του κάθε τομέα της ανάπτυξης ξεχωριστά και στη διαφορετική βαρύτητα που έχει καθώς και στις ενδείξεις που επισημαίνουν τον κίνδυνο διαταραχής και απαιτούν παραπομπή.


ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

Ξαϊδάρα Αθηνά

Διευθύντρια Παιδιατρικής ΕΣΥ,
Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Η αναπτυξιακή καθυστέρηση αναφέρεται σε παιδιά μικρότερα των 5 χρόνων. Για τα μεγαλύτερα έχει καθιερωθεί ο όρος πνευματική καθυστέρηση. Είναι μια από τις λίγες κλινικά σημαντικές διαταραχές των οποίων η παθογένεια δεν είναι ακόμα επαρκώς κατανοητή. Η αναπτυξιακή καθυστέρηση ορίζεται από την Αμερικανική Εταιρία για την νοτική υστέρηση (American Assosiation on Mental Retardation-ΑΙΑΜΡ) ως «γενική νοτική λειτουργία σημαντικά κάτω του μέσου όρου, συνοδευόμενη από σημαντικούς περιορισμούς στις λειτουργίες προσαρμογής σε 2 τουλάχιστον από τις έξι επιδεξιότητες: επικοινωνία, αυτοεξυπηρέτηση, κοινωνικές δεξιότητες, προσανατολισμός, ακαδημαϊκές δεξιότητες, εργασία, ελεύθερος χρόνος, υγεία ή/και ασφάλεια.

Οι περιορισμοί αυτοί εμφανίζονται πριν την ηλικία των 18 χρόνων». Η αναπτυξιακή καθυστέρηση μπορεί να γίνει εμφανής ήδη από την νεογνική ή την πρώιμη παιδική ηλικία, συνήθως όμως διαγιγνώσκεται στα σχολικά χρόνια. Η συχνότητά της εκτιμάται σε ποσοστό 1% έως 3% του γενικού πληθυσμού και η διαφορά αυτή οφείλεται στον ορισμό που χρησιμοποιείται, τον υπό μελέτη πληθυσμό και τις μεθόδους εξακρίβωσης .



Η αναπτυξιακή καθυστέρηση είναι μια διαταραχή του σχηματισμού και της λειτουργίας του εγκεφάλου. Οφείλεται σε γενικές επιδράσεις, περιβαλλοντικές επιρροές ή σε συνδυασμό και των δύο. Με τις τρέχουσες εργαστηριακές δυνατότητες, το ποσοστό των παιδιών στα οποία διαγιγνώσκεται η αιτία της διαταραχής, κυμαίνεται σε 30% έως 50%. Δεν υπάρχει ομοφωνία για τον «πλανθασμένο» τρόπο της εργαστηριακής διερεύνησης. Κανένας αλγόριθμος, απλός ή πολύπλοκος, δεν κρίθηκε κατάλληλος για τον κάθε ασθενή ή την κάθε κατάσταση. Ο έλεγχος στηρίζεται στο ιστορικό και τα ευρήματα της αντικειμενικής εξέτασης. Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι δικαιολογείται η «κατάχρηση» του εργαστηριακού ελέγχου προκειμένου να διαγνωσθεί νόσημα για το οποίο υπάρχει θεραπευτική αντιμετώπιση. Στον εργαστηριακό έλεγχο περιλαμβάνεται ένας βασικός εργαστηριακός έλεγχος αποτελούμενος από την γενική αίματος, βιοχημικό έλεγχο, έλεγχο της οξεοβασικής ισορροπίας και της θυρεοειδικής λειτουργίας. Ακολουθεί ο νευροεπεικονιστικός έλεγχος, ο οποίος διενεργείται στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Στα παιδιά με φαινότυπο αντιστοιχούντα σε γνωστό σύνδρομο, γίνεται ο αντίστοιχος μοριακός έλεγχος. Στα παιδιά χωρίς δυσμορφία γίνεται καρυότυπος, έλεγχος του συνδρόμου εύθραστου X και μοριακός καρυότυπος (μικροσυστοιχίες γονιδιωματικού υβριδισμού (array-Comparative Genomic Hybridization, a - CGH).

Ο μεταβολικός έλεγχος γίνεται στοχευμένα σε παιδιά τα οποία έχουν κλινικοεργαστηριακά ευρήματα, ενδεικτικά μεταβολικού νοσήματος. Η νέα τεχνολογία, η εξέλιξη των διαγνωστικών μεθόδων και ο εμπλουτισμός των διαγνωστικών δυνατοτήτων με νέες εξετάσεις, συμβάλλουν στην παρακολούθηση και επανεκτίμηση των παιδιών, στα οποία δεν τίθεται διάγνωση επί αρκετά χρόνια.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΕΚΚΡΙΣΗΣ - ΕΝΟΥΡΗΣΗ-ΕΓΚΟΠΡΙΣΗ

Κλημεντοπούλου Αλεξάνδρα

**Παιδίατρος - Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ,
Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»**

Οι διαταραχές απέκκρισης είναι ιδιαίτερα ενοχλητικές και αποτελούν ταμπού για την κοινωνία, την οικογένεια και κατ'επέκταση και το παιδί. Η ενούρηση και ειδικότερα η πρωτοπαθής νυκτερινή ενούρηση, είναι καλοήθης οντότητα εξαιρετικής πρόγνωσης.

Ο παιδίατρος της κοινότητας οφείλει να ξέρει να την αναγνωρίζει. Ταυτόχρονα, δεν πρέπει να διαλάθουν πιο σοβαρές υποκείμενες παθολογικές καταστάσεις.

Η υποστήριξη και η θεραπευτική αντιμετώπιση πρώτης γραμμής της πρωτοπαθούς νυκτερινής ενούρησης, από τον παιδίατρο της κοινότητας, είναι στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων λίαν αποτελεσματική. Η εγκόπριση στα παιδιά, ως επί το πλείστον, οφείλεται σε λειτουργική δυσκοιλιότητα και κατακράτηση κοπράνων. Η προσεκτική προσέγγιση, διάγνωση και κατάλληλη αντιμετώπιση και μακροχρόνια παρακολούθηση επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, από τον παιδίατρο της κοινότητας. Η μεμονωμένη εγκόπριση χωρίς κατακράτηση κοπράνων, χρειάζεται άμεση παραπομπή σε επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Σε κάθε περίπτωση, ο ρόλος του γενικού παιδίατρο είναι πολύτιμος και αναντικατάστατος.

ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ

Μάγκλησρη Ελίζα

Εργοθεραπεύτρια, M.S., L/OTR, BCP,
Certified in Pediatrics by the American Occupational Therapy Association,
Sensory Inegration Specialist

Η θεωρία, έρευνα, αξιολόγηση και θεραπευτική παρέμβαση της Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης προήλθε από τη Dr. A. J. Ayres, μία πρωτοπόρο εργοθεραπεύτρια και εκπαιδευτική ψυχολόγο τη δεκαετία του 1950, στις ΗΠΑ. Η Dr. Ayres διατύπωσε αυτήν την προσέγγιση για άτομα με αναπτυξιακές και μαθησιακές δυσκολίες λαμβάνοντας υπόψη τη συμβολή νευρολογικών και συμπεριφορικών διεργασιών, μέσα από μακρόχρονη και λεπτομερή ανασκόπηση νευρολογίας, νευροφυσιολογίας, ψυχολογίας, θεωριών κινητικής μάθησης και ελέγχου (motor learning and control), εκπαίδευσης, και εργοεπιστήμης (occupational science). Υπήρξε η πρώτη εργοθεραπεύτρια που έθεσε τις βάσεις για εκτενή εμπειρική και συστηματική έρευνα, ανάπτυξη αξιολογικών εργαλείων και ανάπτυξης της θεραπευτικής προσέγγισης της αισθητηριακής ολοκλήρωσης που εφαρμόζεται σε χιλιάδες παιδιά και εφήβους σε όλον τον κόσμο.

Αισθητηριακή Ολοκλήρωση (Α.Ο.) είναι η εγγραφή, ρύθμιση, οργάνωση και μετάφραση αισθητηριακών πληροφοριών από το κεντρικό νευρικό σύστημα με στόχο την προσαρμοστική ανταπόκριση του ατόμου σε απαιτήσεις του περιβάλλοντος (Ayres, 1979, p. 72), όπως για παράδειγμα η ικανότητα για επιδέξια κίνηση, η προσοχή και η οργάνωση ή η μάθηση νέων ικανοτήτων. Η υπόθεση της Α.Ο. στηρίζεται στη συσχέτιση συμπεριφοράς και εγκεφάλου κυρίως της αισθητηριακής επεξεργασίας ή ολοκλήρωσης και στο ότι νευρολογικές διεργασίες στο επίπεδο του εγκεφαλικού στελέχους επιτρέπουν την ανάπτυξη και ειδίκευση ανώτερων νευρολογικών κέντρων (Fisher, Murray, & Bundy, 1991, p. 3). Η ίδια υπόθεση υποστηρίζει πως η αποδιοργανωμένη, ανώριμη ή ελλιπής νευρολογική επεξεργασία της αίσθησης προκαλεί προβλήματα σε αντίληψη, συμπεριφορά και επικοινωνία, μάθηση, λειτουργικές δεξιότητες και κίνηση (Πράξη).

Η Δυσλειτουργία Αισθητηριακής Ολοκλήρωσης ή Επεξεργασίας (ΔΑΕ) -όπως έχει προταθεί να ονομάζεται πλέον-περιλαμβάνει τρεις κύριες υποκατηγορίες: 1) Δυσλειτουργία Αισθητηριακής Ρύθμισης, 2) Δυσλειτουργία Αισθητηριακής Διάκρισης, και 3) Δυσλειτουργία Κίνησης με Αισθητηριακή Βάση. Το νέο αυτό σύστημα νοσολογίας έχει προκύψει μετά από 50 χρόνια έρευνας και έχει προταθεί για ένταξη στο νέο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-V).

Παιδιά με αναπτυξιακές δυσκολίες όπως αυτισμό, μαθησιακές δυσκολίες, διάσπαση προσοχής, κλπ. συχνά παρουσιάζουν συμπεριφορά ενδεικτική ανεπαρκούς αισθητηριακής επεξεργασίας όπως υπερ-ερεθιστικότητα σε απτικά ερεθίσματα, αδεξιότητα, δυσκολία συγκέντρωσης και οργάνωσης, συναισθηματική ανωριμότητα, δυσκολία στην εκμάθηση νέων δεξιοτήτων, φτωχή διαχείριση συμπεριφοράς ή δυσκολία στις μεταβάσεις τους από τη μία κατάσταση στην άλλη, μεταξύ άλλων. Οι ίδιες συμπεριφορές μπορεί να παρουσιαστούν και σε άλλες διαγνωστικές κατηγορίες όπως στη Νοητική Στένωση, Εγκεφαλική Παράλυση και πολλά σύνδρομα όπως το Εύθραυστο Χ, σύνδρομο Down, Tourette, Rett, Angelman, κ.α αλλά και σε τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά.

Η διαφορική διάγνωση στηρίζεται σε μία αρκετά μεγάλη ποικιλία δοκιμασιών οι περισσότερες από τις οποίες δεν είναι ακόμα σταθμισμένες στην Ελλάδα.

Τελευταίες έρευνες στις ΗΠΑ προτείνουν πως η συχνότητα παιδιών με ΔΑΕ μπορεί να φτάνει 1:6 (Ben-Sasson, Carter, Briggs - Gowen, 2009) ενώ το μοντέλο παρέμβασης της Α.Ο. χρησιμοποιείται σε παιδιά με αυτισμό από το 99% των παιδιατρικών εργοθεραπευτών (Schaaf, Roley, 2006).

Η θεραπευτική παρέμβαση της αισθητηριακής ολοκλήρωσης εφαρμόζεται παγκοσμίως από το 1970 σε μωρά, παιδιά, εφήβους, και ενήλικες και από τα τέλη του 1990 στην Ελλάδα. Βασίζεται στην αρχή πως η χρήση και η έκθεση σε ανάλογες προς το πρόβλημα αισθητηριακές εμπειρίες μέσω ενεργούς εμπλοκής σε σκόπιμες δραστηριότητες με όχημα το παιχνίδι και σε διαμορφωμένα περιβάλλοντα μπορούν να βελτιώσουν την αισθητηριακή ολοκλήρωση και επομένως την προσαρμοστική συμπεριφορά των παιδιών. Προσαρμοστική συμπεριφορά ορίζεται η ανάλογη προς τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος κινητική, αντιληπτική, επικοινωνιακή, συναισθηματική, επικοινωνιακή και μαθησιακή ανταπόκριση και ικανότητα. Η αξιολόγηση, η διαφορική διάγνωση, ο σχεδιασμός θεραπείας και η εφαρμογή της θεραπευτικής παρέμβασης απαιτεί δυνατή επιστημονική και κλινική κατάρτιση και εφαρμόζεται κυρίως από εκπαιδευμένους εργοθεραπευτές, αθλή και από φυσιοθεραπευτές και νευροψυχολόγους, μεταξύ άλλων. Στο εξωτερικό απαιτείται επίσης και μεταπτυχιακή ειδίκευση σε αυτήν τη μέθοδο. (Parham & Mailloux, 2005).

Η θεραπεία της Α.Ο. απαιτεί ειδικά εξοπλισμένους κλινικούς χώρους αλλά και σχεδιασμό έμμεσας παρέμβασης (αισθητηριακή διαίτα) για παράλληλη εφαρμογή σε σχολείο και σπίτι από μέλη της οικογένειας και της υπόλοιπης ομάδας του παιδιού. Η θεραπεία ενδείκνυται να αρχίζει από τη βρεφική ηλικία ή πρώτη παιδική ηλικία στα πλαίσια της πρώιμης παρέμβασης. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας της Α.Ο. αποτελεί το επίκεντρο συστηματικών ερευνών στις ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο κυρίως μετά το 2000 επιπλέον των. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών-παρόλο των θετικών μαρτυριών μεγάλου αριθμού γονέων- παραμένουν ακόμα αντικρουόμενα. Παρολαυτά ένας σημαντικός αριθμός μελετών παρουσιάζει θετικά σχόλια στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας σε μαθησιακές δυσκολίες, διάσπαση προσοχής, και σε παιδιά στο αυτιστικό φάσμα καθώς και στη βελτίωση αισθητικοκινητικών δεξιοτήτων, αυτοεκτίμησης και κοινωνικότητας. (May-Benson and colleagues, 2010, Fazlioglu and Baran 2008).

Πηγές: www.sinetwork.org
www.spdsupport.org/resources/links.shtml
www.bluewirecs.com

THE TEENAGE BRAIN

Greydanus Donald

**Professor of Pediatrics and Human Development
at Michigan State University College of Human Medicine, USA**

Adolescence is the critical process in which the individual leaves the dependency of childhood and enters a period in which dramatic changes occur, eventually resulting in what society calls adulthood. It is a complex developmental time involving sociological, psychological, and physiological issues that begins with puberty and ends sometime in the third decade of life with normal central nervous system (CNS) maturation. Research over the past few decades has begun to unravel the mysteries of this CNS maturation that determines how the adolescent survives in today's complex world. It is important that clinicians and researchers understand these principles that have evolved over the millions of years of animal and more recently, human development. Indeed, the future of our world lies in the hands of these youth and the quality of their teenage brain. Today's generation of young people is the largest in human history with over 1.2 billion youth in the world today.


Concepts of CNS development in this complex group, the adolescent, will be considered in this lecture. We know that brain cells consist of neurons and glia; the latter support, nourish, and clean the neurons. After the billions of central nervous system (CNS) cells are developed by late fetal life, CNS pruning and differentiation occurs in an aggressive fashion in the young child and young adolescent. Approximately three-fourths of the brain growth in weight occurs by age 2, while CNS maturation continues throughout childhood and adolescence; this includes axon myelination, a process increasing the efficiency and speed of nerve conduction. The ability of CNS cells to adapt to challenges is called plasticity; another process is the pruning or sculpting of these cells starting in late fetal life and accelerating in the young child and young adolescent. The excessive number of CNS cells that develop in fetal life is reduced by the process of apoptosis (programmed cell death) in which cells are destroyed; as the hormones of puberty are increasing, apoptosis accelerates, leading to massive death of neurons and the removal of half of the cortical synaptic connections. Problems in adolescent brain development lead to medical and mental health disorders complicating the lives of our adolescents and their adaption to life in the 21st century. Understanding the teenage brain and its development allows the clinician to understand classic principles of high risk behavior of youth that includes sexual activity, substance abuse, suicide, and other phenomena. Links of the prefrontal cortex to such behavior will be explored in this lecture.



ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΜΜΗΝΟΥ ΡΥΣΕΩΣ - ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Μπακοπούλου Φλώρα

Παιδιάτρος - Εφηβίατρος,
Επιστημονική Υπεύθυνη Ειδικού Κέντρου Εφηβικής Ιατρικής,
Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»



Η διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου καθορίζεται από τον ρυθμό και την ποιότητα της αύξησης και ανάπτυξης των ωοθυλακίων και είναι φυσιολογικό να παρουσιάζει διακυμάνσεις σε κάθε γυναίκα. Τυπικά την εμμηναρχή ακολουθεί μια περίοδος περίπου 5-7 ετών που χαρακτηρίζεται από σχετικά μακρείς κύκλους που σταδιακά μικραίνουν σε διάρκεια και γίνονται περισσότερο τακτικοί. Οι διακυμάνσεις του κύκλου αντικατοπτρίζουν διαφορές στη διάρκεια της ωοθυλακικής φάσης. Μέσα στα πρώτα χρόνια μετά την εμμηναρχή, η ωχρινική φάση γίνεται εξαιρετικά σταθερή (13-15 ημέρες) και παραμένει έτσι έως την εμμηνόπαυση. Παρά τις διακυμάνσεις, οι περισσότεροι φυσιολογικοί κύκλοι στις έφηβες κυμαίνονται μεταξύ 21 και 45 ημερών, ακόμα και κατά τον πρώτο γυναικολογικό χρόνο, αν και μπορεί να παρατηρηθούν και κύκλοι μικρότεροι των 21 ημερών (συχνομνόρροια) ή μεγαλύτεροι των 45 ημερών (αραιομνόρροια). Απουσία εμμήνου ρύσεως για 3 μήνες επιβάλλει τη διερεύνηση της έφηβης για δευτεροπαθή αμηνόρροια. Το Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών (ΣΠΩ) αποτελεί συχνό αίτιο διαταραχών εμμήνου ρύσεως και δευτεροπαθούς αμηνόρροιας και το συχνότερο αίτιο (90%) υπερανδρογονισμού στις έφηβες. Μετά την αρχική του περιγραφή το 1935, ο ορισμός του ΣΠΩ έχει υποστεί αρκετές αναθεωρήσεις. Ο ορισμός του NIH το 1990 προϋποθέτει την ταυτόχρονη παρουσία υπερανδρογονισμού (κλινικού και/ή βιοχημικού) και διαταραχών εμμήνου ρύσεως, επισημαίνοντας τη σπουδαιότητα του υπερανδρογονισμού στην αιτιολογία του συνδρόμου. Ο ορισμός κατά Rotterdam το 2003 απαιτεί την παρουσία μόνο 2 από τα ακόλουθα 3 κριτήρια: 1. υπερανδρογονισμό (κλινικό και/ή βιοχημικό) 2. ωοθυλακιορρηκτική δυσλειτουργία (ολιγο- και/ή ανωοθυλακιορρηξία) 3. υπερηχογραφική εικόνα πολυκυστικών ωοθηκών. Προσθέτοντας το υπερηχογραφικό κριτήριο των πολυκυστικών ωοθηκών, ο ορισμός του Rotterdam διέυρυνε τον φαινότυπο του ΣΠΩ και συμπεριέλαβε γυναίκες με ωοθυλακιορρηκτική δυσλειτουργία και πολυκυστικές ωοθήκες, αλλά χωρίς υπερανδρογονισμό καθώς επίσης και γυναίκες με υπερανδρογονισμό και πολυκυστικές ωοθήκες αλλά και με ωοθυλακιορρηξία. Πρόσφατα το 2009, η Androgen Excess and PCOS (AE-PCOS) Society (πρώην AES) επεσήμανε εκ νέου ότι το ΣΠΩ είναι πρωταρχικά υπερανδρογονική διαταραχή, και πρότεινε την αναθεώρηση του ορισμού σε υπερανδρογονισμό (δασυτριχισμό και/ή υπερανδρογοναιμία) και ωοθηκική δυσλειτουργία (ολιγο-ανωοθυλακιορρηξία και/ή πολυκυστικές ωοθήκες), συμπεριλαμβάνοντας έτσι τα Rotterdam υπερηχογραφικά κριτήρια αλλά προϋποθέτοντας υπερανδρογονισμό για τη διάγνωση. Όλα τα διαγνωστικά κριτήρια προϋποθέτουν τον αποκλεισμό άλλων διαταραχών με παρόμοια κλινική εικόνα όπως της μη κλασσικής μορφής της συγγενούς υπερηπλασίας των επινεφριδίων, του συνδρόμου Cushing, της υπερπρολακτιναιμίας, των διαταραχών του θυρεοειδούς και των ανδρογονοπαραγωγών όγκων των ωοθηκών και των επινεφριδίων. Καμία από τις παραπάνω ερευνητικές ομάδες

δεν έχει προτείνει διαφορετικά κριτήρια για τη διάγνωση του ΣΠΩ στον εφηβικό πληθυσμό παρόλο που στην εφηβεία, τα προαναφερθέντα κριτήρια ενέχουν διαγνωστικά προβλήματα λόγω αλληλεπικάλυψης των φυσιολογικών χαρακτηριστικών της εφηβείας με τα σημεία και συμπτώματα του ΣΠΩ. Ο αναφερόμενος επιπολασμός του ΣΠΩ με τα NIH κριτήρια είναι περίπου 8.5%, με τα Rotterdam κριτήρια 12% και με τα AE-PCOS κριτήρια 10%. Η παθογένεση του ΣΠΩ δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη. Παίζουν ρόλο κληρονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Κανείς αιτιολογικός παράγοντας από μόνος του δεν εξηγεί το πλήρες φάσμα διαταραχών του συνδρόμου. Το ΣΠΩ χαρακτηρίζεται από παθολογική και υπερβολική μετάβαση στην εφηβεία 4 βασικών φυσιολογικών διεργασιών: της αύξησης στην έκκριση της LH, στην παραγωγή ανδρογόνων από τις ωοθήκες και τα επινεφρίδια, στο δείκτη μάζας σώματος, καθώς και της υπερινσουλιναιμίας και αντίστασης στην ινσουλίνη. Το σύνδρομο έχει σχετιστεί με γενετικούς παράγοντες και προβλήματα στην εμβρυϊκή, βρεφική και παιδική ηλικία υποδηλώνοντας μια αναπτυξιακή πλευρά στην αιτιολογία του συνδρόμου. Τα πρώτα χρόνια της ζωής, η απότομη αύξηση βάρους στα κορίτσια που γεννιούνται μικρά για την ηλικία κύησης (SGA) και η παρατεταμένη παχυσαρκία στα κορίτσια τα μεγάλα για την ηλικία κύησης (LGA) επιταχύνουν την προεφηβική εμφάνιση του ΣΠΩ που χαρακτηρίζεται από σπλαγχνική παχυσαρκία και πρώιμη αδρεναρχή. Το σύνδρομο σχετίζεται επίσης με την ανάπτυξη μεταβολικού συνδρόμου, λιπώδους διήθησης του ήπατος, διαβήτη τύπου 2, άπνοιας στον ύπνο και με επηρεασμένη ποιότητα ζωής στην ενήλικη ζωή. Η αλλαγή του τρόπου ζωής με απώλεια βάρους μέσω της δίαιτας και της άσκησης αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για τις υπέρβαρες ή παχύσαρκες έφηβες με ΣΠΩ. Αναλόγως των συμπτωμάτων, η φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει αντισυλληπτικά δισκία, αντιανδρογόνα, μετφορμίνη ή συνδυασμένες θεραπείες με στόχο τη βέλτιστη κλινική ανταπόκριση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής της εφήβου.

ΥΠΟΘΑΛΑΜΙΚΗ ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Καθανταρίδου Σοφία

Μ-Γ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Μαιευτικής - Γυναικολογίας
με ειδίκευση στην Γυναικολογική Ενδοκρινολογία,
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Η λειτουργική υποθαλαμική αμηνόρροια χαρακτηρίζεται από απουσία εμμήνου ρύσεως λόγω καταστολής του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-ωοθήκες, χωρίς να υπάρχει ανατομική ή οργανική αιτία. Έφηβες με υποθαλαμική αμηνόρροια συνήθως παρουσιάζονται με ιστορικό αμηνόρροιας για χρονικό διάστημα > 6μήνου. Στην περίπτωση αυτή είναι χαμηλά τα επίπεδα των γοναδοτροφινών και των οιστρογόνων, γεγονός που υποδηλώνει ανεπαρκή διέγερση των ωοθηκών από τον υποθάλαμο και την υπόφυση. Οι πιο συχνές αιτίες είναι η καθυστέρηση της ήβης, η απώλεια βάρους, η νευρική ανορεξία και η αμηνόρροια από υπερβολική άσκηση. Η υποθαλαμική αμηνόρροια που παρατηρείται σε περιπτώσεις νευρογενούς ανορεξίας ή έντονης άσκησης (αθλητική τριάδα), ιδιαίτερα σε νεαρά κορίτσια τα οποία δεν έχουν αποκτήσει κορυφαία

οστική πυκνότητα, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Η μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D, σε συνδυασμό με την έλλειψη των ωσθηκικών στεροειδών οδηγούν σε σημαντική οστική απώλεια.

Ο έλεγχος της οστικής πυκνότητας των εφήβων με υποθαλαμική αμηνόρροια είναι απαραίτητος. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η ορμονική θεραπεία υποκατάστασης δεν αυξάνει την οστική πυκνότητα (η ορμονική θεραπεία διατηρεί σταθερή την οστική πυκνότητα). Σε έφηβες με υποθαλαμική αμηνόρροια θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στο ιστορικό σε θέματα διατροφικών συνθηκών και στρεσογόνων καταστάσεων. Η φυσική εξέταση θα πρέπει να αποκλείσει την πιθανότητα συστηματικού νοσήματος και η γυναικολογική εξέταση να εκτιμήσει την οιστρογονική δράση.

Ο εργαστηριακός έλεγχος, εκτός από τη μέτρηση της οστικής πυκνότητας, πρέπει να περιλαμβάνει προσδιορισμός της FSH, της TSH και της προλακτίνης. Κάποιες μικρές μελέτες σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας με υποθαλαμική αμηνόρροια έδειξαν ότι μπορεί να επανέλθει η ωσθηκική λειτουργία μετά από θεραπεία με λεπτίνη. Η χορήγηση της ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης, της DHEA, του αναβολικού παράγοντα IGF-1 και διφωσφορικών είναι υπό διερεύνηση.

ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Καναβάκης Εμμανουήλ

Καθηγητής Γενετικής - Διευθυντής Εργαστηρίου
Ιατρικής Γενετικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Ως πρωτοπαθής αμηνόρροια ορίζεται η απουσία εμμηνόρροιας μέχρι το 16ο έτος της ηλικίας παρουσία δευτερογενών χαρακτηρισμών του φύλου ή μέχρι το 14ο έτος όταν δεν υπάρχει εμφανής ανάπτυξη των δευτερογενών φυλετικών χαρακτηρισμών. Η έναρξη και διατήρηση φυσιολογικού εμμηνόρροιακού κύκλου εξαρτάται από την λειτουργική και ανατομική ακεραιότητα του υποθαλάμου, της οπίσθιας υπόφυσης, των ωσθηκών και της μήτρας. Συχνότερα αίτια αποτελούν η γονιδιακή δυσγενεσία (48,5%) η συγγενής έλλειψη των έσω γεννητικών οργάνων (CAUV -16,2%) η ανεπαρκής παραγωγή της GnRH (8,3%) και η ιδιοπαθής καθυστέρηση της ήβης (6%). Υπολογίζεται ότι στο 30% των περιπτώσεων συνυπάρχει γενετική διαταραχή όπως: διάφορα σύνδρομα (Prader Willi, Bardet Biedl, κτ) χρωμοσωμικές ανωμαλίες και μεταλλάξεις σε γονίδια που συμμετέχουν στην ανάπτυξη και μετανάστευση των GnRH νευρώνων, στη σύνθεση και την έκφραση της GnRH στην υπόφυση καθώς και μεταλλάξεις στον υποδοχέα των ανδρογόνων και την σύνθεση της κορτιζόλης στα επινεφρίδια. Τόσο στο επίπεδο της διάγνωσης όσο και της αντιμετώπισης της νόσου πολλές φορές παρουσιάζονται δυσκολίες που για την επίλυση τους απαιτείται η συνεργασία πολλών ειδικοτήτων όπως ενδοκρινολόγου, παιδοχειρουργού και κληνικού γενετιστή.

ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ: ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Παπανικολάου Κατερίνα

Λέκτορας Παιδοψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών
«Η Αγία Σοφία»

Η διαγνωστική εκτίμηση των Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών (ΔΑΔ) ή Διαταραχών του Φάσματος του Αυτισμού (ΔΦΑ), γίνεται από διεπιστημονική ομάδα και έχει σα στόχο τη διάγνωση, την αναζήτηση πιθανής υποκείμενης αιτίας, την αξιολόγηση των δυνατοτήτων του παιδιού, την αναζήτηση συνοσηρότητας, την εκτίμηση των αναγκών της οικογένειας. Είναι απαραίτητη η εκτεταμένη συνέντευξη με τους γονείς και η εξέταση και παρατήρηση του παιδιού κάτω από δομημένες αλλά και λιγότερο δομημένες συνθήκες. Για τη διαγνωστική αξιολόγηση των ΔΦΑ μπορούν να πραγματοποιηθούν ημιδομημένες συνεντεύξεις με τους φροντιστές όπως η Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) ή η Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO). Έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί κλίμακες όπως η Autism Rating Scale (CARS) και η Autism Behavior Checklist (ABC) ή η Social Responsiveness Scale (RSR). Επίσης για τη κλινική αξιολόγηση του εξεταζόμενου έχει αναπτυχθεί η Autism Diagnostic Observational Schedule (ADOS). Η πρώτη αναγνώριση του αυτισμού επιχειρείται με κλίμακες διαλογής (screening). Τέτοιες είναι η CHAT που συμπληρώνεται από τους γονείς και επαγγελματίες υγείας στους 18 μήνες ζωής ή M-CHAT για τους 18-24 μήνες. Στη CHAT, στην ηλικία των 18 μηνών, τη μεγαλύτερη προβλεπτική αξία για ανάπτυξη αυτισμού είχε η διαταραχή δύο συμπεριφορών από κοινού προσοχής (έλλειψη παρακολούθησης με το βλέμμα και έλλειψη υπόδειξης με το δείκτη για πρόκληση ενδιαφέροντος) μαζί με την απουσία απλού παιχνιδιού προσποίησης. Μελέτες βιντεοταινιών παιδιών που αργότερα δέχθηκαν τη διάγνωση της ΔΦΑ υποδεικνύουν ως πρώιμες εκδηλώσεις σε ηλικία 9-12 μηνών τη δυσκολία προσανατολισμού του παιδιού προς κοινωνικά ερεθίσματα, μειωμένα βαβίσματα, περιορισμένη κατανόηση λόγου, μειωμένες χειρονομίες για εκδήλωση κοινωνικού ενδιαφέροντος.



ΠΡΩΙΜΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Francis Κωνσταντίνος

Λέκτορας Παιδοψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Γ' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικό»

Τα τελευταία χρόνια καταγράφονται σημαντικές προσπάθειες για την ανίχνευση των Διαταραχών του Αυτιστικού Φάσματος σε όλο και πρωιμότερη ηλικία.

Η λογική αυτής της προσπάθειας είναι ότι η παρέμβαση σε ένα τέτοιο πρώιμο στάδιο μπορεί να αποτρέψει ή να βελτιώσει την ανάπτυξη αποκλινουσών διεργασιών που θα χαρακτηρίσουν αργότερα την κλινική εικόνα που θα επικρατήσει. Παράλληλα, και όσο η κατανόσή μας για τις ΔΑΦ διευρύνεται, νέες προσεγγίσεις για την παρέμβαση αναπτύσσονται. Γίνεται προσπάθεια μάλιστα να κωδικοποιηθούν τα στοιχεία εκείνα που θα πρέπει μια πρώιμη παρέμβαση να εμπεριέχει. Στην παρουσίαση θα αναφερθούν οι λόγοι και οι τρόποι αυτής της πρώιμης ανίχνευσης, οι γενικές αρχές και οι περισσότερο προτεινόμενοι τρόποι παρέμβασης, ενώ τέλος θα δοθεί και παράδειγμα ενός τρόπου παρέμβασης σε παιδιά κάτω των 2 ετών.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ

Γιουρούκου Έλενα

Παιδοψυχολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»

Δύο ειδών σχολικά πλαίσια πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης λειτουργούν στην χώρα μας: τα ειδικά σχολεία και τα τυπικά σχολεία. Η επιλογή εκπαιδευτικού πλαισίου για τα παιδιά με Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος εξαρτάται από την προσαρμοστική συμπεριφορά του παιδιού και το νοητικό του δυναμικό. Κάθε επιλογή εμφανίζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα ως προς τις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των παιδιών με ΔΑΦ.

Η επιλογή δεν είναι μονόδρομος και θα πρέπει να συνεκτιμούνται πέρα από τις δυνατότητες του παιδιού-οι διατιθέμενοι φορείς στην περιοχή κατοικίας του παιδιού καθώς και η επιθυμία και το κίνητρο των γονέων.

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ

Περβανίδου Νένη

**Λέκτορας Αναπτυξιακής & Συμπεριφορικής Παιδιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»**

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι η συχνότερη διαταραχή συμπεριφοράς στη σχολική ηλικία (5-10% των παιδιών) και εκδηλώνεται με συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικής συμπεριφοράς, που είναι ανάρμιστα για το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι σημαντικά σε αριθμό, συχνότητα και ένταση, να αφορούν τουλάχιστον δύο πλαίσια που είναι το σπίτι και το σχολικό περιβάλλον και να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του παιδιού. Ο Παιδίατρος είναι συχνά ο μόνος επαγγελματίας υγείας που έρχεται τακτικά σε επαφή με μικρά παιδιά και ο πρώτος αποδέκτης των ανησυχιών των γονέων για θέματα ανάπτυξης και συμπεριφοράς του παιδιού τους. Ο Παιδίατρος πρέπει να αναγνωρίζει τους βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ και να διαχωρίζει τα φυσιολογικά από τα ανάρμιστα για την ηλικία επίπεδα αυξημένης κινητικότητας και μικρού εύρους προσοχής στα πρώτα χρόνια της ζωής. Ως γιατρός της οικογένειας, μπορεί να οδηγήσει σε υψηλό ποσοστό στη διάγνωση της ΔΕΠΥ μέσα από τη συνέντευξη με τους γονείς, τη χορήγηση ανιχνευτικών εργαλείων και τη λήψη πληροφοριών από το σχολείο του παιδιού. Τα παιδιά που ανιχνεύονται ή διαγιγνώσκονται με ΔΕΠΥ από τον παιδίατρο συνίσταται να παραπέμπονται για περεταίρω αξιολόγηση από διεπιστημονική ομάδα, σε ειδικό διαγνωστικό κέντρο. Ο παιδίατρος σε συνεργασία με τους ειδικούς θεραπευτές μπορεί να οργανώσει και να καθοδηγήσει την οικογένεια στις κατάλληλες θεραπευτικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, τόσο σε ειδικό πλαίσιο, όσο και στο πλαίσιο του σχολείου και της κοινότητας.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ & ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΓΟΝΕΩΝ

Κόρνα Τερψιχόρη

**Παιδοψυχίατρος,
Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Υπεύθυνη Μονάδας Διαταραχών Προσοχής-Μάθησης,
Παιδοψυχιατρική Κλινική Νοσοκομείου Παιδών «Αγλαΐα Κυριακού»**

Η πρόοδος στην αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ έχει κυρίως εστιασθεί στην ψυχοφαρμακολογία σε σχέση με τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, όμως η έρευνα όλο και περισσότερο καταδεικνύει ότι η επίδραση παραγόντων του κοινωνικού περιβάλλοντος παίζει σημαντικότερο ρόλο στην έκφραση της ΔΕΠΥ και στην εκδήλωση της συννοσηρότητας από ότι τα γονίδια. Σημαντικό μέρος της αντιμετώπισης, εκτός από την ανακούφιση της πυρηνικής συμπτωματολογίας μέσω της φαρμακευτικής θεραπείας, αποτελεί η διαχείριση των επιπτώσεων της ως χρόνιας νευροαναπτυξιακής διαταραχής καθώς και η εύρεση

μεθόδων αντιστάθμισης των αναπτυξιακών ελλειμμάτων. Οι κύριες ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές προσεγγίσεις που υπόσχονται αποτελεσματικότητα στη διαχείριση της ΔΕΠΥ είναι η εκπαίδευση γονέων στην αποτελεσματική διαχείριση της συμπεριφοράς του παιδιού και η τροποποίηση συμπεριφοράς στα πλαίσια της σχολικής τάξης σε συνδυασμό με ειδικές ακαδημαϊκές παρεμβάσεις. Επιπλέον μπορεί να αποδειχθούν απαραίτητες σε πολλές περιπτώσεις, η θεραπεία οικογένειας για τη βελτίωση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και επικοινωνίας καθώς και η συμβουλευτική των γονέων με σκοπό την υποστήριξη του παιδιού στη διαχείριση του προγράμματος των ημερήσιων - σχολικών και μη - υποχρεώσεων του. Σημαντικό ρόλο στην οργάνωση του προγράμματος των συμπληρωματικών μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων και της ψυχοεκπαίδευσης των γονέων έχει η ενημέρωση των ειδικών στα θέματα πρόσπισης των δικαιωμάτων του παιδιού βάσει της κείμενης νομοθεσίας. Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα μακροχρόνιας αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ και των επιπτώσεών της συνήθως συμπεριλαμβάνει συνδυασμό ψυχοεκπαίδευσης στη συμπτωματολογία, φαρμακευτικής αντιμετώπισης, τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς και σχολικών παρεμβάσεων. Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικότερες όταν εφαρμόζονται από τις μικρές ηλικίες και χρειάζεται να διατηρούνται για αρκετό χρόνο για να συνεισφέρουν στη βελτίωση της πρόγνωσης της κάθε περίπτωσης.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ

Σκαλούμπακας Χρήστος

Ειδικός Παιδαγωγός, Μονάδα Διαταραχών Προσοχής-Μάθησης, Παιδοψυχιατρική Κλινική Νοσοκομείου Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού»

Οι εκπαιδευτικές στρατηγικές είναι μοντέλα διδασκαλίας που ακολουθούν προδιαγεγραμμένα βήματα ως προς τον τρόπο και το ρυθμό παρουσίασης του εκπαιδευτικού υλικού και μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη διδασκαλία των περισσότερων γνωστικών αντικείμενων. Τα τελευταία χρόνια έχει εκδηλωθεί ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον για τις στρατηγικές εκείνες που επιτρέπουν στους μαθητές να είναι πιο ενεργοί χειριστές της προσφερόμενης γνώσης, να κατανοούν πληροφορίες και να επιλύουν προβλήματα με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Το ενδιαφέρον αυτό έχει προκύψει από ερευνητικά ευρήματα που δείχνουν ότι οι μαθητές που δε γνωρίζουν τις στρατηγικές αυτές, ή δεν γνωρίζουν πώς να τις χρησιμοποιούν σωστά, μαθαίνουν παθητικά και αποτυγχάνουν ακαδημαϊκά. Η επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής αποτελεί βασικό πρόβλημα στη διδασκαλία, ιδιαίτερα στη διδασκαλία μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Συζητούνται μια σειρά από στρατηγικές που που χρησιμοποιούνται σε διαφορετικά γνωστικά αντικείμενα με μαθητές που παρουσιάζουν προφίλ με ιδιαίτερα γνωστικά χαρακτηριστικά, ή παρουσιάζουν μαθησιακές διαταραχές (Μαθησιακές Δυσκολίες, Αναπτυξιακή Διαταραχή Λόγου, ΔΕΠΥ). Προτείνονται συγκεκριμένες αρχές που θα πρέπει να διέπουν τα προγράμματα παρέμβασης ή αντιμετώπισης των δυσκολιών αυτών στα πλαίσια των παρεμβάσεων που γίνονται στην Μονάδα Διαταραχών Προσοχής, Υπερκινητικότητας & Μάθησης.

PSYCHOPHARMACOLOGICAL TREATMENT OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Καρακώστας Βελισσάριος

Associate Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, USA

Objective: Attention Deficit Hyperactivity disorder (ADHD) is a commonly diagnosed disorder in children and adolescents. If left untreated, it is associated with significant impairment in academic and social domains. The presentation will focus on the psychopharmacological treatment of patients with ADHD, including potential adverse effects, while briefly reviewing the diagnostic assessment process, and the importance of addressing co-morbid disorders.

Methods: The speaker will review psychopharmacological strategies for the treatment of children and adolescents with ADHD.



Conclusions: Participating pediatricians will become familiar with psychopharmacological treatment strategies, which they can use in everyday clinical practice, when referred a child or adolescent with suspected ADHD.

ADHD HELLAS: ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΔΕΠΥ

Αρώνη Σοφία

Παιδίατρος, τ. Διευθύντρια ΕΣΥ,
Πρόεδρος του Συλλόγου ADHD - Hellas

Η αντίληψη της κοινής γνώμης για τη ΔΕΠΥ, αν και είναι από τις πλέον μελετημένες διαταραχές, κυριαρχείται από μύθους και παρανοήσεις σχετικά με τη φύση της. Η παραπληροφόρηση συχνά οδηγεί σε στιγματισμό με επακόλουθο τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τη κακή σχολική επίδοση και ακαδημαϊκή εξέλιξη, τις περιορισμένες επαγγελματικές προοπτικές και τις φτωχές κοινωνικές σχέσεις. Λόγω αυτής της κατάστασης, η ΔΕΠΥ ήταν παγκοσμίως μια προσωπική-οικογενειακή υπόθεση με επιπτώσεις τόσο κοινωνικές όσο και συναισθηματικές. Από το 1975 και μετά, η ανάγκη, που έχουν τα άτομα αυτά και οι οικογένειές τους για στήριξη, τους οδηγεί στην ίδρυση των συλλόγων αλληλοβοήθειας. Τα τελευταία χρόνια τέθηκαν τα θεμέλια για την ίδρυση των ADHD Europe (Ένωση συλλόγων Ευρώπης) και ADHD Global Network (Παγκόσμια Ένωση). Οι στόχοι τους είναι κοινói: 1. Πολυεπίπεδη ενημέρωση και επικοινωνία, 2. Νομοθετικές ρυθμίσεις στους τομείς παιδείας, υγείας και έρευνας, 3. Βελτίωση στους τομείς διάγνωσης, αντιμετώπισης και παροχών, 4. Ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου και αναίρεση των προκαταλήψεων για τη ΔΕΠΥ. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο ιδρύθηκε τον Απρίλιο του 2009 το Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με ΔΕΠΥ, με την επωνυμία ADHD Hellas και σκοπό να συμβάλει με τη δράση του στους παραπάνω στόχους. Βασικός στόχος του



Σωματείου είναι η πρόσπιση των δικαιωμάτων των ανηλίκων και ενήλικων ατόμων με ΔΕΠΥ στον ελληνικό χώρο. Αυτό χρειάζεται διότι: 1. Εκτός από τον περιορισμένο κύκλο των ιατρών που ασχολούνται με τη ΔΕΠΥ η διαταραχή δεν αναγνωρίζεται στη χώρα μας. 2. Το σύστημα παιδείας και υγείας δε συμβαδίζει με την εξέλιξη της επιστήμης. 3. Υπάρχουν στερεότυπα και προκαταλήψεις. 4. Μπορεί το παιδί να τελειώσει το σχολείο μέχρι να γίνει η διάγνωση. 5. Δεν υπάρχει συνδυασμένη θεραπευτική υποστήριξη. 6. Δεν υπάρχει μια δυνατή ενιαία φωνή να τα ζητήσει. Το τελευταίο δεν είναι υπόθεση μεμονωμένων ομάδων και χρειάζεται τη συνεργασία ειδικών, γονέων, πασχόντων, εκπαιδευτικών και των ίδιων των παιδιών. Στην εισήγηση παρουσιάζονται οι κύριες δράσεις του Σωματείου κατά την τριετία από την ίδρυσή του.

Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ ΚΑΘΡΕΦΤΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Μπακούλα Χρύσα

Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων
«Αγλαΐα Κυριακού»

Εισαγωγή: Ο γονεϊκός ρόλος, μίγμα συμπεριφορών, προτύπων και πρακτικών, αναγνωρίζεται ως βασικός συντελεστής στη χαρακτηρισολογική διαμόρφωση των παιδιών. Πρόσφατα η διαχρονική αυτή πεποίθηση επικυρώνεται και με τις αρχές τις επιγενετικές.

Πληθυσμός και μέθοδος: Τα 10.000 περίπου παιδιά, που γεννήθηκαν σε όλη τη χώρα τον Απρίλιο του 1983, παρακολούθηθηκαν διαχρονικά στην ηλικία των 7 και 18 ετών με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Εκτός από τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία, ο τρόπος ζωής της οικογένειας και ανατροφής καθώς και η συμπεριφορά των παιδιών καταγράφηκαν ανά ηλικία. Στην ηλικία των 7 η ψυχική υγεία ελέγχθηκε με το ερωτηματολόγιο του Rutter, συμπληρωμένο από γονείς και δασκάλους και στην ηλικία των 18 με εκείνο του Achenbach.

Αποτελέσματα: Ισχυρή συσχέτιση διαπιστώθηκε μεταξύ της βαθμολογίας της κλίμακας Rutter και εκείνης του Achenbach, δηλαδή διαταραχές του συναισθήματος και της διαγωγής στα 7 χρόνια προοιωνίζονται εσωτερικευόμενα και εξωτερικευόμενα προβλήματα στην εφηβεία ($p < 0.01$). Συγκεκριμένα, το stress και η απογοήτευση των γονέων από τον τρόπο ζωής τους συνδέεται ισχυρά με άγχος, καταθλιπτική συμπεριφορά και επιθετικότητα στα 7χρονα παιδιά τους. Εξ' άλλου, η επιβολή σωματικής βίας για λόγους πειθαρχίας, η υπερπροσφορά υλικών αγαθών όπως αυτή εκφράζεται με την άμετρα ικανοποίηση των απαιτήσεων από τα παιδιά και η έλλειψη γονεϊκού ελέγχου, που ο έφηβος τη μεταφράζει σε αδιαφορία, συνδέονται σημαντικά με εκτροπή της συμπεριφοράς και του συναισθήματος στην εφηβεία.

Η χαμηλή εκπαίδευση των γονέων και κυρίως του πατέρα, η απουσία του συντρόφου και το stress για την επιβίωση της οικογένειας επιτείνουν το πρόβλημα των εφήβων, το οποίο δυστυχώς 8 στους 10 γονείς υποεκτιμούν.

Συμπεράσματα: Η ψυχοπαθολογία της εφηβείας έχει τις ρίζες της στην παιδική ηλικία και εκδηλώνεται κυρίως με άγχος, κατάθλιψη, επιθετικότητα και ψυχοσωματικές εκδηλώσεις. Η ψυχική υγεία των παιδιών αντανακλά την ψυχική διάθεση των γονέων τους.

ΑΝΑΦΥΛΑΞΙΑ: ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Χατζής Δημήτριος

Αλλεργιολόγος, Assistant Professor Columbia
University, NY, USA, Επισκέπτης Καθηγητής ΕΚΠΑ -

Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής,

Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Από όλες τις οξείες καταστάσεις, η πλέον επείγουσα είναι η αναφυλαξία και οφείλεται στην μαζική απελευθέρωση μεσολαβητών φλεγμονής και αγγειοκινητικών αμινών από τα σιτευτικά κύτταρα και τα βασεόφιλα. Η πλέον συχνή αιτιολογία της αναφυλαξίας είναι η τροφική αλλεργία και ακολουθούν, ως αίτια της, τα φάρμακα (συχνότερα τα β-λακταμικά αντιβιοτικά και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη), το λάστιχο και οι νυγμοί ή τα δήγματα εντόμων. Η σειρά εισαγωγής των τροφίμων διέπει και την, συχνότερη ανά ηλικία, αιτιολογία. Συνήθως ο μηχανισμός είναι η αλλεργία τύπου I κατά Gell και Coombs, μέσω, δηλαδή, παραγωγής ανοσοσφαιρίνης E (Immunoglobulin E, IgE), χωρίς να αποκλείονται και άλλοι μηχανισμοί, ανοσολογικοί ή μη. Η ποικιλόμορφη κλινική εικόνα (ειδικά όταν απουσιάζουν οι δερματικές εκδηλώσεις) και βαρύτητα της οδηγεί σε λανθασμένη είτε διάγνωση, είτε/και απόφαση να χορηγηθούν, μόνον, στεροειδή και αντιισταμινικά. Στις περιπτώσεις αυτές, ακόμα και, η καθυστερημένη χορήγηση αδρεναλίνης ευθύνεται για απώλειες ζωής. Η εφηβεία επειδή συνοδεύεται με ορισμένες ιδιαιτερότητες, ειδικά στην συμπεριφορά (ανεξαρτησία, επαναστατικότητα, και πειραματισμό, και επιπλέον πολύ συχνά από αίσθημα εντροπής) αποκτά ιδιαίτερη σημασία, τόσο για τον/την έφηβο όσο και για το οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και για τον γιατρό.

SELF-HARM AND SUICIDE IN ADOLESCENTS

Greydanus Donald

Professor of Pediatrics and Human Development
at Michigan State University College of Human Medicine, USA

Deliberate self-harm (DSH) is a common though often hidden condition in children and adolescents that may result in suicide. Deliberate self-harm (DSH) refers to an act of purposefully harming oneself physically that may or may not reflect a real suicidal intent. This lecture considers the prevalence, etiology, and management of self-harm in adolescents. The most common methods of DSH in youth are overdosing, self-cutting, and self-poisoning. Children typically utilize such methods as self-scratching or self-biting.

DSH in those with intellectual disability involves head banging, skin-picking, eye gouging, and other self-mutilation behavior. Also considered is the relationship of deliberate self harm in adolescents to body dissatisfaction and suicide. Risks of specific suicide in youth increase considerably in those expressing a strong intent of death, using a highly lethal method (such as a firearm), taking clandestine means to prevent detection, and/or having underlying, untreated psychiatric disorders. Even though most cases of DSH do not end in overt suicide, DSH reflects that potential underlying psychological pathophysiology, and likelihood of eventual death from self-murder cannot always be predicted or prevented. It is important to take all acts of DSH as serious, and critical to offer comprehensive management to prevent future acts of DSH and potential suicide.

Clinicians should collaborate with various members of the medical and mental health community to identify and manage adolescents involved in deliberate self harm activity. Further research is needed in this complex and potentially lethal phenomenon.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΤΟΝ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΟ ΕΓΚΕΦΑΛΟ

Χρούσος Γεώργιος

Καθηγητής - Διευθυντής Παιδιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Παιδιατρική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Ο ανθρώπινος εγκέφαλος έχει σχεδιαστεί να «πλάθεται» στην τελική του μορφή από την επίδραση της πρώιμης εμπειρίας, ιδιότητα που αναφέρεται ως πλαστικότητα. Οι έντονες ή χρόνιες στρεσογόνοι εμπειρίες κατά την παιδική και εφηβική ηλικία μπορεί να είναι καθοριστικές, λόγω των μόνιμων επιδράσεών τους στη δομή και λειτουργία του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου. Φυσιολογικά, υπάρχει γενετικά προγραμματισμένη υπερπαραγωγή συνάψεων και η τελική σχηματοποίηση των νευρικών κυκλωμάτων συμβαίνει με την ισχυροποίηση (consolidation) ή εξάλειψη (κλάδεμα ή pruning) κάποιων από αυτές. Έτσι, επιτυγχάνεται η εμφάνιση των επίκτητων ικανοτήτων κατά τα διάφορα στάδια της ανάπτυξης. Οι διακυμάνσεις των επιπέδων των κορτικοστεροειδών παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην έναρξη και τον τερματισμό αυτής της διαδικασίας.

Στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο, η έντονη και/ή χρόνια ενεργοποίηση του συστήματος στρες, δηλαδή του άξονα Υποθαλάμου-Υπόφυσης-Επινεφριδίων (ΥΥΕ) και του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος (ΣΝΣ) μπορεί να επηρεάσει τη μυελινοποίηση, τη νευρωνική μορφολογία, τη νευρογένεση και τη συναπτογένεση καθώς και τη σύνθεση μορίων και υποδοχέων, όπως το σύμπλεγμα γαμμα-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA)-βενζοδιαζεπίνης, με αποτέλεσμα την ελαττωμένη GABA-εργική αναστολή των αμυγδαλών του εγκέφαλου που προκαλεί αντίδραση φόβου/θυμού και άγχους στα ερεθίσματα. Το στρες επηρεάζει επίσης την ανάπτυξη «ευάλωτων» περιοχών που αναπτύσσονται αργά μεταγεννητικά και που έχουν ένα μεγάλο αριθμό υποδοχέων των γλυκοκορτικοειδών, όπως ο ιππόκαμπος και οι αμυγδαλές του εγκέφαλου, περιοχές που σχετίζονται με τη λειτουργία και τον έλεγχο του συστήματος στρες. Συμπερασματικά, το πρώιμο στρες, μέσω λειτουργικών και δομικών αλλαγών σε ευάλωτες εγκεφαλικές περιοχές και κυκλώματα, «προγραμματίζει» τον εγκέφαλο των θηλαστικών ώστε να αντιδρά με περισσότερο φόβο/θυμό και άγχος στα ερεθίσματα, κατάσταση που αποτελεί βιολογικό παράγοντα αυξημένου κινδύνου για αυξημένη ψυχική και σωματική νοσηρότητα.



ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Κανακά Χριστίνα

**Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας
Μεταβολισμού - Διαβήτη Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,**

Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Ως μεταβολικό σύνδρομο στον ενήλικα ορίζεται η συνύπαρξη κεντρικού τύπου παχυσαρκίας, αρτηριακής υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας και παθολογικής ανοχής γλυκόζης μέχρι και εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Το μεταβολικό σύνδρομο έχει υποκείμενο παθογενετικό μηχανισμό την αντίσταση στην ινσουλίνη. Η εμφάνιση του μεταβολικού συνδρόμου στον ενήλικα αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα. Τα τελευταία χρόνια έγινε σαφής η επίδραση όχι μόνο της παχυσαρκίας κατά την ενήλικη ζωή στην εμφάνιση του μεταβολικού συνδρόμου στον ενήλικα, αλλά κυρίως η επίδραση του ενδομητρίου περιβάλλοντος και της παιδικής παχυσαρκίας στην εκδήλωση του. Δεδομένου μάλιστα ότι η συχνότητα της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας αυξάνει συνεχώς είναι πλέον επιτακτική η ανάγκη αντιμετώπισης της. Τα αίτια της παιδικής Παχυσαρκίας είναι πολυπαραγοντικά. Κυρίως όμως γι' αυτήν ευθύνονται η καθιστική ζωή με τις πολλές ώρες τηλεθέασης και η αυξημένη πρόσληψη τροφής και μάλιστα ποιοτικά κακής τροφής, δηλαδή τροφής πλούσιας σε λίπη και υδατάνθρακες και φτωχής σε φυτικές ίνες. Σπάνια για την παιδική παχυσαρκία ευθύνονται ενδοκρινικά αίτια, όπως ο υποθυρεοειδισμός, ή η υπερκορτιζολαιμία, στα πλαίσια π.χ. συνδρόμου Cushing, ενώ ακόμη σπανιότερα αυτή απαντάται στα πλαίσια ενός γενετικού συνδρόμου με κύριο εκπρόσωπο το σύνδρομο Prader-Willi. Βεβαίως ο ρόλος του γενετικού υποστρώματος κάθε ατόμου στη εμφάνιση παχυσαρκίας είναι αδιαφιλονίκητος, οι περιβαλλοντικές όμως συνιστώσες είναι αυτές που τα τελευταία χρόνια οδήγησαν το φαινόμενο της παιδικής παχυσαρκίας σε επιδημικές διαστάσεις. Τέλος, ψυχολογικά αίτια, ανασφάλειες, δύσκολο οικογενειακό περιβάλλον, προστριβές, καταστάσεις στρες μπορούν να οδηγήσουν ένα παιδί σε υπερκατανάλωση θερμίδων και σαν συνέπεια σε παιδική παχυσαρκία. Από την άλλη πλευρά, η ίδια η παιδική παχυσαρκία είναι αίτιο ψυχολογικών



προβλημάτων και κοινωνικής απόσυρσης, κρατώντας το παιδί μακριά από ομαδικά παιχνίδια και δραστηριότητες, επιδεινώνοντας επιπλέον το πρόβλημα της ανεπαρκούς σωματικής άσκησης. Το ποσοστό εμφάνισης αντίστασης στην ινσουλίνη και μεταβολικού συνδρόμου από την παιδική και εφηβική ήδη ηλικία αυξάνεται αναλογικά με το βαθμό της παχυσαρκίας. Έτσι, ενώ σε γενικό παιδιατρικό πληθυσμό μικρά είναι τα ποσοστά εμφάνισης μεταβολικού συνδρόμου, σε βαρεία παχυσαρκία της παιδικής και εφηβικής ηλικίας το ποσοστό εμφάνισης μεταβολικού συνδρόμου αγγίζει έως και το 50% των εξετασθέντων παιδιών και εφήβων. Η πρόληψη εμφάνισης του μεταβολικού συνδρόμου θα πρέπει λοιπόν να εστιάσει τόσο στο ενδομήτριο περιβάλλον αλλά κυρίως στην αποφυγή της παιδικής παχυσαρκίας. Ως εκ τούτου, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί κατά την παιδική και εφηβική ηλικία στην εκστέρνιση υγιεινού τρόπου διατροφής και συστηματικής άσκησης ώστε να αποφευχθεί συσσώρευση σωματικού και κυρίως σπληχνικού λίπους και κατά συνέπεια να αποφευχθεί εμφάνιση αντίστασης στην ινσουλίνη, που θα οδηγήσει τελικά στις διαφόρους παραμέτρους του μεταβολικού συνδρόμου, δηλαδή αρτηριακή υπέρταση, υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων, χαμηλά επίπεδα HDL χοληστερόλης και διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης. Δεδομένου ότι η πρόληψη αποτελεί τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης, σεμινάρια ευαισθητοποίησης των γονέων, των εκπαιδευτικών, των φορέων υγείας και του ευρύτερου κοινού θα πρέπει να οργανωθούν με στόχο την ορθή ενημέρωση για τις βλαπτικές συνέπειες της παχυσαρκίας και της εμφάνισης του μεταβολικού συνδρόμου και τους προτεινόμενους τρόπους καταπολέμησης των προβλημάτων αυτών.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

Γιαννακούλια Μαρία

**Επίκουρη Καθηγήτρια Διατροφικής Συμπεριφοράς,
Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο**

Η διατροφική πρόσληψη ενός ατόμου περιγράφεται παραδοσιακά από τα θρεπτικά συστατικά που υπάρχουν μέσα σε τρόφιμα τα οποία καταναλώνει το άτομο.

Η διατροφική πρόσληψη είναι, όμως, μία σύνθετη διαδικασία η οποία οπαρτίζεται από πολλές επιμέρους συμπεριφορές οι οποίες σχετίζονται με τους συνδυασμούς των τροφίμων, την οργάνωση της κατανάλωσής τους σε διατροφικά επεισόδια, τις συνθήκες κάτω από τις οποίες λαμβάνουν χώρα τα διατροφικά επεισόδια και άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες που επιδρούν και επηρεάζουν την διαδικασία.

Η μελέτη τέτοιων διατροφικών συμπεριφορών στα παιδιά και τους εφήβους και η συσχέτιση τους με δείκτες υγείας αποτελεί αντικείμενο έρευνας τα τελευταία μόνο χρόνια. Η κατανάλωση οικογενειακού γεύματος, ο αργός ρυθμός κατανάλωσης τροφής, το να τρώει το παιδί καθιστό, σε κατάλληλο μέρος, με κατάλληλα σκεύη και όχι μπροστά στην τηλεόραση, είναι κάποιες από τις συμπεριφορές που έχουν αναγνωριστεί ως σημαντικές για ανάπτυξη και την υγεία. Για παράδειγμα, σε μεγάλη συγχρονική μελέτη που διενεργήσαμε στην περιοχή της Αττικής βρήκαμε ότι ένα πρότυπο του τρόπου ζωής που χαρακτηρίζεται από συχνή κατανάλωση βραδινού γεύματος και σπιτικά μαγειρεμένους φαγητού καθώς και από υψηλή κατανάλωση λιπαρικών σχετίζεται αρνητικά με δείκτες παχυσαρκίας και ινσουλινοαντίστασης. Το να αξιολογείται η διαίτα και σε επίπεδο συμπεριφορών προφέρει χρήσιμες πληροφορίες για τον επαγγελματία υγείας, αλλά και αποτελεί σημαντικό εργαλείο παρέμβασης.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΚΟΙΛΙΑΚΑ ΑΛΓΗ

Μπούζιος Ηλίας

Παιδίατρος

Το κοιλιακό άλγος αποτελεί ένα από τα συχνότερα συμπτώματα στην παιδική ηλικία και ένα σημαντικό ποσοστό οφείλεται σε λειτουργικά αίτια. Το χρόνιο κοιλιακό άλγος επηρεάζει τις καθημερινές σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες του παιδιού, οδηγεί σε συχνές επισκέψεις στον Παιδίατρο και σε πραγματοποίηση πολλαπλών εξετάσεων. Τα λειτουργικά κοιλιακά άλγη περιλαμβάνουν μία ομάδα νοσημάτων που χαρακτηρίζονται από χρόνιο κοιλιακό άλγος και στα οποία δεν μπορεί να διαπιστωθεί μία ανατομική, λοιμώδη, φλεγμονώδη ή βιοχημική αιτιολογία. Ο Arley πριν από 40 χρόνια καθόρισε για πρώτη φορά τα κριτήρια για τα «περιοδικά κοιλιακά άλγη». Νεότεροι ερευνητές το 2006 όρισαν τα κριτήρια της Ρώμης 3 και καθόρισαν την ομάδα των λειτουργικών διαταραχών που σχετίζονται με κοιλιακό άλγος και η οποία περιλαμβάνει τα εξής 5 νοσήματα (πίνακας 1):

- Λειτουργική Δυσπεψία
- Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου
- Κοιλιακή Ημικρανία
- Λειτουργικό κοιλιακό άλγος της παιδικής ηλικίας Σύνδρομο λειτουργικού κοιλιακού άλγους της παιδικής ηλικίας

Πίνακας 1 Λειτουργικές διαταραχές που σχετίζονται με κοιλιακά Άλγη

Λειτουργική Δυσπεψία: Πρέπει να ισχύουν όλα τα παρακάτω:

1. Επίμονο και υποτροπιάζων άλγος ή ενόχληση στην άνω κοιλία (πάνω από τον ομφαλό).
2. Μη ύφεση με την αφόδευση ή μη συσχέτιση με αλλαγή της συχνότητας και της σύστασης των κενώσεων (όπως π.χ. σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου).
3. Δεν υπάρχουν αποδείξεις παρουσίας φλεγμονώδους, ανατομικής, μεταβολικής, ή νεοπλασματικής διεργασίας που εξηγεί τα συμπτώματα του ατόμου. Τα κριτήρια πρέπει να πληρούνται για 1 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα για τουλάχιστον 2 μήνες πριν τη διάγνωση

Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου: Πρέπει να ισχύουν και τα δύο παρακάτω:

1. Ενόχληση** ή πόνος στην κοιλία που συνοδεύεται με
2 ή περισσότερα από τα παρακάτω για τουλάχιστον το 25% του χρόνου:
 - Βελτίωση με την αφόδευση
 - Έναρξη που συνοδεύεται με αλλαγή της συχνότητας των κενώσεων
 - Έναρξη που συνοδεύεται με αλλαγή της σύστασης των κενώσεων
2. Δεν υπάρχουν αποδείξεις παρουσίας φλεγμονώδους, ανατομικής, μεταβολικής, ή νεοπλασματικής διεργασίας που εξηγεί τα συμπτώματα του ατόμου. Τα κριτήρια πρέπει να πληρούνται για 1 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα και για τουλάχιστον 2 μήνες πριν τη διάγνωση

** "Ενόχληση" είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα που δεν περιγράφεται ως πόνος.

Κοιλιακή ημικρανία: Πρέπει να ισχύουν όλα τα παρακάτω:

1. Παροξυσμικά επεισόδια έντονου, οξέος περιομφαλικού άλγους που διαρκεί για 1 ώρα ή περισσότερο
 2. Παρεμβολή περιόδων φυσιολογικής υγείας που διαρκούν από εβδομάδες έως μήνες
 3. Το άλγος επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες
 4. Το άλγος συνοδεύεται από 2 από τα παρακάτω:
 - a. Ανορεξία, b. Ναυτία, c. Έμετος, d. Κεφαλαλγία, e. Φωτοφοβία, f. Ωχρότητα
 5. Δεν υπάρχουν αποδείξεις παρουσίας φλεγμονώδους, ανατομικής, μεταβολικής, ή νεοπλασματικής διεργασίας που να εξηγεί τα συμπτώματα του ατόμου
- * Τα κριτήρια πρέπει να πληρούνται 2 ή περισσότερες φορές στους τελευταίους 12 μήνες

Λειτουργικό Κοιλιακό Άλγος της Παιδικής Ηλικίας: Πρέπει να ισχύουν όλα τα παρακάτω:

1. Διαλείπον ή συνεχές κοιλιακό άλγος
 2. Ανεπαρκή κριτήρια για άλλες λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές
 3. Δεν υπάρχουν αποδείξεις παρουσίας φλεγμονώδους, ανατομικής, μεταβολικής, ή νεοπλασματικής διεργασίας που να εξηγεί τα συμπτώματα του ατόμου
- * Τα κριτήρια πρέπει να πληρούνται για 1 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα για τουλάχιστον 2 μήνες πριν τη διάγνωση

Σύνδρομο Λειτουργικού Κοιλιακού Άλγους της Παιδικής Ηλικίας: Πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια του λειτουργικού κοιλιακού άλγους και να ισχύει 1 από τα παρακάτω για τουλάχιστον 25% του χρόνου:

1. Μερική απώλεια καθημερινής δραστηριότητας
2. Επιπρόσθετα σωματικά συμπτώματα όπως κεφαλαλγία, άλγος των άκρων, ή δυσκοιλία στον ύπνο

* Τα κριτήρια πρέπει να πληρούνται για 1 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα για τουλάχιστον 2 μήνες πριν τη διάγνωση. Τα λειτουργικά κοιλιακά άλγη είναι πιο συχνά από τα οργανικά, αφορούν το 90% των πασχόντων παιδιών, και εκδηλώνονται σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας σε σύγκριση με τα οργανικά κοιλιακά άλγη. Η συχνότητα τους ανέρχεται σε 10%-15% και κορυφώνεται στις ηλικίες 4-6 ετών και 8-12 ετών. Είναι συχνότερα στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια ($\Theta/\text{Α}=1,5$). Ο ακριβής μηχανισμός του άλγους στα λειτουργικά κοιλιακά άλγη δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί. Σύμφωνα με τα νεότερα βιβλιογραφικά δεδομένα ενοχοποιούνται δυσλειτουργίες του εντερικού νευρικού συστήματος, το οποίο σε διάφορα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντολογικά ερεθίσματα παρουσιάζει αυξημένη ευαισθησία και διαταραχές στην κινητικότητα σε άτομα με γενετική προδιάθεση.

Στην διερεύνηση παιδιών με κοιλιακό άλγος ο αποκλεισμός των οργανικών αιτιών είναι πρωταρχικής σημασίας. Παιδιά που παρουσιάζουν κάποιο από τα συμπτώματα και τα σημεία ενδεικτικά οργανικής νόσου (Πίνακας 2) χρήζουν εξονυχιστικού ελέγχου. Στην αντίθετη περίπτωση, σε παιδιά με λειτουργικά κοιλιακά άλγη δεν θεωρείται απαραίτητος ο εργαστηριακός έλεγχος.

Πίνακας 2 Συμπτώματα και σημεία ενδεικτικά οργανικής νόσου:

Επίμονα συμπτώματα στο δεξί άνω και στα κάτω τεταρτημόρια της κοιλιακής χώρας

Δυσφαγία, οπισθοστερνικό άλγος

Μη νηλεημένη απώλεια βάρους >10%

Επαναλαμβανόμενοι έμετοι

Χρόνια διάρροια, κυρίως τις νυκτερινές ώρες

Απώλεια αίματος από το έντερο (Hb κοπράνων θετική)

Εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας

Αρθρίτιδα

Διαταραχές της ενοούρησης

Καθυστερημένη ανάπτυξηΚαθυστέρηση ενήβωσης

Διαταραχές της εμμήνου ρήσεως (δυσμηνόρροια, αμηνόρροια)

Νυκτερινή αφύπνιση εξαιτίας του άλγους

Οικογενειακό ιστορικό χρόνιας φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, κοιλιοκάκης, πεπτικού έλκους

Μη φυσιολογικά ευρήματα από την φυσική εξέταση, π.χ. ψηλαφητή μάζα, ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία

Η αντιμετώπιση των λειτουργικών αλγών ξεκινάει με την αποδοχή της ύπαρξης του κοιλιακού άλγους τόσο από τους γονείς όσο και από τον ιατρό. Ταυτόχρονα η καθυσύχασση και η διαβεβαίωση του παιδιού και της οικογένειας ότι δεν υπάρχει παθολογικό υπόβαθρο είναι το κλειδί για την καλύτερη αντιμετώπιση των λειτουργικών αλγών. Κύριος στόχος είναι η επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες μέσω από τη δημιουργία μηχανισμών αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων και του άλγους τόσο από το παιδί όσο και από την ίδια την οικογένεια και όχι η απόλυτη εξαφάνιση του άλγους.

Σε περιπτώσεις επίμονων συμπτωμάτων η εύρεση αποτελεσματικής θεραπείας είναι εξαιρετικά δύσκολη. Επιπλέον, υπάρχουν ελάχιστα επιστημονικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα φαρμακευτικών και διαιτητικών παρεμβάσεων. Μελέτες έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα με τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία σε παιδιά με χρόνια κοιλιακό άλγος.Όσον αφορά στην πρόγνωση μακροπρόθεσμες μελέτες αναφέρουν ότι το 50% των παιδιών με λειτουργικά κοιλιακά άλγη βιώνουν άλγος και στην ενήλικη ζωή. Άλλες μελέτες αναφέρουν την εκδήλωση ευερέθιστου εντέρου σε ποσοστό 25%.



ΣΩΜΑΤΟΔΥΣΜΟΡΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Τσαλαμανιός Εμμανουήλ

Παιδοψυχίατρος , Επιμελητής Α΄,
Ψυχιατρική Κλινική Παιδιών και Εφήβων, Ασκληπιείο Βούλας,
Επιστημονικός Συνεργάτης Ειδικού Κέντρου Εφηβικής Ιατρικής

Η σωματοδυσμορφική διαταραχή (bdd) είναι μια σχετική συχνή (1-2%) και εξαιρετικά σοβαρή πάθηση. Αφορά ιδιαίτερα τους εφήβους αφού έχει έναρξη στην μέση ή στην όψιμη εφηβεία. Συνδέεται με χαμηλή λειτουργικότητα που μπορεί να φθάνει στη διακοπή της σχολικής φοίτησης. Συνήθως υπο-αναφέρεται αλλιώς και υπο-αναγνωρίζεται από τους ειδικούς, ενώ γενικότερα υπο-εκτιμάται η σοβαρότητά της. Θα παρουσιαστούν τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής στους εφήβους και η θεραπευτική της αντιμετώπιση.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Τομαράς Βλάσος

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής,
«Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

Οι θεραπευτικές προσπάθειες στις διαταραχές πρόσληψης τροφής και κυρίως, στην ψυχογενή ανορεξία, εστιάζονται στις ψυχολογικές παρεμβάσεις, δεδομένου ότι οι φαρμακευτικές θεραπείες δεν έχουν επιτύχει σημαντικά αποτελέσματα. Η ατομική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει τις υποστηρικτικού και ψυχοεκπαιδευτικού τύπου παρεμβάσεις, την γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, τη διαπροσωπική, καθώς και την ψυχοδυναμική θεραπεία. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία φαίνεται να υπερτερεί της ατομικής, υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Η αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, που έχουν παραπάνω αναφερθεί, εκτίθεται επί τη βάση των διαθέσιμων συγκριτικών μελετών και μετα-αναλύσεων. Τέλος, παρουσιάζεται ο ρόλος των αντικαταθλιπτικών και αντιψυχωτικών φαρμάκων, καθώς και άλλων βιολογικών θεραπειών στην θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας.

Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών

Francis Κωνσταντίνος

Λέκτορας Παιδοψυχιατρικής
Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Γ' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο «Αττικό»

Greydanus Donald

Professor of Pediatrics and Human Development
at Michigan State University College of Human
Medicine, USA

Αντωνοπούλου Ελένη

Διευθύντρια ΕΣΥ,
Υπεύθυνη Μονάδας Αναπτυξιακής Παιδιατρικής,
Γ' Πανεπιστημιακή Κλινική, Νοσοκομείο «Αττικό»

Αρώνη Σοφία

Παιδίατρος, τ. Διευθύντρια ΕΣΥ,
Πρόεδρος του Συλλόγου ADHD - Hellas

Βελετζά Λουίζα

Παιδοψυχολόγος,
Επιστ. Συνεργάτης Α' Παιδιατρικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών
«Η Αγία Σοφία»

Γιαννακούλια Μαρία

Επίκουρη Καθηγήτρια Διατροφικής Συμπεριφοράς,
Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Γιουρούκος Σωτήριος

Παιδονευρολόγος,
Υφηγής Παιδιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Γιουρούκου Έλενα

Παιδοψυχολόγος,
Επιστ. Συνεργάτης Α' Παιδιατρικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών
«Η Αγία Σοφία»

Δεληγεώρογλου Ευθύμιος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδικής-Εφηβικής
Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Νοσοκομείο «Αρεταίειο»

Θεοδορίδου Μαρία

Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Καλανταρίδου Σοφία

Μ-Γ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Μαιευτικής -
Γυναικολογίας με ειδίκευση στην Γυναικολογική
Ενδοκρινολογία, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων

Καναβάκης Εμμανουήλ

Καθηγητής Γενετικής - Διευθυντής Εργαστηρίου
Ιατρικής Γενετικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Κανακά Χριστίνα

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής
Ενδοκρινολογίας-Μεταβολισμού-Διαβήτη Ιατρικής
Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Καρακώστας Βελήσάριος

Associate Professor of Child and Adolescent
Psychiatry, Cincinnati Children's Hospital Medical
Center, Cincinnati, USA

Καρδαράς Παναγιώτης

Αναπληρωτής Καθηγητής Αναπτυξιακής Παιδιατρικής,
Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ,
Γ' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου
Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Ιπποκράτειο

Κατάμης Αντώνιος

Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής,
Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Κατάμης Χρήστος

Ομότιμος Καθηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου
Αθηνών

Κλημεντοπούλου Αλεξάνδρα

Παιδίατρος - Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ,
Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Κολαΐτης Γεράσιμος

Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Κόρρα Τερψιχόρη

Παιδοψυχίατρος,
Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Υπεύθυνη Μονάδας Διαταραχών Προσοχής-Μάθησης, Παιδοψυχιατρική Κλινική Νοσοκομείου Παιδών «Αγλαΐα Κυριακού»

Κρεατσάς Γεώργιος

Καθηγητής Μαιευτικής- Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αρεταίειο»

Μάγκληρη Ελιζα

Εργοθεραπεύτρια, M.S., L/OTR, BCP, Certified in Pediatrics by the American Occupational Therapy Association, Sensory Integration Specialist

Μίχος Αθανάσιος

Λέκτορας Παιδιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Μπακοπούλου Φλώρα

Παιδίατρος - Εφηβίατρος,
Επιστημονική Υπεύθυνη Ειδικού Κέντρου Εφηβικής Ιατρικής, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Μπακούλα Χρύσα

Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Αγλαΐα Κυριακού»

Μπούζιος Ηλίας

Παιδίατρος

Ξαϊδάρα Αθηνά

Διευθύντρια Παιδιατρικής ΕΣΥ, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Παπαευαγγέλου Βασιλική

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Αγλαΐα Κυριακού»

Παπανικολάου Κατερίνα

Λέκτορας Παιδοψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Παπασωτηρίου Ιωάννης

PhD, Διευθυντής Εργαστηρίου Κλινικής Βιοχημείας Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Περβανίδου Νένη

Λέκτορας Αναπτυξιακής & Συμπεριφορικής Παιδιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Πετρίδου Ελένη

Καθηγήτρια Προληπτικής Ιατρικής & Επιδημιολογίας ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή

Ρώμα Ελευθερία

Καθηγήτρια Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Σκαλούμπακας Χρήστος

Ειδικός Παιδαγωγός, Μονάδα Διαταραχών Προσοχής-Μάθησης, Παιδοψυχιατρική Κλινική Νοσοκομείου Παιδών «Αγλαΐα Κυριακού»

Σπούλου Βασιλική

Λέκτορας Παιδιατρικής-Λοιμωξιολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Τομαράς Βλάσος

Σύμβουλος Α' Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών τ. Διευθυντής Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής Γ.Ν. Παιδών «Η Αγία Σοφία»



Τσαλαμανιός Εμμανουήλ

Παιδοψυχίατρος, Επιμελητής Α',
Ψυχιατρική Κλινική Παιδιών και Εφήβων,
Ασκληπιείο Βούλας, Επιστημονικός Συνεργάτης
Ειδικού Κέντρου Εφηβικής Ιατρικής

Τσινοπούλου-Γαλλή Ασημίνα

Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής
Ενδοκρινολογίας ΑΠΘ,
Δ' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,
Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»

Φρουσίρα Ελένη

Επίκουρη Καθηγήτρια Γενετικής Εργαστήριο Ιατρικής
Γενετικής Χωρέμειο Ερευνητικό Εργαστήριο
Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»

Χαρμανδάρη Ευαγγελία

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής
Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»

Χατζής Δημήτριος

Αλλεργιολόγος, Assistant Professor Columbia
University, NY, USA, Επισκέπτης Καθηγητής ΕΚΠΑ -
Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής,
Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»

Χρούσος Γεώργιος

Καθηγητής - Διευθυντής Α' Παιδιατρικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων
«Η Αγία Σοφία»

Ψαλτοπούλου Θεοδώρα

Λέκτορας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας,
Ιατρική Σχολή



Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΟΥ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Κ. Δ. Δημόπουλος, Β. Καρούντζος, Ε. Στεργιώτη, Φ. Μπακοπούλου, Ε. Δεληγεώρογλου, Γ. Κρεατσάς

Τμήμα Παιδικής-Εφηβικής Γυναικολογίας και Επανορθωτικής Χειρουργικής, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, «Αρεταίειον» Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών. Διευθυντής: Καθηγητής Γ.Κ. Κρεατσάς

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η σχέση μεταξύ του χαμηλότερου του φυσιολογικού Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και των διαταραχών εμμηνου ρύσεως κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

Υλικό-Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη των ιστορικών θηλέων εφήβων που προσήλθαν στο Τμήμα Παιδικής-Εφηβικής Γυναικολογίας & Επανορθωτικής Χειρουργικής, του Αρεταίειου Νοσοκομείου, μεταξύ 3/2004 και 3/2011, με διαταραχές της εμμηνου ρύσεως, εξαιρουμένης της πρωτοπαθούς αμηνόρροιας και με ΔΜΣ είτε εντός φυσιολογικών ορίων, είτε χαμηλότερο του φυσιολογικού. Σε όλες τις νεαρές ελήφθη ενδελεχές ιστορικό και πλήρης εργαστηριακός έλεγχος που περιελάμβανε μεταξύ άλλων ορμονολογικές μετρήσεις και υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων, ενώ ακολούθησε ενδελεχής παρακολούθηση για διάστημα τουλάχιστον δύο ετών.

Αποτελέσματα: Συνολικά ανασκοπήθηκαν 283 φάκελοι ασθενών. Οι νεαρές χωρίστηκαν σε δύο υποομάδες ανάλογα με το ΔΜΣ. Στην ομάδα Α συμπεριλήφθησαν 122 έφηβες με φυσιολογικό ΔΜΣ ενώ στην ομάδα Β 161 έφηβες με ΔΜΣ κατώτερο του φυσιολογικού. Οι παρατηρηθείσες διαταραχές εμμηνου ρύσεως με τις αντίστοιχες συχνότητες τους ήταν: Αραιομηνόρροια (Ομάδα Α:41%, Ομάδα Β:41,6%), Δευτεροπαθής αμηνόρροια, (Ομάδα Α: 16,4%, Ομάδα Β:19,25%), Συχνομηνόρροια, (Ομάδα Α:14,75%, Ομάδα Β:16,7%), Δυσλειτουργική Αιμορραγία της Μήτρας στην Εφηβεία (Λ.Α.Μ.Ε.) (Ομάδα Α:13,1%, Ομάδα Β:14,28%), Δυσμηνόρροια (Ομάδα Α:11,47%, Ομάδα Β:4,3%), και Μηνορραγία (Ομάδα Α:3,28%, Ομάδα Β:3,92).

Συμπεράσματα: Ανευρέθη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο υποομάδων όσον αφορά την αραιομηνόρροια, την δευτεροπαθή αμηνόρροια, την συχνομηνόρροια και την Λ.Α.Μ.Ε. Ο ΔΜΣ θα πρέπει να λαμβάνεται πάντοτε υπόψιν από τους Ιατρούς, τους Εξειδικευμένους στην Παιδική - Εφηβική Γυναικολογία και στην Εφηβιατρική κατά την εκτίμηση και αντιμετώπιση εφήβων με διαταραχές της εμμηνου ρύσεως, με τελικό στόχο να οριοθετηθούν τα φυσιολογικά όρια. Παράλληλα, πολλές φορές κρίνεται απαραίτητη η αντιμετώπιση αυτών των κοριτσιών από εξειδικευμένη διεπιστημονική ομάδα η οποία θα αποτελείται από Παιδογυναικολόγο, Ενδοκρινολόγο, Εφηβίατρο, Ψυχίατρο-Ψυχολόγο και Διατροφολόγο.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΥΝΝΟΣΗΡΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Ε. Αγγέλη¹, Φ. Λύτρα², Χ. Σκαλούμπακας¹, Τ. Κόρπα², Ν. Περβανίδου¹

¹ Μονάδα Αναπτυξιακής και Συμπεριφορικής Παιδιατρικής, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

² Μονάδα Διαταραχών Προσοχής, Υπερκινητικότητας και Μάθησης, Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Π.&Α. Κυριακού», Αθήνα

Εισαγωγή: Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι η πιο συχνή αναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής και εφηβικής ηλικίας καθώς αφορά στο 5-10% των παιδιών παγκοσμίως. Σε ποσοστό πάνω από 85%, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν τουλάχιστον μία ακόμη αναπτυξιακή, ψυχιατρική ή νευρολογική διαταραχή. Η ύπαρξη συννοσηρότητας επιβαρύνει την πρόγνωση της ΔΕΠ-Υ και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στο σχεδιασμό της θεραπευτικής προσέγγισης.

Σκοπός: Ο προσδιορισμός της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων συννοσηρών διαταραχών σε ελληνικό παιδιατρικό κλινικό πληθυσμό με ΔΕΠ-Υ και ο έλεγχος ύπαρξης σχέσης μεταξύ των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ και των συμπτωμάτων συννοσηρότητας.

Υλικό: Μελετήθηκαν 114 αγόρια και κορίτσια και από τους τρεις τύπους ΔΕΠ-Υ, ηλικίας 6-14 ετών που παρακολουθούνταν τα έτη 2009-2019 σε ειδικά ιατρεία δύο παιδιατρικών νοσοκομείων.

Μέθοδος: Συμπληρώθηκαν από τους γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, η Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ και το Ερωτηματολόγιο για γονείς CBCL 6-18 της Ελληνικής Έκδοσης του Συστήματος Achenbach. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που προέκυψαν, έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Αποτελέσματα: Το 26,3% των παιδιών τοποθετήθηκε στο κλινικό φάσμα των συναισθηματικών προβλημάτων, το 28,9% στο κλινικό φάσμα των προβλημάτων άγχους, το 23,7% στο κλινικό φάσμα των εναντιωματικών- προκλητικών προβλημάτων ενώ στο κλινικό φάσμα των προβλημάτων διαγωγής, βρέθηκε το 19,3%. Το 53,5% των παιδιών τοποθετήθηκε στο κλινικό φάσμα μίας τουλάχιστον συννοσηρής διαταραχής, ενώ το 33,4% τοποθετήθηκε στο κλινικό φάσμα δύο ή περισσότερων διαταραχών. Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Ωστόσο, ο συνδυαστικός τύπος φάνηκε ότι επικρατεί στα προβλήματα άγχους ($p=0,015$), εναντιωματικότητας ($p<0,001$), διαγωγής ($p<0,001$) καθώς και στην πολλαπλή συννοσηρότητα ($p<0,001$). Τέλος, θετική γραμμική συσχέτιση σημειώθηκε μεταξύ των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και των συμπτωμάτων εσωτερικευόμενων αλλά και εξωτερικευόμενων προβλημάτων ($p<0,001$).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με τη σχετική βιβλιογραφία. Η συννοσηρότητα στη ΔΕΠ-Υ είναι μείζον πρόβλημα, που επιβαρύνει περισσότερο τα παιδιά που παρουσιάζουν τον συνδυαστικό τύπο.

ΚΙΡΚΑΔΙΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΡΤΙΖΟΛΗΣ, ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

**Δ. Μπαστάκη¹, Π. Περβανίδου¹, Γ. Χουλιάρης¹, Κ. Παπανικολάου²,
Χ. Κανακά-Gantenbein¹, Γ. Χρούσος¹**

¹ Α' Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»

² Παιδοψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»

Εισαγωγή: Η παχυσαρκία σχετίζεται ισχυρά με τις διαταραχές άγχους και /ή την κατάθλιψη στα παιδιά, καταστάσεις οι οποίες πιθανώς επιβαρύνουν περαιτέρω το μεταβολικό και καρδιαγγειακό τους κίνδυνο. Η απορύθμιση του άξονα υποθάλαμος- υπόφυση- επινεφρίδια φαίνεται να παίζει ρόλο στην παθοφυσιολογία της εμφάνισης των διαταραχών άγχους, της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της παχυσαρκίας. Διαταραχή του φυσιολογικού κιρκάδιου ρυθμού έκκρισης της κορτιζόλης μπορεί να παρατηρηθεί σε παχύσαρκα παιδιά, με ή χωρίς ψυχολογική επιβάρυνση.

Σκοπός: της μελέτης είναι να εξετάσει το προφίλ της κορτιζόλης παχύσαρκων παιδιών με ή χωρίς συμπτωματολογία κατάθλιψης ή άγχους.

Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 128 παιδιά (53% κορίτσια, μέση ηλικίας +/- SD: 11.2 ± 2.2 έτη), που παρακολουθούνται στο ιατρείο Παιδικής Παχυσαρκίας της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η συμπτωματολογία άγχους και κατάθλιψης αξιολογήθηκε με τα ερωτηματολόγια State and Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) και Children's Depression Inventory (CDI). Ο κιρκάδιος ρυθμός έκκρισης της κορτιζόλης, αξιολογήθηκε με τη μέτρηση πρωινής κορτιζόλης ορού (8:00πμ), καθώς και 5 διαδοχικών μετρήσεων κορτιζόλης σιέλου(8:00, 12:00, 15:00, 18:00, 21:00).

Αποτελέσματα: Τα παχύσαρκα παιδιά βρέθηκε ότι είχαν 3,1/2,3 φορές υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα State και Trait του STAIC ερωτηματολογίου, αντίστοιχα, και 3,6 μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, σχετικά με παιδιά ίδιας ηλικίας και φύλου του γενικού πληθυσμού. Ισχυρά θετική συσχέτιση ($p=0.002$) βρέθηκε μεταξύ της κλίμακας Trait του STAIC ερωτηματολογίου και τις μεσημεριανής τιμής κορτιζόλης σιέλου (12:00). Συνολικά, τα επίπεδα κορτιζόλης σιέλου σε παιδιά με συμπτωματολογία άγχους ή κατάθλιψης, ήταν αυξημένα, τόσο σε σχέση με παχύσαρκα παιδιά χωρίς συμπτώματα ($p=0.02$), όσο και σε παιδιά με συνοσηρότητα συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης ($p=0.02$).

Συμπεράσματα: Σε παχύσαρκα παιδιά, η συμπτωματολογία άγχους ή/ και κατάθλιψης σχετίζεται με διαταραχές του κιρκάδιου ρυθμού της έκκρισης κορτιζόλης. Η συσχέτιση αυτή μπορεί να κρύβει κοινούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς οι οποίοι μπορεί να οδηγούν σε επιπλέον νοσηρότητα. Περισσότερες διαχρονικές μελέτες χρειάζονται προκειμένου να διευκρινιστεί ο ρόλος της κορτιζόλης στην σύνδεση της παχυσαρκίας με τις διαταραχές άγχους και την κατάθλιψη.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ: ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΕΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ

Π. Γερακοπούλου, Ι. Ματσούκας, Ε. Πετρίδου

Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Η ποιοτική προσέγγιση, ως εναλλακτική ή συμπληρωματική πρόταση της ποσοτικής ερευνητικής μεθοδολογίας, διαφοροποιείται στους στόχους και την προβληματική προτείνοντας μεθόδους συλλογής και ανάλυσης έγκυρων δεδομένων με πρωτότυπες δυνατότητες εφαρμογών στο πεδίο της εκπαίδευσης και επικοινωνίας της υγείας. Ειδικά όσον αφορά την κατανόηση της εφηβικής συμπεριφοράς, την ενημέρωση και εκπαίδευση του ειδικού κοινού εφήβων, γονέων και εξειδικευμένων επιστημόνων παρέχει εύελικτα εργαλεία κατανόησης και ανάλυσης, που επιτρέπουν να κατανοήσουμε πώς διαμορφώνονται οι απόψεις, συμπεριφορές, στάσεις και η ταυτότητα των νέων για ενσωμάτωση στο κοινωνικό γίνεσθαι και πώς μπορούμε να αξιοποιήσουμε την εις βάθος κατανόηση του τρόπου που οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τον κόσμο και τα ερεθίσματά του με στόχο την ακριβέστερη επικοινωνία της γνώσης την καλλιέργεια ορθολογικών συμπεριφορών που συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας και πρόληψη σωματικών κακώσεων. Στόχος της ανακοίνωσης είναι η ανάδειξη των δυνατοτήτων και της ευελιξίας της ποιοτικής μεθοδολογικής προσέγγισης στην ενδελεχή διερεύνηση στάσεων, αναπαραστάσεων, γνώσεων και συμπεριφορών του κοινού, ευρύτερου και ειδικού, σε θέματα προαγωγής της υγείας και ψυχοσωματικής ευεξίας, νέες ιατρικές ανακαλύψεις, τη σχέση με το σώμα και την πρόληψη ατυχημάτων. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του ενημερωτικού προγράμματος για την ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία (ΕΝΗΓΜΑ, www.enigma-program.gr) με στόχο την καταγραφή των απόψεων και στάσεων των παιδιών για τους εκτιμώμενους κινδύνους από την εκπομπή της ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας της κινητής τηλεφωνίας και ενδεχόμενες διαφοροποιήσεις σε σχέση με άλλα θέματα υγείας. Ειδικότερα, η ανακοίνωση παρουσιάζει πώς οι παιδίατροι επεξεργάζονται και αφομοιώνουν την επιστημονική γνώση γνωσιακά και ψυχοκοινωνικά, κατά πόσο οι αντιλήψεις τους βασίζονται σε ορθολογικά διαχειρίσιμη, επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση και ή/και γνωσιακά σχήματα και συναισθηματικές αγκυρώσεις που παραπέμπουν στο κοινωνιογνωστικό πλαίσιο του αλληλοϊκού επιστήμονα. Πώς επηρεάζεται η διαχείριση της νέας πληροφορίας, ποιος είναι ο ρόλος των παιδιών ως φορέων κοινωνικής επιρροής και αν υπάρχει συμβατότητα ανάμεσα στη γνώση, την αναπαραστάση και τις πρακτικές της καθημερινότητας. Τέλος, πώς διαμορφώνεται ο επικοινωνιακός ρόλος του παιδίατρο στην ενημέρωση γονέων/κοινού επί ηθικά και συναισθηματικά φορτισμένων δημοσιεύσεων της ιατρικής έρευνας και το ευρύτερο πλαίσιο προβληματισμού αναφορικά με επικοινωνιακές δυσκολίες διαχείρισης σημαντικών ιατρικών ευρημάτων σε σχέση με επιθυμίες, προσδοκίες, ηθικά διλήμματα και αμφιθυμικά συναισθήματα του κοινού.

Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΞΟΝΑ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ - ΥΠΟΦΥΣΗ-ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΕΠΥ

Π. Παπαδοπούλου¹, Τ. Κόρπα², Ε. Αλεξόπουλος¹, Χ. Δαρβίρη¹

¹ ΠΜΣ «Έλεγχος του στρες και προαγωγή της υγείας», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

² Μονάδα Διαταραχών Προσοχής, Υπερκινητικότητας και Μάθησης, Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. «Π. & Α. Κυριακού».

Εισαγωγή: Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) αποτελεί μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα διάσπασης προσοχής, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Η εν λόγω διαταραχή συνδέεται με σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να αυξήσει τον κίνδυνο έκθεσης των ασθενών αυτών σε συνθήκες χρόνιου στρες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συστηματική ανασκόπηση των ερευνών που έχουν πραγματοποιήσει το ζήτημα της λειτουργίας του άξονα Υποθάλαμος-Υπόφυση-Επινεφρίδια σε άτομα με ΔΕΠΥ.

Μεθοδολογία: Η συλλογή του υλικού πραγματοποιήθηκε στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed (www.pubmed.com) τη χρονική περίοδο της 26^{ης} Νοέμβρη - 27^{ης} Νοέμβρη 2011, ενώ συμπεριλήφθησαν άρθρα που είχαν δημοσιευτεί από το 1993 έως το 2011. Αξιοποιήθηκαν οι λέξεις-κλειδιά «HPA axis and ADHD», «cortisol and ADHD», «ACTH and ADHD», «CRH and ADHD», που απέδωσαν 87 άρθρα, εκ των οποίων 33 έγιναν αποδεκτά. Οι μελέτες ήταν όλες συγχρονικού τύπου και αξιολογούσαν, είτε τη φυσιολογική λειτουργία του άξονα Υποθάλαμος - Υπόφυση - Επινεφρίδια, είτε τη λειτουργία του μετά από ερέθισμα μέσα από μετρήσεις κατά κύριο λόγο κορτιζόλης και κάποιες φορές και αντιλαμβανόμενου στρες.

Αποτέλεσμα: Όλες οι μελέτες κατέδειξαν μια αποδιοργάνωση του νευροενδοκρινικού άξονα του στρες σε άτομα με ΔΕΠΥ. Επιπλέον, τα αποτελέσματα των μελετών ήταν ανομοιογενή. Πιο συγκεκριμένα, άλλες μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν αυξημένη κορτιζόλη υπό στρες, άλλες χαμηλότερη κορτιζόλη, ενώ άλλοι ερευνητές παρατήρησαν φυσιολογικό κερκάρδιο ρυθμό σε υπερκινητικά παιδιά. Διατυπώθηκε, δε, η άποψη ότι η καταστολή του άξονα σχετίζεται με την παρορμητικότητα και την υπερκινητικότητα των ασθενών αυτών. Ακόμη, υψηλότερη κορτιζόλη ως απάντηση σε έναν ψυχοκοινωνικό στρεσογόνο παράγοντα διαφαίνεται ότι εμφανίζουν ασθενείς με προεξάρχον σύμπτωμα τη διάσπαση προσοχής. Τέλος, η συννοσηρότητα της ΔΕΠΥ με εναντιωτική-προκλητική διαταραχή πιθανολογείται ότι σχετίζεται με την υποδραστικότητα του ΥΥΕ άξονα.

Συμπεράσματα: Η συστηματική ανασκόπηση των μελετών που επιλέχθηκαν κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν κάποιες αποκλίσεις από τη φυσιολογική λειτουργία του άξονα Υποθάλαμος-Υπόφυση-Επινεφρίδια. Εντούτοις, μια βασική αδυναμία των μελετών είναι το περιορισμένο τους δείγμα, ένα στοιχείο που καθιστά αμφίβολη τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Μελλοντικές μελέτες θα ήταν σκόπιμο να κατευθυνθούν στην αξιοποίηση μεγαλύτερων δειγμάτων και την αποσαφήνιση των υποτύπων της ΔΕΠΥ στη δυσλειτουργία του άξονα.

ΤΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΕΡΕΥΝΑ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Χ. Χουσιάδα, Κ. Κουρούσιος, Ε. Φωτεινάκη, Α. Θεοδωρόπουλος, Κ. Ρόκκας, Μ. Μόσχα, Α. Ασκητής

·Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας

Το Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας διεξήγαγε έρευνα μελετώντας τα ερωτήματα και τις ανησυχίες που φέρουν οι γονείς στη Συμβουλευτική Γραμμή Σεξουαλικής Υγείας, καθώς τα παιδιά τους διανύουν την ήβη, τη μέση περίοδο και το κλείσιμο της εφηβείας τους-ηλικιακό φάσμα 11-19 ετών. Τα ερευνητικά δεδομένα προκύπτουν από δείγμα 845 γονέων, οι οποίοι κάλεσαν στη Γραμμή κατά τη χρονική περίοδο 2006-2011. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, τα αιτήματα των γονέων διαφοροποιούνται και διαμορφώνονται ανάλογα με το ηλικιακό στάδιο, στο οποίο βρίσκεται το έφηβο παιδί τους. Συγκεκριμένα, προκύπτει πως καθώς τα παιδιά τους μπαίνουν στην εφηβεία (11-13 ετών), το θέμα που απασχολεί την πλειοψηφία των γονέων είναι η σεξουαλική αγωγή, ενώ κατά την κεντρική εφηβεία (14-16 ετών) διαπιστώνουμε πως οι γονείς στο μεγαλύτερο ποσοστό τους προβληματίζονται και ρωτούν για την πρώτη φορά των έφηβων παιδιών τους, ζώντας με την προσδοκία της έναρξης της σεξουαλικής ζωής των εφήβων, το φόβο των αφροδισίων νοσημάτων αλλά και το ενδεχόμενο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Αναφορικά με το κλείσιμο της εφηβείας (17-19 ετών) οι γονείς παρουσιάζονται να φέρουν ως κυρίαρχο αίτημά τους τη διαπροσωπική τους σχέση με τα παιδιά τους, αναζητώντας τρόπους να διαχειριστούν τις συγκρούσεις, ενώ σε μεγάλο ποσοστό αναζητούν την έγκυρη και επιστημονική γνώση των ειδικών της Συμβουλευτικής Γραμμής αναφορικά με θέματα σεξουαλικού προσανατολισμού. Διερευνώντας το φύλο των γονέων που κάλεσαν στη Συμβουλευτική Γραμμή Σεξουαλικής Υγείας παρατηρούμε πως σε αισθητά μεγαλύτερο ποσοστό (63%) καλούν οι μητέρες των έφηβων παιδιών, ενώ ακολουθούν οι πατέρες σε ποσοστό της τάξης του 37%. Πιο συγκεκριμένα, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους οι μητέρες καλούν για ζητήματα που αφορούν τον έφηβο γιό τους (38%) ενώ ακολουθούν οι μητέρες που καλούν για θέματα που αφορούν την έφηβη κόρη τους (35%). Οι πατέρες που καλούν για τον έφηβο γιό τους ανέρχονται στο 22% ενώ σπανιότερα θα δεχθούμε κλήσεις από πατέρες που αναζητούν απαντήσεις σε ερωτήματα σχετικά με την έφηβη κόρη τους (5%).

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΜΑΓΩΝ ΣΤΟ ΒΑΡΟΣ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Π. Καΐσαρη¹, Ε. Μιχαλάκη¹, Ε. Μαγκλής¹, Κ. Παπανικολάου²,
Π. Περβανίδου³, Γ. Χρούσος², Μ. Γιαννακούλια¹

¹ Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

² Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

³ Ιατρείο Παιδικής Παχυσαρκίας, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Εισαγωγή-Σκοπός: Τα αποτελέσματα αναφορικά με την μακροχρόνια αποδοτικότητα των υπάρχοντων προγραμμάτων που στοχεύουν στη διαχείριση του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας στα παιδιά μοιάζουν μάλλον απογοητευτικά. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση της διατήρησης της απώλειας βάρους υπέρβαρων/παχύσαρκων παιδιών που συμμετείχαν σε ένα εμπειριστατωμένο πρόγραμμα απώλειας βάρους, ένα χρόνο μετά την έναρξή του.

Μεθοδολογία: Το δείγμα αποτέλεσαν υπέρβαρα/παχύσαρκα παιδιά, ηλικίας 7-12 ετών, του εξωτερικού ιατρείου Παιδικής Παχυσαρκίας της Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία». Παρουσιάζονται δεδομένα από την ενός έτους παρακολούθηση 10 παιδιών: τα 7 από αυτά έλαβαν τη «συμβατική παρακολούθηση» μετά το πέρας του 3μηνου προγράμματος απώλειας βάρους, και τα υπόλοιπα 3 συμμετείχαν στο πιλοτικό πρόγραμμα «εντατικής παρακολούθησης». Η κύρια παράμετρος έκβασης ήταν το ποσοστό του υπέρβαρου.

Αποτελέσματα: Τα παιδιά μείωσαν το ποσοστό του υπέρβαρου μετά τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα απώλειας βάρους (από $38,7 \pm 8,1\%$ σε $35,9 \pm 9,5\%$, $p=0,06$). Για όσα από αυτά συμμετείχαν στην ομάδα «συμβατικής παρακολούθησης», στον ένα χρόνο, τα μέσα επίπεδα υπέρβαρου δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά από τα αντίστοιχα στους 3 μήνες (από $35,9 \pm 9,5\%$ σε $37,6 \pm 6,9\%$, $p=0,866$). Όσον αφορά στα παιδιά της ομάδας «εντατικής παρακολούθησης», 2 από τα 3 παιδιά όχι μόνο πέτυχαν να διατηρήσουν τη μείωση του ποσοστού του υπέρβαρου που είχε επιτευχθεί, αλλά σημείωσαν και περαιτέρω μείωση.

Συμπεράσματα: Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα από το πιλοτικό πρόγραμμα «εντατικής παρακολούθησης» που αναπτύχθηκε είναι σχετικά θετικά αλλά πολύ περιορισμένα. Αναμένεται η διεξαγωγή μελετών με μεγαλύτερα δείγματα υπέρβαρων/παχύσαρκων παιδιών.

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΝΑΝΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΑΤΡΙΚΗ

Π. Καναβίδης, Θ. Μιχελάκος

Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων, Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Η έννοια της «Νανοτεχνολογίας» εισήχθη 1959 και ασχολείται με σωματίδια μεγέθους 1-100 nm. Πιο συγκεκριμένα, η Νανοϊατρική αποτελεί ένα ταχύτατα αναπτυσσόμενο πεδίο, με τις επενδύσεις το 2011 να ξεπερνούν τα \$20 δις. Στόχος της μελέτης είναι να συνοψίσει τις εφαρμογές της νανοτεχνολογίας στην ιατρική.

Μέθοδοι & Υλικό: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση στη διεθνή βιβλιογραφία μέσω της PubMed με τους όρους: adolescent* OR child* AND (nanotechnology OR nanomedicine OR nanopediatric OR nanoparticles OR nano-biosensor OR nano-devices).

Αποτελέσματα: Η νανοτεχνολογία χρησιμοποιείται για την πρόληψη και θεραπεία της παχυσαρκίας, μιας συχνή νοσολογική κατάσταση σήμερα σε παιδιά και εφήβους μέσω της δημιουργίας τροφών με συγκεκριμένες αναλογίες διατροφικών παραγόντων. Επιπρόσθετα, νανοσωμάτια χρυσού συνδυασμένα με αλνενδρονάτη βρίσκουν εφαρμογή στην αναστολή της δράσης των οστεοκλαστών για τη θεραπεία της νόσου Legg-Calvé-Perthes, ενώ νανομεμβράνες σεληνίου επικαλύπτουν αναπνευστήρες για την πρόληψη του αποικισμού τους από βακτήρια και κατ' επέκταση της πνευμονίας σχετιζόμενης με τον αναπνευστήρα (VAP). Με τη χρήση νανοβιοαισθητήρων και νανοκρυστάλλινων quantum dots μπορούμε να ανιχνεύουμε ταχέως πολύ μικρούς αριθμούς μικροοργανισμών και καρκινικά κύτταρα αντίστοιχα. Τέλος, με τα νανοσωματιδιακά DNA εμβόλια μπορούμε να προστατεύσουμε τους εφήβους από την ελονοσία αλλά και από αλληργικές αντιδράσεις, ενώ με τα νανοπεριβλήματα είναι δυνατή η αύξηση της βιοδιαθεσιμότητας και της δραστηριότητας πολλών φαρμάκων.

Συμπεράσματα: Οι εφαρμογές της νανοτεχνολογίας είναι αλματωδώς αυξανόμενες, καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα της προληπτικής ιατρικής καθώς και της σύγχρονης διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέλασης του ασθενούς, ενώ απευθύνονται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες με ειδικές χρήσεις σε παιδιά και νέους.

Βιβλιογραφία:

1. Eldaw A. Nanotechnology in elevation of the worldwide impact of obesity and obesity-related diseases: potential roles in human health and disease. J Diabetes
2. Sci Technol. 2011 Jul 1;5(4):1005-8. Machado MC. Nanotechnology: pediatric applications. Pediatr Res. 2010 May;67(5):500-4.
3. Federman N, Denny CT. Targeting liposomes toward novel pediatric anticancer therapeutics. Pediatr Res. 2010 May;67(5):514-9.
4. Chew JL, et al. Chitosan nanoparticles containing plasmid DNA encoding house dust mite allergen, Der p 1 for oral vaccination in mice. Vaccine. 2003 Jun 20;21(21-22):2720-9.

ΥΨΗΛΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ (Δ.Ε.Π) ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Α. Γκουρογιάννη, Ν. Περβανίδου, Χ. Κανακά-Gentzenbein, Γ. Χρούσος

Μονάδα Αναπτυξιακής & Συμπεριφορικής Παιδιατρικής - Ιατρείο Παιδικής Παχυσαρκίας, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Εισαγωγή: από πρόσφατες μελέτες προκύπτει πως υπάρχουν υψηλά ποσοστά συνοσηρότητας μεταξύ παχυσαρκίας και Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) σε παιδιά και ενήλικες, πράγμα που υποδεικνύει κοινά πρότυπα συμπεριφοράς και παθοφυσιολογίας σ' αυτό το υποσύνολο παχύσαρκων ασθενών. Πράγματι, η παρορμητική συμπεριφορά που σχετίζεται με την πρόσληψη τροφής καθώς και τα ελλείμματα στο σύστημα ανταμοιβής του ντοπαμινεργικού κέντρου μπορούν να εξηγήσουν τα υψηλά επίπεδα συνοσηρότητας μεταξύ αυτών των δύο διαταραχών. Σκοπός της έρευνας.

Σκοπός της έρευνας: είναι η μελέτη της συχνότητας εμφάνισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά που παρακολουθούνται στο ιατρείο παχυσαρκίας του τμήματός μας. Συνοδικά μελετήθηκαν 90 παχύσαρκα παιδιά (50 κορίτσια και 40 αγόρια) ηλικίας 6 έως 16 ετών για συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Για το σκοπό αυτό ζητήθηκε από τους γονείς να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο, βασισμένο στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV, για την αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ.

Αποτελέσματα: δεκατέσσερα από τα ενενήντα παχύσαρκα παιδιά (10 αγόρια και 4 κορίτσια, 16%) εμφάνισαν υψηλό επίπεδο (πάνω από το οριακό σημείο (cut off point)) συμπτωμάτων της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής (Δ.Ε.Π) ενώ μόνο πέντε παιδιά εμφάνισαν συμπτώματα Υπερκινητικότητας (Υ). Τέλος μόνο δύο παιδιά εμφάνισαν τον συνδυασμένο τύπο της ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά με συμπτώματα Δ.Ε.Π ήταν οριακά μεγαλύτερης ηλικίας (αλλά όχι σημαντικά 12.18 ± 2.6 προς 10.64 ± 2.4) και είχαν ένα σημαντικό υψηλότερο ΒΜΙ z-score (3.8 ± 1.5) σε σχέση με την ομάδα των παχύσαρκων παιδιών χωρίς συμπτώματα Δ.Ε.Π (2.3 ± 1.2 , $p = 0.006$). Επίσης η ομάδα παιδιών με τα συμπτώματα Δ.Ε.Π εμφάνιζαν ένα μεγαλύτερο αριθμό παραμέτρων του Μεταβολικού Συνδρόμου (Μ.Σ) (υψηλά τριγλυκερίδια, χαμηλή HDL, υπέρταση, υψηλή γλυκόζη νηστείας) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Συμπεράσματα: παρατηρήθηκε υψηλότερη συχνότητα συμπτωμάτων Δ.Ε.Π χωρίς συμπτώματα υπερκινητικότητας στα παχύσαρκα παιδιά σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Τα παιδιά με τα συμπτώματα Δ.Ε.Π είχαν ένα υψηλότερο ΒΜΙ z score και ένα υψηλότερο αριθμό παραμέτρων του Μ.Σ σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Είναι αναγκαία η διερεύνηση παραμέτρων της συμπεριφοράς έτσι ώστε να κατανοήσουμε και να αντιμετωπίσουμε την παιδική παχυσαρκία

ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (ΔΜΣ) ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

**Λ. Παπαγιαννακοπούλου¹, Π. Παπαδοπούλου², Φ. Μπακοπούλου¹,
Τ. Κόρπα², Γ. Χρούσος¹**

¹Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής (Έδρα UNESCO),
Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»
²Μονάδα Διαταραχών Προσοχής και Μάθησης Παιδοψυχιατρικού
Τμήματος «Αγλαΐα Κυριακού»

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι πιο σημαντικοί παράγοντες που διαφοροποιούν το συναισθηματικό προφίλ και τη συμπεριφορά των σημερινών Ελλήνων εφήβων ανάλογα με το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Στην έρευνα συμμετείχαν 360 έφηβοι (146 αγόρια και 214 κορίτσια) ηλικίας 12-18 ετών, οι οποίοι προσήλθαν στο Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής (Ε.Κ.Ε.Ι.) της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία» κατά τη διάρκεια του έτους 2011. Τα δεδομένα της μελέτης ελήφθησαν μέσω προσωπικής συνέντευξης και καταγράφησαν βάσει του ερωτηματολογίου YSR (Youth Self Report, Achenbach, 2001, Ρούσσου et al., 2001). Η ανάλυση των δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS λαμβάνοντας υπόψη τις σχετικές κλίμακες βαθμονόμησης κατά Achenbach εναρμονισμένες με τις DSM κλίμακες του YSR. Εγινε στατιστικός έλεγχος κατά ANOVA και Normality test (ρ-Plots) και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται υπό μορφή πινάκων και διαγραμμάτων. Δε βρέθηκε ένδειξη για στατιστικά σημαντική διαφορά των συναισθηματικών και συμπεριφορικών παραμέτρων των Ελλήνων εφήβων σε σχέση με το ΔΜΣ στις κλίμακες του Achenbach. Ωστόσο σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης διαπιστώθηκε διαφοροποίηση κατά φύλο και κατά ηλικιακή κατηγορία στις κλίμακες του DSM του Achenbach.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΕΦΗΒΟΥ ΜΕ ΜΟΝΟΠΛΕΥΡΗ ΝΕΥΡΟΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗ ΒΑΡΗΚΟΪΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ

**Π. Παπαδοπούλου¹, Χ. Σκαλούμπakas¹, Ε. Αγγελάκης², Φ. Λύτρα¹,
Μ. Ψυχογιού¹, Τ. Κόρρα¹**

¹ Μονάδα Διαταραχών Προσοχής, Υπερκινητικότητας και Μάθησης, Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν.Π. «Π & Α. Κυριακού»


² Νευροψυχολογικό Εργαστήριο, Νευροχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός»

Εισαγωγή: Η νευροαισθητηριακή βαρικοΐα είναι η πιο συχνή αισθητηριακή διαταραχή στις αναπτυγμένες κοινωνίες (ο επιπολασμός της μονόπλευρης αφορά το 0,1-5% των παιδιών σχολικής ηλικίας). Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με σοβαρού βαθμού νευροαισθητηριακή μονόπλευρη βαρικοΐα παρουσιάζουν χαμηλή γνωστική και ακαδημαϊκή επίδοση, καθώς και ποικίλα προβλήματα συμπεριφοράς συγκριτικά με παιδιά με φυσιολογική ακοή.

Σκοπός: Περιγράφεται η κλινική περίπτωση ενός εφήβου δεκατριών ετών με σοβαρού βαθμού νευροαισθητηριακή μονόπλευρη βαρικοΐα μεταλοιμώδους αιτιολογίας που διεγνώσθη σε ηλικία 3 ετών. Το αίτημα της οικογένειας αφορούσε την αξιολόγηση των σχολικών προβλημάτων του εφήβου και ανέφερε έντονες δυσκολίες προσοχής και συγκέντρωσης, καθώς και εκδηλώσεις άγχους ιδίως σε σχέση με την ακαδημαϊκή του απόδοση.


Υλικό Μέθοδος: Ελήφθη ιατρικό και αναπτυξιακό ιστορικό και έγινε παιδοψυχιατρική, ψυχοπαιδαγωγική και νευροψυχολογική αξιολόγηση (κυρίως για διαφοροδιαγνωστικούς λόγους). Πλην της κλινικής συνέντευξης, χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια CBCL, TRF και YSR του Συστήματος Εμπειρικά Βασισμένης Αξιολόγησης (ASEBA) και οι ελληνικές κλίμακες αξιολόγησης της ΔΕΠΥ (Έκδοση για Γονείς - Εκπαιδευτικούς), η δε αξιολόγηση της ψυχιατρικής συννοσηρότητας έγινε μέσω της ημιδομημένης ψυχιατρικής διαγνωστικής συνέντευξης για παιδιά και εφήβους K-SADS PL. Για τη μαθησιακή αξιολόγηση χορηγήθηκαν: το τεστ ανίχνευσης ΛΑΜΔΑ (Λογισμικό Αξιολόγησης Μαθησιακών Δεξιοτήτων & Αδυναμιών), τμήμα του Τεστ Α' (Ανάγνωσης), το Τεστ Ορθογραφίας και η δοκιμασία προσληπτικού λεξιλογίου PPVT. Τέλος, για την περαιτέρω αξιολόγηση του νευροψυχολογικού του προφίλ διεξήχθησαν ηλεκτροφυσιολογικές μετρήσεις μέσω ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος, χορηγήθηκε η δοκιμασία συνεχούς επίδοσης ΤΟΝΑ και εκτιμήθηκε το νοητικό δυναμικό με τη δοκιμασία WISC-III.

Αποτέλεσμα: Η συνεκτίμηση των αποτελεσμάτων της συνολικής αξιολόγησης κατέδειξε ότι, αν και ο έφηβος παρουσιάζει (κατά τους γονείς) κλινικά συμπτώματα ΔΕΠΥ κυρίως υπότυπου Απροσεξίας, η σχολική απόδοση, η κοινωνική λειτουργικότητα και τα ευρήματα της νευροψυχολογικής και κλινικής αξιολόγησης δε συνάδουν με τα συνήθη ελλείμματα παιδιών με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Επιπλέον δεν αναδείχθηκαν ειδικές μαθησιακές διαταραχές. Εντούτοις, το χαμηλό ακαδημαϊκό κίνητρο και η Γενικευμένη Διαταραχή



Άγχους, σε συνδυασμό με τα ελάχιστα αλλά χρόνια ελλείμματα στην κοινωνική συναλληλία που η μονόπλευρη νευροαισθητηριακή βαρνηκοΐα προκαλεί, εξηγούν ικανοποιητικά την εικόνα του εφήβου.

Συμπεράσματα: Αναδεικνύονται οι δυσκολίες ενός εφήβου με νευροαισθητηριακή μονόπλευρη βαρνηκοΐα στην προσοχή και τη συγκέντρωση, αλλά και στη μάθηση και συμπεριφορά εν γένει. Οι διαφοροδιαγνωστικές δυσκολίες επικεντρώνονται στη διάκριση της ελλειμματικής προσοχής από τη συμπεριφορά αποφυγής λόγω άγχους και τη γενικότερη δυσλειτουργία του ως δευτερογενούς συνέπειας της περιορισμένης ικανότητας αντίληψης και κατανόησης των εξωτερικών ερεθισμάτων. Είναι υψίστης σημασίας τα παιδιά και οι έφηβοι με νευροαισθητηριακή μονόπλευρη βαρνηκοΐα να προσέρχονται εγκαίρως στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδοψυχιατρική και μαθησιακή αξιολόγηση με στόχο την πρόληψη και την αποτελεσματικότερη διαχείριση των δευτερογενών προβλημάτων.



ΧΑΡΙΣΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑΛΑΝΤΟΥΧΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Α. Σ. Αντωνίου, *Λέκτορας Ψυχολογίας - Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Γ. Καμπόλη, *Ψυχολόγος - Επιστ. Συνεργάτης ΨΥΧΕΔΑΔ*

Τα χαρισματικά παιδιά με αναπηρίες και μαθησιακές δυσκολίες συνιστούν σημαντικό τομέα έρευνας, καθώς τα στερεότυπα που έχουμε συνήθως για τα άτομα με αναπηρία μας απομακρύνουν από άλλες δεξιότητες που ενδεχομένως διαθέτουν. Αυτά τα «δύο φορές ειδικά παιδιά» λοιπόν δεν έχουν την ευκαιρία να αναγνωριστούν από τους ειδικούς ή τους δασκάλους τους καθώς οι αγώνες και οι προσπάθειες τους στο σχολικό πλαίσιο παραμένουν απαρατήρητοι για πολλά χρόνια με συνέπεια την ύπαρξη μαθησιακών κενών και άλλων αρνητικών επιπτώσεων. Καθόλου συχνά επίσης εντοπίζονται και οι εκπαιδευτικές και κοινωνικές/συναισθηματικές τους ανάγκες με αποτέλεσμα να διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο. Οι σωματικές αναπηρίες είναι δυνατόν να εμποδίσουν τους μαθητές με ανεπτυγμένες γνωστικές ικανότητες από το να επιτύχουν τους στόχους τους. Υπάρχουν δηλαδή χαρισματικά παιδιά που ενώ διαθέτουν ιδιαίτερα υψηλό διανοητικό επίπεδο, η ύπαρξη ωστόσο εγκεφαλικής παράλυσης εμποδίζει την έκφραση των έμφυτων τάσεών τους. Οι μταιώσεις που σχετίζονται τόσο με τις μη ταυτοποιημένες δυνατότητες όσο και με τις αναπηρίες μπορεί να καταλήξουν αφενός σε κοινωνικοσυναισθηματικά προβλήματα και αφετέρου σε προβλήματα συμπεριφοράς. Οι σωματικές αναπηρίες που προκαλούν σοβαρές κοινωνικές και συναισθηματικές δυσκολίες καθώς και ορισμένες μαθησιακές δυσκολίες συνιστούν συχνά πηγή ανησυχίας και άγχους. Τα χαρισματικά παιδιά με προβλήματα ακοής όπως και εκείνα με προβλήματα όρασης είναι δυσκολότερο να εντοπισθούν σε σχέση με τα άλλα παιδιά χωρίς τέτοια προβλήματα καθώς μειονεκτούν ως προς τα μέσα (π.χ. σύστημα Braille, μεγεθυντικοί φακοί) που αναγκάζονται να χρησιμοποιούν λόγω του ότι δε μπορούν να δουν καθαρά ή πάσχουν από ολική τύφλωση, γεγονός που επιτείνει την ανάγκη ιδιαίτερης προσοχής και εκπαίδευσης των ειδικών αυτών κατηγοριών.



ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΡΟΦΩΝ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΔΕΙΚΤΗ/ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΣΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΑ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ

Α. Δασταράνη², Ν. Φίλιππα¹, Ν. Παπαδοπούλου¹, Ν. Περβανίδου¹, Χ. Κανακά-Gantenbein¹, Γ.Π. Χρούσος^{1,2}

¹ Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο «Η Αγία Σοφία»

² Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Διαβήτη «Ευγενίδειο Θεραπευτήριο»

Σκοπός: Μελέτες έχουν δείξει την ευεργετική επίδραση διαιτολογίων με χαμηλό Γλυκαιμικό δείκτη (ΓΔ) και Γλυκαιμικό φορτίο (ΓΦ) στη ρύθμιση του βάρους σώματος και της ινσουλινοαντίστασης. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να μελετηθεί η ευεργετική επίδραση της κατανάλωσης των τροφών (επιδόρπια) με χαμηλό ΓΔ/ΓΦ στις παραμέτρους του Μεταβολικού Συνδρόμου (ΜΣ) σε υπέρβαρα-παχύσαρκα παιδιά.

Υλικό-Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 29 κορίτσια, εφηβικής ηλικίας (10-14 ετών), με δείκτη μάζας σώματος (ΒΜΙ) ≥ 85 ης εκατοστιαίας θέσης, τα οποία χωρίστηκαν τυχαίοποιημένα σε δύο ομάδες: 1) Ομάδα Α (15 κορίτσια) ακολούθησε ένα ισορροπημένο, υποθερμιδικό (-500kcal από τις προσλαμβανόμενες) πρόγραμμα διατροφής που τους δόθηκε (υδατάνθρακες 45%, λιπίδια 35%, πρωτεΐνες 20%), στο οποίο είχαν συμπεριληφθεί επιδόρπια με χαμηλό ΓΔ/ΓΦ, σε συχνότητα 4 φορές/εβδομάδα., 2) Ομάδα Β (14 κορίτσια) ακολούθησε το ίδιο ισορροπημένο, υποθερμιδικό πρόγραμμα διατροφής, έχοντας τη δυνατότητα κατανάλωσης ενός γλυκού της επιλογής τους 1 φορά την εβδομάδα. Σε κάθε ασθενή της μελέτης καταγράφηκαν οι κλινικές παράμετροι (βάρος, ύψος, Δείκτης Μάζας Σώματος/ΒΜΙ, λόγος περιφέρειας μέσης προς ισχίων/WHR, Αρτηριακή Πίεση/ΑΠ) και προσδιορίστηκαν τα εργαστηριακά δεδομένα (γλυκόζη νηστείας, ινσουλίνη νηστείας, χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL, ουρικό οξύ, SGOT, SGPT, γGT, ηπατίνη, αντιπυρετίνη, κορτιζόλη, hsCRP, IL-6) πριν την έναρξη και τρεις μήνες μετά τη διαιτολογική παρέμβαση. Ο δείκτης HOMA index υπολογίστηκε ως δείκτης ινσουλινοαντίστασης.01

Αποτελέσματα: Στην ομάδα Α διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση ως προς: i) βάρος ($p=0,001$), ii) ΒΜΙ ($p=0,001$), iii) Συστολική ΑΠ ($p=0,011$), iv) Γλυκόζη νηστείας

($p=0,021$) και v) ηπατίνη ($p=0,002$). Στην ομάδα Β διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση ως προς : i) ΒΜΙ ($p=0,011$), ii) Διαστολική ΑΠ ($p=0,031$), iii) γGT ($p=0,002$). Από τη σύγκριση των δεδομένων των δύο ομάδων διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση στην ομάδα Α σε σύγκριση με την ομάδα Β ως προς τις ακόλουθες παραμέτρους: i) Βάρος ($p=0,012$), ii) ΒΜΙ ($p=0,037$), iii) Συστολική Αρτηριακή Πίεση ($p=0,027$),

iv) ινσουλίνη νηστείας ($p=0,004$), v) HOMA Index ($p=0,009$) και vi) ηπατίνη ($p=0,04$).

Συμπεράσματα: Με τη παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι τα διαιτολογικά σχήματα που περιελάμβαναν γλυκά με χαμηλό ΓΔ/ΓΦ, βοήθησαν στην πλήρη συμμόρφωση των υπέρβαρων-παχύσαρκων παιδιών σε αυτά, με τελικό στόχο την βελτίωση των κλινικών παραμέτρων του μεταβολικού συνδρόμου (ΒΜΙ, ΣΑΠ) και την βελτίωση των εργαστηριακών δεικτών της ινσουλινοαντίστασης (ινσουλίνη νηστείας, HOMA index).

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΜΙΚΡΟΧΛΩΡΙΔΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ

Σ. Κοινόγκη¹, Κ. Παπανικολάου², Ν. Περβανίδου³, Κ. Εξαρχοπούλου¹, Γ. Χρούσος³, Α. Κυριακού¹, Μ. Γιαννακούλια¹

¹ Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Καλλιθέα

² Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα.

³ Μονάδα Αναπτυξιακής & Συμπεριφορικής Παιδιατρικής, Πρώτη Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα.

Εισαγωγή: Οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (ASD) ανήκουν στην κατηγορία των νευροαναπτυξιακών διαταραχών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει προκύψει για την εντερική μικροχλωρίδα των ατόμων με ASD και την πιθανή συνεισφορά της στη συμπτωματολογία των διαταραχών. Περιορισμένα δεδομένα υπάρχουν μέχρι σήμερα σχετικά με τη σύνδεση της διατροφικής συμπεριφοράς και της εντερικής μικροχλωρίδας. Σκοπός της παρούσα εργασίας είναι η μελέτη της διατροφικής συμπεριφοράς παιδιών με ASD, συγκριτικά με τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά της ίδιας ηλικιακής ομάδας, καθώς και η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων με την εντερική μικροχλωρίδα.

Μεθοδολογία: Τριάντα οχτώ παιδιά, ηλικίας 3-10 ετών, εκ των οποίων τα 18 με διάγνωση ASD, έλαβαν μέρος στη μελέτη. Η συλλογή των διατροφικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω τριήμερου ημερολογίου καταγραφής τροφίμων, ενώ παράλληλα συλλέχθηκαν δεδομένα για τις συνθήκες, αλλά και την κατάσταση του παιδιού πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη λήψη κάθε τροφίμου/ γεύματος. Πραγματοποιήθηκε συλλογή κοπράνων από κάθε παιδί και με καλλιεργητικές μεθόδους υπολογίστηκαν οι πληθυσμοί Ολικά Αναερόβιων Βακτηρίων, *C. perfringens*, *Lactobacillus* spp., *Bifidobacterium* spp. και *C. albicans*.

Αποτελέσματα: Τα παιδιά με ASD καταναλώνουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό των γευμάτων μόνα τους και καθιστά αλλά ανήσυχα, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Αναφορικά με την εντερική μικροχλωρίδα, παρατηρήθηκε τάση για υψηλότερα επίπεδα λακτοβακίλλων ($p=0,069$) στα παιδιά με ASD. Επιπροσθέτως, στα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση του ποσοστού των γευμάτων που κατανάλωσαν καθιστά και ανήσυχα με τα επίπεδα της *C. albicans*, ενώ για τα παιδιά με ASD βρέθηκε αρνητική συσχέτιση της ίδιας συμπεριφοράς με τα επίπεδα των μπιφιδοβακτηρίων.

Συμπεράσματα: Συνοψίζοντας, η διατροφική συμπεριφορά των παιδιών με ASD, βρέθηκε να διαφέρει από αυτή των τυπικά αναπτυσσόμενων, ενώ ορισμένες από αυτές τις παραμέτρους συσχετίζονται με την εντερική μικροχλωρίδα. Επιπλέον ερευνητική δραστηριότητα απαιτείται προκειμένου να αποσαφηνιστεί ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός.

EU NET ADB 1: ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΣΤΗΝ ΜΕΣΗ ΕΦΗΒΕΙΑ

Α. Τσίτσικα² και Κοινοπραξία EU NET ADB 3

- ¹ Ερευνητικό Έργο EU NET ADB: Έρευνα για την συχνότητα και ένταση των συμπεριφορών εξάρτησης στο Διαδίκτυο στους έφηβους στην Ευρώπη
- ² Συντονιστής έργου. Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ), Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Π&Α Κυριακού», Συντονιστές Έργου EU NET ADB
- ³ Μια κοινοπραξία επτά Ευρωπαϊκών χωρών (Ελλάδα, Ισπανία, Πολωνία, Ολλανδία, Ρουμανία, Γερμανία και Ισλανδία)
- ⁴ Το έργο χρηματοδοτείται από το πρόγραμμα Safer Internet της Ευρωπαϊκής Επιτροπής αριθμός έργου SI-2010-KEP-4101007.

Εισαγωγή: Οι συμπεριφορές εξάρτησης στο διαδίκτυο (internet addictive behaviors; ADB) στην εφηβεία δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς σε πολυκεντρικές μελέτες.

Σκοπός: Παρουσίαση του πρωτοκόλλου της βασικής μελέτης και τα αποτελέσματα της πιλοτικής διερεύνησης της μεθοδολογίας της πολυκεντρικής μελέτης EU-NET ADB που διεξάγεται σε επτά Ευρωπαϊκές χώρες και χρηματοδοτείται από το πρόγραμμα Safer Internet της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Μέθοδος-Υλικό: Βασική μελέτη. Ποσοτικό πρωτόκολλο. Μια συγχρονική διερεύνηση (N=14,000) της συχνότητας των συμπεριφορών εξάρτησης στο διαδίκτυο, και των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με αυτές. Μέσω τυχαίας δειγματοληψίας, 2.000 έφηβοι 15-16 ετών θα απαντήσουν σε ανώνυμα ερωτηματολόγια μέσα στο σχολείο. Το ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβάνει τις συνθήκες στο διαδίκτυο, το Internet Addiction Test (IAT; Young 1998), το South Oaks Internet Scale για τον τζόγο στην εφηβεία, το ερωτηματολόγιο Διαδικτυακών Παιχνιδιών (Internet Gaming Scale; AICA), και την Ελληνική έκδοση του Ερωτηματολογίου για Εφήβους Youth Self Report (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001). Ποιοτικό πρωτόκολλο. Ατομικές ανώνυμες εις βάθος συνεντεύξεις (N=140) σε 20 εφήβους ανά χώρα που παρουσιάζουν συμπεριφορές εξάρτησης στο διαδίκτυο (βάσει IAT). Το περιεχόμενο των συνεντεύξεων αναλύεται με το μοντέλο ανάλυσης Grounded Theory. Πιλοτική μελέτη. Ποσοτικό πρωτόκολλο. Μια σειρά εργαλείων για την χρήση του διαδικτύου μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε για τους εφήβους. Μια συγχρονική μελέτη (n = 1629) εφήβων 15-16 ετών διεξήχθη στις συμμετέχουσες χώρες. Για την εκτίμηση αξιοπιστίας, το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε ξανά σε 677 εφήβους δύο εβδομάδες αργότερα. Οι αναλύσεις αξιοπιστίας για τα εργαλεία εξάρτησης στο διαδίκτυο ήταν ικανοποιητικά υψηλές ($\alpha = 0.92$ για το IAT και 0.94 για το IAS). Οι συσχετίσεις Pearson μεταξύ των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων ήταν επίσης ικανοποιητικές ($r=0.74$ IAT, $r=0.76$ IAS). Ο συντελεστής ενδοταξικής συσχέτισης (intraclass correlation coefficient) ήταν 0.66 για το IAT και 0.76 για το IAS. Ποιοτικό πρωτόκολλο. Έγιναν 4 ατομικές ανώνυμες εις βάθος συνεντεύξεις (2 σε Ελλάδα και 2 Γερμανία) και το περιεχόμενο των συνεντεύξεων αναλύθηκε με Grounded Theory 3 σταδίων. Βάσει αποτελεσμάτων ο οδηγός ερωτήσεων τροποποιήθηκε και η μεθοδολογία συνένωσης των αποτελεσμάτων μεταξύ των δύο χωρών εφαρμόστηκε με καλά αποτελέσματα.

Συμπεράσματα: Η πιλοτική μελέτη ανέδειξε ικανοποιητικά αποτελέσματα και το έργο EU NET ADB αναμένεται να φέρει στη δημοσιότητα σημαντικά στοιχεία για τις συμπεριφορές εξάρτησης στο διαδίκτυο στην μέση εφηβεία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΠΡΩΡΩΝ ΚΑΙ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΝΕΟΓΝΩΝ Γ' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ

**Ε. Τσεκούρα¹, Β. Μπουτοπούλου², Ι. Ορφανίδου³, Χ. Μπαλή⁴,
Α. Μπέλη⁵, Π. Μέξη - Μπουρνά⁶**

¹ Νεογολόγος, Διευθύντρια ΜΕΝΝ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

² Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD(c), ΜΕΝΝ Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

³ Γλωσσολόγος, Λογοθεραπεύτρια, ΜRCSLT, Επιστημονικός Συνεργάτης

⁴ Φυσιοθεραπεύτρια, NDT, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

⁵ Εργοθεραπεύτρια, NDT/SI, Επιστημονικός Συνεργάτης

⁶ Νεογολόγος, Διευθύντρια ΜΕΝΝ Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Εισαγωγή: Τα πρόωρα και νοσούντα νεογνά, βάσει ερευνητικών δεδομένων, φαίνεται να έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης διαταραχών στην νευροαναπτυξιακή τους έκβαση, όπως κινητικά ελλείμματα, καθυστέρηση λόγου, προβλήματα στην συμπεριφορά, στον οπτικοκινητικό συντονισμό, την λεπτή κινητικότητα και την εκτελεστικότητα. Για το λόγο αυτό τα νεογνά που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας (ΜΕΝΝ) οφείλουν να παρακολουθούνται σε Ιατρεία Μακρόχρονης Παρακολούθησης (follow-up) για την έγκαιρη ανίχνευση και πρώιμη παρέμβαση των διαταραχών αυτών.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας είναι να παρουσιαστούν τα αποτελέσματα του Ιατρείου Μακρόχρονης Παρακολούθησης Πρόωρων και Υψηλού Κινδύνου Νεογνών του Π.Γ.Ν. Αττικόν από την έναρξη λειτουργίας του μέχρι σήμερα και να αξιολογηθεί η νευροαναπτυξιακή έκβαση των νεογνών που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΝΝ.

Υλικό-Μέθοδος: Για το σκοπό αυτό μελετήθηκαν οι φάκελοι των πρόωρων και νοσοούντων νεογνών τα οποία παρακολούθηθηκαν στο ιατρείο follow-up κατά το χρονικό διάστημα από τον Ιανουάριο 2008 έως σήμερα. Καταγράφηκε η πορεία της νόσου κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΝΝ και επιπλέον τα στοιχεία εξόδου (Βάρος σώματος, Περίμετρος Κεφαλής και Εργαστηριακές Εξετάσεις). Αναφορικά με την αξιολόγηση της νευροαναπτυξιακής τους έκβασης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Griffiths' στις χρονικές περιόδους εξέλιξης των 6,9,12,18 και 24 μηνών. Με την κλίμακα Griffiths ελέγχονται 5 διαφορετικές περιοχές νευροαναπτυξιακής έκβασης μέχρι την ηλικία των 2 ετών και συγκεκριμένα την αδρή κινητικότητα (Α), την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και την κοινωνική προσαρμογή (Β), τον αντιληπτικό και εκφραστικό λόγο (C), τον οπτικοκινητικό συντονισμό (D) και λεπτή κινητικότητα και την εκτελεστικότητα (E). Στην χρονική ηλικία των 3 μηνών καταγράφηκαν στοιχεία αύξησης (Βάρος Σώματος, Περίμετρος Κεφαλής) και αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων (Σίδηρος, Φερριτίνη, Αθλατική Φωσφατάση). Τέλος, τα ίδια στοιχεία καταγράφηκαν για τις εξεταζόμενες χρονικές περιόδους.

Αποτελέσματα: Συνολικά εξετάστηκαν οι ιατρικοί φάκελοι 79 νεογνών, εκ των οποίων τα 49 (62%) ήταν αγόρια και τα 30 (38%) κορίτσια. Εξαιρετικά πρόωρα νεογνά ήταν 9 με μέσο σωματικό βάρος ΜΣΒ=1085,55gr, μέτρια πρόωρα ήταν 39 με ΜΣΒ=1848,71gr, οριακά πρόωρα 13 με ΜΣΒ=2144,23gr και 18 τελειόμνηνα νοσούντα νεογνά με ΜΣΒ=3015,00gr. Για το συνολικό δείγμα το βάρος εξόδου στην διορθωμένη ηλικία των 35 εβδομάδων ήταν ΜΣΒ=2425gr (ΕΘ=50%) και η μέση περίμετρος κεφαλής ΜΠΚ = 32,57cm (ΕΘ=50%). Τα νεογνά εξήλθαν με Αιματοκρίτη Mean=36,28%, Αιμοσφαιρίνη Mean=12,38g/dL και Αλκαλική Φωσφατάση Mean=324,29U/L. Στην διορθωμένη ηλικία (ΔΗΚ) των 3 μηνών εξετάστηκαν 44 βρέφη με ΜΣΒ= 5922gr (ΕΘ=50%), ΜΠΚ=41,12cm (ΕΘ=50%), μέση τιμή αιμοσφαιρίνης Mean= 13,92g/dl και μέση τιμή αιματοκρίτη Mean 32,1%. Η μέση εκατοστιαία τιμή συνολικής αξιολόγησης νευροαναπτυξιακής έκβασης (Mean Total Percentile, ΜΤΡ) στην ΔΗΚ των 6 μηνών είναι 62,55%, των 9 μηνών 70,36%, των 12 μηνών 67%, των 18 μηνών 55%, ενώ η ΜΤΡ στη ΔΗΚ των 24 μηνών είναι 47,62%, με σημαντική έκπτωση σε όλους τους εξεταζόμενους τομείς νευροανάπτυξης και συγκεκριμένα μέση τιμή αξιολόγησης (Mean Percentile, ΜΡ) για τον τομέα Α 50,50%, ΜΡ για τον τομέα Β 42,37%, ΜΡ για τον τομέα C 46,75%, ΜΡ για τον τομέα D 50,25% και ΜΡ για τον τομέα Ε 42,62%.

Συμπεράσματα: Από την επεξεργασία των δεδομένων του συγκεκριμένου δείγματος βρέθηκε ότι τα νεογνά που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΝΝ εξήλθαν με στοιχεία αύξησης και αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων εντός των φυσιολογικών ορίων. Αναφορικά με την νευροαναπτυξιακή τους έκβαση φαίνεται ότι ενώ μέχρι την ΔΗΚ των 12 μηνών αξιολογούνται εντός φυσιολογικών ορίων, στην ΔΗΚ των 18 και 24 μηνών ανιχνεύονται ελλείμματα στους τομείς νευροανάπτυξης. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει την ανάγκη μακρόχρονης παρακολούθησης αυτής την ομάδας πληθυσμού για την έγκαιρη ανίχνευση διαταραχών σε λεπτές λειτουργίες και την εφαρμογή πρώιμης παρέμβασης για την αντιμετώπισή τους.

ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΑΘΟΓΟΝΩΝ ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΑΙΔΟΙΚΟΛΠΙΤΙΔΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

**Π. Τσίμαρης, Ν. Αθανασόπουλος, Φ. Μπακοπούλου,
Ε. Δεληγεώρογλου, Γ. Κρεατσάς**

*Τμήμα Παιδικής - Εφηβικής Γυναικολογίας και Επανορθωτικής Χειρουργικής,
Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
«Αρεταίειον» Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών.
Διευθυντής: Καθηγητής Γ.Κ. Κρεατσάς*

Σκοπός: Να ανιχνευθούν τυχόν διαφορές των παθογόνων μικροοργανισμών της αιδοιοκολπίτιδος και της συχνότητας εμφάνισής τους, ανάμεσα στους υποπληθυσμούς των άνηθρων και των οιστρογονοποιημένων εφήβων κοριτσιών.

Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη των ιστορικών των θηλέων που προσήλθαν στο Τμήμα Παιδικής-Εφηβικής Γυναικολογίας & Επανορθωτικής Χειρουργικής, «Αρεταίειον» Νοσοκομείο, μεταξύ 3/2004 και 3/2011 και στα οποία ετέθη η διάγνωση της αιδοιοκολπίτιδος. Σε όλες τις ασθενείς ελήφθη ενδελεχές ιστορικό, πραγματοποιήθηκε κλινική εξέταση και ελήφθησαν καλλιέργειες κοιλπικού υγρού με τη χρήση βαμβακοφόρου στυλίου. Από τη μελέτη εξαιρέθηκαν οι σεξουαλικά ενεργές έφηβες.

Αποτελέσματα: Σε 407 ασθενείς ετέθη η διάγνωση της αιδοιοκολπίτιδος, ενώ ελήφθησαν συνολικά 659 καλλιέργειες. Το προεξάρχον σύμπτωμα κατά την πρώτη επίσκεψη ήταν η κοιλπική υπερέκκριση (64%), ενώ άλλα συμπτώματα απετέλεσαν: ο κνησμός (16%), η ερυθρότητα (9%), η κοιλπική αιμόρροια (5,5%) και το άλγος (5,5%). Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε 2 υποομάδες, βάσει της ανάπτυξης των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου κατά στάδιο Tanner (I-V) (Ομάδα Α, I και ομάδα Β, II έως V). Εξ' αυτών 67% συμπεριελήφθησαν στην Ομάδα Α και 33% στην Ομάδα Β. Κατά την πρώτη επίσκεψη δεν ανευρέθη παθογόνος μικροοργανισμός στο 26% των ασθενών της Ομάδας Α και στο 21% της Ομάδας Β. Τα αποτελέσματα των αρχικών καλλιεργειών των ασθενών της Ομάδας Α ανέδειξαν: *Gardnerella vaginalis* (GV), *Bacteroides* spp (Bs), *Enterococcus faecalis* (EF), *E. Coli* and *Streptococcus pyogenes* με σειρά φθίνουσας συχνότητας, ενώ τα συχνότερα παθογόνα που ανευρέθησαν κατά την επανακαλλιέργεια αυτών των ασθενών ήταν τα: Bs, GV, *E. Coli*, *P. mirabilis* and EF με σειρά φθίνουσας συχνότητας. Τα αποτελέσματα των αρχικών καλλιεργειών της Ομάδας Β ανέδειξαν: GV, Bs, *E. Coli*, *C. Albicans*, *Prevotella melaninogenica* and *Streptococcus agalactiae*, ενώ των επανακαλλιεργειών GV, Bs, *E. Coli*, EF and *Klebsiella pneumoniae* κατά σειρά φθίνουσας συχνότητας.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη επιβεβαιώθηκε ότι οι υπεύθυνοι για την αιδοιοκολπίτιδα μικροοργανισμοί δεν είναι σαφέστατα ταυτοποιημένοι σε συχνότητα και ηλικιακό φάσμα πιθανότατα λόγω: α) διαφορετικών υγειονομικών συνθηκών ανά πληθυσμό, β) διαφορών στον τρόπο λήψης και επεξεργασίας των δειγμάτων και γ) διαφορών στο κοιλπικό μικροπεριβάλλον λόγω επίδρασης των οιστρογόνων και άλλων προς ανάδειξη αιτιολογικών παραγόντων.

ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ε. Αγγέλη¹, Φ. Λύτρα², Χ. Σκαλούμπακας¹, Τ. Κόρπα², Ν. Περβανίδου¹

¹ Μονάδα Αναπτυξιακής και Συμπεριφορικής Παιδιατρικής, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

² Μονάδα Διαταραχών Προσοχής, Υπερκινητικότητας και Μάθησης, Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Παιδων «Π.&Α. Κυριακού», Αθήνα

Εισαγωγή: Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι η πιο συχνή αναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων συνυπάρχει με κάποια άλλη αναπτυξιακή, ψυχιατρική ή νευρολογική διαταραχή. Οι μαθησιακές δυσκολίες περιλαμβάνονται στις πιο συχνές, συννοσηρές με τη ΔΕΠ-Υ καταστάσεις.

Σκοπός: Ο προσδιορισμός της επίπτωσης των μαθησιακών δυσκολιών σε ελληνικό παιδιατρικό κλινικό πληθυσμό με ΔΕΠ-Υ.

Υλικό: Μελετήθηκε κλινικός πληθυσμός 114 παιδιών με ΔΕΠ-Υ, ηλικίας 6-14 ετών.

Μέθοδος: Έγινε μαθησιακή αξιολόγηση των παιδιών από ειδικό παιδαγωγό και καταγράφηκαν οι διαγνώσεις. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Αποτελέσματα: Το 54,4% των παιδιών αντιμετώπιζε μαθησιακές δυσκολίες. Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες είχε το 47,4% των παιδιών. Συγκεκριμένα, δυσλεξία εμφάνιζε το 23,8% των παιδιών, δυσορθογραφία το 14,1%, δυσγραφία το 1,8%, δυσαριθμσία το 6,2%, αναπτυξιακή διαταραχή λόγου το 5,3% , ενώ συνδυασμό δύο ειδικών μαθησιακών δυσκολιών εμφάνιζε το 4,5% των παιδιών. Δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ή ανάμεσα στους τρεις τύπους ΔΕΠ-Υ.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με τη σχετική βιβλιογραφία. Οι μαθησιακές δυσκολίες στη ΔΕΠ-Υ είναι μείζον πρόβλημα το οποίο θα πρέπει να αναζητείται, να αναγνωρίζεται και να αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα.

ΟΙ ΑΓΩΝΙΕΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ

Κ. Κουρούσιος, Ε. Φωτεινάκη, Α. Θεοδωρόπουλος, Χ. Χουσιάδα, Κ. Ρόκκας, Μ. Μόσχα, Α. Ασκητής

·Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας

Το Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας διεξήγαγε έρευνα, μελετώντας τα αίτια που οι ίδιοι οι έφηβοι φέρουν στον ειδικό ψυχικής και σεξουαλικής υγείας. Τα ερευνητικά δεδομένα προκύπτουν από τη βάση δεδομένων του ιατρικού προγράμματος του Ινστιτούτου Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας (Ι.Ψ.Σ.Υ.) σε δείγμα 770 έφηβων, ηλικίας 11-18 ετών, οι οποίοι προσήλθαν, συνοδευόμενοι από του γονείς τους, στο Ι.Ψ.Σ.Υ. κατά την περίοδο 2002-2011. Παρατηρούμε πως σύμφωνα με τα στοιχεία οι έφηβοι είχαν ως κυρίαρχο αίτημα τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες (18%), ενώ ακολουθούν οι αγχώδεις διαταραχές (17%), ο σεξουαλικός προσανατολισμός (16%), καθώς και τα προβλήματα σχέσης με τους γονείς τους (14%). Επίσης, είναι χαρακτηριστικό ότι το 80% των εφήβων που προσήλθαν στο Ι.Ψ.Σ.Υ. ήταν αγόρια, ενώ μόλις το 20% κορίτσια. Συνοδοί των εφήβων ήταν και οι δύο γονείς σε ποσοστό 45%, ενώ παρατηρούμε πως η μητέρα μόνη της φαίνεται να συνοδεύει σε μεγάλο ποσοστό τόσο την κόρη της (40%) όσο και τον γιο της (36%). Τέλος, ο πατέρας συνοδεύει τον γιο σε ποσοστό 20%, ενώ σπανιότερα θα συνοδεύσει μόνος την έφηβη κόρη του, σε ποσοστό της τάξης του 7%.



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΔΕΠΥ

Π. Παπαδοπούλου¹, Τ. Κόρπα², Ε. Αλεξόπουλος¹, Χ. Σκαλούμπakas²,
Ε. Τζίλα², Μ. Ψυχογιού², Γ. Χρούσος¹, Χ. Δαρβίρη¹

¹ΠΜΣ «Έλεγχος του στρες και προαγωγής της υγείας», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

²Μονάδα Διαταραχών Προσοχής, Υπερκινητικότητας και Μάθησης, Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν.Π.Α. «Π.& Α. Αγλαΐα Κυριακού».

Εισαγωγή: Ο άξονας Υποθάλαμος-Υπόφυση-Επινεφρίδια (νευροενδοκρινικός άξονας του στρες) παρουσιάζει αποκλίσεις από τη φυσιολογική λειτουργία του σε παιδιά με ΔΕΠΥ. Επιπλέον, οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν ποικίλες δυσκολίες στην καθημερινή τους ζωή, οι οποίες εκτείνονται από το οικογενειακό μέχρι το σχολικό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και οι οποίες αποτελούν δυνητικούς στρεσογόνους παράγοντες για το παιδί με ΔΕΠΥ. Ακόμη, η ανθυγιεινή διατροφική συμπεριφορά και η καθιστική ζωή φαίνεται να είναι δύο αναπόσπαστα συστατικά στοιχεία του τρόπου ζωής των παιδιών με την εν λόγω διαταραχή. Κατ' επέκταση, ο σχεδιασμός, η εφαρμογή, αλλά και η αξιολόγηση ενός τέτοιου προγράμματος σε αυτόν τον κλινικό πληθυσμό κρίθηκε μείζονος σημασίας για τη μείωση του στρες και την προαγωγή της υγείας του.

Σχεδιασμός Μελέτης: Η μελέτη ήταν τύπου τυχαίοποιημένης ελεγχόμενης κλινικής παρέμβασης και εκπονήθηκε στη Μονάδα Διαταραχών Προσοχής, Υπερκινητικότητας και Μάθησης του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Παιδών «Π.&Α. Κυριακού» τη χρονική περίοδο Απρίλιος-Ιούλιος 2011.

Υλικό - Μέθοδος: 50 παιδιά με διάγνωση ΔΕΠΥ, ηλικίας 8-12 ετών και με φυσιολογική νοημοσύνη κατανεμήθηκαν με τυχαίο τρόπο σε δύο ομάδες. Η μία ομάδα (ομάδα παρέμβασης) έλαβε ενημέρωση για το στρες, εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης, διαχείριση του χρόνου και συμβουλευτική υγιεινής διατροφής και σωματικής άσκησης κατά τη διάρκεια οκτώ εβδομαδιαίων συνεδριών και η άλλη ομάδα (ομάδα ελέγχου) έλαβε ενημερωτικό φυλλάδιο για το στρες, την υγιεινή διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα. Τα υποκείμενα αξιολογήθηκαν ως προς το αντιληπτό στρες (SiC), τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (PedsQL), τα ψυχιατρικά συμπτώματα (SDQ), αλλά και τα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής κατά την αρχική και κατά την τελική φάση της μελέτης.

Αποτελέσματα: Σε αντίθεση με την αρχική μας υπόθεση, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο αντιληπτό στρες, τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και τα ψυχιατρικά συμπτώματα μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου. Οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης ανέφεραν βελτίωση σε στατιστικά σημαντικό βαθμό της ποιότητας του ύπνου ($p = 0.001$), των κεφαλαλγιών ($p = 0.001$), των πόνων στο στομάχι ($p < 0.001$), αλλά και αύξηση των συμπεριφορών που προάγουν την υγεία, όπως της υιοθέτησης υγιεινών διαιτητικών προτύπων (περισσότερη κατανάλωση

ψαριού $p=0.009$, φρούτων $p=0.002$, οσπρίων $p=0.022$ και χαμηλότερη κατανάλωση γλυκών $p=0.004$, αύξησης της σωματικής δραστηριότητας ($p < 0.001$) και μείωσης του χρόνου παρακολούθησης τηλεόρασης/την εβδομάδα ($p < 0.001$) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Καμιά άλλη στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των δύο ομάδων. Εντούτοις, οι συγκρίσεις εντός της ομάδας παρέμβασης κατέδειξαν μείωση της βαθμολογίας στην υποκλίμακα των συναισθηματικών προβλημάτων του SDQ ($p=0.004$) και σημαντική αύξηση στην υποκλίμακα της προκοινωνικής συμπεριφοράς του SDQ ($p = 0.007$) και στην υποκλίμακα της συναισθηματικής λειτουργικότητας του PedsQL του γονέα ($p=0.003$).

Συμπεράσματα: Η συγκεκριμένη μελέτη είναι η πρώτη μελέτη τύπου τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης κλινικής παρέμβασης, εστιασμένη στη διαχείριση του στρες και την προαγωγή της υγείας, η οποία εφαρμόστηκε σε κλινικό δείγμα παιδιών με ΔΕΠΥ. Κρίνεται αναγκαίο η μελλοντική έρευνα να κατευθυνθεί στον εμπλουτισμό αντίστοιχων μελετών με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μέσω βιολογικών δεικτών στρες και μέσω δοκιμασιών που εκτιμούν την προσοχή και τη συγκέντρωση, καθώς επίσης και στην ουσιαστική ένταξη και ενεργητική συμμετοχή των γονέων στο παρεμβατικό πρόγραμμα.

ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ (1950-2011) ΤΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ: ΜΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Α. Διαμαντάρας, Α. Κουσουήλης, Ε. Πετρίδου

Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Οι ακούσιες σωματικές βλάβες (ατυχήματα) αποτελούν σήμερα την πρώτη με διαφορά αιτία θανάτου σε παιδιά και εφήβους. Η σύγχρονη προσέγγιση για την πρόληψή τους, περιλαμβάνει τόσο τη ρύθμιση των περιβαλλοντικών παραγόντων όσο και την εκπαίδευση και κοινωνική ενημέρωση. Οι πρώτες προσπάθειες μελέτης της επιβάρυνσης των παιδικών ατυχημάτων έκαναν την εμφάνισή τους στην ιατρική βιβλιογραφία κατά τα μέσα του 20^{ου} αιώνα. Υπό αυτό το πρίσμα, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διαχρονική μελέτη του προβλήματος και των μεθόδων αντιμετώπισης με βάση τις επιστημονικές δημοσιεύσεις.

Μεθοδολογία: Έγινε αναζήτηση στη βιβλιογραφική βάση δεδομένων Medline για άρθρα στην αγγλική γλώσσα βάσει των λέξεων-κλειδιών *accident**, *child**, *adolescent**, και αξιολογήθηκαν ανεξάρτητα από δυο κριτές 639 άρθρα δημοσιευμένα από τη δεκαετία του 1940 έως σήμερα.

Αποτελέσματα: Από τα άρθρα που προέκυψαν από τον αλγόριθμο της αναζήτησης, επιλέχθηκαν 198 μελέτες οι οποίες ταξινομήθηκαν ανάλογα με το είδος του επιδημιολογικού σχεδιασμού, το έτος δημοσίευσης, τη χώρα προέλευσης και τη θεματολογία. Μπορούν να παρατηρηθεί μία μείωση του απόλυτου αριθμού των ατυχημάτων, το επιδημιολογικό μοτίβο εμφάνισής τους, δηλαδή το μερίδιο των εισαγωγών σε νοσοκομεία, των αναλογικών θανάτων ως προς άλλες αιτίες, και των δημογραφικών χαρακτηριστικών (π.χ. αναλογίες κατά φύλο και ηλικίες), παραμένει εν πολλοίς αμετάβλητο. Ενδεικτικά, τα ακούσια ατυχήματα, ως το πρώτο αίτιο θανάτου στις ηλικίες 1-14 ετών, έχει βρεθεί ότι ευθύνονται για περισσότερους θανάτους απ' ό,τι οι επόμενες τρεις αιτίες αθροιστικά (κακοήθειες, συγγενείς ανωμαλίες, ανθρωποκτονίες) από τα μέσα του αιώνα μέχρι και σήμερα. Οι προληπτικές μέθοδοι ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1950 κατευθύνονταν προς την πλήρη ενημέρωση των ιατρών και τη σωστή εκπαίδευση γονέων και παιδιών, λογική που έχει διατηρηθεί ως σήμερα ενώ υπάρχει σε βάθος χρόνου σημαντική προσπάθεια για διαμόρφωση ασφαλέστερου περιβάλλοντος, ελέγχου της ασφάλειας των προϊόντων καταναλωτή και εφαρμογής της νομοθεσίας πρόληψης από αρκετές χώρες με πρωτοπορία στις Σκανδιναβικές, την Ολλανδία, Αγγλία και Αυστραλία.

Συμπεράσματα: Είναι αξιοσημείωτο ότι τα ατυχήματα, μια κατεξοχήν προληψιμη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας, εξακολουθούν να αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου σε παιδιά και εφήβους κατά τις τελευταίες έξι δεκαετίες και προτεραιότητα της δημόσιας υγείας για νέες παρεμβάσεις στον τομέα της παιδιατρικής. Συνεπώς, για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος, κρίνεται πιθανώς σκόπιμος ένας επαναπροσδιορισμός της προσέγγισής τους.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΦΗΒΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ 16 ΓΥΜΝΑΣΙΩΝ ΚΑΙ 11 ΛΥΚΕΙΩΝ ΤΩΝ ΔΗΜΩΝ ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ, ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΛΙΜΟΥ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΛΥΣΕΙΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ

**Α. Ρεντούμης¹, Γ. Φωστρούπουλος², Φ. Μπακοπούλου¹,
Μ. Γιαννακούλια³, Γ. Χρούσος¹**

¹Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής (Έδρα UNESCO),

Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»

² Αντιδήμαρχος Υγείας-Κοινωνικής Πολιτικής, Δήμος Παλαιού Φαλήρου

³ Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Το ερευνητικό πρόγραμμα έχει σαν πρωταρχικό στόχο να μετρήσει τα χαρακτηριστικά του μεταβολικού συνδρόμου (γλυκόζη αίματος, τριγλυκερίδια, ολική χοληστερόλη, αρτηριακή πίεση, περιφέρεια μέσης, βάρος, Δείκτη Μάζας Σώματος και % περιεκτικότητα σε λίπος) σε ένα σημαντικό δείγμα εφήβων που θα επιλεγεί με τυχαιοποίηση (περίπου 2.100 άτομα) από 16 γυμνάσια και 11 λύκεια των δήμων Αγίου Δημητρίου Αττικής, Αλίμου και Παλαιού Φαλήρου κυρίως με τεχνολογίες φορητής τηλεϊατρικής. Επιπλέον, θα αξιολογηθεί η σωματική δραστηριότητα των εφήβων του δείγματος καθώς και το διατροφικό τους προφίλ. Οι έφηβοι θα απασχοληθούν εντός των πρώτων δύο ωρών της κάθε σχολικής ημέρας (όχι πλέον των 20 λεπτών έκαστος). Το πρόγραμμα επίσης περιλαμβάνει δέσμη παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας και αγωγής της υγείας με ομάδες στόχους τους εφήβους, τους γονείς τους, τους εκπαιδευτικούς αλλά και τους επαγγελματίες υγείας των δήμων. Ενδεικτικές παρεμβάσεις είναι η χορήγηση νωπών φρούτων στους εφήβους εντός των σχολείων, η αγωγή υγείας μέσω σεμιναρίων, διαλέξεων και διημερίδων, η έκδοση οδηγιών ισορροπημένης διατροφής και φυσικής δραστηριότητας. Τέλος, στα πλαίσια του προγράμματος θα γίνει διάχυση των αποτελεσμάτων και παρουσίαση τους σε εθνικό και Ευρωπαϊκό επίπεδο.

ΑΥΞΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΙΑΧΥΤΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Ξ. Μπιτούνη, Π. Περβανίδου, Ε. Γιουρούκου, Κ. Παπανικολάου, Γ. Χρούσος

Εισαγωγή: Οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) είναι μια ομάδα διαταραχών που έχουν ως κοινή βάση τα παρακάτω συμπτώματα, βάση του DSM-IV-TR: έκπτωση στην κοινωνική αμοιβαία αλληλεπίδραση, έκπτωση στην επικοινωνία, επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες, περιορισμένα ενδιαφέροντα και στερεοτυπίες. Είναι διεθνώς τεκμηριωμένο ότι τα παιδιά με ΔΑΔ παρουσιάζουν ασυνήθιστο τρόπο αύξησης, με χαρακτηριστικό κλινικό εύρημα την αυξημένη περίμετρο κεφαλής στα πρώτα έτη ζωής.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας ήταν η καταγραφή των σωματομετρικών παραμέτρων παιδιών με ΔΑΔ και η σύγκριση τους με τις αντίστοιχες παραμέτρους παιδιών τυπικής ανάπτυξης.

Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 38 άρρενα άτομα προεφηβικής ηλικίας με ΔΑΔ. Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε στο Ιατρείο Αναπτυξιακής και Συμπεριφορικής Παιδιατρικής του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία». Κατά την κλινική αξιολόγηση, έγινε καταγραφή των σωματομετρικών παραμέτρων και κατόπιν σύγκριση τους με τις αντίστοιχες παραμέτρους παιδιών τυπικής ανάπτυξης, όπως αυτές προκύπτουν από τη μεγάλη μελέτη των Δ. Χιούττ και συνεργατών του (2000-2001).

Αποτελέσματα: Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στο βάρος και στην περίμετρο κεφαλής μεταξύ παιδιών με ΔΑΔ και παιδιών με τυπική ανάπτυξη ηλικίας 3-4 ετών. Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκε μεγαλύτερο βάρος των παιδιών με ΔΑΔ και περίμετρο κεφαλής (διάμεσο βάρος 18 kg, διάμεση περίμετρος 52 εκ.) σε σχέση με τα παιδιά με τυπική ανάπτυξη (διάμεσο βάρος 16 kg, διάμεση περίμετρος 51 εκ.). Ενδεικτικά σημαντική διαφορά ως προς το βάρος και την περίμετρο κεφαλής παρατηρήθηκε κατά τη σύγκριση όλων των ηλικιακών ομάδων.

Συμπεράσματα: Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στο βάρος και στην περίμετρο κεφαλής μεταξύ παιδιών με ΔΑΔ και παιδιών με τυπική ανάπτυξη ηλικίας 3-4 ετών. Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκε μεγαλύτερο βάρος των παιδιών με ΔΑΔ και περίμετρο κεφαλής (διάμεσο βάρος 18 kg, διάμεση περίμετρος 52 εκ.) σε σχέση με τα παιδιά με τυπική ανάπτυξη (διάμεσο βάρος 16 kg, διάμεση περίμετρος 51 εκ.). Ενδεικτικά σημαντική διαφορά ως προς το βάρος και την περίμετρο κεφαλής παρατηρήθηκε κατά τη σύγκριση όλων των ηλικιακών ομάδων.

ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΔΟΜΗ ΦΙΛΙΚΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

Σ. Μίχου, Λ. Αθανασίου, Ν. Κάγκα, Λ. Βελετζά, Φ. Μπακοπούλου,
Γ. Χρούσος

*Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής (Έδρα UNESCO),
Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»*

Σκοπός: Η καταγραφή και η ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των εφήβων που προσέρχονται στο Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής (Ε.Κ.Ε.Ι.)

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 150 έφηβοι οι οποίοι προσήλθαν στο Ε.Κ.Ε.Ι. κατά τη διάρκεια της τετραετίας 2008-2011 και παραπέμφθηκαν για ψυχολογική υποστήριξη κατόπιν αξιολόγησης από εφηβίατρο.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των εφήβων που μελετήθηκαν, 45 ήταν αγόρια και 105 κορίτσια. Το 57% (85 έφηβοι) ανήκαν στη μέση εφηβεία (14-17 ετών). Τα αρχικά αίτια προσέλευσης των εφήβων στο Ε.Κ.Ε.Ι. αναφέρθηκαν ως οργανικά σε ποσοστό 40% και ψυχολογικά στο 60%. Τα συχνότερα αναφερόμενα οργανικά αίτια προσέλευσης με ψυχολογική συνοσηρότητα ήταν το χαμηλό ή αυξημένο σωματικό βάρος (65%) και τα γυναικολογικά προβλήματα (27%). Συγκεκριμένα οι έφηβοι με αυξημένο σωματικό βάρος παρουσίασαν σε ποσοστό 96% ψυχολογική επιβάρυνση λόγω χαμηλής αυτοεκτίμησης, επικριτικής στάσης των γονέων, εντάσεων στο σπίτι κ.α. Τα πιο συχνά ψυχολογικά προβλήματα που φάνηκε να αντιμετωπίζουν οι έφηβοι ήταν οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (16%), οι αγχώδεις (14%) και συναισθηματικού τύπου διαταραχές (14%), οι δυσκολίες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (13%), οι δυσαρμονικές οικογενειακές σχέσεις (13%), τα καταθλιπτικά συμπτώματα (12%), τα συμπτώματα άγχους (7%) και οι ψυχωσικές διαταραχές-ΔΕΠΥ- διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (9%). Σε ποσοστό 82%, η διάγνωση του εφηβίατρου επιβεβαιώθηκε από τον ψυχολόγο. Από τους εφήβους που παρακολούθηθηκαν από ψυχολόγο, 34 % παραπέμφθηκαν σε παιδοψυχίατρο είτε για εκτίμηση (11%), είτε για παρακολούθηση (23%). Η ψυχολογική παρέμβαση περιελάμβανε, ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες του εφήβου, ατομική ψυχοθεραπεία-συμβουλευτική εφήβων και γονέων, παιδοψυχιατρική εκτίμηση και παρακολούθηση.

Συμπεράσματα: Η ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των εφήβων θα πρέπει να βασίζεται στη συνεργασία μιας διεπιστημονικής ομάδας αποτελούμενης από παιδίατρο-εφηβίατρο, ψυχολόγο και ψυχίατρο, σε δομές υγείας φιλικές προς τους εφήβους.

ΧΑΡΙΣΜΑΤΙΚΟΙ ΜΑΘΗΤΕΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ

Γ. Καμπόλη, *Ψυχολόγος-Επιστ. Συνεργάτης ΨΥΧΕΔΑΔ*

Α. Σ. Αντωνίου, *Λέκτορας Ψυχολογίας- Πανεπιστήμιο Αθηνών*

Κατά τα τελευταία ιδιαίτερα χρόνια έχει επισημανθεί ότι η χαρισματικότητα και η υποεπίδοση ως συνέπεια ποικίλων παραγόντων, τόσο ενδογενών όσο και περιβαλλοντικών, είναι δυνατόν να παρατηρούνται στους ίδιους μαθητές. Τα χαρισματικά παιδιά ενδέχεται να παρουσιάζουν και στοιχεία αρνητικής συμπεριφοράς, όπως σχολική άρνηση και υποεπίδοση, υπεροψία, ανησυχία για τις επιδόσεις τους, συναισθηματική αναστολή, κοινωνική απομόνωση αλλά και εξωτερικά χαρακτηριστικά όπως σκνηρία. Συνήθως, όσο πιο χαρισματικό είναι ένα παιδί, τόσο πιο αντισυμβατικός είναι ο τρόπος σκέψης του, γεγονός που κατά το πλείστον το οδηγεί στην απομόνωση. Χαρακτηριστικό είναι ότι ένα ποσοστό της τάξης του 25% των χαρισματικών παιδιών αντιμετωπίζουν κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα. Οι χαρισματικοί μαθητές μπορεί να παρουσιάζουν χαμηλή σχολική επίδοση είτε γιατί δεν έχουν κίνητρα για την ολοκλήρωση συγκεκριμένων εργασιών, είτε γιατί μπορεί να νιώθουν ότι δεν έχουν προκλήσεις και δεν ανταμείβονται για τις εργασίες που διεκπεραιώνουν. Είναι πιθανό να υποαποδίδουν με προσωπική τους επιλογή λόγω του ότι φοβούνται τις πιέσεις που συνεπάγεται η επιτυχία ή εξαιτίας του ότι η αποδοχή από τους συνομήλικούς τους αξιολογείται ως περισσότερο σημαντική σε σχέση με την κατάκτηση της επιτυχίας. Είναι επίσης πιθανόν ορισμένα χαρισματικά παιδιά να σημειώνουν χαμηλές επιδόσεις στην προσπάθειά τους να «τιμωρήσουν» με τον τρόπο αυτό τους γονείς τους οι οποίοι τα καταπιέζουν και εκλαμβάνουν την επιτυχία τους ως δική τους προσωπική επιτυχία. Τέλος, άλλη αιτία του φαινομένου αυτού ενδέχεται να είναι η ασυμφωνία μεταξύ σχολικού προγράμματος και πραγματικών ικανοτήτων των χαρισματικών παιδιών. Συνεπώς, πολλές φορές αποδεικνύεται ότι η οργανωμένη πολιτεία και το εκπαιδευτικό σύστημα αποτυγχάνουν στο να αξιοποιήσουν τις σημαντικές ικανότητες των χαρισματικών και ταλαντούχων μαθητών σε πολλούς τομείς τόσο της επιστήμης όσο και της τέχνης μη συνειδητοποιώντας τις πραγματικές διαστάσεις του συγκεκριμένου προβλήματος.

ΤΟ ΙΔΙΟΠΑΘΕΣ ΠΡΟΤΥΠΟ ΒΑΔΙΣΗΣ ΣΤΙΣ ΜΥΤΕΣ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ (ΤΟΕ-WALKING) ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ (ΔΑΔ) ΚΑΙ ΣΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΩΝ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ (ΦΑΔ)

Ε. Κόκκινου

Ψυχοθεραπεύτρια ΡΤ Msc, NDT, SI, Λάρισα

Εισαγωγή: Οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) και το Φάσμα των Αυτιστικών Διαταραχών (ΦΑΔ) είναι όροι που εμφανίστηκαν τη δεκαετία του '90 για να κατατάξουν τα αυτιστικά σύνδρομα με βάση τη βαρύτητα της έκφρασής τους. Οι ΦΑΔ και οι ΔΑΔ είναι πολύπλοκες νευρολογικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από κοινωνική δυσλειτουργία, δυσκολία στην επικοινωνία και επαναλαμβανόμενη και στερεότυπη συμπεριφορά, όπως το ιδιοπαθές πρότυπο βάδισης στις μύτες των ποδιών (toe-walking).

Σκοπός: Συγκέντρωση πληροφοριών στην αιτιολογία των διαφορών κλινικών συμπτωμάτων και ιδιαίτερα του ιδιοπαθούς αυτού προτύπου βάδισης στις μύτες των ποδιών (toe-walking) και στις διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις που υπάρχουν.

Υλικό/Μέθοδος: Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) και το Φάσμα του Αυτισμού (ΦΑΔ) σε διάφορες βάσεις δεδομένων του διαδικτύου. Από την έρευνα βρέθηκαν 38.890 άρθρα και επιλέχθηκαν άρθρα της τελευταίας 20ετίας που αφορούσαν ασθενείς με ΔΑΔ και ΦΑΔ. Κύριο κριτήριο επιλογής των ασθενών (ηλικία 4-12) στις μελέτες αυτές ήταν η έγκαιρη και πρώιμη διάγνωση της ΔΑΔ και ΦΑΔ. Όλες οι μελέτες αξιολογούσαν την επίδραση και τα αποτελέσματα συγκεκριμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων από διαφορετικές ειδικότητες στην οργάνωση και ελαχιστοποίηση των κλινικών συμπτωμάτων.

Αποτελέσματα: Υπάρχουν πολλές παλιές αλλά και νέες θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες εφαρμόζονται από διαφορετικές ειδικότητες και μέσω των οποίων καταφέρνουν τα παιδιά με ΔΑΔ και ΦΑΔ να μειώσουν την επαναλαμβανόμενη στερεότυπη συμπεριφορά toe-walking.

Συμπέρασμα: Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι χρειάζεται συνεχή ενημέρωση και συντονισμένη παρέμβαση και επικοινωνία από την διεπιστημονική ομάδα προκειμένου να κατευθύνουν σωστά τον πιο σημαντικό «θεραπευτή», τους ίδιους τους γονείς.



Ευρετήριο Συγγραφέων

Α

ΑΓΓΕΛΑΚΗΣ Ε.ΕΑ11

ΑΓΓΕΛΗ Ε.ΕΑ02, ΕΑ18

ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Λ.ΕΑ24

ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Ν.ΕΑ17

ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Ε.ΕΑ05, ΕΑ20

ΑΝΤΩΝΙΟΥ Α.-Σ.ΕΑ12, ΕΑ25

ΑΣΚΗΤΗΣ Α.ΕΑ06, ΕΑ19

Β

ΒΕΛΕΤΖΑ Λ.ΕΑ24

Γ

ΓΕΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Π.ΕΑ04

ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΙΑ Μ.ΕΑ07, ΕΑ14, ΕΑ22

ΓΙΟΥΡΟΥΚΟΥ Ε.ΕΑ23

ΓΚΟΥΡΟΓΙΑΝΝΗ Α.ΕΑ09

Δ

ΔΑΡΒΙΡΗ Χ.ΕΑ05, ΕΑ20

ΔΑΣΤΑΜΑΝΗ Α.ΕΑ13

ΔΕΛΗΓΕΩΡΟΓΛΟΥ Ε.ΕΑ01, ΕΑ17

ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Κ. Δ.ΕΑ01

ΔΙΑΜΑΝΤΑΡΑΣ Α.ΕΑ21

Ε

ΕΞΑΡΧΟΠΟΥΛΟΥ Ν.ΕΑ14

Θ

ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.ΕΑ06, ΕΑ19

Κ

ΚΑΓΚΑ Ν.ΕΑ24

ΚΑΙΣΑΡΗ Π.ΕΑ07

ΚΑΜΠΟΛΗ Γ.ΕΑ12, ΕΑ25

ΚΑΝΑΒΙΔΗΣ Π.ΕΑ08

ΚΑΝΑΚΑ-ΓΑΝΤΕΝΒΕΙΝ Χ.ΕΑ03, ΕΑ09,

.....ΕΑ13

ΚΑΡΟΥΝΤΖΟΣ Β.ΕΑ01

ΚΟΙΝΑΚΗ Σ.ΕΑ14

Κοινοπραξία EU NET ADB.....ΕΑ15

ΚΟΡΠΑ Τ.ΕΑ02, ΕΑ05, ΕΑ10, ΕΑ11,

.....ΕΑ18, ΕΑ20

ΚΟΥΡΟΥΣΙΑΣ Κ. ΕΑ06, ΕΑ19

ΚΟΥΣΟΥΛΗΣ Α. ΕΑ21

ΚΡΕΑΤΣΑΣ Γ. ΕΑ01, ΕΑ17

ΚΥΡΙΑΚΟΥ Α. ΕΑ14

Λ

ΛΥΤΡΑ Φ. ΕΑ11, ΕΑ18

Μ

ΜΑΓΚΛΗΣ Ε. ΕΑ07

ΜΑΤΣΟΥΚΗΣ Ι. ΕΑ04

ΜΕΞΗ-ΜΠΟΥΡΝΑ Π. ΕΑ16

ΜΙΧΑΛΑΚΗ Ε. ΕΑ07

ΜΙΧΕΛΑΚΟΣ Θ. ΕΑ08

ΜΙΧΟΥ Σ. ΕΑ24

ΜΟΣΧΑ Μ. ΕΑ06, ΕΑ19

ΜΠΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Φ. ΕΑ01, ΕΑ10,

..... ΕΑ17, ΕΑ22, ΕΑ24

ΜΠΑΛΗ Χ. ΕΑ16

ΜΠΑΣΤΑΚΗ Δ. ΕΑ03

ΜΠΕΛΗ Α. ΕΑ16

ΜΠΙΤΟΥΝΗ Ξ. ΕΑ23

ΜΠΟΥΤΟΠΟΥΛΟΥ Β. ΕΑ16

Ο

ΟΡΦΑΝΙΔΟΥ Ι. ΕΑ16

Π

ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Λ. ΕΑ10

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Π. ΕΑ05, ΕΑ10, ΕΑ11,

..... ΕΑ13, ΕΑ20

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Κ. ΕΑ03, ΕΑ07, ΕΑ14,

..... ΕΑ23

ΠΕΡΒΑΝΙΔΟΥ Ν. ΕΑ02, ΕΑ03 ΕΑ07,

..... ΕΑ09, ΕΑ13, ΕΑ14, ΕΑ18, ΕΑ23

ΠΕΤΡΙΔΟΥ Ε. ΕΑ04, ΕΑ021

Ρ

ΡΕΝΤΟΥΜΗΣ Α. ΕΑ22

ΡΟΚΚΑΣ Κ. ΕΑ06, ΕΑ19

Σ

ΣΚΑΛΟΥΜΠΑΚΑΣ Χ. ΕΑ11, ΕΑ18, ΕΑ20

ΣΤΕΡΓΙΩΤΗ Ε. ΕΑ01



Τ

ΤΖΙΑΛΑ Ε.....ΕΑ20

ΤΣΕΚΟΥΡΑ Ε.....ΕΑ16

ΤΣΙΜΑΡΗΣ Π.....ΕΑ17

ΤΣΙΤΣΙΚΑ Α.....ΕΑ15

Φ

ΦΙΛΙΠΠΑ Ν.....ΕΑ13

ΦΩΣΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ Γ.....ΕΑ22

ΦΩΤΕΙΝΑΚΗ Ε.....ΕΑ06, ΕΑ19

Χ

ΧΟΥΛΙΑΡΑΣ Γ.....ΕΑ03

ΧΟΥΣΙΑΔΑ Χ.....ΕΑ06, ΕΑ19

ΧΡΟΥΣΟΣ Γ.Π..ΕΑ03, ΕΑ07, ΕΑ09, ΕΑ10,
.....ΕΑ13, ΕΑ14, ΕΑ20, ΕΑ22, ΕΑ23, ΕΑ24

Ψ

ΨΥΧΟΓΙΟΥ Μ.....ΕΑ11, ΕΑ20



Σημειώσεις





Οργάνωση - Γραμματεία:



Θεσσαλονίκης 12, 153 44 Γέρακας
Τηλ.: 210 6048260, Fax: 210 6047457
E-mail: mschismenou@free-spirit.gr
web site: www.free-spirit.gr



GARDASIL®

Εμβόλιο του Ιού των Ανδρικών Θηλωμάτων

[Τόποι 6,11,16,18]

(Ανοσοδραστικό, προοφραμμένο)



BIANEC Α.Ε. - ΠΟΛΙΟΚΕΛΕΙΑ ΒΑΡΝΗΣ
Γραφείο Επιστημονικής Ενημέρωσης
ΑΘΗΝΑ / 2564 Τηλέφωνο 146 11 61 - Φαξ 210 6009 11
• E-Mail: marketing@bianec.gr • INTERNET: <http://www.bianec.gr>
ΒΕΪΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Καραγιάννη 2, Τηλ 277044446

© 2007



sanofi pasteur MSD
Protecting the life