



Ελληνική Εταιρία
Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας

ΔΙΗΜΕΡΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ: Σπάρτη, 14-15 Μαΐου 2016

*Περιγεννητική και Παιδιατρική
φροντίδα στην Κοινότητα*

**Τόμος
Περίληψεων**



14 ΜΑΪΟΥ 2016: Αίθουσα "Ευάγγελος Φιλιππόπουλος", Πνευματικό Κέντρο Σπάρτης
15 ΜΑΪΟΥ 2016: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σπάρτη

ΣΥΝΔΙΟΡΓΑΝΩΤΕΣ



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 14 Μαΐου 2016 - Πνευματικό Κέντρο Σπάρτης

08:00 - 09:00 **Εγγραφές**

09:00 - 10:30 **Βιωματικό Σεμινάριο: Αναπτυξιακός έλεγχος Βρέφους - Παιδιού:**
Από τη διάγνωση στην αντιμετώπιση στο σπίτι, το σχολείο και την τοπική κοινότητα
Συντονιστές - Διαμεσολαβητές: Α. Κλημενοπούλου, Σ. Μαντούδης

Θεματικές ενότητες:

- Επιτήρηση της ανάπτυξης από τον παιδίατρο της κοινότητας: από την υποψία στη διάγνωση
 - Παιδιά προσχολικής ηλικίας: προληπτικός έλεγχος άρθρωσης και φωνολογίας από τον Παιδίατρο
- Συμμετέχουν:** ΚΕΔΔΥ Λακωνίας (Ε. Νικολοπούλου) & Γονέας Παιδιού με Αναπτυξιακή Διαταραχή

10:30 - 11:45 **Τι νεότερο στους εμβολιασμούς και τις αλλεργίες στα αντιβιοτικά**
Συντονιστές: Ν. Σκεντέρης, Ε. Παπαθωμά

- Το εθνικό εμβολιαστικό πρόγραμμα και η εφαρμογή του σε ομάδες υψηλού κινδύνου για ελλειπείς εμβολιασμούς: στρατηγικές και μεθοδολογία παρέμβασης στην κοινότητα, *Σ. Φεσσάτου (35')*
- Ανοσοπροφύλαξη πρόωρων νεογνών, *Σ. Γαβρίλη (10')*
- Μύθοι και αλήθειες για την αλλεργία στα αντιβιοτικά, *Κ. Δούρος (15')*

Παρεμβάσεις: Ο ρόλος των τοπικών φορέων στην αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης

- Ο έλεγχος εμβολιαστικής κάλυψης από το σχολείο, *Δ.Π.Ε. Λακωνίας*
- Προτάσεις, *Π. Ανδριόπουλος*

11:45 - 12:00 **Διάλειμμα**

12:00 - 14:00 **Συνήθη Συμπεριφορικά και Ψυχικά Προβλήματα Παιδιών και Εφήβων:**
έγκαιρη ανίχνευση, προληπτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις
Συντονιστές: Σ. Μαντούδης, Δ. Αναγνωστόπουλος

- Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση συνήθων συμπεριφορικών και ψυχικών διαταραχών των παιδιών: Ο ρόλος των ειδικών υγείας, του σχολείου και της οικογένειας, *Δ. Αναγνωστόπουλος (30')*
- Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση συνήθων συμπεριφορικών και ψυχικών διαταραχών των εφήβων: Ο ρόλος των ειδικών υγείας, του σχολείου και της οικογένειας, *Ε. Σουμάκη (30')*

Παρεμβάσεις στην κοινότητα και διασύνδεση της τοπικής κοινότητας με τις υπηρεσίες υγείας

- Προβλήματα συμπεριφοράς και σχολείο *Δ.Δ.Ε. Λακωνίας*
- Πρόγραμμα Αλκοόλ 18+, *Π. Κουτσοβίτης*
- Δημιουργική γραφή και έκφραση: ο εκπαιδευτικός, παιδαγωγός και θεραπευτής, *Β. Σταθάκη*

14:00 - 16:00 **Μεσημβρινή Διακοπή**



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 14 Μαΐου 2016 - Πνευματικό Κέντρο Σπάρτης

16:00 - 17:45 «Άρρωστο & νοσογόνο» περιβάλλον: επιδράσεις στην υγεία εμβρύων, νεογνών, παιδιών και εφήβων

Συντονιστές: Ε. Πετρίδου, Α. Χαρίτου, Σ. Ζαχάκη

Ομιλίες:

- Το περιβάλλον των ανθρώπινων σχέσεων και η ομαλή βιοψυχοκοινωνική ανάπτυξη: από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή, *Δ. Αναγνωστόπουλος (30')*
- Οι γενετικοί παράγοντες στην εκδήλωση νευρολογικών παθήσεων στα νεογνά, *Α. Δαρράκη (10')*
- Καρκίνος στην κύηση και καθ' εξιν αποβολές, *Γ. Βλάχος (25')*
- Περιβάλλον, επιγενετική και υγεία του παιδιού: το παράδειγμα του καπνίσματος και της κινητής τηλεφωνίας, *Ν. Σκεντέρης, Ε. Πετρίδου (25')*

Προληπτικές παρεμβάσεις στην κοινότητα της Λακωνίας από τους τοπικούς φορείς αγωγής υγείας και πρόληψης *Α. Γκουτούνα*

17:45 - 18:00 Διάλειμμα

Απογευματινές Συνεδρίες ανοιχτές στο κοινό

18:00 - 20:00 Προαγωγή της συλλογικής υγείας παιδιών και εφήβων στο Νομό Λακωνίας

Συντονιστές: Δ. Αναγνωστόπουλος, Ε. Σουμάκη

- Αισθητηριακές και Ρυθμιστικές Διαταραχές: επιβαρυντικοί παράγοντες στην εμφάνιση αναπτυξιακών δυσκολιών - Προληπτικός Έλεγχος από τον Παιδίατρο, *Σ. Μαντούδης (20')*
- Η έγκαιρη αποκατάσταση του παιδιού με σωματική αναπηρία: οι σχέσεις των ειδικών, της οικογένειας και του κοινωνικού περιβάλλοντος, *Κ. Πετροπούλου, (20')*
- Εμβόλια: η μεγάλη ευλογία, *Σ. Φεσσάτου, Μ. Καραλέξη (20')*
- Διατροφή στην εγκυμοσύνη, *Δ. Βλάχος (10')*
- Διατροφή στην εφηβεία, *Σ. Φεσσάτου (10')*
- Η άσκηση «κάνει καλό», *Γ. Γερουλάκος (10')*

20:00 - 20:45 Τελετή έναρξης - Προσφωνήσεις

Συντονιστές: Σ. Γαβρίλη, Π. Κουτσοβίτης

Διάλεξη:

Αλλαγή κλίματος και η επίδρασή της στην υγεία και τη διατροφή,
Α. Καραμάνος

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Κυριακή 15 Μαΐου 2016 - Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

09:30 - 11:00 Βιωματικά Εργαστήρια: Θέματα Περιγεννητικής Φροντίδας

Αίθουσα Α: Θέματα, *Συντονιστές - Διαμεσολαβητές*

Η παιδιατρική φροντίδα του πρόωρου νεογνού, *Γ. Δημητρίου*

Παράγοντες που επηρεάζουν την αναπτυξιακή εξέλιξη του βρέφους, *Σ. Μαντούδης*

Αίθουσα Β: Θέματα, *Συντονιστές - Διαμεσολαβητές*

Τράπεζες γάλακτος, *Ε. Παπαθωμά*

Χορήγηση Βιταμίνης D, *Σ. Ζαχάκη*

HIV εγκύων και νεογνών: Στρατηγική αντιμετώπισης, *Σ. Γαβρίλη*

11:00 - 11:15 Διάλειμμα

11:15 - 12:45 Βιωματικά Εργαστήρια: Θέματα Περιγεννητικής Φροντίδας

Αίθουσα Α: Θέματα, *Συντονιστές - Διαμεσολαβητές*

Προγεννητικός έλεγχος, *Μ. Σύνδος*

Όψιμα πρόωρα: οι τρεις πολύτιμες βδομάδες, *Α. Χαρίτου*

Αίθουσα Β: Θέματα, *Συντονιστές - Διαμεσολαβητές*

Μητρικός θηλασμός, *Π. Πανανή*

12:45 - 14:15 Λευκή Βίβλος Περιγεννητικής Φροντίδας:

Εργαστήριο παρακολούθησης του δετούς πλάνου δράσης και απολογισμός του Συμποσίου

Συντονιστές: Γ. Δημητρίου, Ε. Παπαθωμά, Α. Χαρίτου, Ε. Πετρίδου, Σ. Γαβρίλη, Π. Κουτσοβίτης

14:15 - 14:30 Συμπεράσματα - Λήξη Συμποσίου

Υποχρέωση Συντονιστή- Επιστημονικού Γραμματέα:

Παράδοση στη γραμματεία των αποτελεσμάτων των βιωματικών δραστηριοτήτων και του υλικού που χρησιμοποιήθηκε πχ βίντεο, την ίδια ΗΜΕΡΑ διεξαγωγής του βιωματικού εργαστηρίου

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΜΑΪΟΥ 2016: ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΣΠΑΡΤΗΣ

09.00-10.30

Βιωματικό Σεμινάριο: Αναπτυξιακός έλεγχος Βρέφους - Παιδιού: από τη διάγνωση στην αντιμετώπιση (σπίτι, σχολείο τοπική κοινότητα)

Συντονιστές - Διαμεσολαβητές: Α. Κλημεντοπούλου, Σ. Μαντούδης

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΒΡΕΦΟΥΣ - ΠΑΙΔΙΟΥ: ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ (ΣΠΙΤΙ, ΣΧΟΛΕΙΟ ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ)

Συντονιστές:

Α. Κλημεντοπούλου, Παιδιάτρος – Αναπτυξιακή Παιδιάτρος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονική Υπεύθυνη Ιατρείου Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, ΙΑΣΩ Παίδων, Μονάδας Έρευνας και Θεραπείας για το Παιδί «Σπύρος Δοξιάδης»

Σ. Μαντούδης, Αναπτυξιακός-Εργοθεραπευτής, Αναπτυξιακό Κέντρο «MANDOU»

Συμμετοχή: ΚΕΔΔΥ Λακωνίας (Ε. Νικολοπούλου) & Γονέας Παιδιού με Αναπτυξιακή Διαταραχή

Επιστημονικοί γραμματείς: Θα επιλεγούν από τους συμμετέχοντες

Α. Υπάρχουσα γνώση

Θεματική ενότητα: Επιτήρηση της ανάπτυξης από τον παιδίατρο της κοινότητας: από την υποψία στη διάγνωση

Οι αναπτυξιακές δυσκολίες απαντώνται συχνά στην παιδιατρική πράξη. Η πρώιμη ανίχνευση παρέχει δυνατότητα πρώιμης παρέμβασης προκειμένου να αλλάξει η αναπτυξιακή τροχιά του παιδιού και να μεγιστοποιηθεί το δυναμικό του. Ο παιδίατρος ή γενικός ιατρός της κοινότητας έχει ένα ισόβιο προτέρημα έναντι όλων των υπολοίπων ειδικών που ασχολούνται με το παιδί και την οικογένειά του – τη σχέση εμπιστοσύνης που χτίζεται μέσα από τις συχνές επαφές και επισκέψεις από τις πρώτες μέρες ζωής του παιδιού. Επομένως αποτελεί πρόσωπο-κλειδί. Ο στόχος των υγειονομικών της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι η έγκαιρη επισήμανση-υποψία αναπτυξιακών δυσκολιών. Οι Έλληνες πάροχοι ιατρικής φροντίδας στην κοινότητα είναι κατά μια έννοια «εκτεθειμένοι σε κίνδυνο» όσον αφορά το θέμα της ανίχνευσης αναπτυξιακών δυσκολιών διότι δεν διαθέτουν επικαιροποιημένα ανιχνευτικά εργαλεία και έχουν γενικώς ελλιπή εκπαίδευση-ευαισθητοποίηση αναφορικά με την ανίχνευση των αναπτυξιακών διαταραχών σε παιδιά υψηλού κινδύνου.

Θεματική ενότητα: Παιδιά προσχολικής ηλικίας: προληπτικός έλεγχος άρθρωσης και φωνολογίας από τον Παιδίατρο

Οι διαταραχές άρθρωσης και φωνολογίας αποτελούν σύννητες αναπτυξιακό πρόβλημα, το οποίο απασχολεί τους παιδίατρους στην καθημερινή τους κλινική φροντίδα. Η κατάκτηση των φωνημάτων γίνεται σταδιακά σε όλα τα παιδιά, κάποια αφομοιώνουν τους ήχους αμέσως, ενώ κάποια άλλα δυσκολεύονται. Ο παιδαγωγός στο καθημερινό του έργο, συναντά παιδιά που δεν μιλούν καθαρά. Τίθεται το δίλλημα κατά πόσο η δυσκολία που εντοπίζει, χρειάζεται άμεσα λογοθεραπευτική παρέμβαση ή είναι στα φυσιολογικά στάδια της φωνολογικής εξέλιξης σύμφωνα με την ηλικία του. Η ομιλία ενός τριχρονου παιδιού μπορεί είναι καταληπτή κατά το 75%, ενώ αν αυτή παρουσιάζει δυσκολίες σίγουρα θα γίνει δυσκατάληπτη. Η πρόωρη αποκατάσταση των δυσκολιών θα βοηθήσει το παιδί στο να καλύψει τα τυχόν ελλείμματα και θα προλάβει τη δημιουργία νέων. Έχει παρατηρηθεί πως τα παιδιά με αρθρωτικά η φωνολογικά προβλήματα, αποκτούν περιορισμένο λεξιλόγιο, διότι «αποφεύγουν» τις λέξεις που τα δυσκολεύουν. Τα φωνολογικά προβλήματα στην προσχολική ηλικία μπορεί να επηρεάζουν την σχολική επίδοση και σχετίζονται με τις μαθησιακές δυσκολίες. Είναι συνηθισμένο τα προβλήματα του προφορικού λόγου να επηρεάσουν το γραπτό λόγο, ένα παιδί δηλαδή, να γράφει όπως μιλάει. Συνεπώς, εάν ανιχνευθούν οι αρθρωτικές και φωνολογικές δυσκολίες, μπορεί να επέλθει πρώιμα η αποκατάσταση τους, προτού το παιδί πάει στην Α' Δημοτικού.

B. Διάρθρωση Βιωματικού Σεμιναρίου

Κοινό: 1. Παιδίατροι-Νεογνολόγοι, Γενικοί Ιατροί 2. Λογοθεραπευτές-Εργοθεραπευτές, 3. Εκπαιδευτικοί, 4. Γονείς με δράση στην κοινότητα, 5. Φοιτητές Επαγγελματιών Υγείας

Αριθμός συμμετεχόντων: 25-30 (θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας)

Στόχοι:

1. Ενημέρωση για τις αναπτυξιακές διαταραχές και τους σύγχρονους τρόπους αντιμετώπισης με έμφαση σε διαταραχές άρθρωσης και φωνολογίας
2. Σχέδιο επιτήρησης της ανάπτυξης των παιδιών στην κοινότητα
3. Πρακτική άσκηση στον Ανιχνευτικό Προληπτικό Έλεγχο Άρθρωσης και Φωνολογίας

Δομή:

1. Γνωριμία συμμετεχόντων-συντονιστών, Κοινωνιόγραμμα, Προσδοκίες από το βιωματικό, Ορισμός επιστημονικών γραμματέων (10 min)
2. Εισαγωγή στις αναπτυξιακές διαταραχές (15 min)
3. Δραστηριότητες (65 min):
 - 3.1. Διαχείριση αναπτυξιακών διαταραχών στην Ελλάδα, συνήθη προβλήματα κατά την ανίχνευση τους στην περιφέρεια της χώρας (10 min)
 - 3.2. Ανάπτυξη σχεδίου επιτήρησης της αναπτυξιακής εξέλιξης του παιδιού προσαρμοσμένο στα Ελληνικά δεδομένα (15 min)
Αναπλαισίωση: Σύνοψη από δυο επιστημονικούς γραμματείς (10 min)
 - 3.3. Αξιολόγηση παιδιών με διαταραχές άρθρωσης και φωνολογίας που φοιτούν σε παιδικούς σταθμούς (30 min):
 - Παρουσίαση video με παιδιά που συζητούν ελεύθερα και σχολιασμός από το κοινό ποιο από αυτά θεωρεί ότι εμφανίζουν διαταραχή

- Παρουσίαση video με ομάδες παιδιών, που αντιμετωπίζουν πρόβλημα ώστε να σχολιαστεί από το κοινό ποια παιδιά πληρούν τα κριτήρια διαταραχών
- Παρουσίαση video με μικτές ομάδες παιδιών, όπου το κοινό θα κάνει την αξιολόγηση φυσιολογικού-παθολογικού (Φ/Π). Οι συμμετέχοντες καταγράφουν τις επιλογές τους (Φ/Π) για κάθε παιδί στο Εγχειρίδιο Ερεθισμάτων και Έντυπο Καταγραφής. Επίδειξη μεταφοράς των δεδομένων του κάθε παιδιού στη δωρεάν on-line πλατφόρμα για αυτόματη εξαγωγή με τα αποτελέσματα του ελέγχου.

Βιβλιογραφία

1. Glascoe F. Evidence based approach to developmental and behavioral surveillance using parent concerns. *Child Care Health Dev* 2000;26:137-149
2. Glascoe FP, Robertshaw NS. New AAP Policy on detecting and addressing developmental and behavioral problems. *J Pediatr Health Care* 2007;21:407-412)

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΕΛΛΙΠΕΙΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥΣ: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Σ. Φεσσάτου, Παιδίατρος - Παιδογαστρεντερολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Γ' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο "Αττικόν"

Ο καθολικός εμβολιασμός αποτελεί μια από τις αποτελεσματικότερες προληπτικές παρεμβάσεις της ιατρικής. Σε χώρες, ωστόσο, που βίωσαν μεγάλη οικονομική και κοινωνική κρίση εμφανίστηκαν ως επακόλουθο σοβαρές επιδημίες από «λησμονηθέντα» νοσήματα, όπως η διφθερίτιδα και η πολιομυελίτιδα. Απαραίτητη, επομένως, κρίνεται η έγκαιρη αναγνώριση των ομάδων υψηλού κινδύνου για ελλιπή εμβολιασμό, ώστε να καθοριστούν επιμέρους πολιτικές με σκοπό τη διατύπωση μετρήσιμων στόχων και τη λήψη συγκεκριμένων μέτρων.

Με βάση πρόσφατη αναφορά από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, ιδιαίτερα χαμηλά είναι τα ποσοστά αντιγριπικής εμβολιαστικής κάλυψης, που δεν ξεπερνούν το 20% σε ομάδες υψηλού κινδύνου για σοβαρή νόσηση. Πολύ σοβαρό ζήτημα αποτελεί και η ανεπαρκής κάλυψη με δύο δόσεις του εμβολίου ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας: σε ηλικία περίπου 6 ετών, 83% στο σύνολο του πληθυσμού, 75% στα παιδιά μεταναστών, και σε ηλικία 2-6,5 ετών 7-8% στα παιδιά Ρομά. Οι πληθυσμοί Ρομά, καθώς επίσης οι ανασφάλιστοι/άποροι και οι πρόσφυγες, ως απόρροια της υπάρχουσας οικονομικής κρίσης και του μαζικού προσφυγικού κινήματος, αντίστοιχα, αποτελούν πλέον τις κυριότερες ομάδες υψηλού κινδύνου για ελλιπή εμβολιασμό στη χώρα μας. Το πρόβλημα αυτό φαίνεται να εντείνεται λόγω και της ανεπάρκειας των υπαρχουσών δημόσιων υποδομών εμβολιασμού. Από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, νοσήματα προτεραιότητας για τους πρόσφυγες αναγνωρίζονται η ιλαρά, διφθερίτιδα, πολιομυελίτιδα και φυματίωση, έναντι των οποίων συστήνεται εμβολιασμός κατά προτεραιότητα με βάση την πρόσφατη απόφαση της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών (Μάρτιος 2016).

Η εκτίμηση του επιπέδου εμβολιαστικής κάλυψης αποκτά ειδική σημασία για τον προσανατολισμό των δραστηριοτήτων προαγωγής της υγείας στη σημερινή συγκυρία της χώρας. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα για την αύξηση των ιατρικών εμβολιασμού με ελεύθερη πρόσβαση. Η παράμετρος αυτή πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στο σχεδιασμό ενεργειών για να μη μειωθεί η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών στη χώρα μας κατά την τρέχουσα οικονομική και κοινωνική κρίση.

Βιβλιογραφία

1. WHO. Sixty-fourth World Health Assembly. Global immunization vision and strategy. 2015

2. Danis K, Georgakopoulou T, Stavrou T, Laggas D, Panagiotopoulos T. Socioeconomic factors play a more important role in childhood vaccination coverage than parental perceptions: a cross-sectional study in Greece. *Vaccine* 2010
3. “Ευρωδιάσταση”, “Οικοκοινωνία”. Εκπόνηση μελέτης για την καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης των Ρομά στην Ελλάδα, απολογισμός δράσεων και εκπόνηση σχεδίου δράσης για την 4η προγραμματική περίοδο. Αθήνα, 2008

ΑΝΟΣΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΠΡΟΩΡΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

Σ. Γαβρίλη, Παιδίατρος - Νεογνολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΜΕΝΝ & Νεογνολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών “Αλεξάνδρα”

Τα λοιμώδη νοσήματα προκαλούν ιδιαίτερα σοβαρή νοσηρότητα στα νεογέννητα και ιδίως στα πρόωρα νεογνά με ηλικία κύησης <37 εβδομάδες και βάρος γέννησης <2,500kg. Στις κυριότερες αιτίες περιλαμβάνονται το ανώριμο ανοσοποιητικό σύστημα, η ελλιπής διαπλακουντιακή μεταφορά μητρικών αντισωμάτων, η συνύπαρξη άλλων νοσημάτων, η δυσχέρεια εντερικής διατροφής και ο επακόλουθος μειωμένος αποικισμός του γαστρεντερικού σωλήνα από συμβιωτικά βακτήρια.

Η παραμονή σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών εκθέτει τα πρόωρα νεογνά σε ανθεκτικά παθογόνα, ενώ αρνητικές επιπτώσεις επιφέρουν, επίσης, η χορήγηση πολυάριθμων φαρμακευτικών σκευασμάτων, η μείωση ή/και διακοπή του μητρικού γάλακτος, καθώς και η διαταραχή των προστατευτικών αμυντικών φραγμών. Εντούτοις, διαπιστώνεται σημαντική καθυστέρηση στην ανοσοποίηση των πρόωρων νεογνών τους 12 πρώτους μήνες ζωής. Τα πρόωρα νεογνά πρέπει να εμβολιάζονται με το ίδιο πρόγραμμα εμβολιασμού όπως τα τελειόμηνα, με εξαιρέσεις για ορισμένα μόνο εμβόλια. Μελέτες δείχνουν ότι η χρονολογική ηλικία του νεογνού φαίνεται να είναι πιο σημαντική από τη διορθωμένη, με βάση την ηλικία κύησης, αναφορικά με τον εμβολιασμό. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει ανάγκη για περισσότερες δόσεις εμβολιασμού, εξαιτίας της μικρότερης διάρκειας ανοσολογικής απάντησης.

Είναι σημαντικό να ενημερωθεί ο γενικός πληθυσμός σχετικά με την αναγκαιότητα και την ασφάλεια του εμβολιασμού, καθώς επίσης οι παιδίατροι και το λοιπό υγειονομικό προσωπικό μέσω των επίσημων φορέων που ασχολούνται με το παιδί. Επίσης, κρίνεται αναγκαία η πραγματοποίηση επιδημιολογικών μελετών για τον σαφή καθορισμό των κατευθυντήριων οδηγιών προφυλακτικής χορήγησης του ανοσοδραστικού παράγοντα έναντι του αναπνευστικού συγκυτιακού ιού (RSV) στη χώρα μας.

Βιβλιογραφία

1. Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών 61, 2014.
2. Γαβρίλη Σ. Ανατολίτου Φ. Αναπνευστικός Συγκυτιακός Ιός: Πρόκληση λοιμώξεων και ανασκόπηση των πρακτικών που ακολουθούνται διεθνώς Περιγεννητική Ιατρική & Νεογνολογία 2011
3. Stempel et al. Multiple viral respiratory pathogens in children with bronchiolitis. Acta Pædiatrica 2009

ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΤΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ

Κ. Δούρος, Παιδοπνευμονολόγος - Παιδοαλλεργιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γ' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο "Αττικόν"

Οι αλλεργίες στα αντιβιοτικά συνιστούν ένα συχνό πρόβλημα στην παιδική ηλικία λόγω κυρίως της συχνής χρήσης αυτών των φαρμάκων. Η ορθή και έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος είναι ιδιαίτερα σημαντική δεδομένης της βαρύτητας των συνεπειών που μπορεί ενδεχομένως να προκύψουν. Αρνητικές συνέπειες όμως υπάρχουν και στις περιπτώσεις υπερδιάγνωσης γιατί περιορίζονται οι θεραπευτικές επιλογές στερώντας τους ασθενείς από τα πλέον ενδεδειγμένα φάρμακα για την αντιμετώπιση των κοινών προβλημάτων της παιδικής ηλικίας.

Το δέρμα είναι το όργανο που προσβάλλεται συχνότερα. Η κνίδωση/αγγειοοίδημα και η αναφυλαξία είναι οι κλινικές οντότητες που συνοδεύουν τις τύπου I αντιδράσεις, ενώ τα κηλιδοβλατιδώδη εξανθήματα είναι η συχνότερη εκδήλωση των μη-άμεσου τύπου αντιδράσεων. Σπανιότερα, τα αντιβιοτικά είναι υπεύθυνα και για άλλες ανοσολογικού τύπου αντιδράσεις όπως είναι το σύνδρομο Stevens Johnson και η τοξική επιδερμική νεκρόλυση, οι αντιδράσεις τύπου ορονοσίας και το σύνδρομο DRESS. Η έκθεση εξανθημάτων λόγω της αλληλεπίδρασης ιών και φαρμάκων είναι αρκετά συχνή. Πολλές υποθέσεις έχουν διατυπωθεί για την εξήγηση του φαινομένου αυτού η εγκυρότερη όμως ερμηνεία στηρίζεται στην ύπαρξη ειδικού μηχανισμού με τον οποίο μερικά φάρμακα μπορούν να παρακάμψουν τους μη ειδικούς μηχανισμούς άμυνας και να ενεργοποιήσουν άμεσα τα Τ-κύτταρα.

Ο έλεγχος για τη διεκρίνιση του αιτίου της αλλεργίας στα αντιβιοτικά συνήθως διενεργείται από εξειδικευμένα τμήματα σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Ωστόσο, όλες οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων δεν οφείλονται σε ανοσολογικού τύπου μηχανισμούς και άρα δεν μπορούν να χαρακτηρισθούν ως αλλεργικές αντιδράσεις.

Βιβλιογραφία

1. Fernandez et al. Allergic reactions to antibiotics in children. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2014
2. Heelan K, Shear NH. Cutaneous drug reactions in children: an update. *Paediatr Drugs*. 2013
3. Romano A, Caubet JC. Antibiotic allergies in children and adults: from clinical symptoms to skin testing diagnosis. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2014

12.00-14.00

Συνεδρία: Συνήθη Συμπεριφορικά και Ψυχικά Προβλήματα Παιδιών και Εφήβων:

έγκαιρη ανίχνευση, προληπτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις

Συντονιστές: Σ. Μαντούδης, Δ. Αναγνωστόπουλος

Η ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΗΘΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Δ. Κ. Αναγνωστόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α

Η ψυχοπαθολογία της παιδικής ηλικίας είναι αποτέλεσμα της επίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Αυτό που την διαφοροποιεί από τη ψυχοπαθολογία του ενήλικα είναι ότι το παιδί βρίσκεται σε συνεχώς μεταβαλλόμενα στάδια ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης, που το καθένα έχει τις ιδιαίτερες ψυχικές του ανάγκες.

Ένα παιδί θεωρείται ότι παρουσιάζει κάποια ψυχιατρική διαταραχή όταν οι συμπεριφορικές ή/και οι συναισθηματικές του εκδηλώσεις επηρεάζουν αρνητικά ή αναστέλλουν την ανάπτυξη των γνωστικών του ικανοτήτων και την κοινωνική του προσαρμογή, όταν προκαλούν στο ίδιο το παιδί ή/και στο περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει (π.χ. τους γονείς του) ουσιαστική και επαναλαμβανόμενη ψυχική δυσφορία.

Τα περισσότερα παιδιά με ψυχιατρική διαταραχή εμπίπτουν σε μία από τις ακόλουθες κατηγορίες:

- Παιδιά των οποίων η συμπεριφορά παραβιάζει συστηματικά τα κοινωνικά όρια και τα δικαιώματα των άλλων (διαταραχές συμπεριφοράς)
- Παιδιά τα οποία βιώνουν επανειλημμένα σοβαρά συναισθήματα θλίψης, άγχους ή άλλες καταστάσεις προσωπικής ψυχικής δυσφορίας (αγχώδεις και φοβικές διαταραχές και διαταραχές συναισθήματος)
- Παιδιά των οποίων η γνωστική και ψυχοκινητική ανάπτυξη δεν εξελίσσεται φυσιολογικά (αναπτυξιακές διαταραχές)

Ένας μικρότερος αριθμός παιδιών μπορεί να παρουσιάζει συμπτωματολογία ειδικών ψυχιατρικών νοσημάτων, όπως ο αυτισμός, η ψυχογενής ανορεξία, τα μωσπάσματα (τικ), η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η ενούρηση, η εγκόπριση κ.α. Αν και δεν είναι σπάνια η περίπτωση το ίδιο παιδί να παρουσιάζει συμπτώματα από περισσότερες της μιας από τις παραπάνω ευρείες κατηγορίες, οι διαταραχές αυτές καθ' εαυτές αποτελούν διακριτές διαγνωστικές οντότητες.

Τα ποσοστά ψυχιατρικής συμπτωματολογίας υπολογίζονται από 4-16% του ερευνώμενου παιδικού πληθυσμού. Συνήθως οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά διαταραχών συμπεριφοράς, ενώ όταν εξετάζονται τα παιδιά υπερέχουν οι συναισθηματικές διαταραχές.

Τα αγόρια υπερέχουν έως τέσσερις φορές των κοριτσιών, ενώ η αναλογία τείνει να εξισωθεί με την πρόοδο της ηλικίας για να αναστραφεί σε βάρος των κοριτσιών για ορισμένες νόσους (π.χ. κατάθλιψη) με την ολοκλήρωση της εφηβικής ηλικίας. Τα ελληνικά δεδομένα δεν διαφέρουν από τα διεθνή, εκτός από τα ευρήματα για την εφηβική κατάθλιψη και τις μαθησιακές δυσκολίες που ανευρίσκονται σταθερά πάνω από τον διεθνή μέσο όρο.

Η αιτιοπαθογένεια των παιδοψυχιατρικών διαταραχών είναι πολυπαραγοντική και εξαρτάται από την αλληλεπίδραση των παραγόντων του ίδιου του παιδιού με τους παράγοντες του περιβάλλοντος με τελικό αποτέλεσμα τις κλινικές εικόνες των ψυχιατρικών διαταραχών που αντιμετωπίζουμε στην καθημερινή πράξη. Αυτό συνεπάγεται ότι η γραμμική σκέψη αναζήτησης της αιτιολογίας (όπου ένα πράγμα μας οδηγεί κατ' ευθείαν σε ένα άλλο) καλό είναι να αποφεύγεται ακόμα και εκεί που ανευρίσκεται μια προφανής η πιθανή αιτία.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται να δίνεται στους παράγοντες του περιβάλλοντος, την οικογένεια, το σχολείο και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον

Η οικογένεια οφείλει να προσφέρει το σταθερό και ασφαλές έδαφος πάνω στο οποίο το παιδί μαθαίνει να ζει σαν μέλος της κοινωνίας.

Η σχολική εκπαίδευση εκφράζει τις αξίες, τις στάσεις και τους σκοπούς της κοινωνίας. Το σχολείο πρέπει να μπορεί να δημιουργήσει την κατάλληλη ατμόσφαιρα για να διευκολύνει την κοινωνικοποίηση τόσο των παιδιών που είχαν ομαλή πορεία μέχρι τότε, όσο και των παιδιών που προέρχονται από παθολογικό οικογενειακό περιβάλλον ή/ και παρουσιάζουν ψυχοπαθολογία αναπληρώνοντας τις τυχόν μειονεξίες που έχει το οικογενειακό περιβάλλον. Υποστηρίζεται ότι η επίπτωση των παιδοψυχιατρικών διαταραχών είναι μεγαλύτερη στο αστικό από ότι στο αγροτικό περιβάλλον. Φαίνεται ότι στις πόλεις υπερέχουν οι διαταραχές που σχετίζονται με την παραβατικότητα, τις διαταραχές διαγωγής, την κατάθλιψη και τις συναισθηματικές διαταραχές.

Θεωρείται ότι η ανατροφή του παιδιού σε υποβαθμισμένο, με υψηλή παραβατικότητα, χρήση τοξικών ουσιών και βία περιβάλλον αυξάνει κατά πολύ τον κίνδυνο για την εμφάνιση σχετικών ψυχιατρικών προβλημάτων. Επίσης σοβαρά κοινωνικά προβλήματα όπως π.χ. η φτώχεια και η ανεργία επηρεάζουν αρνητικά την ομαλή ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού γιατί διαμορφώνουν συνθήκες γονεϊκής απαξίωσης και οικογενειακής δυσλειτουργίας.

Για κάθε παιδί που παρουσιάζει ψυχικές διαταραχές χρειάζεται να προβλέψουμε την εξέλιξη του και κυρίως να προλάβουμε την εγκατάσταση της παθολογίας στην ενήλικη ζωή. Συνολικά οι μελέτες γενικής ψυχοπαθολογίας της παιδικής ηλικίας αναφέρουν αυξημένο κίνδυνο νόσησης, νοσηλείας, αυτοκτονίας και περιορισμένης κοινωνικής προσαρμογής ενηλίκων που παρουσίασαν ψυχικές διαταραχές στην παιδική τους ηλικία.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των παιδοψυχιατρικών διαταραχών προϋποθέτει τόσο την ακριβή διαγνωστική εκτίμηση των ψυχικών συμπτωμάτων, των γνωστικών ικανοτήτων, της κοινωνικής λειτουργικότητας του παιδιού και των οικογενειακών σχέσεων όσο και την διαμόρφωση ενός θεραπευτικού σχεδίου εξ αρχής που να αντιμετωπίζει από όλες τις πλευρές τις αναπτυξιακές ανάγκες του παιδιού. Στα πλαίσια αυτού του σχεδίου βρίσκουν την θέση τους μια σειρά από ποικίλα θεραπευτικά μέσα και τεχνικές. Σε κάθε περίπτωση η

θεραπεία στοχεύει εκτός από το παιδί και στην βοήθεια προς τους γονείς και τη συνεργασία με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (π.χ. σχολείο). Η συναίνεση και η συνεργασία των γονέων στη θεραπεία του παιδιού είναι απαραίτητη τόσο για νομικούς, δεοντολογικούς όσο και για ουσιαστικούς λόγους.

Βιβλιογραφία

1. Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε, Ρότσικα Κ (2013) «Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική» στο Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας «Σύγχρονη Ψυχιατρική». Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα

Η ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΗΘΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Ε. Σουμάκη, Παιδοψυχίατρος – Ψυχαναλύτρια, Επιστ. Υπεύθυνη Διαγνωστικής και Θεραπευτικής Μονάδας για το Παιδί «Σπ. Δοξιάδη»

Η εφηβεία ορίζεται ως η εξελικτική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου που αρχίζει βιολογικά με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελειώνει ψυχολογικά με την απόκτηση της ταυτότητας του εαυτού και του φύλου, καθώς και του αισθήματος της ανεξαρτησίας που σηματοδοτούν την ενηλικίωση.

Η κρίση της εφηβείας ανακινεί κατά τρόπο επιτακτικό την συζήτηση για τα όρια ανάμεσα στο φυσιολογικό και στο παθολογικό. Η διαγνωστική εκτίμηση σ' αυτή την ηλικιακή περίοδο είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη γιατί πρέπει να λάβει υπό όψη της την ιδιαίτερη δυναμική της ψυχικής κατάστασης του εφήβου, τις αντιδράσεις της οικογένειας και τις εκάστοτε κοινωνικο-πολιτιστικές συνθήκες.

Η έννοια της κρίσης ενέχει κάτι το παροδικό. Ορίζεται σαν η παροδική ψυχική αποδιοργάνωση την περίοδο που ο έφηβος αφήνει τα στηρίγματα της παιδικής ηλικίας και δεν έχει βρει ακόμη εκείνα της ενήλικης ζωής. Εκδηλώνεται με ποικίλες διαταραχές της συμπεριφοράς, κυρίως προκλητικές και επιθετικές, μέσα από τις οποίες διαφαίνεται η άσχημη ψυχολογική κατάσταση του εφήβου.

Το πώς θα λυθεί η κρίση της εφηβείας εξαρτάται από την προσωπικότητα και τις ψυχικές δυνάμεις του εφήβου, αλλά και από την στάση και την συμπεριφορά των γονέων.

Οι ψυχικές διαταραχές της εφηβείας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες. Η πρώτη περιλαμβάνει τις διαταραχές που έχουν την αφετηρία τους στην παιδική ηλικία και συνεχίζουν την κλινική τους πορεία στην εφηβεία, η δεύτερη περιλαμβάνει τις διαταραχές που σχετίζονται με τα ιδιαίτερα προβλήματα τα οποία καλείται να επιλύσει ο έφηβος κατά τη μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή και η τρίτη περιλαμβάνει τις διαταραχές που έχουν την αφετηρία τους στην εφηβεία και συνεχίζονται στην ενήλικη ζωή.

Οι δυσκολίες της εφηβείας συνιστούν πάντα μια επείγουσα κατάσταση, διότι :

1. έχουν συχνά άμεσες συνέπειες στη σχολική ή επαγγελματική ζωή του εφήβου που μπορούν να τον αποκόψουν από τους συνομηλίκους του, αποκλείοντάς τον καθοριστικά από σειρά κοινωνικών εκδηλώσεων, αλλοιώνοντας την εικόνα του εαυτού του και συμβάλλοντας στο να κλειστεί μέσα σε μια παθολογία που αποβαίνει η μόνη του προστασία.
2. έχουν μια φυσιολογική τάση αυτο-διατήρησης εγκλείοντας τον έφηβο σ' έναν αυτο-ερωτισμό που σιγά-σιγά τον περιτειχίζει και τον απομονώνει από κάθε σχέση. Εφόσον ο έφηβος βρει μια αυτόνομη πηγή ευχαρίστησης και προστασίας απέναντι στο άγχος, θα είναι πολύ δύσκολο να τον κάνεις να την εγκαταλείψει για να "κάνει την τύχη του" στις σχέσεις του με τους άλλους.

3. Τα μέτρα πρόληψης μπορούν να αντλήσουν την αποτελεσματικότητά τους από την ταχύτητα με την οποία θ' αντιδράσει το περιβάλλον. Η παρέμβαση πρέπει να γίνει πριν η διαταραχή οργανωθεί ως ένας τρόπος μόνιμης επένδυσης ή προτιμώμενης άμυνας.
4. Αυτό που διακυβεύεται δεν είναι μόνο η ψυχική υγεία του εφήβου αλλά και ένας μέρος της σωματικής του υγείας.

Τέλος έχει σημασία να τονισθεί ότι κατά τη διάρκεια της εφηβείας, όλες οι προηγηθείσες ψυχικές συγκρούσεις επανέρχονται στο προσκήνιο και υπόκεινται σε επαναχειρισμό πριν πάρουν τη καθοριστική τους θέση στην οργάνωση της προσωπικότητας.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΑΛΚΟΟΛ 18+: ΣΥΜΜΑΧΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΑΠΟ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ

Π. Κουτσοβίτης, Παιδίατρος, Διδάσκων Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από εφήβους αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο. Το πρόβλημα της κατάχρησης και ειδικά της περιστασιακά υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ (binge drinking) στους έφηβους ηλικίας 15-18 ετών, έχει συνδεθεί με εξάρτηση στην ενήλικη ζωή, άλλες συμπεριφορές κινδύνου (π.χ. παραβατικότητα, χρήση ουσιών, επιθετική συμπεριφορά, απόπειρα αυτοκτονίας, ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά με νοσήματα ή εγκυμοσύνη, σεξουαλική κακοποίηση), χαμηλή επίδοση στο σχολείο, αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων, ιδίως τροχαίων, και μακροπρόθεσμες συνέπειες στον αναπτυσσόμενο εφηβικό εγκέφαλο (μνήμη, ικανότητα μάθησης, αντιδράσεις, προσοχή). Η ηλικία έναρξης διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση και εξέλιξη αυτών των συνεπειών.

Στην Ελλάδα (στοιχεία ΕΠΙΨΥ), οι μαθητές στη χώρα μας δοκιμάζουν από μικρή ηλικία οινοπνευματώδη ποτά και μάλιστα πίνουν συχνά σε υψηλότερα ποσοστά από τον μέσο όρο των συνομηλίκων τους στις άλλες χώρες, χωρίς όμως να οδηγούνται τόσο συχνά σε κατάσταση μέθης. Αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται: η κακή σχέση με τους γονείς, τα πρότυπα της οικογένειας απέναντι στο αλκοόλ, η χαλαρή επιτήρηση, οι «κακές παρέες» και ο ελλιπής έλεγχος της πολιτείας.

Οι παρεμβάσεις πρόληψης θα πρέπει να στοχεύουν στην καθυστέρηση της έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ καθώς και στον περιορισμό της συχνότητας και της βαρύτητας κατανάλωσης αλκοόλ στους 15χρονους εφήβους.

Το πρόγραμμα «Αλκοόλ 18+: Συμμαχία πρόληψης της κατανάλωσης αλκοόλ από ανήλικους» της ΕΕΚΠΠΥ προσβλέπει στη συνεργασία όσων εμπλέκονται και επηρεάζουν τις αποφάσεις του ανήλικου σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ και συγκεκριμένα τις ομάδες: α) Οικογένεια-Σχολείο-Συνομήλικοι, β) Πολιτεία-φορείς Υγείας και γ) ΜΜΕ-Βιομηχανία-ΜΚΟ.

Προτάσεις για δράση:

1. Αλλαγή των προτύπων και της ενημέρωση των εφήβων και στροφή των εφήβων σε υγιεινότερους τρόπους ζωής (αθλητισμός και τέχνες) και διασκέδασης με συμμάχους τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς, τους φορείς υγείας και τα ΜΜΕ
2. Περιορισμό της πρόσβασης στο αλκοόλ με τη βοήθεια της πολιτείας (νόμοι),
3. Ευαισθητοποίηση των υπευθύνων χορήγησης αλκοόλ ώστε να συνεισφέρουν εποικοδομητικά στην αποτροπή των ανήλικων από την κατανάλωση αλκοόλ καθώς και στην εκπαίδευση των γονέων και των παιδιών για τις επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ από ανήλικους. Η επαγγελματικά υπεύθυνη βιομηχανία του αλκοόλ έχει υιοθετήσει και προάγει την εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση των εργαζομένων σε μπαρ σχετικά με το «υπεύθυνο σερβίρισμα».

Ένα τέτοιο πρόγραμμα παρέμβασης στους επαγγελματίες του κλάδου σε τοπικό επίπεδο, οργανώθηκε σε συνεργασία με την εταιρεία DIAGEO, τις λεπτομέρειες και τα αποτελέσματα της οποίας θα δούμε κατά την παρέμβαση στο διήμερο συμπόσιο καθώς θα έχει ολοκληρωθεί λίγο πριν την έναρξη του συμποσίου.

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗ ΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΕΚΦΡΑΣΗ: Ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ, ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ

B. Σταθάκη, Εκπαιδευτικός, Φιλολόγος

Μπορεί η λογοτεχνία να συνδράμει το σύγχρονο άνθρωπο; Μπορεί να θωρακίσει την ψυχή, να προετοιμάσει το νέο στη διαχείριση κρίσεων; Πώς είναι δυνατόν να διευκολύνει την αλλαγή στάσης στην αντιμετώπιση προσωπικών καταστάσεων;

Η δημιουργική ανάγνωση και έκφραση καλλιεργεί την παρατηρητικότητα, επιτρέπει την ταύτιση, ενεργοποιεί την επινόηση, άρα αυτή η συναισθηματική και διανοητική εγρήγορση λειτουργεί ως προσομοιωτής εμπειριών. Ταυτόχρονα ο αναγνώστης αντιλαμβάνεται ότι το ποιος είναι ο αφηγητής, ποια η εστίασή του, επηρεάζει και την ερμηνεία του ίδιου σχετικά με ρόλους, σχέσεις, χαρακτήρες και γεγονότα. Μικρή μετατόπιση του βλέμματος του αναγνώστη από την παρατήρηση ηρώων και συμπεριφορών, στην αυτο-παρατήρηση, δημιουργεί ένα βαθύτερο πεδίο κατανόησης εαυτού. Όταν σε επόμενο στάδιο ο αναγνώστης περάσει από την ανάγνωση στη δημιουργική έκφραση και γραφή, διαπιστώνει ότι μπορεί να αλλάξει την πορεία των πραγμάτων, να μοιράσει διαφορετικά ρόλους, να ορίσει νέους στόχους, να ανατρέψει προβλέψιμες εξελίξεις, να αναδιαμορφώσει στάσεις ζωής, να προλάβει γεγονότα και εν τέλει να κατανοήσει βαθιά και να διαχειριστεί ο/η ίδιος/α την αφήγησή του. Δηλαδή να αντιληφθεί, όσα επιλέγει και βιώνει για τους ήρωες ή και τον εαυτό του, ως αποτέλεσμα συγκεκριμένων ερμηνειών, πεπτοιθήσεων και στάσεων.

Η δημιουργική επαφή του παιδιού με τη λογοτεχνία προσφέρει επομένως ευκαιρίες κατανόησης του εγώ και διαχείρισης δυσκολιών, πράγμα που διευκολύνει στη συνέχεια την προσωπική του ανάπτυξη.

ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΚΑΙ Η ΟΜΑΛΗ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

Δ. Κ. Αναγνωστόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α

Η οικογένεια αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα του περιβάλλοντος. Η οικογένεια οφείλει να προσφέρει το σταθερό και ασφαλές έδαφος πάνω στο οποίο το παιδί μαθαίνει να ζει σαν μέλος της κοινωνίας. Σ' αυτήν τα παιδιά κάνουν τις πρώτες προσαρμοστικές τους προσπάθειες και μαθαίνουν κανόνες συμπεριφοράς που τείνουν να τους διατηρήσουν στην υπόλοιπη ζωή. Πρώιμες διαταραχές προσαρμογής αυξάνουν κατά πολύ τον κίνδυνο να εμφανισθούν προβλήματα προσαρμογής στην ενήλικη ζωή. Η οικογένεια οφείλει να διευκολύνει την ανάπτυξη του παιδιού και στο πέρασμα από την εξαρτητικότητα του βρέφους στην ανεξαρτησία του ενήλικα.

Σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο χρειάζεται η κατάλληλη προσοχή και φροντίδα. Εάν αυτά είναι υπερβολικά, τότε εμποδίζεται η ψυχοσυναισθηματική ωρίμανση και επιβραδύνεται το αίσθημα αυτοεκτίμησης και ανεξαρτησίας. Αντίθετα, εάν αυτά είναι ανεπαρκή, τότε το άγχος που προκαλείται στο παιδί μπορεί να αποδειχθεί ανυπόφορο και η αντιμετώπιση του να οδηγήσει στην εμφάνιση ψυχιατρικής διαταραχής

Αυτό που βασικά χρειάζεται είναι ένα σταθερό, ασφαλές, με σαφείς ρόλους για τα μέλη του οικογενειακού περιβάλλον μέσα στο οποίο το παιδί θα νοιώθει αποδοχή και αγάπη. Ως εκ τούτου παράγοντες όπως για παράδειγμα η απουσία γονεϊκών προτύπων, η διάλυση της οικογένειας, η ψυχική νόσος των γονέων κ.ά. που οδηγούν σε οικογενειακή δυσλειτουργία, καθώς και η απουσία οικογένειας και η υποκατάσταση της από ακατάλληλους κοινωνικούς θεσμούς συχνά οδηγούν στην εμφάνιση σοβαρών ψυχολογικών προβλημάτων και ψυχιατρικών διαταραχών.

Η σχολική εκπαίδευση εκφράζει τις αξίες, τις στάσεις και τους σκοπούς της κοινωνίας. Το σχολείο πρέπει να μπορεί να δημιουργήσει την κατάλληλη ατμόσφαιρα για να διευκολύνει την κοινωνικοποίηση τόσο των παιδιών που είχαν ομαλή πορεία μέχρι τότε, όσο και των παιδιών που προέρχονται από παθολογικό οικογενειακό περιβάλλον ή/ και παρουσιάζουν ψυχοπαθολογία αναπληρώνοντας τις τυχόν μειονεξίες που έχει το οικογενειακό περιβάλλον. Δυστυχώς, πολλές φορές το σχολείο μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στα «ευαίσθητα» παιδιά. Το παιδί που φτάνει στο σχολείο είναι φορέας όλης της εμπειρίας που απέκτησε στις σχέσεις του με την οικογένεια. Το παιδί που αφήνει την οικογένεια για πρώτη φορά, χρειάζεται να υποστεί και να εδραιώσει καινούργιους δεσμούς με την νέα πραγματικότητα που ορίζεται τόσο από τον χώρο του σχολείου όσο και από τις σχέσεις με τους δασκάλους και τους συμμαθητές του.

Μεταξύ δασκάλων και μαθητών αναπτύσσεται μια ιδιαίτερη συναισθηματική σχέση. Τα παιδιά προβάλλουν προς τους δασκάλους και τους συμμαθητές τους (σχολική οικογένεια) συναισθήματα και τρόπους συμπεριφοράς ανάλογους με εκείνους που είχαν στη σχέση με τους γονείς και τα αδέρφια τους.

Αναφορικά με την διαμόρφωση του χαρακτήρα, είναι σχεδόν αυτονόητο, ότι το συναίσθημα δεν είναι μόνον το υπόστρωμα αλλά ο κύριος χώρος μέσα στον οποίον επιτελούνται οι απαραίτητες ψυχολογικές διαδικασίες. Η κινητοποίηση των συναισθηματικών αυτών λειτουργιών γίνεται κυρίως μέσω της σχέσεως δασκάλου – μαθητού.

Επίσης, οι δάσκαλοι λειτουργούν σαν πρότυπα ταύτισης για τα παιδιά και η συμπεριφορά τους μπορεί να διευκολύνει τις διαδικασίες κοινωνικοποίησης. Η προσοχή και η φροντίδα που προσφέρουν οι δάσκαλοι στους μαθητές, τους παρέχει την αίσθηση ότι βρίσκονται κάτω από ασφαλή επιτήρηση και, σε ένα βαθύτερο επίπεδο, σηματοδοτεί την αναγνώριση τους ως άτομα.

Μ' αυτό τον τρόπο τα παιδιά αισθάνονται επιβεβαίωση ότι υπάρχουν ως ξεχωριστές, αναγνωρίσιμες οντότητες.

Αυτές οι διεργασίες που συντελούνται στο χώρο του σχολείου, του παρέχουν τη δυνατότητα να λειτουργήσει επανορθωτικά σε παθολογικές περιπτώσεις που οφείλονται σε διαταραγμένες σχέσεις παιδιού – γονέων ή/και προληπτικά σε παιδιά που προέρχονται από οικογένειες υψηλού κινδύνου (π.χ. χαοτικές ή διαλυμένες)

Κατά τη διάρκεια της σχολικής εκπαίδευσης το παιδί διέρχεται από τα διάφορα στάδια της ψυχικής του ανάπτυξης, τα οποία γενικά μπορούν να αντιστοιχηθούν στα διάφορα επίπεδα εκπαίδευσης και χαρακτηρίζονται από συγκεκριμένες για το καθένα ψυχοπαθολογικές καταστάσεις.

Ακατάλληλο σχολικό περιβάλλον και υποβαθμισμένες, χαοτικές και απαξιωτικές οικογενειακές συνθήκες συχνά αποτελούν επιπρόσθετους παράγοντες που εμποδίζουν τη μαθησιακή δυνατότητα του παιδιού.

Επίσης πολύ συχνά η κατάθλιψη, το χρόνιο άγχος καθώς και παθολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του παιδιού αναστέλλουν τη μαθησιακή λειτουργία.

Σε μερικές περιπτώσεις η αναστολή μπορεί να είναι αποτέλεσμα ασυνείδητων συναισθημάτων ενοχής και τιμωρίας ή επιθυμίας εναντίωσης στις γονεϊκές προσδοκίες.

Ακόμη, η μαθησιακή διαδικασία μπορεί να βρεθεί στο πυρήνα ποικίλων νευρωτικών συγκρούσεων, εξ αιτίας άλλοτε άλλων αιτίων, και το παιδί να προσλαμβάνει ασυνείδητα τις ικανότητες του, την επιτυχία του, την περιέργεια του, τη διανοητική του σιγουριά, σαν επικίνδυνες καταστάσεις και γι' αυτό να αναστέλλει την έκφραση αυτών του των ικανοτήτων μέσα από την ανάπτυξη παθολογικών αμυντικών μηχανισμών.

Το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών κατά την παιδική ηλικία.

Υποστηρίζεται ότι η επίπτωση των παιδοψυχιατρικών διαταραχών είναι μεγαλύτερη στο αστικό από ότι στο αγροτικό περιβάλλον. Φαίνεται ότι στις πόλεις υπερέχουν οι διαταραχές

που σχετίζονται με την παραβατικότητα, τις διαταραχές διαγωγής, την κατάθλιψη και τις συναισθηματικές διαταραχές.

Θεωρείται ότι η ανατροφή του παιδιού σε υποβαθμισμένο, με υψηλή παραβατικότητα, χρήση τοξικών ουσιών και βία περιβάλλον αυξάνει κατά πολύ τον κίνδυνο για την εμφάνιση σχετικών ψυχιατρικών προβλημάτων.

Επίσης σοβαρά κοινωνικά προβλήματα όπως π.χ. η φτώχεια και η ανεργία επηρεάζουν αρνητικά την ομαλή ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού γιατί διαμορφώνουν συνθήκες γονεϊκής απαξίωσης και οικογενειακής δυσλειτουργίας.

ΟΙ ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ

A. Δαράκη, MSc, PhD, Βιολόγος, Συνεργαζόμενη Ερευνήτρια, Εργαστήριο Υγειοφυσικής, Ραδιοβιολογίας & Κυτταρογενετικής Ε.Κ.Ε.Φ.Ε. “ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ”

Η αποκωδικοποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος, η αποσαφήνιση δηλαδή του τρόπου με τον οποίο η δομή του DNA καθορίζει συγκεκριμένες γενετικές επιλογές, έφερε επανάσταση στο χώρο της επιστήμης αφού επέτρεψε στους επιστήμονες να κατανοήσουν καλύτερα την γενετική της ζωής και την κληρονομηση ορισμένων χαρακτηριστικών και νόσων. Τα γονίδια είναι συγκεκριμένες αλληλουχίες βάσεων του DNA, τα οποία περιέχουν αποθηκευμένη μία συγκεκριμένη γενετική πληροφορία. Αλλαγή στη δομή κάποιου γονιδίου (μετάλλαξη), που έχει ως αποτέλεσμα αλλαγή στη σωστή λειτουργία του, μπορεί να οδηγήσει σε κάποιο γενετικό νόσημα. Μικρές, ουδέτερες αλλαγές στη δομή των γονιδίων, που ονομάζονται πολυμορφισμοί, είναι πολύ συχνές και σε αυτές οφείλονται πολλά από τα χαρακτηριστικά μας. Το σύνολο των πολυμορφισμών που συγκεντρώνει ένα άτομο στο γονιδιώμα του καθορίζει αυτό που ονομάζουμε «γενετικό υπόβαθρο» του ατόμου και υποδεικνύει την προδιάθεση ανάπτυξης κάποιου νοσήματος.

Μέχρι σήμερα, έχουν ταυτοποιηθεί περισσότερα από 6.000 γενετικά νοσήματα συμπεριλαμβανομένου και των νευρολογικών παθήσεων. Έρευνα αιχμής αποτελεί η σύνδεση συγκεκριμένων γενετικών αλλαγών με την προδιάθεση ανάπτυξης νευρολογικών και άλλων νοσημάτων. Ένα παράδειγμα αποτελεί το γονίδιο BDNF. Στο γονίδιο αυτό έχει ταυτοποιηθεί ο σημειακός πολυμορφισμός rs6265(G>A) που οδηγεί σε αντικατάσταση του αμινοξέος βαλίνη (Val) από μεθειονίνη (Met) στην αμινοξική θέση 66 της κωδικοποιούσας πρωτεΐνης. Ως αποτέλεσμα, η BDNF πρωτεΐνη δεν μπορεί να μεταφερθεί στα εκκριτικά κυστίδια ή τις συνάψεις, οδηγώντας σε ανεπαρκή έκκριση του παράγοντα BDNF. Η κατάσταση αυτή έχει συσχετισθεί με μία πληθώρα νευροεκφυλιστικών νόσων, όπως η νόσος Alzheimer, η νόσος Parkinson και η πολλαπλή σκλήρυνση, καθώς επίσης και με τη διανοητική ικανότητα, την ικανότητα απομνημόνευσης και ανάκλησης πληροφοριών. Επίσης αρκετή είναι οι πολυμορφισμοί που έχουν συσχετιστεί με τον αυτισμό σε παιδιά ή με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας.

Η αποκρυπτογράφηση των γενετικών αλλαγών που ενδέχεται να αυξάνουν την προδιάθεση για εκδήλωση νευρολογικών και άλλων νοσημάτων αναμένεται να συμβάλει καθοριστικά στην πληρέστερη κατανόηση των πολύπλοκων μηχανισμών παθογένεσης των νοσημάτων, καθώς και στο σχεδιασμό νέων θεραπευτικών μέσων για την αντιμετώπισή τους.

Βιβλιογραφία

1. Tu et al., Post-mortem review and genetic analysis of sudden unexpected death in epilepsy (SUDEP) cases. *Brain Pathol*, 2011
2. Wykes et al. Optogenetic and Potassium Channel Gene Therapy in a Rodent Model of Focal Neocortical Epilepsy. *Sci Transl Med*. 2012
3. Epi4K Consortium et al. De novo mutations in epileptic encephalopathies. *Nature*. 2013

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΘ' ΕΞΙΝ ΑΠΟΒΟΛΕΣ

Γ. Δ. Βλάχος, Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας - Γυναικολογικής Ογκολογίας, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Α' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Π.Γ.Ν. Αλεξάνδρα

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου κατά τη διάρκεια της κύησης είναι περίπου 1/1000 κυήσεις. Η συχνότητα αναμένεται να αυξηθεί λόγω της μεγαλύτερης ηλικίας των γυναικών κατά την κύηση, με το 20% περίπου των εγκύων γυναικών να είναι >35 ετών.

Κάθε περίπτωση γυναικολογικού καρκίνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μοναδική και ως εκ τούτου η θεραπεία εξατομικεύεται εξαρτώμενη από τον τύπο της κακοήθειας, το στάδιο του καρκίνου, την ηλικία της κύησης και την επιθυμία της γυναίκας να διατηρήσει την κύηση ή την μετέπειτα γονιμότητα της. Στόχος είναι η καλύτερη πρόγνωση για την έγκυο και το έμβρυο, γεγονός που χρειάζεται την συνεργασία ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων όπως γυναικολόγων, ογκολόγων και νεογνολόγων. Οι συχνότερες κακοήθειες κατά την κύηση είναι το μελάνωμα, ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και πιο σπάνια τα λεμφώματα, οι λευχαιμίες, οι όγκοι των ωοθηκών και οι κακοήθειες του ουροποιητικού.

Συμπέρασμα: Καθώς η τάση όψιμης κύησης σε πλέον προχωρημένη αναπαραγωγική ηλικία είναι σταθερή και συνεχιζόμενη, ενδέχεται μελλοντικά οι ιατροί να αντιμετωπίσουν περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου κατά την εγκυμοσύνη. Σαφείς κατευθυντήριες γραμμές για την αντιμετώπιση αυτών των γυναικών είναι ιδιαίτερα σημαντικές, με τελικό στόχο τη διάσωση της ζωής της μητέρας, την επαρκή θεραπευτική αντιμετώπιση των ιάσιμων κακοηθειών, καθώς και την προσπάθεια προστασίας του εμβρύου και νεογνού από επιβλαβείς επιδράσεις της αντινεοπλασματικής θεραπείας.

Βιβλιογραφία

1. Sabeti Rad et al. Deliveries After Malignant Disease Before Pregnancy: Maternal Characteristics, Pregnancy, and Delivery Complications. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2016
2. Ji et al. Stillbirth and neonatal death among female cancer survivors: A national cohort study. *Int J Cancer*. 2016
3. Woo et al. Maternal-Fetal Cancer Risk Assessment of Ochratoxin A during Pregnancy. *Toxins (Basel)*. 2016

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ, ΕΠΙΓΕΝΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ: ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΗΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΑΣ

N. Σκεντέρης, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Η Επιγενετική, κλάδος της Γενετικής, μελετά κληρονομήσιμες αλλαγές έκφρασης των γονιδίων, που συμβαίνουν υπο την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων, χωρίς αλλαγή της αλληλουχίας του DNA. Οι αλλαγές αυτές είναι αναστρέψιμες (επιγενετική πλαστικότητα), και για το λόγο αυτό οι επιγενετικοί δείκτες θεωρούνται ιδανικοί για την ανάπτυξη νέων προληπτικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Κύριοι επιγενετικοί μηχανισμοί, που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το περιβάλλον, είναι η μεθυλίωση DNA, η τροποποίηση ιστονών και η παραγωγή μικρο-RNAs. Μεταξύ άλλων, οι διαταραχές των επιγενετικών μηχανισμών έχουν συσχετιστεί με καρκινογένεση, νευροαναπτυξιακές και ψυχιατρικές διαταραχές (πχ αυτισμός), νοσήματα του ανοσοποιητικού, παιδιατρικά σύνδρομα, λόγω δυσλειτουργίας της γονιδιακής αποτύπωσης. Η έκθεση σε περιβαλλοντικούς ρύπους, όπως βαρέια μέταλλα, αέριους ρύπους, χημικά και παρασιτοκτόνα, στην προγεννητική και πρώιμη παιδική ηλικία μπορεί να προκαλέσει επιγενετικές αλλαγές με δυσμενείς, ίσως, επιδράσεις στην μακροπρόθεσμη υγεία του παιδιού μέχρι και την ενήλικη ζωή. Οι επιγενετικές αλλαγές δύναται να διατηρηθούν ακόμα και όταν σταματήσει η έκθεση, επειδή μεταδίδονται μέσω της μίτωσης, αποτελώντας «μοριακά αρχεία» περιβαλλοντικών εκθέσεων από την ενδομήτρια ζωή.

Η Περιβαλλοντική Επιγενετική αποτελεί ταχέως εξελισσόμενο κλάδο, που μελετά τις επιγενετικές επιδράσεις των ίδιων περιβαλλοντικών παραγόντων σε διαφορετικούς ιστούς και προσπαθεί να ανιχνεύσει αιτιολογικές συσχετίσεις.

Στις συνέπειες του καπνίσματος των γονέων κατά την κύηση και τη γαλουχία έχουν ανιχνευθεί και επιγενετικές αλλαγές-μηχανισμοί που συνδέονται με μικρότερη περίμετρο κεφαλιού, ενδομήτρια δυστροφία και άλλες περιγεννητικές παραμέτρους. Στη στεφανιαία νόσο των ενηλίκων, που σχετίζεται με το κάπνισμα, έχει ανιχνευθεί επίσης το πρότυπο μεθυλίωσης του DNA, ενώ πιθανολογείται ότι διάφοροι τύποι καρκίνου έχουν ως κοινή βάση επιγενετικές αλλαγές στα αρχέγονα κύτταρα. Τέλος, ο αυξημένος κίνδυνος γλοιώματος, ως αποτέλεσμα μακράς και βαριάς χρήσης κινητού τηλεφώνου, είναι αβέβαιος και χρειάζεται προτύπωση για την ανάδειξη αιτιολογικής συσχέτισης.

Βιβλιογραφία

1. Knopik VS et al. The Epigenetics of Maternal Cigarette Smoking During Pregnancy and Effects on Child Development. *Dev Psychopathol* 2012, 24(4): 1377-1390
2. Cardis E et al. Risk of brain tumours in relation to estimated RF dose from mobile phones: results from five Interphone countries. *Occup Environ Med* 2011; 68:631-640
3. Feinberg AP, Ohlsson R, Henikoff S. The epigenetic progenitor origin of human cancer. *Nat Rev Genet* 2006; 7:21-33

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΛΑΚΩΝΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ «ΔΙΑΥΛΟΣ»

A. Γκουντούνα, Κοινωνική Λειτουργός & Επιστημονικά Υπεύθυνη του Κέντρου Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας «ΔΙΑΥΛΟΣ»

Το Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας «Δίαυλος», είναι μια αστική μη-κερδοσκοπική εταιρεία που εφαρμόζει προγράμματα πρόληψης, βασισμένα στη φιλοσοφία της αγωγής και της προαγωγής της υγείας, με σκοπό την ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση των φορέων και των πολιτών των τοπικών κοινωνιών, στον αγώνα της πρόληψης.

Το Κέντρο Πρόληψης «Δίαυλος» στελεχώνεται από άρτια εκπαιδευμένο επιστημονικό προσωπικό, που περιλαμβάνει ψυχολόγο, κοινωνικούς λειτουργούς και διοικητική υπάλληλο. Όλα τα προγράμματα που αναπτύσσονται παρέχονται δωρεάν και απευθύνονται σε:

α) Γονείς: Είναι τεράστια η επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στην ψυχική, συναισθηματική, βιολογική, κοινωνική και γνωστική εξέλιξη των παιδιών.

β) Εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης: Το Κέντρο Πρόληψης δραστηριοποιείται στο χώρο του σχολείου με βιωματικά προγράμματα για την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, καθώς και στο χώρο των Πανεπιστημίων και του ΤΕΙ του νομού μας.

γ) Μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης: Οι ομάδες αφορούν μαθητές όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων και γίνονται πάντα σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες της ηλικίας και τις ιδιαίτερες ανάγκες της κάθε ομάδας.

δ) Επαγγελματίες: Επαγγελματίες υγείας, αστυνομικοί, ιερείς, στρατιωτικοί

Στόχοι του Κέντρου Πρόληψης:

1. Ενημέρωση και εκπαίδευση σε θέματα ουσιών, εξάρτησης και αιτιοπαθογένειας αυτών.
2. Η πρόληψη των εξαρτήσεων και προαγωγή της υγείας.
3. Η ενίσχυση του παιδαγωγικού – γονικού ρόλου.
4. Η βελτίωση της σχέσης σχολείου – οικογένειας.
5. Η εκπαίδευσή τους σε τεχνικές επικοινωνίας και η ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.
6. Χειρισμός και αντιμετώπιση περιπτώσεων χρήσης ουσιών.
7. Η ορθή - αντικειμενική πληροφόρηση και απομυθοποίηση της χρήσης ουσιών.
8. Η ανάπτυξη στάσεων ζωής ενάντια στις εξαρτήσεις.
9. Η ανάπτυξη κοινωνικών και προσωπικών δεξιοτήτων που διευκολύνουν την επίλυση δυσκολιών, προάγουν τις ανθρώπινες σχέσεις και τη δημιουργικότητα.
10. Η ενίσχυση των δεξιοτήτων αντίστασης στις αρνητικές πιέσεις.

Παράλληλοι στόχοι προς την ευρύτερη κοινότητα αποτελούν η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών μέσω διοργάνωσης ομιλιών, ημερίδων, συνεντεύξεων και αρθρογραφίας με σκοπό την ενίσχυση της ψυχικής υγείας. Επίσης, στο Κέντρο Πρόληψης παρέχεται σε ατομικό επίπεδο ψυχοκοινωνική και συμβουλευτική υποστήριξη σε θέματα που άπτονται της ψυχικής υγείας. Τέλος, σε εξαρτημένα άτομα και στο περιβάλλον τους (γονείς, συγγενείς, παιδιά) παρέχεται ψυχοκοινωνική υποστήριξη και κατευθύνσεις για παραπομπή σε θεραπευτικά προγράμματα.

18.00-20.00

Προαγωγή της συλλογικής υγείας παιδιών και εφήβων στο Νομό Λακωνίας

Συντονιστές: Δ. Αναγνωστόπουλος, Ε. Σουμάκη

Απογευματινές Συνεδρίες ανοιχτές στο κοινό

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ - ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΈΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ

Σ. Μαντούδης, Αναπτυξιακός-Εργοθεραπευτής, Αναπτυξιακό Κέντρο «MANDOU»

Οι αισθητηριακές διαταραχές δεν είναι και τόσο σπάνιες. Σε μελέτες που έχουν γίνει στο εξωτερικό, κυρίως στην Αμερική και Ευρώπη, φαίνεται ότι τουλάχιστον 1 στα 20 παιδιά παρουσιάζουν από μέτριες μέχρι σοβαρές δυσκολίες. Οι διαταραχές αυτές επηρεάζουν όμως σημαντικά τη λειτουργικότητα των παιδιών στην καθημερινή τους ζωή και είναι τρεις φορές πιο συχνές σε παιδιά που παρουσιάζουν Αυτισμό και ΔΕΠΥ. Η έναρξη τους μπορεί να εντοπιστεί έγκαιρα από έμπειρους και ειδικευμένους αναπτυξιακούς θεραπευτές ώστε να ξεκινήσουν θεραπευτική παρέμβαση ενώ οι γονείς μπορούν να συμμετέχουν σε προγράμματα συμβουλευτικής.

Το ερωτηματολόγιο Ρυθμιστικού Τομέα Ανάπτυξης είναι ένα σύντομο εργαλείο ανίχνευσης, που δίνεται από τον παιδίατρο στο γονέα και διαφέρει ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα. Ο γονέας συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο καταγράφοντας όπου είναι δυνατόν τις απαντήσεις του παιδιού. Τα δεδομένα μεταφέρονται στη δωρεάν on-line πλατφόρμα www.atestplus.gr και αυτομάτως προκύπτουν τα αποτελέσματα του ελέγχου. Η πρώιμη αυτή διάγνωση συντελεί στην ανίχνευση και των δυο αυτών σοβαρών παθήσεων, οι οποίες έχουν ισόβιες επιπτώσεις στη ζωή του παιδιού και της οικογένειας.

Η ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ: ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ, ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Κ. Πετροπούλου, Συντονίστρια Διευθύντρια, Β΄ κλινική Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης

Ένα παιδί με σωματική αναπηρία πρέπει κατά την αποκατάστασή του να αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα, καθώς πέραν της νοσολογικής εικόνας που παρουσιάζει, καθοριστικός είναι ο ρόλος της ηλικίας του, της εντόπισης και έκτασης της βλάβης (ατελής ή πλήρης) όπως και η δυναμική της, εάν είναι δηλαδή εξελισσόμενη ή στάσιμη. Σημαντικό παράγοντα τόσο στην θεραπευτική αντιμετώπιση όσο και στην κοινωνική προσέγγιση αποτελεί η χρονιότητα της αναπηρίας.

Η σωματική αναπηρία του παιδιού ταξινομείται σε δύο βασικές κατηγορίες, τη συγγενή και την επίκτητη. Από τις συγγενείς αναπηρίες, κύριος εκφραστής της μη προϊούσας μορφής είναι η εγκεφαλική παράλυση, ενώ η μυοπάθεια αποτελεί τη συχνότερη από τις επιδεινούμενες παθήσεις. Οι επίκτητες σωματικές αναπηρίες προέρχονται είτε από παθολογικά αίτια, είτε από τραυματικά αίτια.

Από τις πλέον σοβαρές σωματικές αναπηρίες παθολογικής αιτιολογίας είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας και οι όγκοι του κεντρικού νευρικού συστήματος, που ανάλογα με την εντόπισή τους, εγκέφαλο ή νωτιαίο μυελό, αφήνουν ως υπόλειμμα κινητικές και οργανικές δυσλειτουργίες. Από την άλλη πλευρά, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και η τραυματική βλάβη του νωτιαίου μυελού αποτελούν τις συχνότερες, τραυματικής αιτιολογίας, αναπηρίες. Στις περιπτώσεις αυτές, η βασική διαφορά με τις συγγενείς αναπηρίες είναι ότι το παιδί έχει προλάβει να βιώσει τις σωματικές του λειτουργίες και μπορεί να διακρίνει τα όρια μεταξύ του φυσιολογικού και του παθολογικού. Το γεγονός αυτό δίνει περιθώρια επανεκπαίδευσης μιας λειτουργίας ως προηγούμενη εμπειρία αλλά τα συναισθήματα της «απώλειας» είναι περισσότερο οδυνηρά για το παιδί και την οικογένεια του.

Ωστόσο, ανεξάρτητα από την αιτιολογία της σωματικής αναπηρίας, κατά την ενηλικίωση του παιδιού συμβαίνουν αλλαγές που οφείλονται στην ίδια την σωματική ανάπτυξη αλλά και στην φύση της πάθησης. Οι αλλαγές αυτές περιλαμβάνουν δύο στοιχεία:

- α) Τροποποίηση στο νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα ως εκδήλωση της πάθησης ή ως επιπλοκή
- β) Ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων μέσα στα πλαίσια της προσαρμογής στην νέα κατάσταση με τους μηχανισμούς της νευροπλαστικότητας.

Η αποκατάσταση είναι μια μακροχρόνια διαδικασία με συγκεκριμένους κάθε φορά στόχους. Οι βασικοί στόχοι είναι:

- Διευκόλυνση της αναπτυξιακής διαδικασίας
- Διευκόλυνση της επικοινωνίας και των γνωσιακών λειτουργιών
- Λειτουργικότητα του παιδιού και αυτό-εξυπηρέτηση
- Ανάπτυξη κινητικότητας κοντά στα φυσιολογικά πρότυπα (χρήση άνω άκρων, ισορροπία, βάδιση)
- Τροποποίηση των παθολογικών εκδηλώσεων (πχ σπαστικότητα)
- Αποφυγή ή θεραπεία των επιπλοκών

- Σωματική εικόνα κοντά στα φυσιολογικά πρότυπα (σκολίωση, συγκάμψεις, παραμορφώσεις)
- Εκπαίδευση λειτουργίας οργάνων (ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες, ουρογεννητικές λειτουργίες, σεξουαλικότητα)
- Κοινωνική επανένταξη και συμμετοχή.

Η καθοδηγούμενη Αποκατάσταση ακολουθεί τους μηχανισμούς της νευροπλαστικότητας μέσα από μαθησιακές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην νευροτροποποίηση και στην προσαρμογή του μυοσκελετικού συστήματος στις ανάγκες της φυσιολογικής σωματικής ανάπτυξης. Η πρώιμη Αποκατάσταση μπορεί να βελτιώσει την λειτουργική έκβαση.

Πλην της ομάδας των ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων και των άλλων επαγγελματιών υγείας, πρέπει να υπάρχει στενή συνεργασία με το σχολείο και την κοινότητα. Ο γονιός πέρα από την συνολική στήριξη που δίνει στο παιδί του, παίζει και τον ρόλο του φροντιστή αλλά και του θεραπευτή σε μακροχρόνια βάση. Συμμετέχει στη θεραπευτική ομάδα και παράλληλα πρέπει να στηρίζεται τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο κοινωνικών δομών χωρίς προκαταλήψεις και απόρριψη. Παραμένει το πρόβλημα της πρόσβασης στις υπηρεσίες αποκατάστασης, οι οποίες παρουσιάζουν έλλειψη ακόμα και στις αναπτυγμένες χώρες.

Βιβλιογραφία

1. Lollar, D.J., R.J. Simeonsson and U. Nanda. 2000.“Measures of Outcomes for Children and Youth.” Archives of Physical and Medical Rehabilitation 81: S46–S52.
2. Nancy E. Reichman; Hope Corman; Kelly Noonan. Impact of Child Disability on the Family. Matern Child Health J. 2008;12(6):679-683.
3. Lisa Grilli, PT, et al.. Wait Times for Paediatric Rehabilitation. Healthc Policy. 2007 Feb; 2(3): e171–e187.

ΕΜΒΟΛΙΑ: Η ΜΕΓΑΛΗ ΕΥΛΟΓΙΑ

Σ. Φεσσάτου, Παιδίατρος - Παιδογαστρεντερολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Γ' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο "Αττικόν"
Μ. Καραλέξη, Ειδικευόμενη Παιδιατρικής, Υπ. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Ο καθολικός εμβολιασμός αποτελεί μια από τις αποτελεσματικότερες προληπτικές παρεμβάσεις της ιατρικής. Σε χώρες, ωστόσο, που βίωσαν μεγάλη οικονομική και κοινωνική κρίση εμφανίστηκαν ως επακόλουθο σοβαρές επιδημίες από «λησμονηθέντα» νοσήματα, όπως η διφθερίτιδα και η πολιομυελίτιδα. Απαραίτητη, επομένως, κρίνεται η έγκαιρη αναγνώριση των ομάδων υψηλού κινδύνου για ελλιπή εμβολιασμό, ώστε να καθοριστούν επιμέρους πολιτικές με σκοπό τη διατύπωση μετρήσιμων στόχων και τη λήψη συγκεκριμένων μέτρων.

Με βάση πρόσφατη αναφορά από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, ιδιαίτερα χαμηλά είναι τα ποσοστά αντιγριπικής εμβολιαστικής κάλυψης, που δεν ξεπερνούν το 20% σε ομάδες υψηλού κινδύνου για σοβαρή νόσηση. Πολύ σοβαρό ζήτημα αποτελεί και η ανεπαρκής κάλυψη με δύο δόσεις του εμβολίου ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας: σε ηλικία περίπου 6 ετών, 83% στο σύνολο του πληθυσμού, 75% στα παιδιά μεταναστών, και σε ηλικία 2-6,5 ετών 7-8% στα παιδιά Ρομά. Οι πληθυσμοί Ρομά, καθώς επίσης οι ανασφάλιστοι/άποροι και οι πρόσφυγες, ως απόρροια της υπάρχουσας οικονομικής κρίσης και του μαζικού προσφυγικού κινήματος, αντίστοιχα, αποτελούν πλέον τις κυριότερες ομάδες υψηλού κινδύνου για ελλιπή εμβολιασμό στη χώρα μας. Το πρόβλημα αυτό φαίνεται να εντείνεται λόγω και της ανεπάρκειας των υπάρχουσών δημόσιων υποδομών εμβολιασμού. Από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, νοσήματα προτεραιότητας για τους πρόσφυγες αναγνωρίζονται η ιλαρά, διφθερίτιδα, πολιομυελίτιδα και φυματίωση, έναντι των οποίων συστήνεται εμβολιασμός κατά προτεραιότητα με βάση την πρόσφατη απόφαση της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών (Μάρτιος 2016).

Η εκτίμηση του επιπέδου εμβολιαστικής κάλυψης αποκτά ειδική σημασία για τον προσανατολισμό των δραστηριοτήτων προαγωγής της υγείας στη σημερινή συγκυρία της χώρας. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα για την αύξηση των ιατρικών εμβολιασμού με ελεύθερη πρόσβαση. Η παράμετρος αυτή πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στο σχεδιασμό ενεργειών για να μη μειωθεί η εμβολιαστική κάλυψη των παιδιών στη χώρα μας κατά την τρέχουσα οικονομική και κοινωνική κρίση.

Βιβλιογραφία

1. WHO. Sixty-fourth World Health Assembly. Global immunization vision and strategy. 2015
2. Danis K, Georgakopoulou T, Stavrou T, Laggas D, Panagiotopoulos T. Socioeconomic factors play a more important role in childhood vaccination coverage than parental perceptions: a cross-sectional study in Greece. Vaccine 2010
3. "Ευρωδιάσταση", "Οικοκοινωνία". Εκπόνηση μελέτης για την καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης των Ρομά στην Ελλάδα, απολογισμός δράσεων και εκπόνηση σχεδίου δράσης για την 4η προγραμματική περίοδο. Αθήνα, 2008

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗ ΚΥΗΣΗ

Δ. Ε. Βλάχος, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος Α' Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

Η διατροφή της εγκύου πρέπει να παρέχει επαρκή ενέργεια και θρεπτικά συστατικά για να καλύψει τις συνήθεις απαιτήσεις της ίδιας, καθώς και τις ανάγκες ανάπτυξης του εμβρύου, και να επιτρέψει στη μητέρα να δημιουργήσει αποθέματα θρεπτικών ουσιών που απαιτούνται για την εμβρυϊκή ανάπτυξη και το θηλασμό.

Βασική σύσταση στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή, με κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε σίδηρο και φυλλικό οξύ. Ειδικότερα, η λήψη φυλλικού οξέος κατά τη διάρκεια της σύλληψης και στο 1ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης σχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης ατελειών του νευρικού σωλήνα, καθώς επίσης και παιδικής λευχαιμίας. Αυξημένες στη διάρκεια της κύησης είναι και οι ανάγκες σε θειαμίνη, ριβοφλαβίνη, βιταμίνες Α, C και D. Σε μερικές χώρες, όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο, συνιστάται η λήψη σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συμπληρωμάτων βιταμίνης D (10μg/μέρα). Επίσης, ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στην υγιεινή των τροφίμων προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος έκθεσης σε ενδεχομένως επιβλαβή παθογόνα τους, όπως λιστέρια και σαλμονέλα. Τέλος, οι έγκυες ενθαρρύνονται να αποφεύγουν τρόφιμα πλούσια σε ρετινόλη, όπως το συκώτι, καθώς η υπερβολική κατανάλωση είναι τοξική για το αναπτυσσόμενο έμβρυο.

Η ισορροπημένη και υγιεινή διατροφή της εγκύου είναι απόλυτα συνυφασμένη με τη φυσιολογική εμβρυϊκή και μετέπειτα νεογνική ανάπτυξη. Οι διαιτητικές συστάσεις για τις εγκύους είναι στην πραγματικότητα παρόμοιες με εκείνες για άλλους ενήλικους, αλλά με μερικές αξιοσημείωτες εξαιρέσεις. Κύριος στόχος είναι η ισορροπημένη πρόσληψη των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών που θα συμβάλουν ευεργετικά στη φυσιολογική νευροανάπτυξη του εμβρύου.

Βιβλιογραφία

1. Williamson et al. Nutrition in pregnancy. Nutrition Bulletin. 2006
2. Lundqvist et al. Reported dietary intake in early pregnant compared to non-pregnant women - a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014
3. Tinker et al. Prevalence of prescription medication use among non-pregnant women of childbearing age and pregnant women in the United States: NHANES, 1999-2006. Matern Child Health J. 2015

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Σ. Φεσσάτου, Παιδίατρος - Παιδογαστρεντερολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Γ' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο "Αττικόν"

Οι διατροφικές ανάγκες κατά τη διάρκεια της εφηβείας είναι μεγαλύτερες, εξαιτίας της επιτάχυνσης του ρυθμού σωματικής αύξησης και των μεταβολών στη σύνθεση του σώματος. Το απαιτούμενο ποσό θερμίδων διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και το βαθμό φυσικής δραστηριότητας. Οι απαιτήσεις σε ενέργεια και πρωτεΐνη αυξάνονται ιδιαίτερα στα αγόρια που κερδίζουν ύψος και μυϊκή μάζα σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα κορίτσια.

Μελέτες δείχνουν ότι σημαντικό ποσοστό εφήβων λαμβάνει δίαιτα υψηλή σε λίπος ή πρόσθετη ζάχαρη και φτωχή σε φυτικές ίνες, βιταμίνη Α, φυλλικό οξύ, σίδηρο, ασβέστιο και ψευδάργυρο. Ο αριθμός των γευμάτων που παραλείπει ο έφηβος αυξάνεται προοδευτικά, από την αρχή της εφηβείας ως το τέλος, αντικατοπτρίζοντας την ανάγκη του για αυτονομία και διάθεση για ελεύθερο χρόνο μακριά από την επιτήρηση των γονέων. Ελληνικά δεδομένα αναφέρουν πως το 80% των εφήβων στη χώρα μας καταναλώνει σε καθημερινή βάση προϊόντα "fast-food". Οι πρόσφατες οδηγίες για τη διατροφή των εφήβων συστήνουν σωστή κατανομή της τροφής στη διάρκεια της ημέρας σε 5-6 μικρά γεύματα, τα οποία πρέπει να είναι ισορροπημένα, δηλαδή να περιέχουν λευκώματα, υδατάνθρακες, λίπος και ίνες σε μια σωστή αναλογία.

Στη διάρκεια της εφηβείας, η θρεπτική αξία του φαγητού είναι πολύ σημαντική για τη σωματική, πνευματική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των εφήβων. Απαραίτητη είναι η σωστή ενημέρωσή τους για τις φυσιολογικές αλλαγές στο σώμα τους, ενώ σε κάθε προληπτική ιατρική εξέταση, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκτιμούν την εικόνα που έχει ο έφηβος για το σώμα του και τις διαιτητικές του συνήθειες.

Βιβλιογραφία

1. Λινού Α και συν. Ινστιτούτο Προληπτικής Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής, Prolepsis. Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για βρέφη, παιδιά και εφήβους. Διαθέσιμο στο: www.diatrofikoiodigoi.gr
2. U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services. Dietary Guidelines for Americans, 2010. 7th Edition, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, December 2010
3. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents; National Heart, Lung, and Blood Institute. Pediatrics. 2011

Η ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΝΕΙ ΚΑΛΟ

Γ. Γερουλάκος

FRCS, FRCSE, DIC, PHD

Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, και Imperial College, London, UK

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις, μεταξύ των οποίων τα εμφράγματα και τα εγκεφαλικά επεισόδια, είναι η κύρια αιτία θανάτων στο Δυτικό κόσμο. Ευθύνονται για το 30% των περιπτώσεων παρατεταμένης νοσηλείας στα νοσοκομεία και για το 10% των πρώιμων συνταξιοδοτήσεων. Η Ελλάδα κατείχε ένα από τα μικρότερα ποσοστά συχνότητας καρδιαγγειακών παθήσεων σε παγκόσμια κλίμακα στη δεκαετία του 1950 και 1960. Ωστόσο, σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας ο αριθμός θανάτων από καρδιαγγειακές παθήσεις αυξήθηκε κατά 117% από το 1971 έως το 2001. Η αύξηση αυτή προφανώς έχει σημαντικότερη οικονομική διάσταση σε μια δύσκολη περίοδο για τη χώρα μας και αποδίδεται στο μεγάλο ποσοστό καπνιστών, στην εγκατάλειψη της παραδοσιακής μεσογειακής διαίτας καθώς επίσης και στην αύξηση της συχνότητας του διαβήτη, της υπέρτασης, της παχυσαρκίας και της καθιστικής ζωής.

Η σωματική δραστηριότητα (1 φορά/εβδομάδα για >30 λεπτά) σχετίζεται με μείωση κατά 31% της πιθανότητας εκδήλωσης οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Παράλληλα, το περπάτημα (1 ώρα κάθε δεύτερη μέρα) μπορεί να διπλασιάσει τη μέγιστη απόσταση που μπορούν οι ασθενείς με διαλείπουσα χωλότητα να βαδίσουν χωρίς άλγος. Σημαντικά είναι και τα οφέλη της άσκησης στην αρτηριακή πίεση. Σε 54 τυχαίοποιημένες μελέτες (N=2419), τα άτομα που γυμνάζονταν τακτικά παρουσίασαν μέση πτώση της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά 3.8mmHg και της διαστολικής κατά 2.6mmHg. Η πτώση αυτή παρατηρήθηκε τόσο στους υπέρτατους όσο και σε άτομα με φυσιολογική πίεση. Επίσης, η τακτική σωματική άσκηση βελτιώνει τις ποσοτικές και ποιοτικές διαταραχές των λιπιδίων ακόμα και αν δεν μειώνεται το βάρος. Έχει υπολογιστεί ότι η δίωρη εβδομαδιαία άσκηση επαρκεί για να αυξηθεί η καλή χοληστερίνη. Η καθιστική ζωή επιδεινώνει την παχυσαρκία η οποία λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας στην Ελλάδα και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Μελέτη της Ελληνικής Εταιρείας Παχυσαρκίας έδειξε ότι το ποσοστό των παχύσαρκων Ελλήνων ήταν 22.5% και των υπέρβαρων 35.2%. Η μεγάλη αύξηση του ποσοστού παχυσαρκίας σε πολλές χώρες της Ευρώπης και στις ΗΠΑ, έβαλε στην ατζέντα της υγειονομικής πολιτικής των χωρών αυτών, την προαγωγή της άσκησης ως προληπτικό μέσο για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και της στεφανιαίας νόσου. Επιπλέον, η άσκηση συνοδεύεται από σημαντική βελτίωση της διαταραγμένης ανοχής στη γλυκόζη. Σε Φινλανδική μελέτη (N=487), άτομα με διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη αύξησαν τη σωματική τους δραστηριότητα σε μέτριο έως εντατικό βαθμό με αποτέλεσμα τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης διαβήτη κατά 62-65%. Συνήθειες ασκήσεις στις οποίες συμμετείχαν ήταν περπάτημα, ποδήλατο, κολύμπι, σκι, τζόκιν, κωπηλασία και διάφορα ομαδικά παιχνίδια όπως ποδόσφαιρο και βόλεϊ. Τέλος, πρόσφατες έρευνες έδειξαν σημαντικότερα οφέλη της άσκησης και στην εγκεφαλική λειτουργία. Η σωματική άσκηση βελτιώνει τη μνήμη, την ικανότητα μάθησης και επιβραδύνει την έκπτωση της νοηματικής λειτουργίας στους ηλικιωμένους.

Η σωματική άσκηση αποτελεί μια από τις ελάχιστες δραστηριότητες με άμεσες ευεργετικές επιπτώσεις στην υγεία χωρίς οικονομικό κόστος για την πολιτεία. Η ενθάρρυνση της ένταξης της άσκησης στην καθημερινότητα μας αναμένεται να συμβάλει στην προαγωγή της δημόσιας υγείας χωρίς επιβάρυνση για τον προϋπολογισμό.

Βιβλιογραφία

1. Cavill, et al. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen, WHO. 2006
2. Chief Medical Officer. At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. London, Department of Health. 2004
3. Commission of the European Communities. Green Paper. «Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases». Brussels, COM (05) 637 final. 2005

ΔΙΑΛΕΞΗ

Η ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Α. Ι. Καραμάνος, Ομότιμος Καθηγητής, π. Πρύτανης Γεωπονικού Πανεπιστημίου Αθηνών

Με τον όρο «κλιματική αλλαγή» εννοούμε την μακράς διάρκειας απόκλιση από τις μέσες κλιματικές συνθήκες που επικρατούν σε μία περιοχή της γης. Οι αποκλίσεις αυτές, οι οποίες εκδηλώνονται συχνά με ιδιαίτερη ένταση τα τελευταία χρόνια, οφείλονται κατά βάση σε ανθρωπογενείς δραστηριότητες που έχουν ως αποτέλεσμα τη συσσώρευση αερίων θερμοκηπίου στην ατμόσφαιρα.

Τα μόρια των αερίων του θερμοκηπίου (διοξείδιο του άνθρακα, μεθάνιο, οξειδία του αζώτου κ.ά.) εγκλωβίζουν τη θερμότητα που εισρέει στην ατμόσφαιρα από την ηλιακή ακτινοβολία, με αποτέλεσμα την αύξηση της θερμοκρασίας, αλλά και πολλές άλλες αλλοιώσεις σε μεταβλητές που καθορίζουν το κλίμα. Από πρόσφατες μετρήσεις η σημερινή συγκέντρωση του CO₂ βρίσκεται στα 390 ppm, ενώ οι αντίστοιχες τιμές γύρω στα μέσα του 19ου αιώνα ανήρχοντο σε μόλις 258 ppm. Σημαντικές αυξήσεις παρατηρούνται επίσης στη μέση θερμοκρασία του αέρα, η οποία αναμένεται να αυξηθεί από 3,5 έως 4,5°C έως το τέλος του αιώνα μας. Μείωση στο ύψος και αλλαγή στην κατανομή των βροχοπτώσεων, αύξηση της συχνότητας ακραίων φαινομένων (ξηρασίες, πλημμύρες, τυφώνες, πυρκαγιές κ.ά.) καθώς και αύξηση της ηλιακής ακτινοβολίας αναμένονται επίσης σε πολλές περιοχές της γης. Ιδιαίτερα ανησυχητικές είναι οι προβλέψεις για τη Μεσογειακή ζώνη και τις ζώνες κοντά στους Τροπικούς. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, οι επιδράσεις της αλλαγής του κλίματος στην υγεία αναμένεται να εκδηλωθούν κυρίως μέσω των δυσμενών συνεπειών στην αγροτική παραγωγή και κατ' επέκταση στη διατροφή. Η μείωση στην παραγωγή τροφίμων λόγω του περιορισμού των υδατικών αποθεμάτων και της έντασης στην ερημοποίηση του εδάφους θα οδηγήσουν σε όξυνση του επισιτιστικού προβλήματος, κυρίως στις χώρες της Άπω Ανατολής, της ΝΑ Ασίας και της Υποσαχάρειας Αφρικής. Η ποιότητα της διατροφής αναμένεται επίσης να υποβαθμισθεί λόγω της μείωσης της αναλογίας νωπών φρούτων και λαχανικών στα σιτηρέσια. Η αύξηση των θερμοκρασιών θα αυξήσει τη συχνότητα των θανάτων από θερμοπληξία, τους κινδύνους από τροφιμογενείς λοιμώξεις, και των ασθενειών που μεταδίδονται από φορείς. Αναμένονται επίσης αυξημένοι κίνδυνοι ασθενειών λόγω μειωμένων δυνατοτήτων πρόσβασης σε ασφαλές πόσιμο νερό και αύξηση της συχνότητας ασθενειών του αναπνευστικού συστήματος λόγω συσσώρευσης τροποσφαιρικού όζοντος.

Τέλος, τα αποτελέσματα της αλλαγής του κλίματος αναμένεται να οδηγήσουν σε μετακινήσεις πληθυσμών και στη συνακόλουθη αύξηση των κινδύνων από μεταδοτικές ασθένειες.

Συμπεράσματα: Όλες αυτές οι επιπτώσεις στην υγεία είναι δυνατόν να μετριασθούν αν ληφθούν μέτρα προσαρμογής στις νέες κλιματικές συνθήκες με παράλληλη συλλογική προσπάθεια σε πλανητικό επίπεδο για τιθάσευση των εκπομπών των αερίων θερμοκηπίου.

Βιβλιογραφία

1. Springmann, M. et al. Global and regional health effects of future food production under climate change: a modelling study. *The Lancet* (2016) DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01156-3.
2. CDC, The Interagency Working Group on Climate Change and Health (IWGCCH). A Human Health Perspective on Climate Change: A Report Outlining the Research Needs on the Human Health Effects on Climate Change (2009), National Institute of Environmental Health Sciences.
3. Υφαντόπουλος, Ι. et al. Επίδραση της κλιματικής αλλαγής στην υγεία, εις: Οι περιβαλλοντικές, οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής στην Ελλάδα (2011), σσ. 296-310, Τράπεζα της Ελλάδος, Αθήνα.

09.30-11.00

Βιωματικά Εργαστήρια: Θέματα Περιγεννητικής Φροντίδας

Αίθουσα Α

Ενότητα Α: Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΡΩΩΡΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

Συντονιστής: Γ. Δημητρίου, Καθηγήτης Παιδιατρικής και Νεογνολογίας Πανεπιστημίου Πατρών, Διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής, ΜΕΝΝ Νεογνών και ΜΕΘ Παίδων Π.Γ.Ν.Π.

Επιστημονικός Γραμματέας: Θα επιλεγεί από τους συμμετέχοντες

Α. Υπάρχουσα γνώση:

Εκτιμήσεις σε παγκόσμιο επίπεδο πριν μια δεκαετία έδειχναν ότι οι πρόωροι τοκετοί αφορούν 12,9 εκατομμύρια γεννήσεις (9,6% του συνόλου). Πολλά από τα βρέφη αυτά χρειάζεται να νοσηλευτούν σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) και μετά την έξοδο τους εξακολουθούν να απαιτούν εκτεταμένη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Η παιδιατρική φροντίδα των πρόωρων νεογνών περιλαμβάνει ιατρικές θεραπείες, συντονισμό πολλαπλών ειδικοτήτων για την παροχή ιατρικής φροντίδας με έμφαση στη νευροαναπτυξιακή αξιολόγηση, χρήση ποικίλων ιατρικών συσκευών, και διαχρονική παρακολούθηση. Τα πλέον συνηθισμένα ιατρικά προβλήματα είναι ανεπάρκεια αύξησης, βρογχοπνευμονική δυσπλασία (BPD) και άλλες αναπνευστικές επιπλοκές, αναιμία της πρωρότητας, λοιμώξεις, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, κήλες, προβλήματα όρασης, νευροαισθητήρια απώλεια ακοής, νευροαναπτυξιακή καθυστέρηση και αναπηρίες, καθώς και σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου.

Ο ρόλος του θεράποντος παιδίατρου ή γενικού ιατρού και της άλλης υγειονομικής ομάδας στην παρακολούθηση του πρόωρου αρχίζει με την καλή επαφή με την οικογένεια και την επικοινωνία με την ιατρική ομάδα της ΜΕΝΝ για να διευκολυνθεί η συλλογή πληροφοριών και ο προγραμματισμός της εξόδου ανάλογα με τις ανάγκες της παρακολούθησης. Για την παροχή της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας μετά την έξοδο από την ΜΕΝΝ, χρειάζεται η καλή ενημέρωση και γνώσεις για τα υποκείμενα προβλήματα υγείας του νεογνού. Η παιδιατρική παρακολούθηση του περιλαμβάνει παροχή συνήθους ιατρικής φροντίδας με ευαισθητοποίηση για έγκαιρη ανίχνευση αναπτυξιακών ή άλλων διαταραχών στις οποίες τα πρόωρα έχουν αυξημένο κίνδυνο, τη φροντίδα του συντονισμού μεταξύ υποειδικοτήτων, όπως καρδιολογία, οφθαλμολογία και πνευμονολογία που ενδεχομένως θα χρειαστεί να αντιμετωπίσουν ειδικά προβλήματα, καθώς και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη της οικογένειας και τη συνεργασία με τους ειδικούς προσχολικής αγωγής.

Συμπερασματικά, παρά το γεγονός ότι τα περισσότερα πρόωρα νεογνά παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο όταν η διορθωμένη ηλικία τους φθάνει περίπου την τελειότητα, διαφέρουν

σημαντικά στα προβλήματα και στην ανάγκη για παιδιατρική φροντίδα από τα υγιή τελειόμηνα νεογνά. Η σωστή παιδιατρική φροντίδα του πρόωρου νεογνού μετά την έξοδο του από την MENN απαιτεί στενή συνεργασία των παρόχων πρωτοβάθμιας παιδιατρικής περίθαλψης και των νεογνολόγων.

B. Διάρθρωση Βιωματικού Σεμιναρίου

Κοινό: 1. Υγειονομικοί λειτουργοί, 2. Γονείς, 3. Φοιτητές Επαγγελματιών Υγείας 4. Εκπαιδευτικοί προσχολικής αγωγής

Αριθμός συμμετεχόντων: 20-25 (θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας)

Δομή:

1. Γνωριμία-Προσδοκίες: Παρουσίαση των συντονιστών και συμμετεχόντων και Κοινωνιόγραμμα (κατανόηση σύνθεσης ομάδας), ορισμός επιστημονικών γραμματέων **(10 min)**
2. Εισαγωγή **(3 min)**: Μέγεθος του προβλήματος, διακρατικές και διαχρονικές συγκρίσεις. Ανάγκη ποιοτικής παρακολούθησης μετά την έξοδο από MENN
3. Δραστηριότητες **(30 min)**: Συζήτηση σε 3 ομάδες διάρκειας 15 λεπτών καθεμιά. Στη συνέχεια εναλλαγή συμμετεχόντων ώστε ο καθένας να συμμετέχει τουλάχιστον σε 2 από τα 3 θέματα:
 - 3.1. Συνηθέστερα προβλήματα υγείας στους αποφοίτους MENN- κύριοι τομείς και τρόποι αξιολόγησης και διαχείριση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
 - 3.2. Συνηθέστερα προβλήματα υγείας στους αποφοίτους MENN- κύριοι τομείς και τρόποι αξιολόγησης και διαχείριση στην προσχολική αγωγή
 - 3.3. Συνηθέστερα προβλήματα υγείας στους αποφοίτους MENN- κύριοι τομείς και τρόποι αξιολόγησης και διαχείριση από την οικογένεια
4. Αναπλαισίωση: Τι μπορεί να κάνει ο καθένας από τη θέση του; **(12 min)**

Βιβλιογραφία

1. Murthy et al. Predicting death or tracheostomy placement in infants with severe bronchopulmonary dysplasia. J Perinatol. 2014
2. Cristea et al. Outcomes of children with severe bronchopulmonary dysplasia who were ventilator dependent at home. Pediatrics. 2013
3. Huppertz-Kessler et al. [Developmental screening of preterms at an early stage postpartum]. Klin Padiatr. 2009

Ενότητα Β: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ

Συντονιστής: Σ. Μαντούδης, Αναπτυξιακός-Εργοθεραπευτής, Αναπτυξιακό Κέντρο «MANDOU»

Επιστημονικός Γραμματέας: Θα επιλεγεί από τους συμμετέχοντες

A. Υπάρχουσα γνώση

Οι Αισθητηριακές Διαταραχές είναι τρεις φορές πιο συχνές σε παιδιά που παρουσιάζουν Αυτισμό και ΔΕΠΥ, ενώ η διάγνωσή τους μπορεί να βοηθήσει στην πρώιμη αντιμετώπιση των σοβαρών αυτών παθήσεων με ισόβιες επιπτώσεις στη ζωή του παιδιού και της οικογένειας. Για αυτό το λόγο είναι πολύ σημαντικό να εντοπίζονται έγκαιρα και οι γονείς να συμμετέχουν σε προγράμματα συμβουλευτικής και τα παιδιά να ακολουθούν θεραπευτική παρέμβαση, καθώς αποτελούν πιθανώς μόνο μία πτυχή της διαταραχής φυσιολογικής ανάπτυξης του παιδιού.

B. Διάρθρωση Βιωματικού Σεμιναρίου

Κοινό: 1. Παιδίατροι-Νεογνολόγοι, Ιατροί Γενικής Ιατρικής, 2. Αναπτυξιολόγοι-Εργοθεραπευτές, 3. Γονείς, 4. Εκπαιδευτικοί, 5. Φοιτητές επαγγελματιών υγείας

Αριθμός συμμετεχόντων: 20-25 (θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας)

Στόχοι:

1. Ευαισθητοποίηση στις ρυθμιστικές και αισθητηριακές διαταραχές
2. Πρακτική άσκηση στον ανιχνευτικό προληπτικό έλεγχο σχετικά με τις ρυθμιστικές και αισθητηριακές διαταραχές

Δομή:

1. Εισαγωγή (**5 min**)
2. Δραστηριότητες (**30 min**):
 - 2.1. Παρουσίαση ενημερωτικών video παιδιών με αισθητηριακές διαταραχές και συνεντεύξεις γονέων που θα σχολιαστούν από το κοινό (ποια παιδιά είναι φυσιολογικά και ποια εμφανίζουν διαταραχή)
 - 2.2. Παρουσίαση και επεξήγηση ερωτηματολογίων πρώιμης ανίχνευσης
 - 2.3. Πρακτική άσκηση στον υπολογιστή

Βιβλιογραφία

1. Ghanizadeh A. Sensory processing problems in children with ADHD, a systematic review. *Psychiatry Investig.* 2011; 8(2):89-94.
2. Liss M, Saulnier C, Fein D, Kinsbourne M. Sensory and attention abnormalities in autistic spectrum disorders. *Autism.* 2006; 10(2):155-172.

Ενότητα Α: ΤΡΑΠΕΖΕΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Συντονίστρια: Ε. Παπαθωμά, Νεογνολόγος, π. Διευθύντρια Νεογνολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

Επιστημονικός Γραμματέας: Θα επιλεγεί από τους συμμετέχοντες

Α. Υπάρχουσα γνώση

Οι τράπεζες μητρικού γάλακτος είναι εξειδικευμένα κέντρα, που αποσκοπούν στη συλλογή, επεξεργασία και ποιοτικό έλεγχο γάλατος που προέρχεται από μητέρες θηλάζουσες δότριες, και στην εν συνεχεία διάθεση του σε βρέφη που το έχουν ανάγκη.

Το μητρικό γάλα αποτελεί την ιδανική διατροφή για όλα τα βρέφη, αποκλειστικά για τους πρώτους 6 μήνες ζωής και σε συνδυασμό με άλλες τροφές μέχρι τα 2 χρόνια (ή και περισσότερο). Επομένως, όλα τα βρέφη μπορούν να λαμβάνουν μητρικό γάλα από τις τράπεζες εφόσον δεν επαρκεί ή δεν υπάρχει το γάλα της μητέρας τους. Προτεραιότητα έχουν βρέφη που το χρειάζονται περισσότερο και συγκεκριμένα:

- Πρόωρα νεογνά κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΝΝ
- Νεογνά με βαριές λοιμώξεις και κυρίως Νεκρωτική Εντεροκολίτιδα
- Νεογνά μετά από δύσκολες χειρουργικές επεμβάσεις, κυρίως στο γαστρεντερικό σύστημα
- Νεογνά με ανοσοανεπάρκειες, συγγενείς καρδιοπάθειες
- Νεογνά με οικογενειακό ιστορικό αλλεργιών και ατοπικής δερματίτιδας

Μητρικό γάλα μπορούν να δωρίζουν όλες οι υγιείς θηλάζουσες μητέρες μέχρι τον 6ο μήνα. Εξαιρούνται όσες:

- Καπνίζουν, καταναλώνουν συστηματικά αλκοόλ, κάνουν χρήση παράνομων ουσιών (ναρκωτικά) ή παίρνουν συστηματικά φάρμακα (εξαιρούνται οι ορμόνες υποκατάστασης, και ορισμένα αντισυλληπτικά), μεγάλες δόσεις πολυβιταμινών ή φυτικά σκευάσματα.
- Πάσχουν από λοιμώξεις ή χρόνια νοσήματα, όπως ηπατίτιδες, HIV, HTLV, TB
- Έχουν μεταγγιστεί με προϊόντα αίματος τους προηγούμενους 12 μήνες
- Διαβιούν με τρόπο ζωής που αυξάνει τον κίνδυνο σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων

Β. Διάρθρωση βιωματικού σεμιναρίου:

Κοινό: 1. Μαίες-νοσηλεύτες, 2. Παιδιάτροι-Νεογνολόγοι, Γενικοί Ιατροί 3. Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι, 4. Γονείς

Αριθμός συμμετεχόντων: 15-20 (θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας)

Στόχοι:

1. Ενημέρωση, συζήτηση και παράθεση εμπειριών σχετικά με τις τράπεζες μητρικού γάλακτος και την αναγκαιότητα δημιουργίας τους
2. Αποτύπωση της Ελληνικής πραγματικότητας και των προοπτικών εφαρμογής και λειτουργίας του θεσμού των τραπεζών μητρικού γάλακτος

Δομή:

1. Γνωριμία-Προσδοκίες: Παρουσίαση των συντονιστών και συμμετεχόντων και Κοινωνιόγραμμα (κατανόηση σύνθεσης ομάδας), ορισμός επιστημονικών γραμματέων **(10 min)**
2. Εισαγωγή **(3 min)**: Ορισμός, δραστηριότητες, λειτουργία τραπεζών γάλακτος. Ιστορικά στοιχεία, τρόποι λειτουργίας, αναγκαιότητα λειτουργίας.
3. Δραστηριότητες **(20 min)**: Συζήτηση σε τρεις ομάδες με στόχο τη μεταφορά καλών πρακτικών στην κοινότητα
 - 3.1 Δημιουργία ατομικής τράπεζας, τρόποι, οδηγίες, προβλήματα. Τράπεζες γάλακτος στα μαιευτήρια, υποψήφιος δότες, προϋποθέσεις, απαιτούμενοι έλεγχοι.
 - 3.2 Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη λειτουργία τραπεζών γάλακτος (συλλογή, έλεγχος, αποστείρωση, φύλαξη, διάθεση, ιδιαιτερότητες για το γάλα που θα διατεθεί σε πρόωρα και χρήση ενισχυτών).
 - 3.3 Υπάρχουσα κατάσταση διεθνώς και στην Ελλάδα, νομικό πλαίσιο λειτουργίας και δυνατότητες εφαρμογής του Ν. 4316/2014, για ίδρυση και λειτουργία τραπεζών όπου γίνονται τοκετοί και νοσηλεύονται νεογνά.
4. Αναπλαισίωση:**(12 min)** παρουσίαση συμπερασμάτων κάθε ομάδας από το γραμματέα στην ολομέλεια

Βιβλιογραφία

1. JH Kim, S Unger; Human milk banking. Paediatr Child Health 2010;15(9):595-598
2. S Arsanoglou et al; Donor human milk for preterm infants: current evidence and research directions. JPNG 2013;57:535-542
3. J H Baumer; Guidelines for the establishment and operation of Human milk banks in the UK. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2004;89:27-28

Ενότητα Β: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D

Συντονίστρια: Σ. Ζαχάκη, Βιολόγος, MSc, PhD

Επιστημονικός Γραμματέας: Θα επιλεγεί από τους συμμετέχοντες

A. Υπάρχουσα γνώση

Η βιταμίνη D είναι ιδιαίτερα σημαντική για τον οργανισμό καθώς είναι απαραίτητη για την απορρόφηση του ασβεστίου των τροφών, τη φυσιολογική επιμετάλλωση των οστών και την πρόληψη του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού. Επίσης, συμμετέχει στη διατήρηση της μυϊκής αντοχής και μείωση των πτώσεων και συμβάλλει στη πρόληψη των καταγμάτων. Οι διεθνείς συστάσεις διαφοροποιούνται συχνά και ανάλογα με το επίπεδο έκθεσης του πληθυσμού στην ηλιακή ακτινοβολία ή άλλους παράγοντες, όπως η χρήση αντηλιακών σκευασμάτων.

B. Διάρθρωση Βιωματικού Σεμιναρίου

Κοινό: 1. Υγειονομικοί λειτουργοί, 2. Γονείς, 3. Φοιτητές Επαγγελματιών Υγείας 4. Εκπαιδευτικοί προσχολικής αγωγής

Αριθμός συμμετεχόντων: 15-20 (θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας)

Στόχοι: Εκτίμηση της κατάστασης στην Ελλάδα και των ενδεχόμενων απαραίτητων διαφοροποιήσεων από τις διεθνείς οδηγίες αναφορικά με την πρόσληψη βιταμίνης D για τα παιδιά και εφήβους που ζουν στη χώρα μας.

Δομή:

Η Γνωριμία-Προσδοκίες, παρουσίαση των συντονιστών και συμμετεχόντων και το Κοινωνιόγραμμα (κατανόηση σύνθεσης ομάδας) θα είναι κοινή για τις τρεις ενότητες του βιωματικού

1. Εισαγωγή-Μέγεθος προβλήματος (**3 min**)
2. Δραστηριότητες (**15 min**): συζήτηση σε δυο ομάδες
 - 2.1 Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα για την έλλειψη της βιταμίνης D σε συνάρτηση με τη γεωγραφική κατανομή, τη συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού, όπως έγκυες, μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και υπερήλικες. Φυσιολογικά επίπεδα βιταμίνης D για τη διασφάλιση της ευεργετικής δράσης στους διάφορους ιστούς.
 - 2.2 Συνιστώμενες δόσεις σε ενήλικες, έγκυες, εφήβους, παιδιά και πρόωρα νεογνά. Συνιστώμενες μορφές (25OHD3 ή 1,25OHD3). Ανεπιθύμητες ενέργειες από τις υψηλές δόσεις βιταμίνης D.
3. Αναπλαισίωση: Τι μπορεί να κάνει ο καθένας από τη θέση του; (**5 min**)

Βιβλιογραφία

1. Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children, and adolescents. *Pediatrics*. 2008 Nov;122(5):1142-52.
2. National Osteoporosis Foundation. *Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis*. Washington, DC: National Osteoporosis Foundation; 2010.

Ενότητα Γ: HIV ΕΓΚΥΩΝ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΩΝ: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Συντονίστρια: Σ. Γαβρίλη, Παιδίατρος - Νεογνολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΜΕΝΝ & Νεογνολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών “Αλεξάνδρα”

Επιστημονικός Γραμματέας: Θα επιλεγεί από τους συμμετέχοντες

A. Υπάρχουσα γνώση

Ο ιός HIV είναι RNA ρετροϊός με υψηλή μεταλλακτικότητα και γρήγορο ρυθμό αναπαραγωγής. Υπολογίζεται ότι 34 εκατομμύρια άτομα είναι παγκοσμίως φορείς, με το 1/3 αυτών να αφορούν σε παιδιά. Η εφαρμογή των μέτρων πρόληψης της κάθετης μετάδοσης της λοίμωξης υπήρξε παράδειγμα ιδιαίτερα επιτυχούς πρακτικής, καθώς έχει συντελέσει στη μείωση του ποσοστού κάθετης μετάδοσης σε <1% και στην ελαχιστοποίηση των οροθετικών βρεφών.

Η πρόληψη αφορά τόσο στην έγκυο όσο και το νεογνό. Παλαιότερα, η καισαρική τομή (ΚΤ) αποτελούσε την μέθοδο εκλογής για όλες τις HIV οροθετικές εγκύους, καθώς τη θεωρούσαν πιο ασφαλή μέθοδο περάτωσης του τοκετού λόγω του μειωμένου βαθμού έκθεσης του νεογνού στο αίμα και τα λοιπά βιολογικά υγρά της μητέρας. Σήμερα, η χορήγηση αντιρετροϊκής αγωγής στη μητέρα κατά την κύηση και τον τοκετό μειώνει δραστικά την πιθανότητα κάθετης μετάδοσης με αποτέλεσμα να επιχειρείται κολπικός τοκετός, εκτός από περιπτώσεις όπου το HIV RNA φορτίο της μητέρας είναι >1000 αντίγραφα/ml. Τα νεογνά των HIV οροθετικών μητέρων πρέπει να λάβουν 6 εβδομάδες αγωγή με zidovudine, που χορηγείται εντός 6-12 ωρών από τον τοκετό και όχι αργότερα από τις 72 ώρες. Το δοσολογικό σχήμα προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία (<35 ή ≥35 εβδομάδες) της κύησης.

Παρά την αποτελεσματικότητα των νεότερων αντιρετροϊκών φαρμάκων, είναι αναγκαία η δημιουργία στοχευμένης στρατηγικής σχετικά με την παρακολούθηση της υγείας της εγκύου, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση της HIV λοίμωξης, την άμεση αντιμετώπιση των οροθετικών εγκύων και των νεογνών τους, καθώς και τη μακροχρόνια παρακολούθησή τους για την πρόληψη των μακροχρόνιων επιπλοκών της νόσου.

B. Διάρθρωση Βιωματικού Σεμιναρίου

Κοινό: 1. Παιδίατροι-Νεογνολόγοι, Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι, Γενικοί Ιατροί, 2. Μαιευτές/μαίες και νοσηλευτικό προσωπικό, 3. Φοιτητές Επαγγελματιών Υγείας

Αριθμός συμμετεχόντων: 15-20 (θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας)

Στόχοι:

1. Σχολιασμός των νεότερων κατευθυντήριων οδηγιών αναφορικά με την αντιμετώπιση της HIV λοίμωξης κατά τη διάρκεια της κύησης, καθώς και την προληπτική αντιμετώπιση των νεογνών οροθετικών μητέρων και ενδεχόμενες προσαρμογές στην Ελληνική πραγματικότητα.
2. Μακροχρόνια παρακολούθηση των HIV θετικών μητέρων-νεογνών για την πρόληψη μακροχρόνιων επιπλοκών της νόσου.

Δομή:

1. Γνωριμία-Προσδοκίες: Παρουσίαση των συντονιστών και συμμετεχόντων και το Κοινωνιόγραμμα (κατανόηση σύνθεσης ομάδας) θα είναι κοινή για τις τρεις ενότητες του βιωματικού

2. Εισαγωγή-Μέγεθος προβλήματος (**3 min**)
3. Δραστηριότητες (**15 min**):
Παρουσίαση video και ακόλουθη συζήτηση βασισμένη στους στόχους της συγκεκριμένης ενότητας του βιωματικού (**12 min**)
4. Αναπλαισίωση: Τι μπορεί να κάνει ο καθένας από τη θέση του; (**3 min**)

Βιβλιογραφία

1. Πρωτόκολλα Ελληνικής Περιγεννητικής Εταιρείας, 2015, Γαβρίλη Σ., www.perinatal.gr
2. European AIDS Clinical Society (EACS) Guidelines. April 2011.
http://www.europeanaidscinicalsociety.org/images/stories/EACSPdf/EACSEuroGuidelines_FullVersion.pdf
3. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. January 2011; 1-166.
<http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/AdultandAdolescentGL.pdf>

Ενότητα Α: ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Συντονιστής: Μ. Σύνδος, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιμελητής Α', 1^{ης} Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμήμα Προγεννητικού Ελέγχου, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

Επιστημονικός γραμματέας: Θα επιλεγεί από τους συμμετέχοντες

Α. Υπάρχουσα γνώση- Κατευθυντήριες οδηγίες

Οι εργαστηριακές εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου σε ανεπίπλεκτες εγκυμοσύνες που συστήνονται στην Ελλάδα κατά την πρώτη επίσκεψη της εγκύου είναι: 1. Γενική εξέταση αίματος και ούρων, 2. Ομάδα αίματος- Rhesus, 3. Μέτρηση ουρίας και σακχάρου αίματος, 4. Έλεγχος για λοιμώξεις (ερυθρά, τοξόπλασμα, κυτταρομεγαλοϊός, ηπατίτιδα, HIV, σύφιλη), 5. Έλεγχος θυρεοειδούς, 6. Καλλιέργεια κολπικού υγρού που συνήθως επαναλαμβάνεται στις 36 με 37 εβδομάδες της κύησης. Έλεγχος για σακχαρώδη διαβήτη κύησης πραγματοποιείται στις 26 με 28 εβδομάδες κύησης με καμπύλη σακχάρου μετά από χορήγηση 75 γραμμαρίων γλυκόζης και μέτρηση των επιπέδων σακχάρου αίματος στα 0, 60 και 120 λεπτά καθώς και μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.

Καθώς στην Ελλάδα οι αιμοσφαιρινοπάθειες αποτελούν σοβαρό πρόβλημα με υψηλό ποσοστό φορέων, στην 1^η κύηση όλες οι έγκυες υποβάλλονται επίσης σε ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης και δοκιμασία δρεπανώσεως. Εφόσον κριθεί απαραίτητο γίνεται έλεγχος και του συζύγου. Αν και οι δύο γονείς είναι φορείς συνιστάται έλεγχος του εμβρύου. Στην αρχή της 1^{ης} κύησης συστήνεται επιπλέον έλεγχος της εγκύου για κυστική ίνωση, καθώς είναι η δεύτερη σε συχνότητα μονογονιδιακή πάθηση στον Ελληνικό πληθυσμό.

Ο έλεγχος για ανωμαλίες του εμβρύου στην Ελλάδα περιλαμβάνει την υπερηχογραφική μέτρηση της αυχενικής διαφάνειας μεμονωμένα ή συνηθέστερα σε συνδυασμό με τα επίπεδα της β-hCG (βήτα χοριακής γοναδοτροπίνης και του PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein –A) μεταξύ 11 και 14 εβδομάδων κύησης για τον προσδιορισμό του κινδύνου για συνήθεις χρωμοσωμικές ανωμαλίες (τρισωμία 21, τρισωμία 18, τρισωμία 13). Σε περίπτωση καθυστερημένης πρώτης επίσκεψης της εγκύου (>14 εβδομάδες) ή δεν καταστεί δυνατή η μέτρηση αυχενικής διαφάνειας λόγω αυξημένου δείκτη μάζας σώματος, συστήνεται η τριπλή δοκιμασία (μέτρηση α-φετοπρωτεΐνης, χοριακής γοναδοτροπίνης, και οιστριόλης, μεταξύ 15 και 20 εβδομάδων κύησης στον ορό της μητέρας). Ο έλεγχος για ανωμαλίες του εμβρύου συμπληρώνεται με το υπερηχογράφημα δευτέρου τριμήνου για έλεγχο δομικών ανωμαλιών (20- 24 εβδομάδες κύησης) παράλληλα με έλεγχο ανατομίας της καρδιάς του εμβρύου. Μερικοί θεράποντες προτιμούν λεπτομερέστερο έλεγχο από ειδικό εμβρυοκαρδιολόγο με ξεχωριστό υπερηχογράφημα, χωρίς η πρακτική αυτή να περιλαμβάνεται σε διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Επί ενδείξεων πραγματοποιείται περαιτέρω προγεννητικός έλεγχος

του εμβρύου με λήψη τροφοβλάστης, αμνιοπαρακέντηση, ομφαλιδοκέντηση, ή μη επεμβατική προγεννητική δοκιμασία (NIPT).

B. Διάρθρωση Βιωματικού Σεμιναρίου

Κοινό: 1. Γενικοί Ιατροί, Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι, Παιδίατροι-Νεογνολόγοι, 2. Μαιευτές/μαίες και νοσηλευτικό προσωπικό, 3. Φοιτητές Επαγγελματιών Υγείας 4. Εκπρόσωποι του Δήμου

Αριθμός συμμετεχόντων: 20-25 (θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας)

Στόχοι:

1. Ευαισθητοποίηση για την προληπτική αξία του προγεννητικού ελέγχου
2. Σχολιασμός των πρακτικών που ακολουθούνται σε τοπικό επίπεδο, των φραγμών και των διευκολυντικών παραγόντων στην βελτιστοποίηση της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες προγεννητικού ελέγχου των εγκύων.

Δομή:

1. Γνωριμία-Προσδοκίες, Παρουσίαση των συντονιστών και συμμετεχόντων και Κοινωνιόγραμμα (κατανόηση σύνθεσης ομάδας), ορισμός επιστημονικών γραμματέων **(10 min)**
2. Εισαγωγή **(3 min)**
3. Δραστηριότητες **(30 min):**
 - 3.1 Εμπειρίες από χειρισμό περιστατικών σε διαφορετικά στάδια της εγκυμοσύνης ή επιπεπλεγμένων κυήσεων και διαδραστική συζήτηση ως προς τις εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου σε σχέση με τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες (10min)
 - 3.2 Δυνατότητες ασφαλούς και έγκυρης εφαρμογής του σύγχρονου προγεννητικού ελέγχου (επεμβατικές/ μη επεμβατικές εξετάσεις) στην περιφέρεια σε συνεργασία με μεγάλα αστικά κέντρα και ανατροπή των σημερινών ροών - Φραγμοί και διευκολυντικούς παράγοντες (10min)
 - 3.3 Δυνατότητες βέλτιστης παρακολούθησης των κοινωνικά ευπαθών εγκύων στην περιφέρεια της Λακωνίας
4. Αναπλαισίωση: Σύνοψη προτάσεων και τι μπορεί να κάνει ο καθένας από τη θέση του **(7 min)**

Βιβλιογραφία

1. Gekas J, Langlois S, Ravitsky V, Audibert F, van den Berg DG, Haidar H, Rousseau F. Non-invasive prenatal testing for fetal chromosome abnormalities: review of clinical and ethical issues. *Appl Clin Genet.* 2016 Feb 4;9:15-26.
2. Rao R, Platt LD. Ultrasound screening: Status of markers and efficacy of screening for structural abnormalities. *Semin Perinatol.* 2016 Feb;40(1):67-78.
3. Theodora M, Antsaklis A, Blanas K, Antsaklis P, Daskalakis G, Sindos M, Mesogitis S, Papantoniou N. Risk for fetal loss and prematurity after 12,413second trimester amniocenteses in a single center. *J Perinat Med.* 2015 May;43(3):347-51.

ΟΨΙΜΑ ΠΡΩΩΡΑ: ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΟΛΥΤΙΜΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ

Συντονίστρια: Αντωνία Χαρίτου, Παιδιάτρος - Νεογνολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Κλινικής “ΡΕΑ”

Επιστημονικός Γραμματέας: Θα επιλεγεί από τους συμμετέχοντες

A. Υπάρχουσα γνώση

Ως τελειόμηνα ορίζονται τα νεογνά με ηλικία κύησης (Η.Κ.) >37+0 w, ως πρόωρα τα νεογνά με Η.Κ.<37 w, ενώ όψιμα πρόωρα λέγονται τα νεογνά (ΟΠΝ) με Η.Κ. 34+0-36+6. Το ποσοστό της προωρότητας επί του συνόλου των γεννήσεων κυμαίνεται από 7,9%-11,9% και των ΟΠΝ 6,4%-8,5%, δηλαδή 70%-80% του συνόλου των πρόωρων νεογνών. Οι κυριότερες αιτίες της όψιμης προωρότητας είναι: η βελτίωση της προγεννητικής φροντίδας με σωστότερη παρακολούθηση της κύησης, χρήση σύγχρονης υπερηχητικής τεχνολογίας, η αύξηση των θεραπειών υπογονιμότητας με επακόλουθο πολύδυμες κυήσεις, η αύξηση της συχνότητας της πρόωρης ρήξης εμβρυϊκών υμένων και πρόωρου τοκετού, καθώς και ιατρογενείς λόγοι, όπως ο τοκετός με καισαρική τομή.

Στις μονήρεις κυήσεις, η Η.Κ. 34+0-36+6 αντιστοιχεί σε περίοδο ταχείας αύξησης του εμβρύου. Επομένως τα ΟΠΝ παρουσιάζουν κατά τη γέννηση ανωριμότητα από πλευράς φυσιολογίας και μεταβολισμού και εμφανίζουν συχνά μειωμένη αυτορρυθμιζόμενη ικανότητα προσαρμογής στο εξωμήτριο περιβάλλον. Παρότι δίνουν την εντύπωση μικρών, αλλά φυσιολογικών νεογνών, τα ΟΠΝ παρουσιάζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνητότητα από τα τελειόμηνα, όχι μόνο κατά τη νοσηλεία, αλλά και στη διάρκεια του 1ου χρόνου ζωής. Συγκεκριμένα, η νοσηρότητα ακολουθεί εκθετική, σχεδόν διπλάσια αύξηση για κάθε εβδομάδα πριν την Η.Κ.<38 εβδομάδων (38 εβδομάδες=3.3%, 37= 5.9%, 36=12.4%, 35=25%, 34=51.2%). Οι συχνότερες διαταραχές των ΟΠΝ αφορούν: υποθερμία, υπογλυκαιμία, αναπνευστική αστάθεια, ίκτερο, νευρική ανωριμότητα, σηψαιμία και σιτιστικά προβλήματα. Επιπλέον σε επόμενα στάδια της ζωής μπορεί να παρουσιάσουν άπνοια (17,7%) ή σπανιότερα νευροαναπτυξιακές διαταραχές, και σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου. Τέλος, τα ΟΠΝ συνήθως επανεισάγονται στο νοσοκομείο 2-3 φορές συχνότερα συγκριτικά με τα τελειόμηνα, ενώ αυξάνεται το κόστος νοσηλείας λόγω παρατεταμένης παραμονής στη ΜΕΝΝ (διαφορά κόστους: \$2630 μεταξύ ΟΠΝ και τελειόμηνων).

Στις κατευθυντήριες οδηγίες τονίζεται η ανάγκη διεπιστημονικής προσέγγισης. Η φροντίδα των ΟΠΝ πρέπει να συντονίζεται και να παρέχεται από εξειδικευμένους κλινικούς με έμφαση στην αναγκαιότητα συμμετοχής της οικογένειας και το σεβασμό στην παιδεία και τις προτιμήσεις της.

B. Διάρθρωση Βιωματικού Σεμιναρίου

Κοινό: 1. Υγειονομικοί λειτουργοί, 2. Γονείς, 3. Φοιτητές Επαγγελματιών Υγείας 4. Εκπαιδευτικοί προσχολικής αγωγής

Αριθμός συμμετεχόντων: 20-25 (θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας)

Στόχοι:

1. Παροχή έγκυρης και αξιόπιστης πληροφόρησης σχετικά με την επίπτωση, αιτιολογία και επιπλοκές της όψιμης προωρότητας.
2. Περιεχόμενο διεπιστημονικής φροντίδας των όψιμων πρόωρων και

3. Τρόποι παρέμβασης για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των επιπλοκών.

Δομή:

1. Εισαγωγή - Μέγεθος του προβλήματος **(5 min)**
2. Δραστηριότητες:
 - 2.1. Καταιγισμός ιδεών:
 - 2.2. Κατανόηση των προβλημάτων των όψιμων προώρων **(10 min)**
 - 2.3. Τρόποι προσέγγισης για την πρόληψη & ολιστική φροντίδα των ΟΠΝ **(15 min)**
3. Αναπλαισίωση: Τι μπορεί να κάνει ο καθένας από τη θέση φροντίδας; **(5 min)**

Βιβλιογραφία

1. Phillips et al. Multidisciplinary guidelines for the care of late preterm infants, J Perinatol, 2013. <http://www.nationalperinatal.org/latepreterm>
2. Kugelman A, Colin AA. Late preterm infants: near term but still in a critical developmental period. Pediatrics 2013
3. Chy et al. School outcomes of late preterm infants: Special needs and challenges for infants born at 32 to 36 weeks gestation. J Pediatr 2008

ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Συντονίστρια: Π. Παναγή, Προϊσταμένη Αίθουσας Τοκετών, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», Πρόεδρος Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών

Επιστημονικός Γραμματέας: Θα επιλεγεί από τους συμμετέχοντες

Α. Υπάρχουσα γνώση:

Ο μητρικός θηλασμός, εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων, αποτελεί την ιδανική τροφή για όλα τα νεογνά, συμπεριλαμβανομένων προώρων και άρρωστων.

Το ζήτημα της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού αποτέλεσε πεδίο αντικρουόμενων απόψεων και αναπροσαρμογών των συστάσεων υπεύθυνων οργανισμών. Σύμφωνα με τις τελευταίες οδηγίες του ΠΟΥ και της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής, ο αποκλειστικός θηλασμός αποτελεί την ενδεδειγμένη μορφή σίτισης κατά τους πρώτους έξι μήνες της ζωής, ενώ συνιστάται ο θηλασμός να συνεχίζεται και μετά την προσθήκη των στερεών τροφών, τουλάχιστον μέχρι την ηλικία των 12 μηνών και κατόπιν για όσο διάστημα το επιθυμούν η μητέρα και το παιδί.

Παρά την αναγνώριση της αξίας του μητρικού θηλασμού και των αδιαμφισβήτητων πλεονεκτημάτων του για τη μητέρα, το βρέφος και το κοινωνικό σύνολο, παρατηρείται αδυναμία στην υιοθέτησή του από τις μητέρες ως αποκλειστική μορφή σίτισης του βρέφους για ικανοποιητικό χρονικό διάστημα. Ειδικά στην Ελλάδα, τόσο η συχνότητα μητρικού θηλασμού είναι πολύ χαμηλή ήδη από την έξοδο του νεογνού από το μαιευτήριο, αλλά ιδιαίτερα τους επόμενους μήνες της ζωής. Η προαγωγή του μητρικού θηλασμού απαιτεί συντονισμένες δράσεις των επαγγελματιών υγείας σε ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς.

Β. Διάρθρωση βιωματικού σεμιναρίου:

Κοινό: 1. Παιδίατροι-Νεογολόγοι, Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι, Γενικοί ιατροί 2. Μαίες-Νοσηλεύτες

Αριθμός συμμετεχόντων: 25-30 (θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας)

Στόχοι:

1. Ενημέρωση για το μητρικό θηλασμό και κατάρριψη των μύθων που τον διακατέχουν
2. Αποτύπωση της ελληνικής πραγματικότητας και των προβλημάτων που παρατηρούνται στους χώρους υγείας ως προς την εφαρμογή του ισχύοντος νομικού πλαισίου
3. Προτάσεις για τη βελτίωση των δομών των εκάστοτε φορέων υγείας ως προς το μητρικό θηλασμό στον Ελληνικό χώρο
4. Αύξηση των ποσοστών μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα

Δομή:

1. Γνωριμία-Προσδοκίες **(10 min)** με παρουσίαση συντονιστών και συμμετεχόντων και το κοινωνιόγραμμα (κατανόηση σύνθεσης ομάδας)
2. Εισαγωγή **(8 min)**: Φιλοσοφία μητρικού θηλασμού, διαχρονικές τάσεις, φυσιολογία παραγωγής γάλατος, πλεονεκτήματα για το βρέφος, τη μητέρα, την κοινωνία
3. Δραστηριότητες **(60 min)**
Σε τρεις ομάδες στις οποίες θα εναλλάσσονται οι συμμετέχοντες ανά 20 min θα πραγματοποιηθεί συζήτηση και παράθεση εμπειριών και προτάσεων:
 - 3.1. Μύθοι γύρω από το μητρικό θηλασμό: συνήθη σενάρια, παράθεση εμπειριών και απόψεων για τον τρόπο αντιμετώπισης των μύθων στους χώρους υγείας. Παρέμβαση με σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα με στόχο την κατάρριψη των μύθων
 - 3.2. Πρακτικές θηλασμού και προβλήματα: Επίδειξη σωστού τρόπου θηλασμού, συνήθη προβλήματα σε θηλάζουσες και παιδί, τρόποι αντιμετώπισης από τους υπεύθυνους υγείας
 - 3.3. Νομικό και κοινωνικό πλαίσιο στην Ελλάδα: Ισχύουσα νομοθεσία, επιτροπές θηλασμού και υπεύθυνου υγειονομικού σε φορείς υγείας, οργάνωση σεμιναρίων για την εκπαίδευση των υγειονομικών,
4. Αναπλαισίωση: από τους 3 επιστημονικούς γραμματείς **(12 min)**

Βιβλιογραφία

1. Aguiar, H. and Silva, A. Breastfeeding: The importance of intervening. Acta Med Port. 24. Suppl4 (2011): 889-96.
2. Work Group on Breastfeeding and American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 129.3 (2012): e827 -41.

12.45-14.15

Λευκή Βίβλος Περιγεννητικής Φροντίδας:

Εργαστήριο παρακολούθησης του βετούς πλάνου δράσης και απολογισμός του Συμποσίου

Συντονιστές: Γ. Δημητρίου, Ε. Παπαθωμά, Α. Χαρίτου, Ε. Πετρίδου, Σ. Γαβρίλη, Π. Κουτσοβίτης

ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ- ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ε. Πετρίδου, Μ. Εμποριάδου, Γ. Χρούσος

Πανεπιστημιακές Εκδόσεις «ΚΑΛΛΙΠΟΣ»

Περιγεννητική Φροντίδα

Διημερίδα Σπάρτης 2016

Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας

Με βάση τις 6 προτάσεις βελτίωσης της περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα μας από τη Λευκή Βίβλο Κοινωνικής Παιδιατρικής, παρατίθενται (μωβ) **σχολιασμοί/προτάσεις για συζήτηση στη Συνεδρία με στόχο προώθηση της Λευκής Βίβλου στη Λακωνία**

Κεφάλαιο 4. Ανάπτυξη και παρακολούθηση βετούς στρατηγικού σχεδίου

Στόχοι:

1. Να αναδειχτεί η αναγκαιότητα ανάπτυξης στρατηγικών σχεδίων για διατήρηση ποιοτικής και ολιστικής ιατροκοινωνικής φροντίδας με συγκεκριμένους στόχους, που χρειάζεται να ολοκληρωθούν σε ορισμένα χρονικά όρια με συνεργατικές δράσεις συναφών διεπιστημονικών φορέων
2. Να προβληθούν συγκεκριμένα ζητήματα πολιτικής και ανταποδοτικές προτάσεις καλών πρακτικών χαμηλού κόστους για τη βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης σε πληθυσμούς νεαρής ηλικίας με αυξημένες υγειονομικές ανάγκες
3. Να συμβάλει στην ανάπτυξη ενός εργαλείου παρακολούθησης της πορείας εξέλιξης του βετούς στρατηγικού σχεδίου και τη διερεύνηση δυνατοτήτων και εμποδίων στην υιοθέτηση του σχεδίου από δομές της ελληνικής περιφέρειας

Εισαγωγή

Η εθνική νομοθεσία και οι διεθνείς συμβάσεις, που συνυπογράφει η χώρα μας, καθορίζουν τα δικαιώματα στην υγεία του ευάλωτου ηλικιακά πληθυσμού των παιδιών και εφήβων. Ωστόσο σε περιόδους κρίσης χρειάζεται να εντατικοποιείται η περιχαράκωση των υγειονομικών επιτευγμάτων, η προτεραιοποίηση αναγκών και η στοχοθεσία με επαναπροσανατολισμό των δράσεων των διεπιστημονικών συνεργασιών προς περισσότερο ανταποδοτική αξιοποίηση των υφιστάμενων πόρων με παράλληλη στενή ενδιάμεση και τελική παρακολούθηση της επίτευξης των στόχων. Την ανάγκη αυτή φιλοδοξεί να εξυπηρετήσει το εξαετές στρατηγικό πρόγραμμα της επετειακής Έκθεσης «Λευκή Βίβλος:

Ατζέντα Κοινωνικής Παιδιατρικής: Ελλάδα 2013», που αναπτύχθηκε με την ευκαιρία των 25 ετών από την ίδρυση της Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας και περιλαμβάνει τρεις πυλώνες: **Ενότητα 1. Περιγεννητική Φροντίδα, Ενότητα 2. Φροντίδα για παιδιά και εφήβους με χρόνια προβλήματα υγείας και ειδικές ανάγκες και Ενότητα 3. Εφηβιατρική Φροντίδα** (www.socped.gr). Σε καθένα από τους τρεις αυτούς πυλώνες αντιστοιχούν έξι ελάχιστες δράσεις και ο χρονικός ορίζοντας στον οποίο αναμένεται να αναληφθούν και να ολοκληρωθούν. Τα πρώτα σπέρματα για το στρατηγικό σχέδιο συζητήθηκαν σε αντίστοιχες συνεδρίες, που προβλέπονταν στο 26^ο Συνέδριο (2013) «Η Κοινωνική Παιδιατρική στο δρόμο για την Ιθάκη». Αφού αναγνωρίστηκαν οι κύριες κατευθύνσεις έγινε η συγγραφή και επεξεργασία των προτάσεων, που παρουσιάστηκαν στο σύνολο τους στο **4ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Φόρουμ Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Ιατρικής (Αθήνα 24/11/2013)**. Η εξέλιξη των δράσεων και η ολοκλήρωσή τους στον αναμενόμενο χρονικό ορίζοντα εφαρμογής παρακολουθείται από όσους δηλώνουν σχετικό ενδιαφέρον, καθώς αντικατοπτρίζουν την κοινωνική αυτοδέσμευση για τη διατήρηση ενός αποδεκτού επιπέδου παρεχόμενης ιατροκοινωνικής φροντίδας για το νεαρό πληθυσμό της χώρας τον καιρό της κρίσης.

4.1. Συμπεράσματα κλειστής συνεδρίας επιστημονικού προβληματισμού:

- Αναγνωρίστηκε ο καθοριστικός ρόλος των υγειονομικών περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα μας, η ουσιαστική συμβολή των δωρητών και ιδιωτών στη βελτίωση της υλικοτεχνικής υποδομής και στην ανανέωση του εξοπλισμού των κρατικών μονάδων φροντίδας, καθώς και η συμβολή των φαρμακευτικών εταιριών στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού, κατά προτεραιότητα των μαιευτήρων και νεογνολόγων
- Σχολιάστηκαν επιμέρους θέματα και προτάσεις των κύριων κεφαλαίων της Λευκής Βίβλου για την περιγεννητική φροντίδα και διαπιστώθηκε η ανάγκη ανάπτυξης ενός εξαετούς στρατηγικού σχεδίου, όπου θα περιγράφονται οι βραχυπρόθεσμοι, μεσοπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι στόχοι βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών με επιμέρους διακριτές προτάσεις
- Οι περισσότερες προτάσεις αφορούν: α) στην αναγκαιότητα ανάπτυξης δεικτών καλής πρακτικής, που θα επιτρέπουν την αυτοματοποιημένη συγκριτική αξιολόγηση όσων μονάδων υγείας προθυμοποιούνται να δημοσιοποιούν τα δεδομένα λειτουργίας τους, β) στην ανάπτυξη συνεργικών δράσεων όσων ενδιαφέρονται να διατηρηθεί, να αντικειμενοποιηθεί και να βελτιωθεί περαιτέρω η ποιότητα της παρεχόμενης περιγεννητικής φροντίδας στην Ελλάδα παρά τις δύσκολες συνθήκες από την αναγκαστική μείωση ανθρώπινων πόρων και γ) στη δημιουργία εργαλείων και μηχανισμών παρακολούθησης της μεταγραφής της επιστημονικής γνώσης σε καθημερινή πρακτική προσαρμοσμένη στις ιδιαιτερότητες της χώρας μας
- Για την εφαρμογή των γενικών αρχών και κατευθυντήριων οδηγιών παροχής ποιοτικής περιγεννητικής φροντίδας απαιτείται πολιτική βούληση με παράλληλη ενθάρρυνση και διευκόλυνση των διαδικασιών υιοθέτησης και ενσωμάτωσης

- στην καθημερινή πρακτική από τους λειτουργούς υγείας, που καλούνται να την υπηρετήσουν με συνέπεια παρά τις αντίξοες σημερινές οικονομικές συγκυρίες
- Δεσμεύτηκαν οι συμμετέχοντες στην υποστήριξη κοινών δράσεων, που αποσκοπούν στην προώθηση των προτεραιοτήτων της Λευκής Βίβλου και στη συστηματική τους διάχυση στους συναρμόδιους φορείς, τις συναφείς επιστημονικές εταιρείες και το γενικό κοινό, το οποίο είναι ο τελικός αποδέκτης, αλλά και ο κύριος χορηγός των παρεχόμενων περιγεννητικών υπηρεσιών

4.1.1. Πρόταση 1: Ανάπτυξη ηλεκτρονικού συστήματος συλλογής δεδομένων (χρονικός ορίζοντας: 4 έτη)

Σταδιακή ανάπτυξη ηλεκτρονικού συστήματος κοινής αποδοχής για τη συλλογή αναλυτικών περιγεννητικών δεδομένων προς χρήση από την τοπική κοινωνία και αποστολή στην ΕΛΣΤΑΤ ή άλλο εθνικό αρχείο καταγραφής (registry). Τα δεδομένα αυτά μπορούν να επεξεργάζονται σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο, προκειμένου να υπολογίζονται και να δημοσιοποιούνται έγκαιρα σε εθνικό επίπεδο οι δείκτες περιγεννητικής υγείας.

Συνιστάται να ενθαρρυνθεί η έναρξη εκπλήρωσης της υποχρέωσης παροχής δεδομένων σε τακτά διαστήματα από τα δημόσια μαιευτήρια/ κέντρα/ μονάδες και με σταδιακή συμμετοχή του ιδιωτικού φορέα. Η προωρότητα με τις δια βίου επιπτώσεις της έχει πλέον επίσημα χαρακτηριστεί και αντιμετωπίζεται διεθνώς ως χρόνιο πρόβλημα υγείας. Επομένως, η παροχή αξιόπιστων και σύγχρονων δεδομένων περιγεννητικής θνησιμότητας, νοσηρότητας και αναπηρίας στη χώρα μας είναι αναγκαία συνθήκη για συμμετοχή στο Ευρωπαϊκό και διεθνές γίγνεσθαι. Σε δοκιμαστική βάση, μέχρι την επίσημη καθιέρωση των επικαιροποιημένων πιστοποιητικών γέννησης και θανάτου που έχουν ήδη εγκριθεί από ΚΕΣΥ/Υπουργείο Υγείας, η ηλεκτρονική συμπλήρωση των δεδομένων μπορεί να γίνεται από τον παιδίατρο του μαιευτηρίου/νεογνολογικού Τμήματος/Μονάδας. Κατάλληλο λογισμικό ήδη διαθέσιμο προτίθενται να παραχωρήσουν χωρίς κόστος στους ενδιαφερόμενους ιδιωτικά μαιευτήρια. Εναλλακτικά, το λογισμικό μπορεί να αναπτυχθεί μετά από συνεργασία των νεογνολογικών τμημάτων ενώ το Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής του ΕΚΠΑ διατίθεται στη φάση αυτή να συγκεντρώνει και να επεξεργάζεται άμεσα τα ηλεκτρονικά δεδομένα σε συνεργασία με τους φορείς που τα συγκεντρώνουν. Η εμπειρία άλλων χωρών έχει δείξει ότι και η απλή ακόμη δημοσιοποίηση των βασικών συγκριτικών δεικτών αξιολόγησης της προσφερόμενης περιγεννητικής φροντίδας ανά κέντρο, αναμένεται να βελτιώσει σε ορισμένο βαθμό και χωρίς πρόσθετο κόστος τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Προβληματισμοί για τη Συνεδρία της Σπάρτης: στο Νομό Λακωνίας λειτουργεί ένα μόνο μαιευτήριο (δημόσιο) με ~500 τοκετούς το έτος. Να διερευνηθούν με το Διευθυντή της Μαιευτικής Κλινικής, τους γυναικολόγους και τις μαίες, καθώς και τα μέλη του ΔΣ του Δήμου με ιατρική παιδεία οι δυνατότητες καταγραφής επιπλέον πληροφορίας σε λογισμικό που μπορεί να παρέχει δωρεάν το Μαιευτήριο ΡΕΑ ή όποιος άλλος φορέας επιθυμούν. Ιδιαίτερως, πρέπει να σημειώνονται οι εβδομάδες κύησης, το είδος και οι ενδείξεις τοκετού (ειδικά σε περίπτωση καισαρικής τομής).

4.1.2. Πρόταση 2: Ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών (χρονικός ορίζοντας: 2 έτη)

Ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών διαγνωστικών και θεραπευτικών πρακτικών με πρόβλεψη επικαιροποίησης από τις συναφείς επιστημονικές εταιρείες, σχετικά με θέματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, παρακολούθησης εγκύου και λεχιάδας, φροντίδας νεογνών στη ΜΕΝΝ και διαχρονικής παρακολούθησης νεογνών αυξημένου κινδύνου. Επισημαίνεται ότι το μοντέλο υγειονομικής φροντίδας της προωρότητας πρέπει να είναι επικεντρωμένο στην οικογένεια (family centered) και όχι στην ασθένεια (disease centered).

Προβληματισμοί για τη Συνεδρία της Σπάρτης: Αναζήτηση των κατευθυντήριων οδηγιών που έχουν αναπτυχθεί ή έχουν αρχίσει να αναπτύσσονται για την Ελλάδα από τις αντίστοιχες επιστημονικές εταιρείες (μαιευτικές, περιγεννητικές, νεογνολογικές) από το 2013 και εντεύθεν. Προτάσεις για τρόπους δημοσιοποίησης και παρακολούθησης της εφαρμογής.

4.1.3. Πρόταση 3: Συγκρότηση Επιτροπής Αξιολόγησης του Εθνικού Προγράμματος Νεογνικού Προσυμπτωματικού Ελέγχου (χρονικός ορίζοντας: 1 έτος)

Συγκρότηση Επιτροπής Αξιολόγησης του εθνικού προγράμματος νεογνικού προσυμπτωματικού Ελέγχου, από Καθηγητές Παιδιατρικής, Μεταβολικών Νοσημάτων, Βιοχημείας, Αναλυτικής Χημείας, Επιδημιολογίας, Πληροφορικής και Οικονομικών της Υγείας με στόχο την εκτίμηση του κόστους και της αποτελεσματικότητας καθιέρωσης προγράμματος διευρυμένου προσυμπτωματικού ελέγχου, σύμφωνα με το νοσολογικό φάσμα στη χώρα μας, όπως προκύπτει στη φάση αυτή από τα δεδομένα των ιδιωτικών κέντρων. Το έργο της Επιτροπής θα μπορεί να διευρυνθεί, αν κριθεί ότι χρειάζεται να προστεθούν στο νεογνικό προσυμπτωματικό έλεγχο άλλες νοσολογικές καταστάσεις, εκτός των μεταβολικών νοσημάτων, όπως ο έλεγχος της ακοής.

Προβληματισμοί για τη Συνεδρία της Σπάρτης: Έχει συγκροτηθεί με πρωτοβουλία της ΕΕΚΠΠΥ Επιτροπή Αξιολόγησης του προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου Νεογνών στη χώρα μας (Μέλη: Μιχαήλ Κουππάρης, Ιωάννης Κοτρώνης, Νίκος Μανιαδάκης, Αθανάσιος Παπαβασιλείου, Ευάγγελος Παπακωνσταντίνου, Ελένη Πετρίδου, Αναστασία Σκούμα, Αντωνία Χαρίτου, Γεώργιος Χρούσος, Αθηνά Ξαϊδάρα). Παρατίθεται απόσπασμα πρακτικών της 1ης Συνεδρίας

Έγινε σύντομη εισήγηση σχετικά με το στόχο και το περιεχόμενο της έκθεσης, το 12μηνο χρονοδιάγραμμα και την ανάγκη γραμματειακής υποστήριξης κατά τη διαδικασία ανάπτυξης της. Ειδικότερα, η έκθεση (15-20 σελίδες) βασίζεται στο σχετικό κείμενο της Λευκής Βίβλου 2013 και αναμένεται να περιλαμβάνει:

1. Συνοπτική παρουσίαση της διεθνούς εμπειρίας σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου νεογνών (ΠΕΝ)
 - 1.1. Ανιχνευτικές διαδικασίες: προϋποθέσεις και πλεονεκτήματα καθιέρωσης διευρυμένου ΠΕΝ,
 - 1.2. Λειτουργία του ΠΕΝ,
 - 1.3. Συλλογική ανταποδοτικότητα,
 - 1.4. Ηθικά και νομικά ζητήματα

2. Οικονομοτεχνική μελέτη του Ελληνικού ΠΕΝ. Η μοντελοποίηση θα βασιστεί στην εκτίμηση κόστους από ΙΥΠ για 10 ευρώ, δεδομένα Λευκής Βίβλου για τη συχνότητα μεταβολικών νοσημάτων μεταξύ 200.000 νεογνών που υπεβλήθησαν σε διευρυμένο ΠΕΝ και δεδομένα που χρειάζεται να συλλεγούν για την παρακολούθηση των νεογνών με θετικό ΠΕΝ. Συγκεκριμένα θα γίνει σύγκριση των οικονομικών μεγεθών του κόστους του screening (παίρνοντας υπόψη την ευαισθησία και την ειδικότητα των μεθόδων και το κόστος της παρακολούθησης των νεογνών με θετική διάγνωση σε σχέση με εκείνο της παρακολούθησης παιδιών που νοσηλεύονται γιατί δεν είχαν υποβληθεί σε screening. Για το σκοπό αυτό θα γίνει προσπάθεια καταγραφής των επιπολαζόντων περιστατικών μεταβολικών νοσημάτων στα παιδιατρικά νοσοκομεία της χώρας, αφού συμπληρωθεί ο κατάλογος των ειδικών.
3. Προτάσεις βελτίωσης ανταποδοτικότητας με αναδιοργάνωση του ΕΠΕΝ-ΙΥΠ
 - 3.1. Δομή και λειτουργία του νέου ΕΠΕΝ με αναφορά στον κεντρικό συντονιστικό ρόλο του ΙΥΠ,
 - 3.2. Αναγκαίες παράλληλες δομές λειτουργίας του εθνικού προγράμματος,
 - 3.3. Διασφάλιση εξωτερικού ποιοτικού ελέγχου

4.1.4. Πρόταση 4: Ανάπτυξη δεικτών καλής λειτουργίας των MENN (χρονικός ορίζοντας: 2 έτη)

Ανάπτυξη δεικτών καλής λειτουργίας των MENN, πιστοποίησης διαδικασιών και προσωπικού, καθώς και συνεχιζόμενης αξιολόγησης Τμημάτων και Μονάδων κατά επίπεδο λειτουργίας με ιδιαίτερη έμφαση στην αναγκαιότητα προγραμμάτων εκπαίδευσης ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού στον τοκετό, την ανάνηψη, τη σταθεροποίηση και τη μεταφορά. Πολύτιμη είναι η εμπειρία της γειτονικής Τουρκίας, η οποία υποστηρίζει ότι με ταχύρρυθμη εκπαίδευση παιδιάτρων στη νεογνολογία και τη σταθεροποίηση του νεογνού μειώθηκε ουσιαδώς και σε σύντομο χρονικό διάστημα η περιγεννητική θνησιμότητα προσεγγίζοντας εκείνη των ευρωπαϊκών χωρών.

Προβληματισμοί για τη Συνεδρία της Σπάρτης: Να συζητηθούν φραγμοί και διευκολυντικοί παράγοντες για την εκπαίδευση ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού στον τοκετό, την ανάνηψη, τη σταθεροποίηση και τη μεταφορά. Ο καθηγητής κος Δημητρίου, τόνισε την ανάγκη απόκτησης πρακτικής εμπειρίας σε πιστοποιημένα κέντρα, πέραν της εκπαίδευσης σε ταχύρρυθμα σεμινάρια ανάνηψης προώρων. Να συζητηθεί κατά πόσο μπορούν να γίνει τέτοιου είδους πρακτική άσκηση προσωπικού της Μαιευτικής ή Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Καλαμάτας στο Πανεπιστημιακό Νοσ/μείο Πατρών.

4.1.5. Πρόταση 5: Παρακολούθηση και υποστήριξη του έργου της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού (χρονικός ορίζοντας: 6 έτη)

Παρακολούθηση και υποστήριξη του έργου της εθνικής επιτροπής μητρικού θηλασμού, συμβολή στη χαρτογράφηση όσων πρωτόβουλων προσπαθειών σε τοπικό επίπεδο δεν έχουν ακόμη πιστοποιηθεί, καταγραφή και άμεση παρέμβαση σε περίπτωση ανεπιθύμητων συμβαμάτων και προσπάθειες ενημέρωσης γονέων με διαδραστική μεθοδολογία μέσω Διαδικτύου.

Προβληματισμοί για τη Συνεδρία της Σπάρτης: Στη διημερίδα προγραμματίζεται ειδικό σεμινάριο, όπου θα διερευνηθεί κατά πόσο το νοσοκομείο της πόλης έχει ενδιαφέρον να ενταχθεί στα φιλικά για τα βρέφη νοσοκομεία και τότε θα αρχίσει η λειτουργία Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού και από το Παράρτημα Λακωνίας δικτύου φίλων του μητρικού θηλασμού και τράπεζας γάλακτος.

4.1.6. Πρόταση 6: Ανάπτυξη δράσεων βελτίωσης της περιγεννητικής φροντίδας (χρονικός ορίζοντας: 6 έτη)

Ανάπτυξη ειδικών τομέων δράσεων για τη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας, προώθηση και προβολή τους σε επιστημονικές και κοινωνικές εκδηλώσεις των φορέων, που υποστηρίζουν τη φιλοσοφία και το περιεχόμενο της Λευκής Βίβλου. Με κεντρικό φορέα το Σύλλογο Γονέων για τη Φροντίδα των Πρόωρων Νεογνών «Ηλιτόμηνον», μπορεί να προχωρήσει η ανάπτυξη Δικτύου ενδιαφερομένων οργανώσεων και φορέων για θέματα περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα μας και την αλλοδαπή με στόχο το συντονισμό, υποστήριξη των επιμέρους δράσεων στην Ελλάδα και την προβολή τους προς την Πολιτεία και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο.

Προβληματισμοί για τη Συνεδρία της Σπάρτης: Διερεύνηση ανάπτυξης από το Παράρτημα Λακωνίας δικτύου γονέων με πρόωρα νεογνά για την ενδυνάμωση των οικογενειών σε θέματα παροχής βέλτιστης φροντίδας σε πρόωρα νεογνά που παρουσιάζουν προβλήματα στη μετέπειτα ζωή.

Βιβλιογραφία

1. Ατζέντα Κοινωνικής Παιδιατρικής, Ελλάδα 2013: Περιγεννητική Φροντίδα, ΜΕΡΟΣ Α', Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Τόμος 61ος, Τεύχος 2ο 2014, Διαθέσιμο [εδώ](#)
2. Ατζέντα Κοινωνικής Παιδιατρικής, Ελλάδα 2013: Περιγεννητική Φροντίδα, ΜΕΡΟΣ Β', Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Τόμος 61ος, Τεύχος 3ο 2014, Διαθέσιμο [εδώ](#)
3. Ατζέντα Κοινωνικής Παιδιατρικής, Ελλάδα 2013: Φροντίδα για παιδιά και εφήβους με χρόνια προβλήματα υγείας και ειδικές ανάγκες. Παιδιατρική, Τόμος 77ος, Τεύχος 3, Ιούλιος-Αύγουστος-Σεπτέμβριος 2014, Διαθέσιμο [εδώ](#)
4. ΠΕΤΡΙΔΟΥ, Ε., ΕΜΠΟΡΙΑΔΟΥ, Μ., ΧΡΟΥΣΟΣ, Γ. 2015. ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. ISBN: 978-960-603-168-7, ID Ευδόξου: 320128, Διαθέσιμο [εδώ](#)

