



Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Παιδιατρικής
και Προαγωγής της Υγείας

25^ο Πανελλήνιο Συνέδριο

“Η Κοινωνική Παιδιατρική στο δρόμο για την Ιθάκη:
αγωγή υγείας και περίθαλψη
στις απομονωμένες νησιωτικές περιοχές”



Βαθύ Ιθάκης, 29 Αυγούστου - 1 Σεπτεμβρίου 2013



ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ



ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



ΤΟΠΙΚΟΙ ΣΥΝΔΙΟΡΓΑΝΩΤΕΣ



ΔΗΜΟΣ
ΙΘΑΚΗΣ



ΕΝΩΣΗ
ΑΠΑΝΤΑΧΟΥ
ΙΘΑΚΗΣΙΩΝ



Κέντρο
Περιβαλλοντικής
Εκπαίδευσης
Ιθάκης



Αθλητικός
Όμιλος
Ιθάκης
«ΠΡΟΟΔΟΣ»

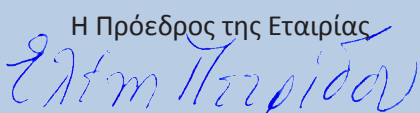
Χαιρετισμός από την Οργανωτική Επιτροπή του 25^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΕΚΠΥ

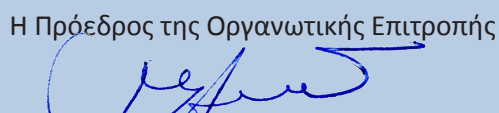
Αγαπητοί συνάδελφοι,

Για ένα τέταρτο του αιώνα η Εταιρία μας πραγματοποιεί ετήσια Συνέδρια σε όλη την Ελληνική Επικράτεια σε συνεργασία με το Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών αλλά και άτομα-φορείς που συνεπικουρούν το έργο της. Κεντρικός στόχος της θεματολογίας των Συνεδρίων που εκπηγάζει από τις ανάγκες των ντόπιων κοινωνιών είναι να συνδράμει στις προσπάθειες παραγωγής έργου διασφάλισης της υγείας του ελληνόπουλου, να αφήσει στέρεες επιστημονικές και κοινωνικές ρίζες αλλά και να προσφέρει τη δυνατότητα αλληλεπίδρασης και αλληλοενημέρωσης για πρωτόβουλες δράσεις σε άλλες περιοχές της χώρας ώστε να μεγιστοποιηθούν οι συνολικές μας προσπάθειες.

Το 25^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας πραγματοποιείται από 29 Αυγούστου έως 1 Σεπτεμβρίου 2013 στο ιστορικό νησί της Ιθάκης. Όπως αναφέρει ο τίτλος «**Η Κοινωνική Παιδιατρική στο δρόμο για την Ιθάκη: αγωγή υγείας και περίθαλψη στις απομονωμένες νησιωτικές περιοχές**», η πρόκληση το 2013 είναι να συζητηθούν θέματα παιδείας, διάθεσης ελεύθερου χρόνου και προσβασιμότητας στις υγειονομικές υπηρεσίες, που επηρεάζουν την ψυχοσωματική υγεία ευεξία των παιδιών και των οικογενειών που ζουν σε δυσπρόσιτες περιοχές της Ελλάδας. Παράλληλα θα διενεργηθούν δύο δορυφορικές δραστηριότητες (Σεμινάριο Προνοσοκομειακής Φροντίδας και Υγεία μετακινούμενων πληθυσμών) σε συνεργασία με το ΠΜΣ της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ «ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ» με Συντονιστή τον Αν. Καθ. Θ. Ρόζενμπεργκ.

Λόγω του επετειακού χαρακτήρα του Συνεδρίου προβλέπονται ειδικές συνεδριάσεις προβληματισμού (brain storming) προκειμένου να διαμορφωθεί η ατζέντα της κοινωνικής παιδιατρικής σε θέματα περιγεννητικής και εφηβιατρικής φροντίδας καθώς και φροντίδας παιδιών με χρόνια προβλήματα υγείας και αναπηρικές καταστάσεις. Ενθαρρύνονται, οι νέοι ιδίως επιστήμονες, να παρουσιάσουν την ερευνητική τους δουλειά με τη μορφή εκθέματος ή προφορικής ανακοίνωσης σε γενικότερα θέματα Κοινωνικής Παιδιατρικής. Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες είναι οι παρουσιάσεις για εμπειρίες και δράσεις των Παραρτημάτων της Εταιρίας ενώ προγραμματίζονται στη διάρκεια του Συνεδρίου δραστηριότητες πεδίου και αλληλεπίδρασης των συνέδρων με την τοπική κοινότητα. Περιμένουμε τις δικές σας ιδέες για την ολοκλήρωση του προγράμματος στο www.socped.gr και σας καρτερούμε το τέλος καλοκαιριού στο νησί του Οδυσσέα!

Η Πρόεδρος της Εταιρίας

Ελένη Πετρίδου

Η Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής

Μέλπω Λεκατσά

ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ

- ✓ Προσυμπτωματικός έλεγχος για παιδιά και εφήβους
- ✓ Φροντίδα για την εμβολιαστική κάλυψη την περίοδο της κρίσης
- ✓ Ζητήματα αιχμής στην ατζέντα της κοινωνικής παιδιατρικής
- ✓ Περιγεννητική ιατρική και Εφηβιατρική
- ✓ Χρόνια νοσήματα και ΜΕΑ (καρκίνοι, αναπνευστικά, ψυχοκινητικά, αισθητηριακά)
- ✓ Αγωγή υγείας για σεξουαλικά μεταδιδόμενα προβλήματα: βιωματικό σεμινάριο
- ✓ Συμπεριφορές αυξημένου κινδύνου: βιωματικό σεμινάριο
- ✓ Ενθαρρύνοντας τις θετικές συμπεριφορές υγείας (διατροφή, άσκηση και ψυχική υγεία)
- ✓ Δύσκολα χρόνια νοσήματα: διαφορές αντιμετώπισης στην περιφέρεια
- ✓ Παιδιατρική φροντίδα σε θαλάσσια σπορ ή κατασκηνώσεις
- ✓ Πρόληψη και αντιμετώπιση σωματικών κακώσεων και βίας
- ✓ Σχέσεις γονέων –παιδιού: βιωματικό σεμινάριο
- ✓ Παιδί και έφηβος στη σύγχρονη πολύ-πολιτισμική κοινότητα: βιωματικό σεμινάριο
- ✓ Συνιστώμενη χρήση κινητού τηλεφώνου και Διαδικτύου: βιωματικό σεμινάριο
- ✓ Νέες δυνατότητες οργάνωσης αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας

ΤΟΠΟΣ

Ο τόπος διεξαγωγής του 25ου Πανελλήνιου Συνεδρίου:

Βαθύ Ιθάκης, Μορφωτικό Κέντρο

ΕΓΓΡΑΦΗ – ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Η Εταιρία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας στηρίζεται στις συνδρομές των μελών της και η εγγραφή στο Συνέδριο ανέρχεται σε:

Ιατροί	70 €
Νοσηλευτές-Λοιπά επαγγέλματα υγείας*	30 €
Φοιτητές*	20 €

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου
- Παραλαβή του έντυπου υλικού (πρόγραμμα, περιλήψεις κ.ά.)
- Συμμετοχή στις κοινωνικές εκδηλώσεις του Συνεδρίου
- Πιστοποιητικό παρακολούθησης του Συνεδρίου

Εγγραφές θα γίνονται καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου. Οι συμμετέχοντες είναι υποχρεωμένοι να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο που θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους (π.χ. φοιτητική ταυτότητα)

ΥΠΟΒΟΛΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τα θέματα των εργασιών δεν είναι απαραίτητο να εντάσσονται στο κεντρικό θέμα του Συνεδρίου. Θα υπάρχει δυνατότητα παρουσίασης των εργασιών, ελεύθερες ή αναρτημένες ανακοινώσεις, σε ιδιαίτερες συνεδρίες. Οι περιλήψεις θα πρέπει να αποσταλούν ηλεκτρονικά στη διεύθυνση: alalexop@med.uoa.gr

Λήξη προθεσμίας υποβολής περιλήψεων: 30 Ιουνίου 2013

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΛΗΨΗΣ

Οι περιλήψεις των αναρτημένων ανακοινώσεων θα δημοσιευθούν με απευθείας αναπαραγωγή από το πρωτότυπο χωρίς άλλη διόρθωση. Γι' αυτό παρακαλούμε να ακολουθηθούν με ακρίβεια οι παρακάτω υποδείξεις:

Μέγιστος αριθμός λέξεων: 250. Γραμματοσειρά Arial, μέγεθος 12

Ακολουθεί υπόδειγμα υποβολής περίληψης εργασίας:

Τίτλος (κεφαλαία, εμφατικά γράμματα)

Ονόματα συγγραφέων (το ανώτερο μέχρι έξι, στην ονομαστική, με πεζά στοιχεία, στην ίδια γραμματοσειρά και μέγεθος γραμμάτων. Μετά το επίθετο ακολουθεί μόνον το αρχικό γράμμα του ονόματος)

Κέντρο ή Ίδρυμα, όπου εργάζεται ή συνεργάζεται ο πρώτος συγγραφέας και ακολουθούν τα Κέντρα ή Ιδρύματα, όπου εργάζονται ή συνεργάζονται οι επόμενοι συγγραφείς

Η περίληψη πρέπει να είναι δομημένη και να περιλαμβάνει τα παρακάτω τμήματα: Σκοπός, Υλικό και Μέθοδοι, Αποτελέσματα, Συμπεράσματα, καθώς και τρεις (3) βιβλιογραφικές αναφορές στο θέμα που παρουσιάζεται (Ονόματα συγγραφέων. Τίτλος εργασίας. Περιοδικό. Έτος δημοσίευσης. Τόμος. Πρώτη και τελευταία σελίδα του άρθρου)

Η εγγραφή είναι υποχρεωτική για καθέναν από τους συγγραφείς, οι οποίοι συνιστάται να μη υπερβαίνουν τους έξι. Όλοι συγγραφείς των εργασιών παρέχουν οπωσδήποτε τις ηλεκτρονικές διευθύνσεις τους για ενημέρωση τους σχετικά με την αποδοχή της εργασίας. Επιπλέον συμβάλλοντες, μπορούν να αναφερθούν στο τμήμα «Ευχαριστίες»

Γραμματεία:

Αλέξανδρος Αλεξόπουλος
τηλ. 210 746 2187, Fax: 210 746 2105
email : alalexop@med.uoa.gr
Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας
και Ιατρικής Στατιστικής
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών
Μ. Ασίας 75, 11527 Αθήνα
Ιστοσελίδα της Εταιρίας: www.socped.gr

Πληροφορίες για τις Δορυφορικές Εκδηλώσεις:

- 1. Σεμινάριο Προνοσοκομειακής Φροντίδας**
- 2. Υγεία μετακινούμενων πληθυσμών**

Έλενα Θεμελή
τηλ. 210-7461451,
email : elthe17@yahoo.fr
ΠΜΣ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
«ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ – ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΤΙΜΗΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Σεβαστιανός, Αρχιμανδρίτης Λευκάδας, Κεφαλληνίας	
Αλεξανδρόπουλος Νίκος	Σαλή-Παπασαλή Αναστασία
Δεληβοριά-Παπαδοπούλου Μαρία	Σιαμοπούλου-Μαυρίδου Αντιγόνη
Κασσιανός Ιωάννης	Σκοπούλη Φωτεινή
Κουνάδης Αντώνιος	Σπύρου Σπύρος
Μαραβέγιας Ναπολέων	Στεφανάδης Χριστόδουλος
Παξινός Γεώργιος	Χρούσος Γεώργιος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδροι	Πετρίδου Ελένη, Εμποριάδου Μαρία	
Αντιπρόεδροι	Σκεντέρης Νικόλαος, Χαλιάσος Νικόλαος	
Μέλη	Αδαμίδης Δημήτριος	Νιόζα-Δρούγκα Αγγελική
	Αλφαντάκη Σαπφώ	Πανταζάκος Παναγιώτης
	Ανδρούτσος Γεώργιος	Παπαθωμά Ευγενία
	Βαρβαρήγου Αναστασία	Ρόζενμπεργκ Θεόφιλος
	Γερακοπούλου Πατρίτσια	Ρούτση Χριστίνα
	Δημολιάτης Ιωάννης	Σίδη Βασιλική
	Δούδου Αγγελική	Σιώμου Αικατερίνη
	Δράκου Χριστίνα	Τερζίδης Αγάπιος
	Δρίτσας Αθανάσιος	Τζούφη Μερόπη
	Καραγιαννοπούλου Σοφία	Τσαμπούρη Σοφία
	Καρδαράς Παναγιώτης	Τσαπακίδου Αγγελική
	Λιονής Χρήστος	Τσεκούρα Ευφροσύνη
	Μάκης Αλέξανδρος	Τσιτσάμη Ελενα
	Μάνδουλα-Κουσουνή Μαρία	Φαρίνη-Βρεττάκου Ευαγγελία
	Μαντζουράνη Εύα	Χαλιάσος Νικόλαος
	Μοσχόβη Μαρία	Χαρίτου Αντωνία
	Μπακοπούλου Φλώρα	Χατζημιχαήλ Αθανάσιος

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος	Λεκατσά Μέλπω	
Αντιπρόεδρος	Χαλιάσος Νικόλαος	
Μέλη	Ασημακοπούλου Βασιλική	Κουρή Νικολέτα
	Βλαχαντώνη Ιρις	Κουσουνής Αλέκος
	Δαμιανίδου Βαρβάρα	Μαραγκού Χρύσα
	Δανέλλη-Μυλωνά Βασιλική	Μπούκα Εύη
	Διαμαντάρας Ανδρέας	Παπαθωμά Παρασκευή
	Κοντογεώργη Ευαγγελία	Παχύλη-Μαχαίριδη Ντίνα

ΤΟΠΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΙΘΑΚΗΣΙΩΝ

- ❖ Ένωση Απανταχού Ιθακησίων, Πρόεδρος: Γρηγορίου-Μαρούλη Αικατερίνη
- ❖ Σύλλογος Γυναικών Ιθάκης, Πρόεδρος: Μπούα Σπυριδούλα
- ❖ Κέντρο Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης Ιθάκης, Υπεύθυνος: Χάνος Γεράσιμος
- ❖ Αθλητικός Όμιλος «Πρόοδος», Πρόεδρος: Στανίτσας Διονύσιος

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΤΕΤΑΡΤΗ 28 ΑΥΓΟΥΣΤΟΥ 2013

10.00-19.00	Δορυφορική Εκδήλωση: Σεμινάριο Προνοσοκομειακής Φροντίδας Διοργάνωση: Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, «ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»
	Τόπος: ΠΓΝ Κεφαλληνίας, Αργοστόλι

ΠΕΜΠΤΗ 29 ΑΥΓΟΥΣΤΟΥ 2013

17.30	Εγγραφές
19.00-19.30	Τελετή Έναρξης Μ. Λεκατσά, Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής Χαιρετισμοί Ε. Πετρίδου, Πρόεδρος ΕΕΚΠΠΥ Π. Σκανδαλάκης, Πρόεδρος ΚΕΣΥ Μ. Δεληβοριά, Ομ. Καθ. Περιγεννητικής Ιατρικής και Νεογνολογίας, ΗΠΑ Χαιρετισμοί από Τοπικές Αρχές
19.30-19.45	Καλωσόρισμα στην ιστορική Ιθάκη Γ. Παξινός
19.45-20.00	Ομιλία: <i>Συντονιστές: Γ. Ανδρούτσος, Α. Γερμενής</i> Προαγωγή Ψυχικής Υγείας και Προκαταλήψεις, <i>Χ. Παπαγεωργίου</i>
20.00-20.30	Έτος Καβάφη: μια μικρή αναφορά στον Ποιητή <i>Επιμέλεια: Πολιτιστική Ομάδα Ιθάκης και Β. Ασημακοπούλου</i>
20.30-21.15	Εναρκτήρια Ομιλία: <i>Συντονιστές: Ε. Πετρίδου, Μ. Εμποριάδου</i> Συστημική Ιατρική: από τον Πυθαγόρα και τους Επικούριους στη σύγχρονη Ιατρική, <i>Γ. Χρούσος</i>
21.30	Επίσημο Δείπνο Συνεδρίου (εστιατόριο «Χάνι»)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 30 ΑΥΓΟΥΣΤΟΥ 2013		
08.00-10.00	Κοινωνική Εκδήλωση: Περιήγηση στη βόρεια Ιθάκη και επίσκεψη σε αρχαιολογικούς χώρους (ξενάγηση από <i>Ν. Αλεξανδρόπουλο και Μ. Λεκατσά</i>)	
10.00-13.30	Δορυφορική Εκδήλωση: Κεντρική Αίθουσα Υγεία μετακινούμενων πληθυσμών (Α μέρος) Διοργάνωση: Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, «ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ» και ΜΚΟ Υγείας	
13.30	Εγγραφές	
14.00-15.00	Ελεύθερες (Αίθουσες Α'&Β') και Αναρτημένες (Αίθουσα Γ') Ανακοινώσεις 1 <i>(βλ. παράρτημα)</i>	
	Ανοιχτό ιατρείο: Παιδιατρικές εξετάσεις στο Κ.Υ. Ιθάκης	
15.00-16.30	Συνεδρίαση προβληματισμού 1: Παιδιά με Χρόνια Νοσήματα και Ειδικές Ανάγκες <i>Συντονιστές: Γ. Γιαννούσης,</i> <i>Μ. Κολέτση, Μ. Εμποριάδου</i> <i>Επιστημονική Γραμματεία:</i> <i>Ε. Παπαθωμά, Ι. Βλαχαντώνη</i> Προκαταρκτικά κείμενα Λευκής Βίβλου: socped.gr (προσεχώς)	Παράλληλη Συνεδρία 1: <i>Συντονιστές: Ι. Τσίκουλας, Α. Τσαπακίδου,</i> <i>Δ. Κομνηνού</i>
		15.00-15.15
		Επιγενετική και προγραμματισμός χρόνιων νόσων, <i>Α. Βαρβαρήγου</i>
		15.15-15.30
		Φάρμακα και μητρικός θηλασμός, <i>Α. Χαρίτου</i>
		15.30-15.45
		Ταξινόμηση και αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη της εγκυμοσύνης, <i>Ν. Βιτωράτος</i>
		15.45-16.00
16.30-16.45	Ομιλίες: <i>Συντονιστές: Α. Βαρβαρήγου, Ν. Βιτωράτος</i> Ο θεμελιωτής της παιδοκομίας Gaston Variot (1855-1930) και η συνεισφορά του στην καταπολέμηση της παιδικής θνησιμότητας, <i>Γ. Ανδρούτσος</i>	Αιμοσφαιρινοπάθειες στη ΒΔ Ελλάδα: Νέα δεδομένα στην νέα εποχή, <i>Α. Μάκης</i>
		16.00-16.15
		Διεύρυνση μεταβολικών νοσημάτων σε Μ.Ε.Ν.Ν. , <i>Σ. Γαβρίλη</i>
16.45-17.00	Κοινωνικές διαστάσεις της παιδικής επιληψίας, <i>Μ. Τζούφη</i>	16.15-16.30
		Συμβάμματα στη θάλασσα, <i>Ν. Χαλιάσος</i> <i>Σχολιασμός: Ε. Γεωργανά</i>

17.00-17.30	Διάλειμμα	17.00-20.00	Βιωματική Εκπαίδευση για την Οδική Ασφάλεια με ειδικό εξοπλισμό & προσομοιωτές <i>Ι.Ο.ΑΣ. «Πάνος Μυλωνάς»</i> <i>Τουριστικό Γραφείο Λιμεναρχείου Ιθάκης, κεντρική πλατεία Βαθέως</i>
17.30-17.45	Ομιλίες: <i>Συντονιστές: Α. Παπαβασιλείου, Κ. Πρίφτης</i> • Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα: η πορεία από τη διάγνωση στην ενηλικίωση, <i>Σ. Αλφαντάκη</i>		
17.45-17.50	<i>Σχολιασμός: Ε. Τσιτσάμη</i>		
17.50-18.05	• Τι ζητούν οι οικογένειες παιδιών με Εγκεφαλική Παράλυση, <i>Α. Παπαβασιλείου</i>		
18.05-18.10	<i>Σχολιασμός: Ν. Σκεντέρης</i>		
18.10-18.25	• Διευρυμένος προληπτικός έλεγχος νεογνών: Ελληνική πραγματικότητα-Διεθνείς τάσεις, <i>Ε. Παπακωνσταντίνου</i>		
18.25-18.30	<i>Σχολιασμός: Ε. Πετρίδου</i>		
18.30-20.00	Συνεδρίαση προβληματισμού 2: Ζητήματα αιχμής στην Ατζέντα Κοινωνικής Παιδιατρικής: Νεογνολογία <i>Συντονιστές: Γ. Γιαννούσης, Μ. Κολέτση, Ε. Πετρίδου</i> <i>Επιστημονική Γραμματεία: Ε. Τσεκούρα, ΑΑ. Διαμαντάρας</i> Προκαταρκτικά κείμενα Λευκής Βίβλου: socred.gr		Παράλληλη Συνεδρία 2: <i>Συντονιστές: Β. Παπαδάκης, Μ. Φωτουλάκη, Θ. Καραγκιόζογλου</i>
			18.30-18.45 Διάγνωση και Αντιμετώπιση της Αναφυλαξίας στα Παιδιά, <i>Σ. Τσαμπούρη</i>
			18.45-19.00 Άτυπες εκδηλώσεις κοιλιοκάκης σε παιδιά και εφήβους, <i>Π. Καρανίκα</i>
			19.00-19.15 Συμμόρφωση στη θεραπεία εφήβων με κυστική ίνωση: Αποτύπωση της πραγματικότητας, <i>Μ. Φωτουλάκη</i>
			19.15-19.30 Παχυσαρκία και επιπτώσεις στην παιδική – εφηβική ηλικία, <i>Α. Σιώμου</i>
			19.30-19.45 Υπερδιάγνωση του άσθματος, <i>Κ. Πρίφτης</i>
			19.45-20.00 Κατανόηση της λευχαιμογένεσης για την πρόληψη της Οξείας Λεμφοβλαστικής Λευχαιμίας της παιδικής ηλικίας, <i>Β. Παπαδάκης</i>
20.30	Κοινωνική εκδήλωση: Κήπος Ναυτικού Γυμνασίου Ιθάκης • Τοπικά εδέσματα από το Σύλλογο Γυναικών Ιθάκης		
21.30	• Συναυλία Ευανθίας Ρεμπούτσικα		

ΣΑΒΒΑΤΟ 31 ΑΥΓΟΥΣΤΟΥ 2013		
10.00-14.00	Δορυφορική Εκδήλωση 1: Κεντρική Αίθουσα Υγεία μετακινούμενων πληθυσμών (B μέρος) Διοργάνωση: Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, «ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ» και ΜΚΟ Υγείας	
10.00-12.00	Δορυφορική Εκδήλωση 2: Αίθουσα Συνεδρίων Συζήτηση με το κοινό: Οικογένεια και εξαρτησιογόνες ουσίες: Ο ρόλος της οικογένειας στην πρόληψη και αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης <i>Συντονιστές: Δ. Καχρίλα, Δ. Χρυσικού</i> <i>Σύντομες εισηγήσεις:</i> – Οικογένεια και διαταραχές εθισμού και χρήσης ουσιών. Ο ρόλος των σχέσεων στην πρόληψη και την θεραπεία, <i>Ν. Σπηλιόπουλος</i> – Δεξιότητες πρόληψης και κατανόηση του φαινομένου της χρήσης και κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών, <i>Ε. Λοράνδος</i> – Έφηβοι και ασφάλεια στο διαδίκτυο, <i>Κ. Αθανασίου</i> <i>Σχολιασμός: Μ. Λεκατσά</i>	
12.00-14.00	Δορυφορική Εκδήλωση 3: Αίθουσα Συνεδρίων Βιωματικό Σεμινάριο: Σύνδρομο Γονικής Εξουθένωσης <i>Εμψυχωτής: Π. Ακριβός</i>	
13.30-14.30	ΓΣ Εταιρίας: Κεντρική Αίθουσα	
15.00-16.30	Σύντομες Ομιλίες & Ελεύθερες Ανακοινώσεις 2 (Αίθουσα Α') Αναρτημένες Ανακοινώσεις 2 (Αίθουσα Β'&Γ') (βλ. παράρτημα)	
	Σύντομες Ομιλίες: Αίθουσα Α' <i>Συντονιστές:</i> <i>Μ. Μάνδουλα, Α. Τερζίδης</i> – 57 χρόνια Παιδιατρικής ιστορίας στην Κεφαλονιά, <i>Β. Γεωργοπούλου</i> – Το παιδί ως οντότητα και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην υγεία του, <i>Μ. Μάνδουλα</i> – Κατακτώντας οι γονείς το συναίσθημα, τα παιδιά κατακτούν τον κόσμο. Εμπειρία ομάδας ευαισθητοποίησης γονέων Ιθάκης, <i>Ε. Λοράνδος</i>	Αίθουσα Β' <i>Συντονιστές:</i> <i>Ν. Σκεντέρης, Σ. Καραγιαννοπούλου</i> – Παιδική διατροφή στον καιρό της οικονομικής κρίσης, <i>Σ. Καραγιαννοπούλου</i> – Διαταραχές πρόσληψης τροφής και εφηβεία, <i>Μ. Κολέτση</i> – Υπηρεσίες Υγείας «Φιλικές» προς τους Εφήβους – Adolescent Friendly Services, <i>Σ. Χάνος</i> – Παιδοφιλία, <i>Δ. Χρυσικού</i>
	Ανοιχτό ιατρείο: Παιδιατρικές εξετάσεις στο Κ.Υ. Ιθάκης	

16.30-16.45	Ομιλία: <i>Συντονιστές: Α. Κλημεντοπούλου, Γ. Παξινός</i> Νεανική παραβατικότητα και τροχαία συμβάντα: ο ρόλος και η δράση του ΙΟΑΣ, <i>Ομιλήτρια: Β. Μυλωνά</i>		
16.45-17.00	Διάλειμμα	17.00-20.00	Βιωματική Εκπαίδευση για την Οδική Ασφάλεια με ειδικό εξοπλισμό & προσομοιωτές <i>Ι.Ο.ΑΣ. «Πάνος Μυλωνάς»</i> <i>Τουριστικό Γραφείο Λιμεναρχείου Ιθάκης, κεντρική πλατεία Βαθέως</i>
17.00-18.30	Συνεδρίαση προβληματισμού 3: Ζητήματα αιχμής στην ατζέντα κοινωνικής παιδιατρικής: Εφηβιατρική <i>Συντονιστές: Μ. Κολέτση, Γ. Γιαννούσης, Ν. Χαλιάσος, Χ. Παπαγεωργίου</i> <i>Επιστημονική Γραμματεία: Ν. Σκεντέρης, ΑΑ. Διαμαντάρας</i> Προκαταρκτικά κείμενα Λευκής Βίβλου: socred.gr (προσεχώς)		Παράλληλη Συνεδρία 3: <i>Συντονιστές: Μ. Μοσχόβη, Ε. Στειακάκη, Α. Δούδου</i>
			17.00-17.15 Προληπτική Παιδιατρική στην κοινότητα: δεν είναι μόνο οι εμβολιασμοί, <i>Θ. Καραγκιόζογλου</i>
			17.15-17.30 Οι σοβαρές οφθαλμικές παθήσεις της παιδικής ηλικίας και οι γενικότερες επιπτώσεις, <i>Ι. Ασπρούδης</i>
			17.30-17.45 Ιατρικά, εκπαιδευτικά και κοινωνικά προβλήματα σε παιδιά με αισθητηριακές βλάβες: <i>Βαρηκοΐα, Α. Ψηφίδης</i>
			17.45-18.00 Χαρτογράφηση των γεννήσεων στην Ελλάδα σε Ιδιωτικό και Δημόσιο Τομέα. Πρότυπο καταγραφής και ανάλυσης ετήσιων δεδομένων από ένα γ' βάθμιο κέντρο αναφοράς, <i>Ε. Τσεκούρα</i>
			18.00-18.15 Συνεργασία κέντρου – περιφέρειας στην αντιμετώπιση του ογκολογικού ασθενούς, <i>Μ. Μοσχόβη, Ε. Ντουβέλης</i>
			18.15-18.30 Ο ρόλος των οργανώσεων γονέων στη χάραξη πολιτικών υγείας για τα πρόωρα νεογνά σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, <i>Ε. Βαβουράκη</i>
18.30-19.00	Διάλειμμα		
19.00-19.15	Ομιλίες: <i>Συντονιστές: Β. Σίδη, Δ. Καχρίλα</i> Επίδραση της νέας τεχνολογίας επικοινωνίας στην εκπαιδευτική διαδικασία στις απομακρυσμένες περιοχές, <i>Ν. Αλεξανδρόπουλος</i>		
19.15-19.30	<i>Συντονιστές: Μ. Τζούφη, Α. Παπαβασιλείου</i> Καθυστέρηση λόγου: ο ρόλος του παιδίατρου στην κοινότητα, <i>Α. Κλημεντοπούλου</i>		

19.30-19.45	Συντονιστές: Μ. Μάνδουλα, Δ. Αδαμίδης Διατροφή, μεταβολικός προγραμματισμός & επαναπρογραμματισμός: Ανοιγοκλείνοντας τους Διακόπτες των Γονιδίων, Δ. Κομνηνού
19.45-20.00	Συντονιστές: Π. Καρανίκια, Σ. Τσαμπούρη Ψυχογράμματα εφήβων με τραυματικές εμπειρίες: η αφήγηση ενός Εκπαιδευτικού, Α. Κουσουνής
20.00-20.15	Συντονιστές: Σ. Καραγιαννοπούλου, Α. Κουσουνής Ανήλικοι και αλκοόλ : πολιτικές και καινοτόμες παρεμβάσεις με βιώσιμο αποτέλεσμα, Α. Αγγελή (Παρουσίαση βίντεο και σχολιασμός)
20.15-20.30	Διάλειμμα
20.30-20.45	Ομιλία: Συντονιστές: Α. Μαγκίνια, Ι. Τσίκουλας Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του στρες από την οικονομική ύφεση στην οικογένεια, Α. Μαΐλλης
20.45-21.30	Τελετή λήξης: Απολογισμός και συμπεράσματα Συνεδρίου: Μ. Λεκατσά, Ε. Πετρίδου Τιμητική αναφορά στο έργο του 1^ο χρόνου λειτουργίας του Παρ/τος Ξάνθης Παρουσίαση του Προέδρου του Παραρτήματος κ. Αδαμίδα από τον Ν. Σκεντέρη Ομιλία με θέμα «Πόλεις φιλικές προς το παιδί» από τον Πρόεδρο του Παραρτήματος, Δ. Αδαμίδα Εκδήλωση αναγόρευσης Ομ. Καθηγητή Ι. Τσίκουλα σε Επίτιμο Μέλος Παρουσίαση του Τιμωμένου από Α. Κουσουνή Αντιφώνηση από Ι. Τσίκουλα Αναγγελία του 26^{ου} Πανελλήνιου Συνεδρίου ΕΕΚΠΥ, Ν. Χαλιάσος Απονομή πιστοποιητικών παρακολούθησης
21.30	Δεξίωση Συνέδρων: Εντευκτήριο Αθλητικού Ομίλου Ιθάκης «ΠΡΟΟΔΟΣ» προσφορά Γ. Θ. Παξινού
ΚΥΡΙΑΚΗ 1 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2013	
	Κοινωνική εκδήλωση: Γύρος του νησιού Δηλώσεις συμμετοχής την πρώτη μέρα του Συνεδρίου

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 30 ΑΥΓΟΥΣΤΟΥ 14.00-15.00

Αίθουσα Α: Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Συντονιστές: Ε. Λοράνδος, Ν. Κουρή

03ΕΑ	Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΝΗΣΙΩΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ, Γεωργάτος Δ
19ΕΑ	ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ, Διαμαντάρας ΑΑ, Ντουβέλης Ε, Σεργεντάνης Θ, Πετρίδου Ε
01ΕΑ	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ. Η ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ, Κούτση Β
10ΕΑ	ΔΟΜΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΑ ΝΗΣΙΑ: ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ-ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ, ΕΦΗΒΟΥ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ, Μάνδουλα-Κουσούνη Μ, Σπίνουλα Ε, Τσάρκου Σ, Βαρκάρη Π
13ΕΑ	ΕΝ ΑΠΕΙΛΗ ΕΥΡΙΣΚΟΜΕΝΟΙ ΥΠΕΡΑΣΠΙΖΟΜΑΣΤΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ, Αδαμίδης Δ
14ΕΑ	ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ: Η ΦΥΣΗ ΕΠΙΒΑΛΛΕΙ, ΟΙ ΘΡΗΣΚΕΙΕΣ ΠΡΟΤΡΕΠΟΥΝ, Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΑΠΟΔΕΙΚΝΥΕΙ, Άγκο Μ, Αδαμίδης Δ
15ΕΑ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΤΟ ΝΕΡΟ, Παπανικολάου Μ, Αδαμίδης Δ
16ΕΑ	Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΕΠΑΦΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ, Παπανικολάου Μ, Αντωνίου Σ, Μηλιούδη Μ, Τοτκίδης Γ, Αδαμίδης Δ

Αίθουσα Β: Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Συντονιστές: Α. Χαρίτου, Δ. Γεωργάτος

21ΕΑ	ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΕΑΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ; Μπινιάρης- Γεωργαλλής ΣΙ, Παπιγγιώτης Γ, Πετρίδου Ε
31ΕΑ	ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ: ΤΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΓΝ ΕΔΕΣΣΑΣ, Τσουγένη Α, Χυδίογλου Λ, Χότζας Μ
33ΕΑ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΗΠΕΙΡΟ, Μπόμπορη Ε, Νιάκας Δ, Νάκου Ι, Σιαμοπούλου-Μαυρίδου Α, Τζούφη Μ
36ΕΑ	Η ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ, Μπινιάρης Ι, Παπιγγιώτης Γ., Στεφανάδης Χ., Πετρίδου Ε.
42ΕΑ	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΠΗΓΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΕΚΘΕΣΕΩΝ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΔΥΝΗΤΙΚΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΜΟΒΙΚΙΔΣ, Μπούκα Ε, Παπαθωμά Π, Μοσχόβη Μ, Παπακωνσταντίνου Ε, Χατζηπαντελής Μ, Στειακάκη Ε, Δαμιανίδου Β, Λύτρας Ε, Πετρίδου Ε
43ΕΑ	ΝΑΡΕCΗΕΜ-ΒΤ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΟΒΙ-KIDS ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ & ΠΟΙΟΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΟΓΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ, Παπαθωμά Π, Μπούκα Ε, Μοσχόβη Μ, Σίδη Β, Παπακωνσταντίνου Ε, Χατζηπαντελής Μ, Στειακάκη Ε, Δαμιανίδου Β, Πετρίδου Ε
67ΕΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΩΝ ΜΕ ΘΕΜΑ «ΒΡΕΦΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ», Καραγκιόζογλου Θ
30ΕΑ	ΣΥΝΕΡΓΙΕΣ ΣΤΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΕΥΠΑΘΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ: ΕΜΒΟΛΙΣΜΟΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ «ΑΓ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ» ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ «ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΟΣ», Καραντανά Ε, Κουτσογιαννοπούλου Σ., Δούση- Αναγνωστοπούλου Υ.

Αίθουσα Γ: Αναρτημένες Ανακοινώσεις	
<i>Συντονιστές: Ι. Κοτρώνης, Ε. Παπαθωμά</i>	
39Π	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ, Κοντοστάθη Ε, Εξακουστού Α, Τσαπακίδου Α, Κυνηγοπούλου Σ, Καραγιαννοπούλου Σ
40Π	ΜΙΑ ΕΙΚΟΝΑ -ΧΙΛΙΕΣ ΛΕΞΕΙΣ: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΖΩΓΡΑΦΙΕΣ ΜΕ ΘΕΜΑ: ΤΙ ΝΙΩΘΩ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΌΤΙ ΜΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ, ΤΙ ΦΟΒΑΜΑΙ ΚΑΙ ΤΙ ΕΛΠΙΖΩ! Σταυρακίδου Μ, Κανακούδη-Τσακαλίδου Φ, Πρατσίδου-Γκέρτση Π
41Π	ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΑΙΖΕΙ... ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΖΕΙ: Η 20ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΡΕΥΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ (VIDEO), Σταυρακίδου Μ, Κανακούδη-Τσακαλίδου Φ, Πρατσίδου-Γκέρτση Π
47Π	ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΝΗΠΙΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ, Γούναρη Μ, Γούναρη Ε, Τσαπακίδου Α, Καραγιαννοπούλου-Κόγιου Σ
48Π	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΟΥΣΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΜΒΡΥΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ. ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΟΝΑΤΑΛ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ, Γιαννάκος Χ, Μπουντουβή Ε, Στέφας Ν, Μπαγλατζή Α, Παπαθωμά Ε, Γαβρίλη Σ
52Π	ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ. Η ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΛΑΓΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΙΘΑΝΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, Σπυριδόπουλος Θ, Παπαδόπουλος Ι, Ιωσηφίδης Κ, Γλυνού Ε, Κολοβός Σ, Ευλογιάς Ν
53Π	ΟΓΚΟΙ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ 25 ΧΡΟΝΩΝ, Σίδη Β.
54Π	ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥΣ, Γουμπέρη Σ, Σίδη Β
57Π	ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΙΣΧΙΩΝ: ΜΙΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ, Σπυριδόπουλος Θ, Γλυνού Ε, Κολοβός Σ, Παπαδόπουλος Ι, Ιωσηφίδης Κ, Ευλογιάς Ν
58Π	ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΘΩΡΑΚΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ, Σπυριδόπουλος Θ, Κολοβός Σ, Παπαδόπουλος Ι, Ιωσηφίδης Κ, Γλυνού Ε, Ευλογιάς Ν
63Π	ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΕΣ ΡΟΕΣ, ΕΚΤΟΠΙΣΜΕΝΟΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ: Ο ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ, Επισκόπου Μ, Ιωαννίδης Π, Τερζίδης Α, Πίννα Γ, Θεμελή Ε
64Π	ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΧΝΩΝ ΔΙΑΔΗΛΩΣΕΩΝ ΣΤΙΣ ΜΕΓΑΛΕΣ ΠΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΤΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ, Κοκοτή Μ, Τερζίδης Α
65Π	ΕΞΕΙΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΡΑΝΙΟΓΝΑΘΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ, Κοκοτή Μ, Τερζίδης Α, Σαγκατελιάν Ε
66Π	Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΣΤΟΝ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΟ ΚΟΣΜΟ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΟ. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΜΗΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ. ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΜΑΣΤΕ ΣΗΜΕΡΑ, Σαγκατελιάν Ε, Τερζίδης Α, Κοκοτή Μ

ΣΑΒΒΑΤΟ 31 ΑΥΓΟΥΣΤΟΥ 15.00-16.30	
Αίθουσα Α: Ελεύθερες Ανακοινώσεις	
<i>Συντονιστές: Μ. Μάνδουλα, Α. Τερζίδης</i>	
17ΕΑ	ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΡΓΙΚΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΤΩΝ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ, Μακαρίου Σ, Σιώμου Α, Χάλλα Α, Σιαμοπούλου-Μαυρίδου Α, Ελिसάφ Μ
23ΕΑ	ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ, Κιτσούλης Γ, Αλφαντάκη Σ, Σιαμοπούλου Α
24ΕΑ	ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ, Τζίφα Ν, Κιτσούλης Γ, Αλφαντάκη Σ, Σιαμοπούλου Α
56ΕΑ	ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΙΩΑΝΝΙΝΑ, Βρυώνη Ε, Δήμας Μ, Νάκα Β, Χαλιάσος Ν, Μαντζιου Θ
34ΕΑ	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΟΣΤΕΟΠΕΝΙΑΣ – ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΟΛΛ, Μπινιάρης-Γεωργαλλής ΣΙ, Μοσχόβη Μ, Πετρίδου Ε
02ΕΑ	ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ-ΣΥΝΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ-ΕΚΦΡΑΖΩ. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΘΑΚΗ, ΟΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΜΑΘΗΤΕΣ ΜΕ ΔΙΑΧΥΤΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ, Νικολοπούλου Χ
45ΕΑ	Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΥΣΤΕΡΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ, Καλέμης Κ, Κωσταρέλου Α., Γκάτσου Ν, Γεωργοπούλου Μ
05ΕΑ	ΣΚΟΛΙΩΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, Κασσιανός Γ, Μανιάς Π, Στασινόπουλος Δ
04ΕΑ	ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ, Βράπι Ι, Τριλίβας Ι, Λάζαρη Π
Αίθουσα Β: Αναρτημένες Ανακοινώσεις	
<i>Συντονιστές: Ν. Σκεντέρης, Σ. Καραγιαννοπούλου</i>	
18Π	ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ: ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΣΟΥΗΔΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, Γιαλαμάς Σ, Πετρίδου Ε
49Π	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΠΥΚΝΟΚΥΤΤΩΣΗΣ ΣΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ “ΡΕΑ” ΣΤΑ ΔΥΟΜΙΣΗ ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ, Κανδήλη Γ, Τσαντίλα Α, Μουτάφη Α, Μάμαλης Η, Χαρίτου Α
50Π	ΒΑΡΙΑ ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ, Αλεξάκη Α, Κουμανζέλη Χ, Δηλανάς Μ, Κοντογιάννη Α, Αγγέλου Κ, Χαρίτου Α
51Π	Η ΚΥΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ, Κότσουφα Χ, Χατζάκης Χ
59Π	ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΟΣΤΕΟΠΕΝΙΑ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΛΕΜΦΟΒΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ, Μοσχόβη Μ, Ζαμπογιάννης Α, Αδαμάκη Μ, Χαρμανδάρη Ε, Πετρίδου Ε
60Π	ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ ΘΥΜΑΤΑ, Θεμελή Ε, Τερζίδης Α, Πίννα Γ, Επισκόπου Μ, Ορφανουδάκης Ε
61Π	ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΓΟΡΙΘΜΩΝ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΠΕΔΙΟΥ (TRIAGE) ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ ΘΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥΣ, Θεμελή Ε, Τερζίδης Α, Πίννα Γ, Επισκόπου Μ, Ορφανουδάκης Ε
62Π	Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΕΝΟΠΛΩΝ ΣΥΡΡΑΞΕΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ. Ιωαννίδης Π, Επισκόπου Μ, Τερζίδης Α, Θεμελή Ε
55Π	ΔΕΙΓΜΑ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΛΗ ΤΩΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ, Βρυώνη Ε, Χαλιάσος Ν, Βρυώνης Γ

Αίθουσα Γ: Αναρτημένες Ανακοινώσεις	
<i>Συντονιστές: Ν. Χαλιάσος, Π. Πρατσίδου-Γκέρτση</i>	
06Π	ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ: ΕΝΑ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΑΦΑΝΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ, Γεωργούλα Λ, Μανιάς Π, Στασινόπουλος Δ
07Π	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΛΓΟΥΣ ΤΟΥ ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΟΜΗΡΙΑΙΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ, Παπαδόπουλος Κ, Στασινόπουλος Δ, Γεωργούλα Λ
08Π	ΣΥΓΚΡΙΝΟΝΤΑΣ ΔΥΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΩ ΕΠΙΚΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑΣ, Στασινόπουλος Δ, Μανιάς Π, Κασσιανός Γ
09Π	ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ, Σπυριδόπουλος Θ, Ιωσηφίδης Κ, Γλυνού Ε, Κολοβός Σ, Παπαδόπουλος Ι, Ευλογιάς Ν
11Π	ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΑΘΗΤΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ, Κωστοπούλου Σ, Ντιρογιάννης Ν, Τρίγκα-Μούχα Ε, Μπαλά Σ, Γραβάνη Ε, Ανδρέου Β
12Π	ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΩΝ ΣΕ ΜΕΓΑΛΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΑ ΕΤΗ 2011 ΚΑΙ 2012, Πέγκας Γ, Σχίζας Α, Αγγελάκου Μ, Κουρή Ν
20Π	ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΟΪΩΝ, Διαμαντάρας ΑΑ, Πετρίδου Ε
22Π	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΚΚΠΥ), Κοντογεώργη Ε, Διαμαντάρας ΑΑ, Πετρίδου Ε
25Π	ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΑΡΘΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΞΩΑΡΘΡΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ, Πρατσίδου-Γκέρτση Π
26Π	ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ, Πρατσίδου-Γκέρτση Π
27Π	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ: ΞΕΧΩΡΙΖΟΥΜΕ ΤΗΝ ΑΛΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΑΝΗ; Πρατσίδου-Γκέρτση Π
32Π	ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗ ΛΕΙΣΜΑΝΙΑΣΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ, Αντωνοπούλου Ε
35Π	ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ: ΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΛΛΑΔΑ, Μπινιάρης – Γεωργαλλής ΧΠ, Μπινιάρης – Γεωργαλλής ΣΙ
37Π	ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ, Κοντοστάθη Ε, Εξακουστού Α, Καραγιαννοπούλου Σ, Δούδου Α
38Π	ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Η ΜΑΣΤΙΓΑ ΤΗΣ ΕΠΟΧΗΣ ΜΑΣ, Κοντοστάθη Ε, Εξακουστού Α, Κυνηγοπούλου Σ, Τσαπακίδου Α, Γκανταίφη Α, Καραγιαννοπούλου Σ
44Π	Η ΘΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ, Καλέμης Κ, Κωσταρέλου Α, Γκάτσου Ν, Γεωργοπούλου Μ
46Π	Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΙΤΙΑ, ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΟΣ ΕΧΘΡΟΥ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΟΡΑ, Καλέμης Κ, Κωσταρέλου Α, Γκάτσου Ν, Γεωργοπούλου Μ

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ

Παπαγεωργίου Χ.

1. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ψ.Υ.), Αθήνα
2. Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Τα τελευταία 60 χρόνια έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπεία των ψυχικών νοσημάτων.

Η σύγχρονη ψυχιατρική, είναι εφάμιλλη της καρδιολογίας με κριτήρια το προσδόκιμο ζωής και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η εφαρμογή του νοσολογικού μοντέλου, έχει να επιδείξει σημαντικές προόδους σε κρίσιμα κλινικά και ερευνητικά ζητήματα όπως (i) Ταξινόμηση/κατηγοροποίηση ψυχικών παθήσεων, (ii) ταυτοποίηση αιτιοπαθογενετικών μηχανισμών, (iii) εφαρμογή και αξιολόγηση θεραπευτικών μεθόδων (φαρμακευτικών και ψυχολογικών).

Παρ' όλα αυτά στο νοσολογικό μοντέλο αναγνωρίζονται θεμελιακοί περιορισμοί όπως το γεγονός ότι (α) 'θυματοποιεί', (β) εστιάζει στις αποκλίσεις και αδυναμίες κατ' εξοχήν, ενώ (γ) σπεύδει στο αίτημα για βοήθεια όπως υπαγορεύει η νόσος/ διαταραχή, δίχως να επενδύει αναλόγως στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Πλέον καθίσταται βάσιμα υποσχόμενη η αναζήτηση των νομοτελειών της εφαρμογής της προοπτικής της προαγωγής της ψυχικής υγείας., ασφαλώς συμπληρωματικά προς το ισχύον νοσολογικό μοντέλο και όχι αντιθετικά. Σ' αυτό το πλαίσιο, με την παρούσα εισήγηση επισκοπείται η σχετική βιβλιογραφία αναφορικά με τα προτεινόμενα μοντέλα προαγωγής ψυχικής υγείας, με έμφαση στα κριτήρια εφαρμογής των όπως και στη χρησιμοθηρική /δεοντολογική σημασία των.

Ταυτόχρονα επιχειρείται μια θεώρηση του εγγενούς επιστημολογικού περιορισμού που απορρέει από τις προκαταλήψεις σε συνάφεια με την ψυχική υγεία.

Και τούτο, καθόσον το άτομο αναζητά την καλλίτερη δυνατή αποτίμηση της 'πραγματικότητάς του είναι εκτεθειμένο στο να υποπίπτει σε σφάλματα, τα οποία μπορεί να συγκριθούν με στατιστικά σφάλματα τύπου I (ψευδώς θετικό) και τύπου II (ψευδώς αρνητικό). Σ' αυτή τη βαθμονόμηση, τα σφάλματα τύπου I (ψευδώς θετικό) και τύπου II (ψευδώς αρνητικό) όπως και ο συγκερασμός των θεωρείται ότι αντιστοιχούν στις εσφαλμένες αντιλήψεις η 'προκαταλήψεις'.

SYSTEMS BIOLOGY AND THE STRESS RESPONSE: FROM PYTHAGORAS AND THE EPICUREANS TO MODERN MEDICINE.

George P. Chrousos, MD

Medical School of the University of Athens, Athens, Greece 11527

“Stress” is defined as the disturbance in the “dynamic balance” or “homeostasis” of a complex system, such as the human organism or society, “stressors” as the forces that produce this disturbance, and “adaptive response” as the forces from within the complex system that strive to return homeostasis to normal. In the case of the human organism, the adaptive response is subserved by a specialized system in our brain and body, the “Stress System”, which is activated to help us deal with stress when a stressor of any kind exceeds a certain threshold. In itself, stress that is dealt with efficiently by the adaptive response of a system is neutral or even potentially beneficial to that system, be that an organism or a society. In contrast, the chronic dynamic state in which the adaptive response fails to fully reestablish homeostasis during stress, which I call “dyshomeostasis” or, more correctly, “cacostasis”, may have detrimental effects on the system. In human beings, the crucial beneficial hormones that are activated to reestablish homeostasis, the “homeostatic or stress mediators”, including adrenaline, noradrenaline, cortisol and the inflammatory mediator interleukin-6, are also, paradoxically, responsible to a great extent for the damage the organism sustains when in cacostasis. These mediators may impair the physiology of our cells, disturb their metabolic activity, increase their inflammatory response and stimulate their oxidative functions, all potentially damaging changes, ultimately accelerating aging, causing obesity, metabolic problems and osteoporosis, promoting atherosclerosis and cardiovascular disease and increasing the chance of the organism to be infected or get cancer.

The pre-Socratic philosophers Pythagoras and Alcmaeon, respectively, used the terms “harmony” and “isonomia” to express the dynamic balance or homeostasis of life, while the Hippocratics equated this harmony with health and disharmony with disease. Both the Stoics and the Epicurians, philosophic schools that concentrated on the study of stress and its management, considered the attainment of “ataraxia”, or imperturbability of the mind to stressors, as the ultimate goal of life, while Epicurus himself spoke of “eustatheia” -or “eustasis”, if we extrapolate from homeostasis-, the serene emotional state of a harmonious balance in a human being. The not

uncommon Greek first name “Eustathios ” is a remnant of that era. Based on these ancient seminal ideas, we suggested that appropriate responsiveness of the human stress system to stressors is a crucial prerequisite for a sense of wellbeing, adequate performance of tasks, and positive social interactions, and hence for the survival of the self and the species. By contrast, inappropriate, over- or under- responsiveness of the stress system through its hormonal and inflammatory mediators may impair growth and development, and may account for the many chronic behavioral, endocrine, metabolic, and allergic/autoimmune disorders that plague contemporary humanity. The development and severity of these conditions primarily depend on the genetic vulnerability of the individual, the exposure to adverse environmental- including psychosocial and economic- factors and the timing and duration of the stressful event(s).

Our first model disorders of stress system over- and under-responsiveness were, respectively, melancholic depression, which we showed to be a disease characterized by chronic hyperactivation of the stress system, explaining its behavioral and somatic manifestations, and its mirror image, atypical depression, characterized by chronically decreased activation of this system, also explaining its clinical manifestations through a similar but alternative pathway. This realization allowed us to extrapolate our thoughts to the larger nosology of the human population, identifying many other such states. Starting from animal models, and with some surprise, we realized that hyporesponsivity of the stress system to inflammatory signals and resistance of immune tissues to cortisol characterize several inflammatory disorders, such as rheumatoid arthritis and septic shock, phenomena that we elucidated at the molecular level. Similarly, we identified other human states characterized by hypoactivity of the stress response, including seasonal depression, the chronic fatigue and fibromyalgia syndromes, postpartum blues/depression and the late luteal phase dysphoric syndrome disorder.

We suggested that the genetic vulnerabilities of our species leading to the contemporary “chronic non-communicable diseases”, which include obesity, the chronic pain and fatigue syndromes, depression, hypertension, the metabolic syndrome and cardiovascular diseases, resulted from selective pressures of evolutionary stressors upon our genome during our evolution to modern human beings. To these genetic vulnerability changes, stress in prenatal and early life adds the so-called epigenetic ones. Prenatal life, infancy, childhood and adolescence are critical periods characterized by great plasticity and, hence, increased vulnerability to stressors. During these critical periods of life, stress mediators exert major organizational effects on the neural circuits of the brain and epigenetic effects throughout the brain and body, i.e., effects that are prolonged or

permanent and include chemical changes in our DNA and chromatin. Such epigenetic changes are environmentally acquired, and as such, are fully preventable.

Well beyond depression, currently affecting approximately 20% of the adult population and predicted by the World Health Organization to soon be the number 2 morbidity factor in the world, we suggested that chronic common, every day stress and the resultant cacostasis are also a major factor for all cause morbidity and mortality in today's societies, encompassing all the chronic non-communicable diseases and, to a lesser extent, certain infections and cancer. At this time, and despite the stupendous advances in hygiene and medicine that have prolonged our lives, we believe that over 50 percent of the human disease burden is due to chronic socioeconomic distress, a result -to a great extent- of the ever increasing complexity and alienation in the modern world. We should note that the effects of prolonged distress go well beyond the causation of the chronic non-communicable diseases. Prolonged human cacostasis disturbs normal growth and development in children, causes emotional deprivation, upsets sleep, destroys family and social life, increases criminal behavior, multiplies violent accidents, and stimulates the abuse of and dependence on substances. Chronic distress also accelerates aging, reflected in decreasing chromosomal telomere length, and increases frailty, curtailing healthy life expectancy. Finally, the health care related costs of prolonged distress are enormous, probably accounting for a significant proportion of the total expenditures.

The dysphoria that most frequently accompanies cacostasis and the "happiness" of equanimity and sense of wellbeing are mutually inhibitory of each other. We now understand the neurochemical mechanisms of this crucial relation and can employ this knowledge in our quest for happiness and good health. We actually can, with the power of our will, lead ourselves to a dynamic state of homeostasis that is at a level higher than what would have been expected from our genetic and epigenetic constitution and our environment, a condition that I call "hyperstasis". The latter state allows the full experience and appreciation of the gift of life, extends its duration and influences propitiously those around us. This state gives materialism its true proportions and promotes virtue, spirituality and a better Society.

Through our work, we established the common biological pathways connecting a large array of ostensibly disparate psychological and somatic disorders, including depression, anxiety, obesity, hypertension, metabolic syndrome, diabetes, allergic and autoimmune inflammatory disorders, sleep disturbances, such as insomnia and sleep apnea, hypofertility, and osteoporosis. We contributed to the understanding of how stress through its mediators, including components of the

inflammatory reaction, causes premature aging, and promotes cardiovascular and neurovascular diseases. A common pathophysiology suggests that prevention and curative means have common bases.

Today, the presence of stress and cacostasis in an individual can be evaluated and graded. There are rational and proven methods to prevent and ameliorate distress that start from changes in lifestyle (healthy diet, exercise, stable daily timing, adequate sleep), to cognitive and behavioral therapies, to the use of appropriate medications. Indeed, the currently available medications that control risk factors and prolong life function primarily by blocking the stress system and inflammatory mediators. The key issue is that nature is not destiny and wellbeing and hyperstasis are attainable.

Granted that chronic distress in early life augments the risk of developing chronic behavioral and non-communicative disorders, preventing distress in pregnancy and the first 5 years of life or interrupting the vicious cycle of distress during this period is imperative and, in the long run, the most cost-effective approach. Interventions beyond the age of 5 may be quite useful, but one should note that major stress-related brain organizational and epigenetic damage has already occurred. At this point I should mention what L. Tolstoy had intuitively said: "From the child of five to myself is but a step. But from the newborn baby to the child of five is an appalling distance". Now, this is based on robust evidence and makes early interventions, starting with the education of prospective mothers, a must.

In summary, to interrupt the vicious effects of stress in a society and its members, one should, first, eliminate or at least moderate the stressors and, second, one should improve the coping of individuals with such stressors - aka improve their resilience to stress-. Political actions can influence both strategies: Granted that stress in today's industrialized world is mostly anthropogenic, a well run country itself in homeostasis, in which people feel enfranchised, dignified and dealt with fairness and justice, is bound to have happier and healthier citizens. On the other hand, preventing early life stressors and their effects on the very young will eliminate development of risks for the later behavioral and chronic non-communicative disorders that plague our societies today. Finally, like many human endeavors, coping with stress is an eminently learnable process and the basis of the most effective psychological therapy employed today, cognitive behavioral therapy. It is the duty of a Society to ensure the wellbeing and happiness of its people with political strategies that prevent stress and enhance the ability of its citizens to cope.

ΕΠΙΓΕΝΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΩΝ

Α.Βαρβαρήγου

Καθηγήτρια Παιδιατρικής και Νεογνολογίας

Πριν 20 χρόνια περίπου ο D. Barker διατύπωσε την θεωρία του εμβρυικού προγραμματισμού των χρονίων νόσων. Σύμφωνα με αυτήν το έμβρυο προσαρμόζεται σε δυσμενές ενδομήτριο περιβάλλον προκειμένου να επιβιώσει, αλλάζοντας τον φαινότυπό του, χωρίς αλλαγή του γονοτύπου, στα πλαίσια της αναπτυξιακής πλαστικότητας. Με την τροποποίηση της έκφρασης του γονοτύπου του, το έμβρυο επιβιώνει μεν, αλλά ταυτόχρονα προγραμματίζει την μελλοντική του υγεία και την εμφάνιση χρονίων νόσων σε μη συμβατό εξωμήτριο περιβάλλον. Η ικανότητα τροποποίησης της έκφρασης των γονιδίων με την επίδραση του περιβάλλοντος μπορεί σήμερα να ερμηνευθεί από την επιστήμη της Επιγενετικής. Οι γνωστοί επιγενετικοί μηχανισμοί τροποποίησης της έκφρασης του γονιδιώματος είναι η Μεθυλίωση του DNA -σε θέσεις CpG-, η τροποποίηση των ιστόνων και η παραγωγή ειδικών μορίων RNA.

Τα τελευταία 2-3 χρόνια δημοσιεύθηκαν μελέτες συσχέτισης επιγενετικών μεταβολών στο DNA εμβρύων και νεογέννητων, και εμφάνισης χρονίων νόσων.

Το επιγονιδίωμα είναι πλέον ευάλωτο στις περιβαλλοντικές επιδράσεις κατά τα πρώιμα στάδια ανάπτυξης. Η αποφυγή επικίνδυνων περιβαλλοντικών παραγόντων κατά την περιγεννητική περίοδο και ιδιαίτερα κατά την ενδομήτρια ζωή είναι πολύ πιο σημαντική από οποιαδήποτε άλλη προσπάθεια πρόληψης ή θεραπείας αργότερα.

ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Α. Χαρίτου

Παιδίατρος – Νεογνολόγος – Εντατικολόγος, Συντονίστρια διευθύντρια ΜΕΝΝ Μαιευτηρίου Ρέα

Παρόλο που πρόσφατες μελέτες σαφώς καταδεικνύουν ότι αυξάνει συνεχώς ο αριθμός των γυναικών που επιλέγει να θηλάζουν τα νεογνήτα παιδιά τους, εν τούτοις ο αριθμός των γυναικών που διακόπτουν το θηλασμό γιατί χρειάζεται να πάρουν κάποιο φάρμακο (φαρμακευτική αγωγή) παραμένει εξίσου υψηλός.

Με δεδομένο ότι στις περισσότερες γυναίκες μετά τον τοκετό, δηλαδή στην κρίσιμη περίοδο που εγκαθίσταται ο θηλασμός, συνταγογραφούνται φάρμακα, μια πολύ συνηθισμένη ερώτηση που γίνεται στα μαιευτήρια, αφορά τη λήψη των διαφόρων φαρμάκων κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Ατυχώς, οι περισσότεροι ερωτώμενοι (σχετικοί με το θηλασμό γατροί) απλά συμβουλεύονται τις εσώκλειστες οδηγίες του φαρμάκου) ή συμβουλεύουν τη μητέρα να διακόψει το θηλασμό, χωρίς να διευκρινίσουν με αξιόπιστη, σύγχρονη πληροφορία το γιατί. Η διακοπή του θηλασμού συχνά είναι λανθασμένη απόφαση, γιατί σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία, ελάχιστα είναι τα φάρμακα εκείνα για τα οποία θα κινδύνευε το παιδί που θηλάζει.

Ωστόσο, ο κλινικός ιατρός θα πρέπει με σεβασμό να εξετασθεί κάθε περίπτωση, λαμβάνοντας υπ' όψη την ενδεχόμενη τοξικότητα του φαρμάκου, τη βιοδιαθεσιμότητα από το στόμα, την ποσότητα του φαρμάκου που μεταφέρεται στο μητρικό γάλα, καθώς και την σχετική ικανότητα του νεογνού να διατηρεί ομοιόσταση κατά τη διάρκεια που εκτίθεται στο φάρμακο.

Η μεταφορά του φαρμάκου στο μητρικό γάλα, εξαρτάται από μερικές φυσικοχημικές ιδιότητές του, όπως το ΜΒ, η διαλυτότητα στο νερό, η ικανότητα σύνδεσης με τη πρωτεΐνη του πλάσματος, η λιποφιλικότητά του καθώς και από το pKa του φαρμάκου.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας για τη μεταφορά του φαρμάκου στο ΜΓ, είναι η συγκέντρωσή του στο πλάσμα της μητέρας, καθότι τα περισσότερα φάρμακα συνήθως μεταφέρονται από περιοχές υψηλής συγκέντρωσης (μητρικό πλάσμα) σε περιοχές χαμηλής συγκέντρωσης (γάλα). Η μεταφορά είναι μεγαλύτερη, όταν τα επίπεδα του φαρμάκου στο πλάσμα είναι υψηλότερα.

Ο κίνδυνος έκθεσης του νεογνού στα φάρμακα, μέσω του γάλακτος, είναι σχετικός και εξαρτάται κυρίως από την ικανότητα του νεογνού να διατηρήσει την ομοιόσταση του, μεταβολίζοντας ή απεκκρίνοντας το φάρμακο.

Τα παιδιά μπορεί να ταξινομηθούν σε τρεις (3) κατηγορίες: χαμηλού, μετρίου ή υψηλού κινδύνου, με βάση την ΗΚ, την τρέχουσα ηλικία και το επίπεδο υγείας τους.

Σήμερα, για να καθορίσουμε την ασφάλεια του φαρμάκου που μεταφέρεται στο μητρικό γάλα, προσδιορίζουμε με μια δημοφιλή και ίσως την πιο αξιόπιστη κλινικά μέθοδο, την σχετική δόση του νεογνού (RID):

$$\text{RID} = \text{Infant dose (mg/Kg)d} / \text{Maternal dose (mg/dl)d}$$

Η τιμή αυτή εκφράζεται σαν ένα ποσοστό επί της μητρικής δόσης και μας παρέχει μία στανταρισμένη μέθοδο συσχέτισης της δόσης του νεογνού, προς τη δόση της μητέρας.

Για τελειόμηνα παιδιά μια RID < 10% είναι θεωρητικά ασφαλής για τα περισσότερα φάρμακα. Εν τούτοις, κάθε περίπτωση θα πρέπει να εκτιμάται εξατομικευμένα, ανάλογα με την τοξικότητα του φαρμάκου και τη γενική κατάσταση του νεογνού.

Συμπερασματικά κάθε σύμβουλος ιατρός πρέπει να εκτιμά προσεκτικά κάθε φάρμακο που χορηγείται στη θηλάζουσα μητέρα, λαμβάνοντας υπ' όψη τα βιβλιογραφικά δεδομένα για το φάρμακο, και να τη συμβουλεύει ανάλογα τη θηλάζουσα μητέρα.

Πηγή αξιόπιστη, προερχόμενη από την Εθνική Ιατρική Βιβλιογραφία των ΗΠΑ, παραμένει το LactMed database.

Στην εξαιρετική περίπτωση αδυναμίας θηλασμού λόγω λήψης κάποιου φαρμάκου, συστήνεται άντληση και απόρριψη του γάλακτος μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπευτικής αγωγής.

Η αντικατάσταση του ΜΓ με Formula, με μοναδικό αίτιο τη θεραπευτική αγωγή της μητέρας, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με υπευθυνότητα, καθ' όσο μπορεί να δημιουργήσει στο νεογνό άλλους πιθανούς σοβαρούς κινδύνους.

Βιβλιογραφία:

1. Academy of Breastfeeding Medicine : www.bfmed.org
2. LactMed : <http://toxnet.nlm.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>
3. National Library of Medicine. Drugs and Lactation Database (LactMed). Available at <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>
4. Schirm E, Schwagermann MP, Tobi H, de Jong- VAN den Berg LT. Drug use during breastfeeding. A survey from the Netherlands. Eur J Clin Nutr 2004;58:386-90

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

N. Βιτωράτος

Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Β' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο « Αρεταίειον»

Η επίπτωση του διαβήτη στην εγκυμοσύνη κυμαίνεται μεταξύ 4-7%. Ο σακχαρώδης διαβήτης της εγκυμοσύνης παρουσιάζει αύξηση παγκοσμίως τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα σε κυοφορούσες ηλικίας μεγαλύτερης των 32 χρόνων. Οι τύποι του διαβήτη που συναντά κανείς στην εγκυμοσύνη είναι διαβήτης τύπου I, διαβήτης τύπου II, διαβήτης της εγκυμοσύνης και άλλοι ιδιαίτεροι τύποι διαβήτη. Σύμφωνα με τη διεθνή εταιρεία μελέτης των ομάδων διαβήτη μια γυναίκα μπορεί να έχει χαμηλό, υψηλό ή ενδιάμεσο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μια νέα στρατηγική έχει προταθεί σχετικά με τη διάγνωση του διαβήτη της εγκυμοσύνης, βασιζόμενη στα επίπεδα σακχάρου νήστεος στο αίμα της γυναίκας στο πρώτο τρίμηνο. Η αντιμετώπιση του διαβήτη της εγκυμοσύνης περιλαμβάνει : α) τη θεραπεία των γυναικών, β) τον ημερήσιο έλεγχο των επιπέδων του σακχάρου, γ) τη στενή παρακολούθηση της εγκύου και της ενδομήτριας κατάστασης του εμβρύου και δ) την επιλογή του κατάλληλου χρόνου και τρόπου αποπεράτωσης του τοκετού. Περιλαμβάνει επίσης παρακολούθηση μετά τον τοκετό, μιας και η πιθανότητα ανάπτυξης διαβήτη τύπου II είναι 7 φορές μεγαλύτερη στις γυναίκες με ιστορικό διαβήτη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Τέλος η πιθανότητα ανάπτυξης διαβήτη σε επόμενη εγκυμοσύνη είναι περίπου 40%.

ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ ΣΤΗ ΒΔ ΕΛΛΑΔΑ: ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΝΕΑ ΕΠΟΧΗ

A. Μάκης

Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής/Παιδοαιματολογίας, Ιατρική Σχολή, Μονάδα Αιμοσφαιρινοπαθειών, Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Στην Ελλάδα οι πιο σημαντικές αιμοσφαιρινοπάθειες είναι η μεσογειακή αναιμία (ΜΑ, α και β) και η δρεπανοκυτταρική νόσος (ΔΝ). Τα ποσοστά των φορέων είναι κατά μέσο όρο 8% για τη β-ΜΑ, 6% για την α-ΜΑ και 2% για τη ΔΝ, ανομοιογενώς κατανομημένα στις διάφορες περιοχές της χώρας. Οι πάσχοντες ανέρχονται περίπου σε 4500 (ΜΑ 3500, ΔΝ 1000). Χωρίς τα μέτρα πρόληψης, θα προστίθεντο 160 νέες γεννήσεις πασχόντων από ΜΑ ανά 100.000 γεννήσεις και 66 ανά 100.000 από ΔΝ. Συνεπώς, οι αιμοσφαιρινοπάθειες έχουν αναγνωριστεί ως ένα μείζον ιατρικό, νοσηλευτικό και κοινωνικό πρόβλημα στη χώρα μας. Το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης

που ξεκίνησε το 1974 και έχει οδηγήσει στη μείωση των νέων γεννήσεων ασθενών με ομόζυγο β-MA από 67 ανά 100.000 γεννήσεις κατά την πενταετία 1980-84 σε 8/100.000 κατά την πενταετία 2005-09. Αντίστοιχα για την ΔN η μείωση των νέων περιπτώσεων ήταν, από 15 σε 5/100.000 γεννήσεις. Παρά τη μακρόχρονη και ευρεία εφαρμογή του προγράμματος εξακολουθούν να διαγιγνώσκονται παιδιά με αιμοσφαιρινοπάθειες και τα αίτια ποικίλουν ανάλογα με την περιοχή. Η Βορειοδυτική περιοχή της Ελλάδας παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω της γεωγραφικής μορφολογίας της αλλά και των κοινωνικο-οικονομικών δεδομένων που την χαρακτηρίζουν. Με βάση τα δεδομένα από το Αρχείο Καταγραφής των Νέων Γεννήσεων με Αιμοσφαιρινοπάθειες της Ελληνικής Εταιρείας Παιδιατρικής Αιματολογίας-Ογκολογίας*, στην Ήπειρο (Άρτα, Ιωάννινα, Πρέβεζα) αλλά και στη ευρύτερη περιοχή (Αιτωλοακαρνανία, Κέρκυρα, Λευκάδα) κατά τη χρονική περίοδο 1980-2012 καταγράφηκαν 74 νέες γεννήσεις (61 με α ή β MA και 13 με ΔN). Μεταξύ της πρώτης πενταετίας της καταγραφής, 1980-1984 και της πενταετίας 2000-2004 παρατηρήθηκε σημαντική ελάττωση των νέων περιπτώσεων, ιδιαίτερα για την α και β-MA, από 24 σε 2 και αντίστοιχα από 4 σε 3 περιπτώσεις για την ΔN. Έκτοτε, όμως, δεν παρατηρήθηκε η επιθυμητή περαιτέρω μείωση αλλά διαπιστώνεται συνεχής καταγραφή νέων περιπτώσεων. Την πενταετία 2005-2009 διαγνώστηκαν 12 περιπτώσεις (10 ελληνικής καταγωγής-2 αλλοδαποί, 6 β-MA, 3 ενδιάμεση, 1 αιμοσφαιρινοπάθεια H και 2 ΔN), ενώ από το 2010 μέχρι σήμερα 2 περιπτώσεις (ελληνικής καταγωγής, 1 β-MA και 1 αιμοσφαιρινοπάθεια H) (εικόνα 1). Τα κύρια αίτια που οδήγησαν σε νέες γεννήσεις ήταν: αμέλεια ή άγνοια των γονέων, λάθος γενετική συμβουλή και θρησκευτικοί-κοινωνικοί λόγοι. Συνεπώς, η ευαισθητοποίηση της επιστημονικής κοινότητας και της κοινωνίας για το εφαρμοζόμενο πρόγραμμα πρόληψης των αιμοσφαιρινοπαθειών πρέπει να εξακολουθήσει με εξίσου ή και περισσότερο έντονους ρυθμούς.

*ευγενική παραχώρηση κ. Β. Λαδή (τ. Διευθυντής Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας, Α' Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων « Η Αγία Σοφία»)

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΕΟΓΝΩΝ

Σ. Γαβρίλη, MD, PhD

Επιμ. Α΄, ΜΕΝΝ Γενικό Νοσοκομείο «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

ΣΚΟΠΟΣ

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της διερεύνησης Ενδογενών Μεταβολικών Νοσημάτων σε συμπτωματικά νεογνά, με βάση συγκεκριμένα κλινικά χαρακτηριστικά και εργαστηριακές αναλύσεις.

Η διαμόρφωση πρωτοκόλλου εργαστηριακής προσέγγισης με στόχο την ανεύρεση κλινικά χρήσιμων εργαστηριακών δεδομένων στο συντομότερο χρονικό διάστημα για την αντιμετώπιση πασχόντων νεογνών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στο χρονικό διάστημα 1/01/2009 μέχρι 30/5/2013 διερευνήθηκαν εργαστηριακά 48 νεογνά με συμπτώματα που έθεταν υποψία μεταβολικού νοσήματος (υπογλυκαιμία, μεταβολική οξέωση, σπασμοί κ.ά). Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις αμινοξέων πλάσματος και ούρων με αναλυτή αμινοξέων ελεύθερης καρνιτίνης και ακετυλοκαρνιτινών με δίδυμη φασματομετρία μάζας (Tandem Mass Spectrometry), οργανικών οξέων ούρων με αέρια, χρωματογραφία, φασματομετρία μάζας και μετρήσεις βιοχημικών μεταβολιτών με διάφορες μεταβολικές μεθόδους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Διαμορφώθηκε πρωτόκολλο εργαστηριακής διερεύνησης μεταβολικών νοσημάτων, στοχευμένο με βάση τα κλινικά χαρακτηριστικά. Ανευρέθηκαν ένα νεογνό με πρωτοπαθή έλλειψη καρνιτίνης (carnitine uptake defect), ένα με κιτροουλιναιμία τύπου 1, ένα με έλλειψη B12 και δύο με γαλακτική οξέωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σωστή επιλογή των υπό διερεύνηση παιδιών με συγκεκριμένα κριτήρια, η έγκαιρη και ολοκληρωμένη εργαστηριακή διερεύνηση ως προς τα αντίστοιχα νοσήματα μπορούν να οδηγήσουν σε έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση σειράς μεταβολικών νοσημάτων.

Βιβλιογραφία:

1. Clinical approach to inborn errors of metabolism presenting in the newborn period. Ellaway CJ, Wilcken B, Christodoulou J. J Paediatr Child Health. 2002 Oct;38(5):511-7 Review

2. Inborn errors of metabolism in a neonatology unit: impact and long-term results. Couce ML, Baña A, Bóveda MD, Pérez-Muñuzuri A, Fernández-Lorenzo JR, Fraga JM. *Pediatr Int*. 2011 Feb;53(1):13-7.
3. Clinical approach to inherited metabolic disorders in neonates: an overview. Saudubray JM, Nassogne MC, de Lonlay P, Touati G. *Semin Neonatol*. 2002 Feb;7(1):3-15. Review.

ΣΥΜΒΑΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΘΑΛΑΣΣΑ

ΠΝΙΓΜΟΣ (DROWING)

N. Χαλιάσος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Σαν πνιγμός ορίζεται ο θάνατος από ασφυξία λόγω εμβύθυσης σε κάποιο υγρό. Το συνηθέστερο υγρό είναι το νερό (θάλασσα, λίμνη, ποτάμι, αρδευτικό κανάλι, πισίνα κλπ).

Οφείλεται κατά κανόνα σε ατύχημα και σπανιότατα σε αυτοκτονία σε άτομα <20 ετών (ιδιαίτερα στις ηλικίες < 4 ετών και στην εφηβεία). Στην εφηβεία οφείλεται κατά κανόνα στα πλαίσια ριψικίνδυνων συμπεριφορών της ηλικίας καθώς και στη χρήση αλκοόλ, ουσιών κα.

Η αναλογία είναι πάντοτε υπέρ των αγοριών (2:1 έως 10:1). Τα παιδιά κινδυνεύουν περισσότερο γιατί οι γνώσεις και η αίσθηση κινδύνου είναι μειωμένες, έχουν απουσία εμπειρίας κολύμβησης και οι εφεδρείες του οργανισμού είναι μειωμένες. Συνήθως κάθε χρόνο συμβαίνουν 35 θάνατοι κατά μέσο όρο (20 σε παιδιά και 15 σε εφήβους).

Μέχρι πριν λίγα χρόνια χρησιμοποιούνταν και οι όροι στεγνός πνιγμός, παρ' ολίγον πνιγμός και δευτεροπαθής πνιγμός. Η αλληλουχία της παθοφυσιολογίας σε πνιγμό έχει ως εξής:

Εμβύθυση στο υγρό → εκούσιο κράτημα αναπνοής (άπνοια) → ακούσιος λαρυγγόσπασμος → επιδείνωση ανταλλαγής αερίων → ↓ οξυγόνου, ↑ CO₂ → υπερκαπνική υποξαιμική οξέωση → λύση λαρυγγόσπασμου → είσοδος υγρού → πνευμονικό οίδημα → βραδυκαρδία, αρρυθμία, απώλεια συνείδησης → καρδιακή ανακοπή

Πνιγμός σε θαλασσινό νερό (3% NaCl)

Είσοδος υπέρτονου υγρού στους πνεύμονες → μετακίνηση Na, Cl, Mg από κυψελίδες στον ενδαγγειακό χώρο και είσοδος νερού στις κυψελίδες → καρδιογενές πνευμονικό οίδημα, αιμοσυμπύκνωση, υπερνατρίαζία, υποπρωτεϊναιμία

Πνιγμός σε γλυκό νερό

Είσοδος υπότονου υγρού στους πνεύμονες → μετακίνηση νερού στον ενδαγγειακό χώρο → ↑ όγκου αίματος, ↓ Na αίματος → αιμόλυση → μη καρδιογενές πνευμονικό οίδημα

Πνιγμός σε ψυχρό νερό

Θάνατος και από υποθερμία λόγω ταχείας ελάττωσης της θερμοκρασίας του σώματος (αρρυθμίες, διαταραχές πήξης, λοιμώξεις κλπ).

Κλινική εικόνα-επακόλουθα

Κατά σειρά βαρύτητας (ασυμπτωματικό → προδήλως νεκρό άτομο)

- Χωρίς παθολογικά ευρήματα
- Υποθερμία, ταχυκαρδία (ή βραδυκαρδία), διαταραχές αναπνοής, διαταραχές επιπέδου συνείδησης
- Άπνοια, κοιλιακή μαρμαρυγή, ασυστολία, διαταραχές αρτηριακής πίεσης
- Ασυστολία, άπνοια, έλλειψη λειτουργίας ΚΝΣ
- Τραυματισμός (κυρίως ΣΣ, κεφαλής)
- Αιμόλυση, σκληροκοιλιακή νέκρωση, βλάβες ΚΝΣ (πολύ συχνά μη αναστρέψιμες)

Χειρισμοί σε πνιγμό

Διασώστης

- Δεν επιχειρούμε διάσωση αν δεν ξέρουμε καλό κολύμπι
- Πετάμε σχοινί ή σωσίβιο και σύρουμε
- Αν επιχειρήσουμε διάσωση φρόνιμο είναι να έχουμε σωσίβιο γιλέκο ή αεροθόλαμο

Θύμα

- Το θύμα σύρεται έξω από το νερό σε οριζόντια θέση
- Δεν προσπαθούμε να κάνουμε ανάνηψη μέσα στο νερό, είναι ανώφελο και επικίνδυνο
- Ξαπλώνουμε το θύμα ανάσκελα, καθαρίζουμε την αναπνευστική οδό από τυχόν ξένα σώματα και τυλίγουμε το θύμα με μια κουβέρτα ή με ό,τι υπάρχει διαθέσιμο
- Αν δεν υπάρχουν αυτόματες αναπνοές από το θύμα εφαρμόζουμε ΚΑΡΠΑ (καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση), πολύ σημαντική η ταχύτητα εφαρμογής της
- Σημαντικότερος χειρισμός είναι η ακινητοποίηση της σπονδυλικής στήλης (ιδιαίτερα σε ατυχήματα από βουτιές)

Μεταφορά στο νοσοκομείο

- Αν η εμβύθιση στο νερό ήταν >1 λεπτό
- Αν εμφάνισε επεισόδιο άπνοιας ή κυάνωσης
- Αν χρειάστηκε ανάνηψη

Προσοχή: αν το υγρό δεν είναι μόνο νερό αλλά μίγμα με άλλες ουσίες (πχ πετρέλαιο) υπάρχει μεγάλη πιθανότητα για ARDS (σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας).

Στο νοσοκομείο

- Σταδιακή επαναθέρμανση. Αν θερμοκρασία σώματος $<30^{\circ}\text{C}$, εσωτερική επαναθέρμανση με ζεστά υγρά. Αύξηση θερμοκρασίας 1°C/h , (προσοχή στο shock επαναθέρμανσης → υπόταση)
- Χορήγηση υγρών (κεντρική γραμμή επιθυμητή), διόρθωση ηλεκτρολυτών, παρακολούθηση νεφρικής λειτουργίας
- Αποσυμφόρηση στομάχου
- Σταθεροποίηση βασικών λειτουργιών (οξυγόνωση, αντιμετώπιση προβλημάτων καρδιάς, αρτηριακής πίεσης, πνευμονικού οιδήματος κλπ)
- Αντιμετώπιση κινδύνου λοιμώξεων
- Ακινητοποίηση σπονδυλικής στήλης
- Απόφαση για ΜΕΘ

Εργαστηριακά

- Αέρια αίματος, ΗΚΓ, α/α θώρακος (+ΣΣ, κρανίου κλπ αν απαιτητες)
- Γενική αίματος, ηλεκτρολύτες, πηκτικότητα αίματος
- Νεφρική λειτουργία, γενική ούρων

Διαδικασία πνιγμού

- Επέλευση θανάτου σε 3-10 λεπτά (ταχύτερη σε γλυκό νερό)
- Το πολύ ψυχρό νερό καθυστερεί τα ανωτέρω, αλλά στα παιδιά αυτό δεν ισχύει

Πρόγνωση

- Ηλικία
- Διάρκεια >5 λεπτά
- Απουσία χειρισμών ανάνηψης στα πρώτα 10 λεπτά
- Κώμα
- Σοβαρή οξέωση
- Απουσία αυτόματων αναπνευστικών κινήσεων
- Προσμίξεις άλλων ουσιών στο υγρό
- Πολύ κρύο νερό

Μακροχρόνιες επιπλοκές

- 70% επιβίωση χωρίς νευρολογικά (κυρίως) προβλήματα με πρώιμη ΚΑΡΠΑ
- 40% χωρίς πρώιμη ΚΑΡΠΑ
- Σε παιδιά που χρειάστηκαν πλήρη εξειδικευμένη ΚΑΡΠΑ στο νοσοκομείο και επέζησαν:
 - ✓ 70% πλήρης ανάρρωση
 - ✓ 25% ήπια νευρολογική βλάβη
 - ✓ 5% βαριά αναπηρία, φυτική κατάσταση

Οδηγίες της ΑΑΠ για την πρόληψη του πνιγμού (2010)

1. Μην αφήνετε τα παιδιά μόνα τους σε χώρους με νερό. Αδειάστε τους κουβάδες και άλλα ανοιχτά δοχεία
2. Συνεχώς επίβλεψη
3. Προσοχή στους εξωτερικούς χώρους που παίζει το παιδί
4. Περίφραξη πισίνας (1,2 μέτρα ύψος), πόρτα που ασφαλίζει αυτόματα, πυκνό πλέγμα
5. Μαθήματα κολύμβησης από 4 ετών
6. Στοιχειώδεις γνώσεις ΚΑΡΠΑ από γονείς, ιδιοκτήτες πισινών
7. Παιδιά που βρίσκονται σε βάρκα ή δίπλα σε νερό (προκυμαία, ποτάμι) πρέπει να φορούν σωσίβιο-γιλέκο. Τα μπρατσάκια δεν είναι ασφαλή
8. Είσοδος στο νερό περπατώντας ή πηδώντας, όχι βουτιές
9. Αν υπάρχει ρεύμα, κολύμπι παράλληλα στη ροή και σταδιακή προσέγγιση στην ακτή
10. Να τονίζεται στους εφήβους ο κίνδυνος από κατανάλωση αλκοόλ, όχι υπερεκτίμηση δυνατοτήτων

Σε αυτά θα προσθέταμε για την χώρα μας:

- α. Αύξηση των οργανωμένων παραλιών (ναυαγιστώστες κλπ)
- β. Αύξηση των εθελοντικών μαθημάτων, κυρίως σε γονείς, εκπαιδευτικούς για ΚΑΡΠΑ
- γ. Ενημέρωση από τα ΜΜΕ για τα ανωτέρω
- δ. Σημαντική η συμβολή των γυμναστών (γυμνασίων, λυκείων) για ενημέρωση των εφήβων

Ο ΘΕΜΕΛΙΩΤΗΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΟΚΟΜΙΑΣ GASTON VARIOT (1855-1930) ΚΑΙ Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Γ. Ανδρούτσος

Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο Γκαστόν Βαριώ γεννήθηκε στο Demigny της Βουργουνδίας, στη Γαλλία. Αφού αρχικά σπούδασε φιλοσοφία, στη συνέχεια στράφηκε προς τις θετικές επιστήμες. Το 1875, εισήλθε στην École Militaire de Santé (Στρατιωτική Σχολή Υγείας) και υπήρξε μαθητής των καθηγητών Armand Gautier (1850-1926) και Charles-Philippe Robin (1821-1885). Το 1877, ολοκλήρωσε τις ιατροστρατιωτικές σπουδές του και άρχισε τη σταδιοδρομία του ως interne (εσωτερικός βοηθός) στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, εγκαταλείποντας τη Στρατιωτική Σχολή. Αν και αρχικά είχε διατελέσει παρασκευαστής στο Εργαστήριο Ιστολογίας και Παθολογοανατομίας του καθηγητού Robin, στη συνέχεια στράφηκε προς την κλινική ιατρική. Συνεργάστηκε με τον ελληνικής καταγωγής (Κερκυραίος) Φραγκίσκο Δαμασκηνό (1840-1889) – που κατείχε την Έδρα Εσωτερικής Παθολογίας στο Νοσοκομείο Laennec, όπου είχε ιδρύσει εργαστήριο μικροφωτογραφίας - και με τον Maurice Raynaud (1834-1881) στο νοσοκομείο La Charité. Το 1882, έγινε επιμελητής του καθηγητού Jules Parrot (1829-1883) στο Νοσοκομείο Παίδων Enfants-assistés. Εκεί, ανακάλυψε τον κόσμο του παιδιού και κυρίως, μετά την έρευνα που διεξήγαγε το 1891 για λογαριασμό του Υπουργείου Εσωτερικών (για την υπογεννητικότητα και την παιδική θνησιμότητα), τον κόσμο των νεογνών, όπου η επέμβαση του ιατρού είναι αποφασιστικής σημασίας. Στην εν λόγω έρευνα, διαπίστωσε τις άθλιες διατροφικές συνθήκες των βρεφών στα λαϊκά κοινωνικά στρώματα. Ηγήθηκε αποστολής στην Αγγλία με σκοπό τη μελέτη των παιδικών νοσημάτων. Το παιδί και η φροντίδα του αποτέλεσαν το κέντρο του ενδιαφέροντος και των δραστηριοτήτων του. Εργάστηκε ακατάπαυστα για την ανάπτυξη των παιδιατρικών νοσοκομείων προκειμένου να αντιμετωπισθεί το δραματικό πρόβλημα της παιδικής θνησιμότητας. Ίδρυσε το goutte de lait (σταγόνα γάλακτος), ίδρυμα εξωτερικών ιατρείων για τα άρρωστα παιδιά και την επίβλεψη της διατροφής των νεογνών. Εκεί, έθεσε τις βάσεις ενός νέου κλάδου, της παιδοκομίας, και δημοσιοποίησε τις ιδέες του μέσω δημοσιεύσεων και έργων τέχνης. Το 1893, εξέδωσε το Περιοδικό κλινικής και θεραπευτικής παιδών και συνεργάστηκε με καλλιτέχνες που απεικόνισαν και έκαναν γνωστή τη

δράση του. Το 1908, ίδρυσε στο Νοσοκομείο Enfants-assistés (το σημερινό Saint Vincent de Paul - Σαιν-Βενσάν ντε Πωλ), ένα Ινστιτούτο Παιδοκομίας, όπου χρησιμοποιώντας τα διδάγματα της εμπειρίας του θεμελίωσε επίσημα την ειδικότητα της παιδοκομίας. Θεωρείται ως ο πρόδρομος μίας ιατρικής με ουμανιστικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά και ως ο αρχιτέτων της γαλλικής δημογραφικής άνθησης.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Μ. Τζούφη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής - Παιδονευρολογίας

Τομέας Υγείας Παιδιού, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Η επιληψία προσβάλλει περίπου 5/1000 παιδιά έως 15 ετών και αποτελεί τη 2η σε συχνότητα νευρολογική διαταραχή μετά την ημικρανία.

Ως συχνό, σημαντικό, χρόνιο νόσημα αφορά τον ίδιο τον ασθενή, την οικογένεια του, αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Η επίδραση της στον ασθενή εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων που σχετίζονται με την έκβαση της νόσου, αλλά και με κοινωνικές παραμέτρους. Πιο συγκεκριμένα:

- Στο 70% των παιδιών η νόσος αναμένεται να ελεγχθεί με αντιεπιληπτική φαρμακευτική αγωγή, συνήθως στα 5 πρώτα χρόνια από τη διάγνωση, με πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες ύφεσης την απουσία συνοδών νευρολογικών προβλημάτων και την έναρξη πριν τα 12 έτη της ζωής, αλλά και τη συμμόρφωση στην αγωγή.
- Η εξέλιξη σε ανθεκτική μορφή είναι δύσκολο να προβλεφθεί, με πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου, την αποτυχία της αρχικής αγωγής και τη μη ομαλή νευροαναπτυξιακή εξέλιξη.
- Η υποκείμενη μορφή της επιληπτικής διαταραχής επίσης επηρεάζει την έκβαση, αν και για τα περισσότερα ειδικά επιληπτικά σύνδρομα, δεν υπάρχει απολύτως ακριβής πρόγνωση.
- Ο κίνδυνος θανάτου σε παιδιά ομαλής νοημοσύνης, είναι πολύ χαμηλός, παρόμοιος με τον γενικό πληθυσμό.
- Υποτροπή της νόσου, μετά τη διακοπή της θεραπείας, μπορεί να εμφανισθεί στο 30% των ασθενών, αλλά γενικά, όσο μακρότερη είναι η διάρκεια του ελέγχου των σπασμών, τόσο μικρότερο είναι και το ποσοστό υποτροπής.
- Οι ασθενείς (παιδιά και νεαροί ενήλικες) με επιληψία παρουσιάζουν υψηλούς βαθμούς κοινωνικής δυσλειτουργίας (υστερούν εκπαιδευτικά και κοινωνικά, αφού εμφανίζονται με χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης, επαγγελματικής αποκατάστασης και ποσοστού γάμων). Ως πιθανές αιτίες θεωρούνται η πτωχή ανταπόκριση του παιδιού και της οικογένειας στη νόσο, οι παρενέργειες των αντιεπιληπτικών

φαρμάκων, η ύπαρξη προηγούμενης νευρολογικής δυσλειτουργίας (που συνοδεύεται με γνωστικά, συμπεριφεριολογικά και άλλα προβλήματα), αλλά και οι κοινωνικές προκαταλήψεις που υπάρχουν.

- Η νόσος ακόμη «στιγματίζει» τον ασθενή που την έχει και έτσι πιθανόν ερμηνεύεται και η μη ικανοποιητική κοινωνική έκβαση ενός σημαντικού ποσοστού (περίπου του 50%) επιληπτικών παιδιών, με ομαλή νοημοσύνη.
- Μπορεί να συμβάλλει και η επιφυλακτική στάση της πλειοψηφίας της εκπαιδευτικής κοινότητας, που ενώ έχει σωστή άποψη για τη φύση της νόσου και την βραχυχρόνια πρόγνωση της, είναι πολύ απαισιόδοξη, σχετικά με τη μακροχρόνια έκβαση της.
- Επιπλέον οι περιορισμοί στην ενήλικη ζωή, σχετικά με την οδήγηση ή την επιλογή επαγγέλματος, προκαλούν περαιτέρω προβλήματα στην ποιότητα ζωής και στην ανεξαρτησία.
- Ευτυχώς, πιο πρόσφατες μελέτες σε ενήλικες ασθενείς και σε παιδιά, με καλώς ελεγχόμενη και σε ύφεση επιληψία, αναφέρουν ποιότητα ζωής παρόμοια με του γενικού πληθυσμού, καθώς και σπάνια ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Εκτός όμως από το αρνητικό αποτέλεσμα που μπορεί να έχει η επιληψία πάνω στον ασθενή, επιδρά και στην οικογένεια του πάσχοντος.

- Οι υπάρχουσες μελέτες δείχνουν ότι, η επιληψία προκαλεί υψηλά ποσοστά ψυχοκοινωνικών δυσκολιών για όλα τα μέλη της οικογένειας, που περιλαμβάνουν στιγματισμό, άγχος, κατάθλιψη, θυμό, ενοχές και συχνά επεισόδια αμηχανίας και διάψευσης των ελπίδων.
- Οι οικογένειες αυτές έχουν χαμηλά ποσοστά αυτοεκτίμησης, αυξημένα ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας, προβλημάτων γάμου και σημαντικού περιορισμού των κοινωνικών δραστηριοτήτων τους.
- Παρουσιάζονται με σημαντικά μικρότερη εκφραστικότητα, όσον αφορά τις ανάγκες τους, υψηλή επίδοση στην κλίμακα της σύγκρουσης και με σημαντικά μεγαλύτερη έμφαση σε ηθικά και θρησκευτικά θέματα και αξίες.
- Η επιβάρυνση αυτή (όπως προκύπτει από πιο πρόσφατες μελέτες) αφορά κατεξοχήν οικογένειες, με μη καλή ρύθμιση της νόσου.
- Το αισιόδοξο όμως είναι ότι η οικογένεια μπορεί να λειτουργήσει και θετικά στη ρύθμιση της νόσου μετά από εκπαίδευση, αφού μη ιατρικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε μικρές ομάδες, με τη συμμετοχή της οικογένειας, μπορούν να βελτιώσουν τη φροντίδα της επιληψίας και να ελαττώσουν τις επισκέψεις στα τμήματα επειγόντων.

Η πολιτεία μπορεί να συμβάλλει στην κατεύθυνση της κοινωνικής βοήθειας των παιδιών με επιληψία και των οικογενειών τους στις δυσκολίες της καθημερινότητάς τους με:

- Τη χορήγηση ορισμένων κρατικών κοινωνικών παροχών ή και επιδομάτων (ανάλογα βέβαια με την ανθεκτικότητα των κρίσεων και το υποκείμενο νόσημα)
- Την ύπαρξη σχολικού γιατρού ή νοσηλεύτριας στο σχολείο, για την έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση πιθανών κρίσεων στο σχολικό περιβάλλον .

Ως επιπρόσθετοι κοινωνικοί φορείς αναζήτησης στήριξης αλλά και ποικίλων χρήσιμων πληροφοριών, μπορούν να χρησιμοποιηθούν :

- Η τοπική ή κρατική ένωση κατά της Επιληψίας
- Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις
- Οι σύλλογοι γονέων αλλά και τα
- Διαδικτυακά forum συζητήσεων,

Συμπερασματικά φαίνεται ότι η αντιμετώπιση των κοινωνικών διαστάσεων της παιδικής επιληψίας, έχει ακόμη πολύ δρόμο, αφού χρειάζεται μακρά και συντονισμένη προσπάθεια, για την οργάνωση παρεμβάσεων αλλαγής της στάσης της κοινότητας και για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με επιληψία και των οικογενειών τους.

ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ: Η ΠΟΡΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ

Σ. Αλφαντάκη

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Παιδιατρική Κλινική

Η Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα (Ν.Ι.Α.) είναι το συχνότερο από τα αυτοάνοσα ρευματικά νοσήματα της παιδικής ηλικίας. Χαρακτηρίζεται από επίμονη φλεγμονή των αρθρώσεων αλλά και από κλινική ετερογένεια, ανάλογα τη μορφή της νόσου. Αποτελεί σημαντική αιτία βραχύχρονης ή μακρόχρονης σωματικής αναπηρίας (short and long term disability).

Η έναρξη της νόσου μπορεί να χαρακτηρίζεται από σημαντικής βαρύτητας συστηματικές εκδηλώσεις ή από επίμονα αρθρικά συμπτώματα. Η χρονιότητα της πορείας παρουσιάζει βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα προβλήματα, που σχετίζονται με τη νόσο ή με τη φαρμακευτική αγωγή, όπως πόνος, δυσκαμψία, καθυστέρηση στην αύξηση, ιριδοκυκλίτιδα, ορογονίτιδα, ανισοσκελία, μικρογναθία, οστικές παραμορφώσεις άκρων και ΑΜΣΣ, οστεοπόρωση, σύνδρομο Cushing, αναστολή των εμβολιασμών, χειρουργικές επεμβάσεις, ορθοπαιδικές και οφθαλμολογικές, και περιορισμό συγκεκριμένων δραστηριοτήτων.

Εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή, η αντιμετώπιση της νόσου περιλαμβάνει υποστήριξη από ομάδα ειδικών, όπως φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, οφθαλμίατρο, ορθοπαιδικό και βέβαια παιδορευματολόγο. Γενικά, γίνεται κάθε προσπάθεια ώστε οι ασθενείς και οι οικογένειες τους να διευκολύνονται στη συστηματική και συνεπή παρακολούθηση, ώστε να μεγιστοποιείται το προσδοκώμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Επειδή η αιτιοπαθογένεια της νόσου είναι ακόμη άγνωστη, δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία. Η έκβαση των διαφόρων μορφών της νόσου ποικίλει από πλήρη ύφεση έως μακροχρόνια ενεργότητα. Ικανοποιητικός έλεγχος της νόσου ή ακόμη και αυτόματη ύφεση, μπορεί να επέλθει σε πολλούς ασθενείς. Στόχος της θεραπείας είναι να επέλθει τελικά ύφεση της νόσου και συγχρόνως στο ενδιάμεσο διάστημα να επιτυγχάνεται κατάργηση του πόνου, διατήρηση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων, καλή μυϊκή ισχύς και λειτουργικότητα.

Οι ασθενείς στο μεγαλύτερο ποσοστό τους έχουν καλές ακαδημαϊκές επιδόσεις και ταλέντα που δε διαφέρουν από εκείνα των συνομηλίκων τους.

Βιβλιογραφία:

1. Textbook of Pediatric Rheumatology, 6th edition, 2011, Cassidy & Petty Health-Related Quality of Life in Adolescents with Juvenile idiopathic Arthritis, Arthritis & Rheumatism, Shaw et al, Vol 55, No 2, April 15 2006, pp199-207
2. Children's Experience of Living with Juvenile Idiopathic Arthritis: a thematic synthesis of Qualitative Studies, Arthritis Care & Research, Allison Tong et al, Vol 64, No 9, September 2012, pp 1392-1404

ΤΙ ΖΗΤΟΥΝ ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ;

Α. Συρίγου-Παπαβασιλείου

Νευρολογική Κλινική

Νοσοκομείο Παιδων Πεντέλης

Η Εγκεφαλική Παράλυση (ΕΠ) είναι η συχνότερη αιτία κινητικής αναπηρίας κατά τη παιδική ηλικία με εντυπωσιακά σταθερό επιπολασμό διά μέσου των δεκαετιών ως συνάρτηση όλων των γεννήσεων.

Η ανάπτυξη έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων αξιολόγησης των ασθενών με ΕΠ οδήγησε στη δυνατότητα να διατυπωθούν συστάσεις για τη θεραπευτική της αντιμετώπιση βασισμένες σε ερευνητικά δεδομένα και αποδείξεις.

Οι στόχοι της θεραπείας της ΕΠ είναι η βελτίωση της κινητικότητας, της εκτέλεσης λειτουργικών δεξιοτήτων, η αύξηση της συμμετοχής σε καθημερινές δραστηριότητες και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών, σύμφωνα με το πλαίσιο που καθόρισε η Παγκόσμιος Οργάνωση Υγείας.

Από Ευρωπαϊκές και Αμερικανικές μελέτες των ατόμων και των οικογενειών με ΕΠ προκύπτει ότι υπάρχει ανάγκη για πληροφόρηση σχετικά με τις υπάρχουσες θεραπείες για αποκατάσταση καθώς και για οικονομική και άλλη υποστήριξη. Περαιτέρω τους ενδιαφέρει η αντιμετώπιση που σχεδιάζεται για τον εκάστοτε ασθενή να εστιάζει λιγότερο στις σωματικές δομές και λειτουργίες και περισσότερο στη δραστηριοποίηση και στη κοινωνική συμμετοχή. Η ποιότητα ζωής αναδύεται ως ο πλέον σημαντικός τομέας ενδιαφέροντος τους.

Από μελέτη ενός μικρού Ελληνικού δείγματος προκύπτει ότι η ΕΠ διαγιγνώσκεται έγκαιρα και αντιμετωπίζεται με σύγχρονα μέσα ενώ υπάρχει αναγκαιότητα για μεγαλύτερη ενημέρωση σχετικά με τις προσφερόμενες θεραπείες καθώς και για τη πορεία και τη πρόγνωση του προβλήματος.

Η ετερογένεια στη κλινική εμφάνιση και στο βαθμό της αναπηρίας που χαρακτηρίζει την ΕΠ, το γεγονός ότι δεν είναι θεραπεύσιμη όπως άλλες παθήσεις, αν και είναι βελτιώσιμη, την διαχωρίζει

από άλλα χρόνια και σοβαρά προβλήματα και προσδίδει ιδιαιτερότητα στις ανάγκες των πασχόντων και των φροντιστών τους.

ΔΙΕΥΡΥΜΕΝΟΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΝΕΟΓΝΩΝ : ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

– ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΤΑΣΕΙΣ

Ε. Παπακωνσταντίνου¹ Ι. Παπαουλίδης²

1: NEOLAB A.E. 2: ΕΥΡΩΓΕΝΝΕΤΙΚΗ Α.Ε.

ΣΚΟΠΟΣ

Η αποτύπωση της σημερινής πραγματικότητας όσον αφορά τον Διευρυμένο Προληπτικό έλεγχο νεογνών (Π.Ε.Ν.) στην Ελλάδα σε σχέση και με το Εθνικό Πρόγραμμα ελέγχου. Η σύγκριση με τα εξελισσόμενα διεθνή δεδομένα ως προς το αντικείμενο .Η διαμόρφωση προϋποθέσεων, κριτηρίων, προτάσεων για την εισαγωγή του διευρυμένου Π.Ε.Ν. στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν τα Βιοχημικά και Επιδημιολογικά δεδομένα από τις αναλύσεις διευρυμένου Π.Ε.Ν. που πραγματοποιήθηκαν στο εργαστήριο Neolab- Ευρωγεννητικής σε 120.000 δείγματα νεογνών από το 2006 έως το 2012.

Οι αναλύσεις για την διερεύνηση Μεταβολικών νοσημάτων πραγματοποιήθηκαν με Δίδυμη Φασματομετρία Μάζας (Tandem Mass Spectrometry). Οι αναλύσεις Ανοσοδραστικού Θρυψινογόνου IRT (διερεύνηση Ινοκυστικής νόσου) και 17 Υδροξυ Προγεστερόνης (διερεύνηση Υπερπλασίας επινεφριδίων) πραγματοποιήθηκαν με αυτόματη μέθοδο ανοσοφθορισμού (AutoDelfia). Πραγματοποιήθηκε Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων με το πρόγραμμα SPSS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο διευρυμένος Π.Ε.Ν. ο οποίος προσφέρεται στην Ελλάδα στο 35% περίπου του νεογνικού πληθυσμού , έδωσε αποτελέσματα συμβατά με τα Διεθνή δεδομένα με μέση συχνότητα ανιχνευόμενων νοσημάτων 1:1900 έως 1: 3600 νεογνά. Προσδιορίστηκαν οι βασικές παράμετροι που επηρεάζουν την ποιότητα του Π.Ε.Ν. Διαμορφώθηκε πρωτόκολλο Εργαστηριακών αναλύσεων για την ολοκληρωμένη Βιοχημική διερεύνηση των ύποπτων περιστατικών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο διευρυμένος Π.Ε.Ν. στην Ελλάδα είναι εφικτός και η συχνότητα των διερευνούμενων νοσημάτων καθιστά αναγκαία την εισαγωγή και επέκταση του σε Εθνικό επίπεδο. Για την επιτυχή εφαρμογή του προγράμματος απαιτείται η οργάνωση, παρακολούθηση και έλεγχος με βάση πρότυπα διεθνώς καθιερωμένα που σχετίζονται με τον Π.Ε.Ν.

Βιβλιογραφία:

1. Impact of new screening technologies: should we screen and does phenotype influence this decision? Bonham JR. J Inherit Metab Dis. 2013 Jul;36(4):681-6. doi: 10.1007/s10545-013-9598-y. Epub 2013 Mar 19.
2. Expanded newborn screening and confirmatory follow-up testing for inborn errors of metabolism detected by tandem mass spectrometry. Ozben T. Clin Chem Lab Med. 2013 Jan;51(1):157-76. doi: 10.1515/cclm-2012-0472.
3. Universal screening for inherited metabolic diseases in the neonate (and the fetus). Scala I, Parenti G, Andria G. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012 Oct;25(Suppl 5):4-6. doi: 10.3109/14767058.2012.716983.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΦΥΛΑΞΙΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Σ. Τσαμπούρη

Λέκτορας Παιδιατρικής, Τομέας Υγείας Παιδιού, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ως αναφυλαξία ορίζεται η σοβαρή, επικίνδυνη για τη ζωή γενικευμένη ή συστηματική αντίδραση υπερευαισθησίας με υποκείμενο IgE ή άλλο μεσολαβούμενο μηχανισμό (1). Η αντίδραση προκαλείται από την άμεση απελευθέρωση μεσολαβητών, όπως η ισταμίνη και η τρυπτάση από τα μαστοκύτταρα και τα βασεόφιλα. Σε πρόσφατο συμπόσιο που οργανώθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο Αλλεργίας και Λοιμωδών Νόσων/ Τροφικής Αλλεργίας και της Ομάδας Αναφυλαξίας των ΗΠΑ προτάθηκαν 3 κλινικά κριτήρια που στηρίζονται στο ιστορικό, τα συμπτώματα και τα ευρήματα από τη φυσική εξέταση, και βοηθούν στη ορθή διάγνωση των παιδιών με αναφυλαξία (2). Αναλυτικά, οι συστάσεις για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση αναφυλαξίας στα παιδιά είναι δημοσιευμένες (3) στο περιοδικό «Παιδιατρική».

Η αδρεναλίνη (επινεφρίνη) είναι το φάρμακο εκλογής για τις αναφυλακτικές αντιδράσεις, στις οποίες η άμεση αντιμετώπιση είναι κρίσιμη. Διατίθεται σε ενέσιμη μορφή τόσο σε αμπούλες υδατικού διαλύματος 1:1000 (1mg/ml), όσο και σε προγεμισμένη σύριγγα αυτόματης έγχυσης μιας χρήσης. Το σκεύασμα που κυκλοφορεί στην χώρα μας είναι: Anapen (0,30 mg) και Anapen junior (0,15 mg). Μελέτες έχουν δείξει ότι η ενδομυϊκή χορήγηση αδρεναλίνης στην έξω πλάγια επιφάνεια του μηρού επιτυγχάνει ταχύτερα υψηλότερη συγκέντρωση του φαρμάκου στο πλάσμα σε σύγκριση με τη υποδόρια χορήγηση (4, 5).

Βιβλιογραφία:

1. Johansson SGO, Bieber T, Dahl R, Friedmann PS, Lanier B, Lockey R et al. A revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of World Allergy Organization. J Allergy Clin Immunol. 2004;113:832-836.
2. Sampson HA, Muñoz- Furlong A, Sampson HA. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report-Second National Institute Of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. J Allergy Clin Immunol. 2006;117:391-397.
3. Ομάδα Εργασίας της Ελληνικής Παιδοαλλεργιολογικής Εταιρείας: Σ. Τσαμπούρη, Μ. Ζήβα, Δ.Χ Κασίμος, Ε. Μαντζουράνη, Κ.Ν Πρίφτης, Μ.Τρίγκα, Δ.Κ Χατζής. Συστάσεις για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της αναφυλαξίας στα παιδιά. Παιδιατρική. Τόμος 74, Τεύχος 3. Ιούλιος-Αύγουστος-Σεπτέμβριος 2011.

4. Simons FER, Chan ES, Gu X, Simons KJ. Epinephrine for out-of-hospital (first-aid) treatment of anaphylaxis in infants: is the ampule/syringe/needle method practical? J Allergy Clin Immunol 2001; 108: 1040-1044.
5. Bautista E, Simons FE, Simons KJ, Becker AB, Duke K, Tillet M et al. Epinephrine fails to hasten hemodynamic recovery in fully developed canine anaphylactic shock. Int Arch Allergy Immunol 2002; 128: 15-64.

ΑΤΥΠΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Π. Καρανίκας

Παιδογαστρεντερολόγος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοιλιοκάκη συνίσταται σε χρόνια νόσο αυτοάνοσης αρχής η οποία προσβάλλει άτομα με συγκεκριμένο γενετικό υπόβαθρο και εμφανίζεται μετά από την βρώση ενός ταυτοποιημένου αντιγόνου, της γλουτένης, της πρωτεΐνης που ανευρίσκεται στα δημητριακά όπως στο σιτάρι, το κριθάρι και τη σίκαλη. Η χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα της κοιλιοκάκης περιλαμβάνει την πλήρη ή τη μερική ατροφία των λαχνών του λεπτού εντέρου, την υπερπλασία των κρυπτών και τη διήθηση του βλεννογόνου με λεμφοκύτταρα.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η αναφερόμενη επίπτωση και ο επιπολασμός της κοιλιοκάκης έχουν αυξηθεί θεαματικά μετά τη δεκαετία του '60 στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη. Αυτό οφείλεται κυρίως στην ευρεία χρήση της βιοψίας του λεπτού εντέρου, μέσω της οποίας ανευρίσκονται χαρακτηριστικές ιστολογικές αλλοιώσεις, ακόμα και στην υποκλινική μορφή της, αλλά και στις επίσης ευρέως χρησιμοποιούμενες νέες τεχνικές ορολογικής διάγνωσης της νόσου. Στην Ευρώπη, στη δεκαετία του '90, ο επιπολασμός της κοιλιοκάκης υπολογιζόταν περίπου στο 1 άτομο/122-300 άτομα του γενικού πληθυσμού (0,33-0,81%). Νεώτερες μελέτες καταδεικνύουν μεγαλύτερο επιπολασμό της κοιλιοκάκης σε συγκεκριμένες χώρες της Ευρώπης, όπως στη Ρουμανία (2,22%), στη Φινλανδία (1 στα 99 παιδιά ηλικίας από 9 έως 16 ετών πάσχουν) και στην Αγγλία, όπου το 1% του γενικού πληθυσμού με ηλικία από 45-76 έτη πάσχει από την κλινική ή υποκλινική μορφή της νόσου. Η Ελληνική Εταιρία Παιδογαστρεντερολογίας, Διατροφής και Ηπατολογίας ολοκλήρωσε και δημοσίευσε τα αποτελέσματα από την πρώτη επιδημιολογική μελέτη για τον επιπολασμό της νόσου στον παιδιατρικό πληθυσμό της χώρας μας.

Βιβλιογραφία:

1. NICE guidelines for the diagnosis and management of Coeliac Disease. May 2009, UK.
2. Guideline for the Diagnosis and Treatment of Celiac Disease in Children: Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. January 2005.
3. Fasano A. Tissue transglutaminase: the holy grail for the diagnosis of celiac disease, at last? *J Pediatr* 1999;134: 134–5.
4. Report of Working Group of European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition: revised criteria for diagnosis of coeliac disease. *Arch Dis Child* 1990;65:909–1011.
5. Dretzke J, Cummins C, Sandercock J, et al. (2008) Autoantibody testing in children with newly diagnosed type 1 diabetes mellitus. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 8: iii–ix
6. Elfström P, Montgomery SM, Kämpe O, et al. (2007) Risk of primary adrenal insufficiency in patients with celiac disease. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 92: 3595–8
7. Emami MH (2008) Diagnostic accuracy of IgA anti-tissue transglutaminase in patients suspected of having coeliac disease in Iran. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases* 17: 141–6

ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ: ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Μ. Φωτουλάκη

Επ. Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδογαστρεντερολογίας ΑΠΘ

Η κυστική ίνωση (ΚΙ) είναι συχνή, χρόνια, κληρονομική, πολυσυστηματική νόσος της λευκής φυλής. Η θεραπευτική προσέγγιση της νόσου αποσκοπεί στη βελτίωση των συμπτωμάτων, στη βελτίωση της θρέψης, στην φυσιολογική σωματική ανάπτυξη και στην διατήρηση καλής αναπνευστικής λειτουργίας. Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική εξέλιξη στη θεραπεία της νόσου, η οποία σχετίζεται με τη χρήση εισπνεόμενων αντιβιοτικών, τον αποτελεσματικότερο καθαρισμό των πνευμόνων και την κυκλοφορία σκευασμάτων για την καλύτερη θρεπτική υποστήριξη. Νέα φάρμακα όπως το VX770 στοχεύουν στην «λειτουργική αποκατάσταση» της μοριακής διαταραχής συγκεκριμένης μετάλλαξης.

Για την αποτελεσματική αξιοποίηση των επιτευγμάτων στην αντιμετώπιση της νόσου, απαιτείται από τον ασθενή καθημερινή φροντίδα διάρκειας 2-4 ωρών, ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου. Στην παιδική ηλικία, οι γονείς είναι υπεύθυνοι για την οργάνωση και παροχή αυτής της φροντίδας. Η ευθύνη σταδιακά μεταβιβάζεται στον ίδιο τον ασθενή κυρίως κατά την περίοδο της εφηβείας και συμπίπτει με την τάση για μεγαλύτερη ανεξαρτησία και αυτονομία αλλά και με την επιδείνωση της πορείας της νόσου η οποία συχνά συμβαίνει την περίοδο αυτή. Αυτό οδηγεί τους

εφήβους ασθενείς με ΚΙ συχνά να μην συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις της θεραπείας και οδηγούνται σε περαιτέρω επιδείνωση της νόσου.

Η συμμόρφωση εφήβων με ΚΙ στις διάφορες θεραπείες έχει υπολογισθεί σε περιορισμένες μελέτες και κυμαίνεται από 22% έως 71%. (Modi et al 2006). Είναι πολλοί οι παράγοντες οι οποίοι οδηγούν σε κακή συμμόρφωση και έχουν σχέση με τον ίδιο τον ασθενή (ηλικία, φύλο, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, απόσταση από κέντρο παρακολούθησης), την οικογένειά του (άγχος ή κατάθλιψη, αποδοχή ή όχι της νόσου), αλλά και την βαρύτητα της νόσου (χρόνος καθημερινής φροντίδας, παρενέργειες φαρμάκων, συχνές νοσηλείες, κλ). Παράγοντες οι οποίοι οδηγούν σε καλή συμμόρφωση είναι οι καλές οικογενειακές σχέσεις, η υποστήριξη και αποδοχή από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και οι σχέσεις εμπιστοσύνης και καλής συνεργασίας με τους θεράποντες (ιατρούς, ψυχολόγους, φυσιοθεραπευτές). Για τη βελτίωση της συμμόρφωσης θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν οι ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή και της οικογένειάς του, σε συνδυασμό με την δημιουργία συνθηκών καλής συνεργασίας στην θεραπευτική ομάδα.

Βιβλιογραφία:

1. Ernst MM, Johnson MC, Stark LJ Developmental and psychosocial issues in cystic fibrosis. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2010 Apr;19(2):263-83, viii. doi: 10.1016/j.chc.2010.01.004.
2. Modi AC, Lim CS, Yu N, Geller D, Wagner MH, Quittner AL. A multi-method assessment of treatment adherence for children with cystic fibrosis. J Cyst Fibros. 2006 Aug;5(3):177-85. Epub 2006 May 5.

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ-ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Α. Σιώμου

Επίκουρος Καθηγήτρια Παιδιατρικής/Παιδιατρικής Νεφρολογίας

Τομέας Υγείας του Παιδιού, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Τα τελευταία 20 χρόνια έχει σημειωθεί ραγδαία αύξηση της παχυσαρκίας σε ενήλικες και παιδιά. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το έτος 2005 τουλάχιστον 20 εκατομμύρια παιδιά (<5 ετών) βρέθηκαν να είναι υπέρβαρα. Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, η Ελλάδα κατέχει την 6η θέση σε υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά ηλικίας 13-17 ετών. Ελληνική επιδημιολογική μελέτη η οποία συμπεριέλαβε 14.456 εφήβους, ηλικίας 13-19 ετών έχει δείξει ότι το 29,4% των αγοριών και το 16,7% των κοριτσιών ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα (παχύσαρκα το 6.1% και 2.7% αντίστοιχα)¹.

Το 1988, ο GM Reaven υποστήριξε ότι η παχυσαρκία, η δυσλιπιδαιμία, η υπέρταση και η ινσουλινική αντίσταση εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα μαζί, από ότι θα συνέβαινε

τυχαία. Χρησιμοποίησε τον όρο «Σύνδρομο Χ» και πρότεινε την ινσουλινική αντίσταση ως τον κοινό παθογενετικό μηχανισμό που συνδέει αυτές τις μεταβολικές διαταραχές. Με την πρόοδο της έρευνας τεκμηριώθηκε η σημασία της παχυσαρκίας κεντρικού τύπου στην ανάπτυξη του συνδρόμου, το οποίο πλέον χαρακτηρίστηκε ως μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ). Σταδιακά επίσης έγινε φανερό ότι οι ρίζες του ΜΣ βρίσκονται στην παιδική ηλικία και ότι η διαδικασία της αθηροσκλήρωσης ξεκινάει από την 1η δεκαετία ζωής. Παρόλο που το ΜΣ είναι σπάνιο στο γενικό πληθυσμό παιδιών/εφήβων, εμφανίζεται περίπου στο 1/3 των παχύσαρκων. Αν και δεν υπάρχει ευρέως αποδεκτός ορισμός για το ΜΣ στην παιδική/εφηβική ηλικία, όλοι οι προτεινόμενοι ορισμοί συμφωνούν σε τέσσερις μεταβολικές διαταραχές: παχυσαρκία κεντρικού τύπου, διαταραχές στο μεταβολισμό της γλυκόζης, δυσλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση.

Η παχυσαρκία και οι σχετιζόμενες με αυτή μεταβολικές διαταραχές είναι οι κύριοι παράγοντες που εμπλέκονται στη διαδικασία της αθηροσκλήρωσης. Η αθηροσκλήρωση και ο σαγχαρώδης διαβήτης τύπου II εμφανίζονται τρεις και πέντε φορές αντίστοιχα συχνότερα στους παχύσαρκους ενήλικες². Η αύξηση της μάζας του λιπώδους ιστού οδηγεί επίσης σε σπειραματική υπερδιήθηση η οποία σε συνδυασμό με την υπερινσουλιναίμία και τις αυξημένες τιμές λεπτίνης που παρατηρούνται στην παχυσαρκία και το ΜΣ οδηγούν στην εμφάνιση μικροαλβουμινουρίας, σπειραματοπάθειας σχετιζόμενη με παχυσαρκία και χρόνιας νεφρικής νόσου³. Αν και η σχετιζόμενη με παχυσαρκία σπειραματοπάθεια εμφανίζεται κυρίως στην ενήλικη ζωή, έχουν δημοσιευτεί περιπτώσεις εμφάνισής της και σε παχύσαρκους εφήβους. Κατά συνέπεια, είναι απολύτως απαραίτητο να δοθεί έμφαση στην πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, με τελικό στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την μείωση των επιπλοκών της στην ενήλικη ζωή.

Η πρωταρχική θεραπευτική παρέμβαση είναι η ορθή ενημέρωση για τις συνέπειες της παχυσαρκίας και η έγκαιρη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των παιδιών, με την αποφυγή των έτοιμων φαγητών (fast foods), την μείωση του αλάτος στη διαίτα, την αύξηση της πρόσληψης φρούτων και λαχανικών και την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας. Σε εφήβους με ανθεκτική ινσουλινική αντίσταση που δεν ανταποκρίνεται στην απώλεια βάρους έχει προταθεί και η χορήγηση από το στόμα ενός διγλουανιδίου με αντι-υπεργλυκαιμικές ενέργειες, της μετφορμίνης. Πρόσφατη συστηματική μετα-ανάλυση έδειξε ότι η μετφορμίνη ήταν αποτελεσματική στη μείωση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) και της ινσουλινικής αντίστασης σε παχύσαρκα-υπερινσουλιναίμια παιδιά και εφήβους⁴. Με την απώλεια βάρους και την μείωση της πρόσληψης αλάτος η αρτηριακή υπέρταση η οποία στα παχύσαρκα παιδιά είναι ιδιαίτερα

νατριοεξαρτώμενη, και η μικροαλβουμινουρία συνήθως υποχωρούν χωρίς να απαιτούν περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση, με την προϋπόθεση όμως της έγκαιρης παρέμβασης.

Σημείο κλειδί για την πρώιμη παρέμβαση και πρόληψη αποτελεί η αύξηση της «ινσουλινικής ευαισθησίας» του παιδιάτρου ο οποίος πρώτος έρχεται σε επαφή με το παχύσαρκο παιδί. Προς αυτή την κατεύθυνση, από τον Ιανουάριο 2013 έχει ξεκινήσει από την Α΄ Παιδιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών η υλοποίηση Πανελληνίου Προγράμματος κατά της παχυσαρκίας, με τίτλο «Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Υπερβαρότητας και Παχυσαρκίας κατά την Παιδική και Εφηβική Ηλικία». Στόχοι του προγράμματος είναι η ηλεκτρονική καταγραφή και αξιολόγηση των υπέρβαρων/παχύσαρκων παιδιών και εφήβων που προσέρχονται σε παιδιάτρους ή γενικούς γιατρούς, η σαφής καθοδήγηση των γιατρών σχετικά με τη διακίνηση αυτών των παιδιών και ο συντονισμός των φορέων που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

Το σύνθημα-στόχος του προγράμματος είναι: «Χάνω Βάρος – Κερδίζω Ζωή».

Βιβλιογραφία:

1. Tzotzas T, Kapantais E, Tziomalos K, Ioannidis I, Mortoglou A, Bakatselos S, Kaklamanou M, Lanaras L, Kaklamanos I. Epidemiological survey for the prevalence of overweight and abdominal obesity in Greek adolescents. *Obesity* 2008;16:1718-1722
2. Malik S, Wong ND, Franklin SS, Kamath TV, L'Italien GJ, Pio JR, Williams GR. Impact of the metabolic syndrome on mortality from coronary heart disease, cardiovascular disease, and all causes in United States adults. *Circulation* 2004; 110: 1245-1250
3. Chen J, Muntner P, Hamm LL, Jones DW, Batuman V, Fonseca V, Whelton PK, He J. The metabolic syndrome and chronic kidney disease in U.S. adults. *Ann Intern Med* 2004; 140: 167-174
4. Park MH, Kinra S, Ward KJ, White B, Viner RM. Metformin for obesity in children and adolescents: a systematic review. *Diabetes Care* 2009; 32: 1743-1745

ΥΠΕΡΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Κ. Πρίφτης

Παιδοπνευμονολογική - Παιδοαλλεργιολογική Μονάδα, Γ' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»

Μετά τη δεκαετία του '80 που αναγνωρίστηκε η φλεγμονή ως υποκείμενη παθολογοανατομική βλάβη του άσθματος, διαπιστώθηκε παράλληλα μεγάλη αύξηση του επιπολασμού της νόσου. Σήμερα πιστεύεται ότι η αύξηση ήταν κατά το ένα μέρος αληθινή. Για τον ορισμό της νόσου χρησιμοποιούνται τα κλινικά, παθοφυσιολογικά και παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά. Κλινικό πρότυπο αποτελούν τα υποτροπιάζοντα επεισόδια συριγμού, βήχα, δύσπνοιας και θωρακικού συσφιγκτικού άλγους, ιδίως κατά τις πρώτες πρωινές ώρες, που μπορεί να έχουν ποικίλη βαρύτητα και διάρκεια. Η κύρια παθοφυσιολογική διαταραχή συνίσταται στη διαλείπουσα απόφραξη των αεραγωγών που οδηγεί σε περιορισμό της εκπνευστικής ροής και τη συνοδό βρογχική υπεραπαντητικότητα, ενώ το προέχον παθολογοανατομικό χαρακτηριστικό είναι η χρόνια φλεγμονή. Ο προτεινόμενος ορισμός του άσθματος όμως, παραμένει ακόμα περιγραφικός. Παράλληλα, η υιοθέτηση των φαινοτύπων του συριγμού/άσθματος στα παιδιά που ανέδειξαν οι μακροχρόνιες προοπτικές επιδημιολογικές μελέτες επέτρεψε τη χρήση ελαστικότερων διαγνωστικών κριτηρίων στην κλινική πράξη, που ταυτόχρονα επέτρεψε την υπερβολή. Ο βήχας είναι καθημερινό σύμπτωμα στα παιδιά, που αν και σε κάποιες περιπτώσεις αποτελεί το κύριο σύμπτωμα του άσθματος, η καθημερινή αντιμετώπισή του με βρογχοδιασταλτικά αποτελεί σχήμα καθ' υπερβολήν. Το χαρακτηριστικό σύμπτωμα του άσθματος που είναι ο συριγμός συχνά υπερεκτιμάται, ενώ πρόκειται για άλλους τύπους θορυβώδους αναπνοής. Μουσικοί ήχοι τέλος, μπορεί να παραχθούν σε ποικίλης αιτιολογίας βρογχίτιδες. Συνεπώς, αν παλαιότερα υπήρχε το πρόβλημα της υποδιάγνωσης, σήμερα ελλοχεύει ο κίνδυνος της υπερδιάγνωσης. Ο ασκών κλινικός παιδίατρος πρέπει να προσμετρά όλα τα κλινικά δεδομένα συνεκτιμώντας πάντα ως διαγνωστικό κριτήριο το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Βιβλιογραφία:

1. Πρίφτης Κ, Ανθρακόπουλος Μ (επιμελητές έκδοσης). Ελληνικές Ομοφωνίες για τη διάγνωση και αντιμετώπιση ασθματικού παροξυσμού, οξείας βρογχιολίτιδας, οξείας λαρυγγοτραχειοβρογχίτιδας και τη χρήση των συσκευών χορήγησης εισπνεόμενων φαρμάκων. Αθήνα: Ελληνική Παιδοπνευμονολογική Εταιρεία, 2011.
2. Elphick HE, Ritson S, Rodgers H, Everard ML. When a "wheeze" is not a wheeze: acoustic analysis of breath sounds in infants. Eur Respir J 2000; 16: 593-7.

3. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. From the Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2010. Available from url: <http://www.ginasthma.org/>.

ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΟΓΕΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΛΕΜΦΟΒΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Β. Παπαδάκης

Τμήμα Παιδιατρικής Αιματολογίας- Ογκολογίας, Ογκολογική Μονάδα Μαριάννα Β. Βαρδινογιάννη – ΕΛΠΙΔΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Η οξεία λευχαιμία (ΟΛ) σαφέστατα δεν παριστά ένα ενιαίο νόσημα και η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία (ΟΛΛ) μπορεί να κατηγοριοποιηθεί πολλαπλά με διαφορετικούς τρόπους. Ήδη η επίσημη κατάταξη κατά WHO απομακρύνεται από μορφολογικές ή απλά φαινοτυπικές ταξινομήσεις και κατατάσσει την ΟΛΛ με τη βασική γενετική βλάβη των βλαστών, όπως τη μετάθεση BCR-ABL-1 και TEL-AML1, την αναδιάταξη του MLL γονιδίου, την υπερ- ή υποδυπλοειδία. Με εύστοχη και λεπτομερή ανάλυση τυχαίων «πειραμάτων» της φύσης σε προϊόντα πολλαπλών κυήσεων που αργότερα στην παιδική ηλικία έχουν αναπτύξει ΟΛΛ, καθώς και με τη μελέτη γενετικού υλικού από αρχεία Guthrie καρτών έχουν αναδειχθεί ότι: 1. Κύτταρα με γενετικές βλάβες, όπως BCR-ABL-1, TEL-AML1, μπορεί να ανιχνεύονται στην γέννηση; 2. Οι βλάβες αυτές δεν υποδηλώνουν απαραίτητα τη σύγχρονη παρουσία λευχαιμίας; 3. ΟΛΛ μπορεί να διαγνωσθεί σε απώτερο χρόνο, με συνύπαρξη της γενετικής βλάβης που ανιχνεύθηκε κατά την γέννηση; 4. Κατά τη κλινική διάγνωση της ΟΛΛ ανιχνεύονται και πρόσθετες γενετικές βλάβες. Παράδειγμα σε μονοζυγωτικά δίδυμα με ανίχνευση TEL-AML1 στο χρόνο της γέννησης, όταν αργότερα εμφανίζουν κλινικά ΟΛΛ, παραμένει η TEL-AML1 μετάθεση αλλά ανιχνεύονται και άλλες, διαφορετικές βλάβες στους βλάστες των δύο παιδιών, δίνοντας γόνιμο έδαφος στην εδραίωση της υπόθεσης των δύο χτυπημάτων (two hit) και για την ανάπτυξη της λευχαιμίας στα παιδιά. Συνεπώς, η εκδήλωση ΟΛΛ σχετίζεται με αρχικές και πρόσθετες, σε δεύτερο χρόνο γενετικές μεταβολές, οι οποίες μπορούν να επάγονται από περιβαλλοντολογικούς και επιγενετικούς παράγοντες. Η ανίχνευση μίας προλευχαιμικής βλάβης και η γνώση της συνήθους πρόσθετης βλάβης ή του παράγοντα από τον οποίο αυτή επάγεται μας παρέχει τη δυνατότητα της πρόληψης της λευχαιμίας, σε στοχευμένο πληθυσμό παιδιών υψηλού κινδύνου. Η βασική έρευνα αποδίδει καρπούς στην κλινική πράξη.

Βιβλιογραφία:

1. S. Swerdlow, E. Campo, N. Lee Harris, E.S. Jaffe, S.A. Pileri, H. Stein, J. Thiele, J.W. Vardiman: WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissue
2. The International Agency for Research on Cancer, Lyon 2008
3. D. Gary Gilliland, Craig T. Jordan, and Carolyn A. Felix : The Molecular Basis of Leukemia
4. Hematology 2004, 80-97
5. Ana Teresa Maia, Anthony M. Ford, G. Reza Jalali, Christine J. Harrison, G. Malcolm Taylor, Osborn B. Eden, and Mel F. Greaves: Molecular tracking of leukemogenesis in a triplet pregnancy Blood. 2001, 98: 478-482
6. Vikki Rand, Helen Parker, Lisa J. Russell, Claire Schwab, Hannah Ensor, Julie Irving et al:
7. Genomic characterization implicates iAMP21 as a likely primary genetic event in childhood B-cell precursor acute lymphoblastic leukemia. Blood 2011, 117: 6848-6855

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΘΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

N. Σπηλιόπουλος

Οικογενειακός Θεραπευτής, MSc, ICADC Σύμβουλος Εξαρτήσεων, Υπεύθυνος ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ

Τα προβλήματα των σχέσεων και οι διαταραχές εθισμού και χρήσης ουσιών πάνε χέρι-χέρι. Οι εθισμοί είναι τοξικοί για τις σχέσεις και οι αρνητικές σχέσεις κάνουν τα άτομα ευάλωτα, τόσο στο στρες όσο και σε λιγότερο λειτουργικά μοντέλα δεξιοτήτων ζωής. Καθιστώντας έτσι πιο πιθανό το να στραφούν σε εξαρτησιογόνες ουσίες και συμπεριφορές. Οι δοκιμαζόμενες σχέσεις, αποτελούν επίσης παράγοντα πρόβλεψης, κακής πρόγνωσης στα προγράμματα θεραπείας για τις διαταραχές εθισμού, χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών (Fals-Stewart, Birchler, & O'Farrell, 1999, 2003). Η επισκόπηση των καλύτερων επιστημονικά τεκμηριωμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων για την διαταραχή εθισμού και χρήσης ουσιών, δείχνει ότι οι περισσότερες από αυτές, δίνουν έμφαση στην εστίαση στην οικογένεια & τα κοινωνικά δίκτυα, ως βασικό «δραστικό συστατικό» της επιτυχούς θεραπείας (Miller & Wilbourne, 2002). Θα έχουμε την ευκαιρία να επεξεργαστούμε μαζί και να συζητήσουμε τον σημαντικό ρόλο των σχέσεων μέσα στην οικογένεια, που διαμορφώνουν δεσμούς ασφάλειας και ανθεκτικότητας.

ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Ε. Λοράνδος

Κοινωνικός Λειτουργός, Θεραπευτής Οικογένειας, Σύμβουλος Τοξικοεξαρτήσεων CADIC, Κέντρο Υγείας Ιθάκης

Την χρήση και την κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών την συναντάμε από την απαρχή του ανθρώπινου είδους. Η μετεξέλιξη του συγκεκριμένου φαινομένου όπως αυτό αντανακλάται μέσα από τις ραγδαίες αλλαγές που υφίστανται οι σημερινές κοινωνίες, έχει προσελκύσει το

ενδιαφέρον συστηματικής επιστημονικής μελέτης ειδικών τόσο από τον χώρο της βιολογίας, της φαρμακολογίας, των νευροεπιστημών, των κοινωνικών επιστημών και των επιστημών ψυχικής υγείας ήδη από τη δεκαετία του '60.

Τις πρώτες δεκαετίες οι επιστήμονες ήταν περιχαρακωμένοι στα στεγανά της επιστήμης τους όπως η τάση της εποχής άλλωστε όριζε και οι ανακαλύψεις τους ήταν οι “απόλυτες αλήθειες”, χωρίς να λαμβάνουν υπ’ όψιν τι συνέβαινε σε γειτονικά επιστημονικά πεδία. Τις τελευταίες όμως δύο δεκαετίες οι επιστήμονες αντιλαμβάνομενοι την επιτακτική ανάγκη ενός συνθετικού μοντέλου, έριξαν μεταξύ τους γέφυρες συν-κατασκευάζοντας μια νέα περισσότερο ολιστική αντίληψη η οποία αποτυπώνεται τόσο στην προσπάθεια κατανόησης του φαινομένου όσο και στις προτάσεις που διατυπώνονται σχετικά με την αντιμετώπισή του.

Αντιλαμβανόμαστε δηλαδή ότι η χρήση και η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι ένα φαινόμενο το οποίο εάν θέλουμε να το κατανοήσουμε σε βάθος χρειάζεται να το προσεγγίσουμε συστημικά, δηλαδή η μελέτη μας χρειάζεται να ενσωματώνει όλες αυτές τις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες που αυτό εμπεριέχει.

Στην παρουσίαση αυτή θα μας δοθεί η ευκαιρία να αναφερθούμε σε δεξιότητες πρόληψης, να επεξεργαστούμε ένα μοντέλο κατανόησης της χρήσης και κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών αλλά και να συζητήσουμε τη σημασία που έχει ο θεσμός της οικογένειας ως σημαντικός παράγοντας επιτρεπτικότητας και προστασίας.

ΈΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Αθανασίου Κ.

Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.), Β΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Π & Α Κυριακού»

Το διαδίκτυο είναι εργαλείο και όχι παιχνίδι. Προσφέρει απεριόριστες δυνατότητες επιμόρφωσης, ψυχαγωγίας, κοινωνικών ευκαιριών και έναν αστείρευτο πλούτο πληροφοριών. Όπως όμως και στον φυσικό κόσμο, έτσι και στον διαδικτυακό, μπορεί να προκύψουν δυσκολίες και κίνδυνοι, ενώ η υπερβολή στη χρήση σκιάζει τα σημαντικά οφέλη και οδηγεί σε σημαντικά προβλήματα.

Η έκθεση σε διαδικτυακούς κινδύνους αποκτά εύλογα ιδιαίτερη σημασία στα παιδιά και τους εφήβους, αφού πρόκειται για άτομα που δεν έχουν ολοκληρώσει την ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη και δεν έχουν την ωριμότητα να διαχειριστούν θέματα όπως η δημοσίευση προσωπικών δεδομένων, η έκθεση σε ακατάλληλο περιεχόμενο (ρατσιστικό, βίαιο, πορνογραφικό

κ.λπ), η ηλεκτρονική παρενόχληση, η συνάντηση στον πραγματικό κόσμο με αγνώστους και τέλος, η κατάχρηση του διαδικτυακού μέσου. Οι επιπτώσεις μπορεί να είναι ποικίλες και αφορούν τόσο τη σωματική, όσο και την ψυχοκοινωνική υγεία των νέων.

Τα παιδιά και οι έφηβοι χρειάζονται οδηγίες χρήσης και την υποστήριξη από το οικογενειακό και σχολικό τους περιβάλλον, προκειμένου να πλοηγούνται με ασφάλεια και να έχουν το μέγιστο όφελος μέσα από την ενασχόλησή τους με το διαδίκτυο. Η πολιτεία, τα Μ.Μ.Ε. και η επιστημονική κοινότητα καλούνται να παίξουν το δικό τους σημαντικό ρόλο, ώστε να δημιουργηθεί ένα προστατευτικό πλαίσιο χρήσης του διαδικτυακού χώρου από τους νέους της χώρας μας.

Ευχαριστίες: Τσίτσικα Άρτεμις

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΓΟΝΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Π. Ακριβός

LifePaths Counseling Services

Certified Trainer, Parent Effectiveness Training, Gordon International

Το να είσαι γονιός είναι σκληρή δουλειά, η οποία σπάνια αναγνωρίζεται. Οι οικογένειες στις τηλεοπτικές διαφημίσεις φαίνονται εξωπραγματικές, μια που η πραγματικότητα σπάνια είναι έτσι εύκολη. Φυσικά τα παιδιά είναι το δώρο της ζωής, αλλά υπάρχουν και η στιγμή και μέρες που ο γονιός πιέζεται στα όρια της αντοχής του/της. Υπάρχουν φωνές, ξεσπάσματα θυμού, τσακωμοί, συγκρούσεις για το τι ώρα το παιδί να πάει για ύπνο ή τι να φάει ή πώς να κλείσει την τηλεόραση, και άλλα πολλά που συχνά μας εξουθενώνουν και υποσκάπτουν την χαρά το να είναι κανείς γονιός. Πολλοί γονείς αισθάνονται ανεπαρκώς εκπαιδευμένοι να αντιμετωπίσουν όλες τις προσκλήσεις του ρόλου τους.

Τα παιδιά σήμερα μεγαλώνουν σε διαφορετικό πλαίσιο ανατροφής από ότι μεγάλωσαν οι γονείς τους – είναι ή προσπαθούν να είναι πιο ελεύθερα, αντιδρούν σε ιεραρχίες και θέσεις εξουσίας και διαταγές. Καθημερινά ο γονιός καλείται να δώσει λύση στο δίλλημα μεταξύ της ανάγκης να βάλει κάποια όρια και να αφήσει το παιδί του ελεύθερα να αναπτυχθεί και να ανεξαρτητοποιηθεί. Δεν ξέρει πώς να προβάλλει τις ανάγκες του για προστασία του παιδιού και πειθαρχία ούτε πώς να αποδεχθεί τις ανάγκες του παιδιού. Δεν ξέρει αν πρέπει να συναναστραφεί με το παιδί ως ίσος ή ως ανώτερος «που ξέρει», ιδιαίτερα στην σημερινή μεταβατική εποχή που νιώθει ότι πολλές αρχές στις οποίες στηριζόταν παραπαίνουν.

Η συνεχής πίεση εξουθενώνει τον γονιό και τον οδηγεί σε συμπεριφορές που ζημιώνουν την σχέση παιδιού γονιού και συχνά έχουν αρνητικές συνέπειες στην ψυχολογική/κοινωνική εξέλιξη του παιδιού. Η πίεση αυτή (θυμός, στενοχώρια, ενοχές κλπ) έχει αντίστοιχα αρνητική επίδραση και στον ίδιο τον γονιό. Ο φαύλος κύκλος της πίεσης αυτής οδηγεί στην λεγόμενη «εξουθένωση των γονιών».

Η παρουσίαση έχει ετοιμαστεί έχοντας υπόψη όλα τα παραπάνω. Στην παρουσίαση θα παρουσιαστούν οι ενδείξεις της γονεϊκής εξουθένωσης όπως και οι παράγοντες που συμβάλουν στο σύνδρομο.

Τέλος θα εξερευνηθούν τρόποι αντιμετώπισης των αιτιών του προβλήματος όπως ενδεικτικά:

(α) μέθοδοι επικοινωνίας με τα παιδιά: τα 10 λάθη στην επικοινωνία

(β) μέθοδοι επικοινωνίας με τα παιδιά: οι βασικές αρχές

(β) πώς να ακούμε σωστά τα παιδιά

(γ) γενικές αρχές αντιμετώπισης

(δ) «πώς να κατηγοριοποιούμε τα προβλήματα»

(ε) μέθοδοι προσέγγισης του παιδιού σε κάθε κατηγορία προβλήματος

(στ) πώς να είναι αμφότερα τα μέρη ικανοποιημένα

57 ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΕΦΑΛΟΝΙΑ

Β. Γεωργοπούλου

Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κεφαλληνίας

Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη και μελέτη της Ιατρικής Ιστορίας, μιάς από τις παλαιότερες Παιδιατρικές Κλινικές της Χώρας. Στην Κεφαλλονιά με τη λήξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, έγινε έντονα αισθητή η ανάγκη ενός ειδικού παιδιατρικού τμήματος διότι οι παιδικοί οργανισμοί εξαντλημένοι από τις κακουχίες και τις στερήσεις παρείχαν πρόσφορο πεδίο στις αρρώστιες.

Την 21^η Αυγούστου του 1946 ιδρύθηκε δυνάμει του υπ΄αριθμ. 1554 συμβολαίου το “ Νοσοκομείο Παίδων Κεφαλληνίας Ο Άγιος Γεράσιμος ” δυναμικότητας (40) κλινών και στεγάστηκε σε πτέρυγα που παραχωρήθηκε από το Αδελφάτο του Γενικού Νοσοκομείου (που ιδρύθηκε το 1887) “ των Φιλανθρωπικών Καταστημάτων Κεφαλληνίας ”. Χρηματοδοτήθηκε από το κληροδότημα Παν. Βαλλιάνου, τον Καναδικό Ερυθρό Σταυρό και την Οργάνωση UNRRA. Την δε επιστημονική υποστήριξη ανέλαβε η Βρετανική Οργάνωση “ Προστασία του παιδιού ” έως το 1952 οπότε την αναλαμβάνουν Έλληνες Παιδίατροι.

Στο σεισμό του Αυγούστου του 1953 το κτίριο του Νοσοκομείου των “ Φ.Κ.Κ ” καταστρέφεται ολοσχερώς.

Το Βρετανικό Β. Ναυτικό με υλικά και εργασία των πληρωμάτων του κατασκεύασε ΤΟΛ και εντός 13 ημερών από την καταστροφή το Ίδρυμα συνέχισε την περισσότερη από κάθε άλλη περίπτωση αναγκαία λειτουργία του. Τον Ιούνιο του 1954 επερατώθηκε η ανέγερση νέου κτιριακού συγκροτήματος που δωρήθηκε από την Σουηδική Οργάνωση RADDA BARNEN και το Νοσοκομείο Παίδων ολοκληρώθηκε. Περιλάμβανε πλέον Παιδιατρική Κλινική (55) κλινών, Μαιευτήριο, Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ακτινολογικό Εργαστήριο, Φαρμακείο, Εξωτερικά Ιατρεία, Κινητό Ιατρείο Υπαίθρου και Κινητό Βρεφικό Σταθμό. Ενισχύεται οικονομικά από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό και κατά κύριο λόγο από το Ελλην. Κράτος. Με το ΒΔ273/1971 συγχωνεύεται με το Βαλλιάνειο Κρατικό Νοσοκομείο και έκτοτε συνεχίζει ως Παιδιατρική Κλινική του Γ.Ν. Κεφ/νίας.

Πεπραγμένα πενταετίας 1954–1959 : Εξ. Ιατρεία : 20.708 ασθενείς, Κινητό Ιατρείο Υπαίθρου : 7.980 ασθενείς

Νοσηλεύτηκαν 7.295 νεογνά-βρέφη-παιδιά. Περιγεν. Θνησιμότητα: 36 ‰ Δεν υπήρχε δυνατότητα διακομιδών.

Πεπραγμένα πενταετίας 1997–2001 αρ. Εξετασθέντων 85.572 και νοσηλεύτηκαν 3.412 νεογνά – βρέφη – παιδιά.

Περιγεννητική Θνησιμότητα : 6 ‰ Ποσοστό Διακομιδών : 1,96 ‰

Σ’ όλες τις περιόδους είτε σαν Νοσοκομείο ή σαν Κλινική η Παιδιατρική πέτυχε την στήριξη και την προαγωγή της Υγείας των Παιδιών του Νομού και κατέδειξε την μέγιστη συμβολή της Παιδιατρικής Επιστήμης.

Ευχαριστίες: Ευαγγελάτος Ευάγγελος, Γεωργάτος Διονύσιος, Δανελάτου Καλυψώ, Σαγεώργη Αριάδνη, Νέρη Χριστίνα, Χαραλαμποπούλου Ευσταθία

ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΩΣ ΟΝΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ

Μ. Μάνδουλα-Κουσουνή

Παιδίατρος, Ιστορικός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Υγεία», κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνον η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Τα στοιχεία που συνθέτουν την έννοια της υγείας διαφέρουν στις διάφορες ηλικίες. Επομένως διαφορετικοί είναι οι παράγοντες που κρίνονται αναγκαίοι για την εγκατάσταση και τη διατήρησή της. Η παιδική ηλικία σήμερα αποτελεί αντικείμενο έντονου ενδιαφέροντος όλων των επιστημών και τα δικαιώματά των παιδιών κατοχυρώνονται από την Πολιτεία. Σημαντικός σταθμός, που δίνει έμφαση στην παιδική ηλικία ως αυθύπαρκτης αξίας, είναι η συγγραφή του «Αιμίλιου» από τον Rousseau τον 18^ο αιώνα.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι μέσα από την ιστορική έρευνα και την παρούσα πραγματικότητα να αναζητηθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί ως οντότητα, να καταγραφούν οι προσπάθειες που καταβάλλονται σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό

επίπεδο και να προταθούν λύσεις για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής του στην εποχή του τεχνολογικού θριάμβου και των ταχύτατων ρυθμών εξέλιξης σε όλους τους τομείς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν ιστορικές πηγές και λογοτεχνικά κείμενα, που καταγράφονται οι συνθήκες διαβίωσης των παιδιών διαχρονικά. Έγινε σύγκριση με τη σύγχρονη πραγματικότητα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η υγεία των παιδιών φαίνεται να συνδέεται άμεσα με τους άλλους που πρωταγωνιστούν στη ζωή τους, όπως: γονείς, δάσκαλοι, περιβάλλον. Για την ελληνική κοινωνία η οικογένεια αποτελεί το βασικό στοιχείο της κοινωνικής ζωής και οργάνωσης και το σπουδαιότερο κοινωνικό θεσμό μέσα από τον οποίο αναπτύσσονται όλες εκείνες οι προϋποθέσεις για την υγεία του παιδιού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η παιδική ηλικία είναι μία περίοδος που αξίζει ιδιαίτερη προσοχή εκ μέρους των γονιών και του κοινωνικού συνόλου. Το παιδί, με την ιδιαίτερη ψυχосύνθεσή του, χρειάζεται καθοδήγηση και προστασία, αλλά και ως άτομο έχει και δικαιώματα. Δικαιώματα στη σωματική, ψυχική και πνευματική του υγεία, μέσω της παροχής σωστής υγειονομικής περίθαλψης, σωστής σωματικής και ψυχικής άσκησης και γενικά σωστής εκπαίδευσης και αγωγής.

Ενδεικτική βιβλιογραφία:

1. James Arthur Hadfield, *Παιδικότητα και εφηβεία*, πέμπτη έκδοση, εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα, 1979.
2. Πελαγία Σουτζόγλου-Κοτταρίδη, *Παιδί και υγεία στα πρώτα χρόνια της ανεξάρτητης Ελλάδας, 1830-1862*, πρόλογος Σπύρος Δοξιάδης, Εκδόσεις 'Δωδώνη', Αθήνα, 1991.
3. Colwyn Trevarthen, «Πως και γιατί επικοινωνούν τα βρέφη», *Πρόοδος στην αναπτυξιακή ψυχολογία των πρώτων χρόνων*, Επιμέλεια έκδοσης: Γιάννης Κουγιουμουτζάκης, Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης, τρίτη έκδοση, Ηράκλειο, 1999, σ.13-32

ΚΑΤΑΚΤΩΝΤΑΣ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ, ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΤΑΚΤΟΥΝ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ.

Ε. Λοράνδος

Κοινωνικός Λειτουργός, Ψυχοθεραπευτής, Θεραπευτής Οικογένειας, Σύμβουλος

Τοξικοεξαρτήσεων (CAC)

Ζούμε σε μια εποχή όπου οι γρήγοροι ρυθμοί αλλαγής δημιουργούν μια κατάσταση ολοένα αυξανόμενης πολυπλοκότητας, ασάφειας και αβεβαιότητας από εκείνη που μέχρι τώρα αντιμετωπίζαμε.

Αυτή η ξέφρενη κούρσα της ανάπτυξης και της υπερπληροφόρησης οδηγεί σε έναν κόσμο – άρα και σε έναν εαυτό – που μοιάζει με ένα συνονθύλευμα εικόνων και βιωμάτων, τα οποία δυσκολεύεται κανείς να συνδέσει και να συνθέσει. Ο σύγχρονος άνθρωπος αντιμετωπίζει δυσκολίες στον εντοπισμό των βασικών στοιχείων της ταυτότητάς του μέσα από τις τόσες πολλές και αντιφατικές πληροφορίες που καθημερινά καλείται να επεξεργαστεί και να διαχειριστεί.

Μέσα στον χορό αυτό των αλλεπάλληλων μετατοπίσεων ο θεσμός της οικογένειας δεν μπορεί να αποτελεί εξαίρεση, με αποτέλεσμα ο ρόλος του γονέα να γίνεται ολοένα και πιο σύνθετος.

Ο σύγχρονος γονέας όλο και περισσότερο αντιλαμβάνεται την αναγκαιότητα που έχει η εμβάθυνση σε σχέση με τον εαυτό του. Η αντίληψη και η κατάκτηση του συναισθήματος οδηγεί τον γονιό στο να ενσωματώσει έναν μηχανισμό που του δίνει μια σταθερά και μπορεί να τον καθοδηγήσει σαν πυξίδα έτσι ώστε να επιβιώσει και να ανταπεξέλθει στους πολλαπλούς ρόλους που έχει να διεκπεραιώσει και παράλληλα να δημιουργήσει τις βάσεις για συναισθηματικά υγιή και ανεξάρτητα παιδιά.

Μέσα από την παρουσίαση αυτή θα μας δοθεί η ευκαιρία να αφουγκραστούμε την καθοριστική σημασία που έχουν οι πρώιμες εμπειρίες στη γονεϊκή μας οικογένεια όσον αφορά τις μεταγενέστερες εμπειρίες μας ως ενήλικες, να διαπιστώσουμε τα οφέλη που δημιουργούνται για τα παιδιά από την αυτοαντίληψη των γονέων και τέλος να αναφερθούμε στην προσπάθεια που έχει επιτελεστεί τους τελευταίους μήνες με την δημιουργία “ομάδας ευαισθητοποίησης γονέων” στο νησί μας.

ΠΑΙΔΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΟΝ ΚΑΙΡΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ.

Σ. Καραγιαννοπούλου-Κογιου

Δ/ντρια ΕΣΥ Κέντρο Υγ. Θερμης

Η φτώχεια συνήθως συνδέεται με την έλλειψη πρόσβασης σε βασικούς πόρους που περιλαμβάνουν το φαγητό, το πόσιμο νερό, την υγιεινή και την εκπαίδευση. Υπάρχει η <απόλυτη φτώχεια> όπου οι άνθρωποι επιβιώνουν με λιγότερο από ένα δολάριο την ημέρα και η <σχετική φτώχεια>, όπου έχουν το 60% του μέσου εισοδήματος μιας χώρας. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η φτώχεια ορίζεται με βάση την ημερήσια κατανάλωση τροφών (λίγα δημητριακά ή ρύζι ή γάλα και σπάνια κρέας) και όχι τις χρηματικές απολαβές. Το 1/3 των παιδιών κάτω των 5 χρόνων πεθαίνει από υποσιτισμό. Στην Ευρώπη πρώτη είναι η Βουλγαρία (22,3%), μετά η Ρουμανία (22,2%), ακολουθεί η Ισπανία (21,8%) και τέταρτη η Ελλάδα (21,4%). Στη χώρα μας περίπου 450000 παιδιά ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας.

Το 21,6% είναι οικονομικά αδύναμο για διατροφή με κοτόπουλο, ψάρι, κρέας, λαχανικά. Οι πιο ευάλωτες ομάδες είναι οι Ρομά, τα παιδιά, οι ανάπηροι, οι άνεργοι, οι μετανάστες και οι μονογονεϊκές οικογένειες. Οι κυριότερες συνέπειες της φτώχειας είναι η πείνα, ο υποσιτισμός, ο αναλφαριθμισμός, οι ασθένειες, το χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης κ.α. Η φτώχεια και η διατροφή είναι αλληλένδετες έννοιες. Όταν υπάρχει φτώχεια, υπάρχει ανισόρροπη διατροφή με χαμηλή κατανάλωση λαχανικών, φρούτων, γαλακτοκομικών, κρέατος και πουλερικών. Αυτό έχει ως συνέπεια τον υποσιτισμό, την έλλειψη δηλαδή θρεπτικών συστατικών στον οργανισμό μας ή τον υπερσιτισμό, την υπερκατανάλωση δηλαδή που οδηγεί στην <παχυσαρκία των φτωχών> και που έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση των καρδιαγγειακών παθήσεων, σακχαρώδη διαβήτη, υπέρτασης κ.λ.π. από την παιδική ηλικία ακόμη. Η παχυσαρκία επιτείνεται από την αλόγιστη χρήση των fast foods, των τυποποιημένων τροφίμων, τη διακοπή της άσκησης, την κατάθλιψη κ.λ.π. Η παρέμβαση των παιδιατρών σε αυτή τη δύσκολη οικονομική κρίση που φαίνεται να διαγράφεται μακρά είναι πολύ σημαντική. Χρειάζεται ευαισθητοποίηση και ενημέρωση προκειμένου να υπάρχει σωστός οικογενειακός προϋπολογισμός, ενίσχυση του

μητρικού θηλασμού,επιστροφή στη μεσογειακή-κρητική διατροφή,ποικιλία τροφών και σωστή συμπεριφορά καταναλωτή.

Η κοινωνική παιδιατρική οφείλει να πρωτοστατήσει στην προάσπιση της υγείας του παιδιού, στις εξαιρετικά πρωτόγνωρες αυτές συνθήκες.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ

Μ. Κολέτση

City Unity College

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να μελετήσει τους μύθους που έχουν σχετιστεί με της διαταραχές πρόσληψης τροφής (ΔΠΤ) και τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη αυτής. Τα ποσοστά των ΔΠΤ έχουν αυξηθεί παγκοσμίως τις τελευταίες δύο δεκαετίες και έρευνες δείχνουν ότι 1-8% των εφήβων πάσχουν από βουλιμία (American Psychiatric Association, 1994) και ότι 3-5% των εφήβων ή νεαρών γυναικών έχουν διαγνωστεί με νευρική ανορεξία (Fairburn & Harrison, 2003). Η εφηβική ηλικία αποτελεί τη πιο κρίσιμη περίοδο ευαλωτότητας, καθώς είναι η περίοδος που το άτομο «χτίζει» την προσωπικότητα του και υπάρχει έντονη ανάγκη αποδοχής από τον κοινωνικό περίγυρο.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Βιβλιογραφική έρευνα όσον αφορά την αιτιολογία εμφάνισης της διαταραχής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Έρευνες έχουν συσχετίσει τις ΔΠΤ με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, με διαταραγμένες διαπροσωπικές και οικογενειακές σχέσεις, με την εκμάθηση δυσλειτουργικών συμπεριφορών (Nielsen and Palmer, 2003) αλλά και με χαρακτηριστικά στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου, όπως η τελειοθρία, η χαμηλή αυτοπεποίθηση, και η ανάγκη για έλεγχο (Fairburn and Harrison, 2003).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εφηβεία θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμη περίοδος για την ανάπτυξη των ΔΠΤ. Η ενημέρωση μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση της ανάπτυξης των ΔΠΤ.

Βιβλιογραφία:

1. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA.
2. Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
3. Nielsen, S. & Palmer, B. (2003). Diagnosing eating disorders – AN, BN and the others. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 161 -162.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ «ΦΙΛΙΚΕΣ» ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ – ADOLESCENT FRIENDLY SERVICES

Σ. Χάνος

Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.), Β΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Π & Α Κυριακού»

Οι έφηβοι είναι μια ηλικιακή ομάδα με ιδιαιτερότητες και ιδιαίτερα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά. Αποτελούν την ηλικία – «κλειδί» για πρόληψη και την ευκαιρία μας να περιορίσουμε τα νοσήματα φθοράς του μέλλοντος. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) θέτει βασική προτεραιότητα των χωρών στην Ευρώπη την ανάπτυξη υπηρεσιών ειδικά σχεδιασμένων για τους εφήβους – «dance to their tune concept». Οι υπηρεσίες αυτές περιγράφονται αναλυτικά και η λειτουργία τους βασίζεται σε πέντε βασικούς κανόνες:

1. εκπαιδευμένο και «φιλικό» προσωπικό
2. κατάλληλες ώρες λειτουργίας, υπηρεσίες και χωρίς ραντεβού (drop in)
3. εμπιστευτικότητα
4. καμία διάκριση σχετικά με το φύλο, την εθνικότητα, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση
5. διεπιστημονική προσέγγιση – συντονισμός παραπομπών

Με βάση τα παραπάνω ξεκίνησε η λειτουργία της Μονάδας Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.) της Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», τον Οκτώβριο του 2006. Προσέρχονται έφηβοι και οι οικογένειές τους με οποιοδήποτε οργανικό ή ψυχοκοινωνικό αίτημα, μαθησιακές δυσκολίες, ή και για απλή συμβουλευτική, πρόληψη, σεξουαλική αγωγή, εμβολιασμούς κ.λπ. Από τον Φεβρουάριο του 2013, η Μ.Ε.Υ. λειτουργεί και ως επίσημο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο του Υπουργείου Υγείας. Πραγματοποιούνται 600 περίπου επισκέψεις μηνιαίως και απασχολούνται 45 ειδικοί. Η Μ.Ε.Υ. πραγματοποιεί εκπαιδευτικά προγράμματα σε σχολεία (σε μαθητές και γονείς) σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας, καθώς και προγράμματα εκπαίδευσης φοιτητών, εκπαιδευτικών, ιατρών και άλλων ειδικών που ασχολούνται με την ηλικία αυτή. Παράλληλα, η Μ.Ε.Υ. έχει ερευνητική δραστηριότητα γύρω από τους βασικούς πυλώνες της εφηβικής υγείας (διατροφή και παρεκτροπές, σεξουαλική ζωή, ψυχική υγεία, εμβολιασμοί και πρόληψη, αθλητισμός). Υπάρχουν συνεργασίες με φορείς της χώρας, Ευρωπαϊκούς φορείς και ανά τον κόσμο εκπαιδευτικά ιδρύματα προκειμένου να συντονίζονται όλα τα προγράμματα με τις διεθνείς κατευθυντήριες για τους νέους.

Ευχαριστίες: Τσίτσικα Άρτεμις

ΠΑΙΔΟΦΙΛΙΑ

Δ. Χρυσικού

City Unity College

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να παρουσιαστεί η παιδοφυλία, όχι μόνο ως ένα κοινωνικό φαινόμενο που τα τελευταία χρόνια, και λόγω του διαδικτύου, έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις ακόμα και στη χώρα μας, αλλά ως μια συγκεκριμένη ψυχική νόσος. Αναφέρονται τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV (APA, 20000, καθώς και ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2000) για το τι θεωρείται σεξουαλική κακοποίηση παιδιών. Τα καταγεγραμμένα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων, καταδεικνύουν πως 5 με 10% των παιδιών παγκοσμίως έχουν υποστεί κάποιου είδους σεξουαλική παρενόχληση. Καθότι, λιγότερες από το 50% των περιπτώσεων σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών και εφήβων, έχουν αναφερθεί στις αρχές, ή έχουν δημοσιοποιηθεί, τα ποσοστά αυτά αναμένεται ότι είναι πολύ μεγαλύτερα (Willows, 2008).

ΜΕΘΟΔΟΣ

Βιβλιογραφική έρευνα όσον αφορά τα ποσοστά του φαινομένου παγκοσμίως αλλά και στη χώρα μας, τους παράγοντες που συντελούν αρνητικά στο να γίνει κάποιος παιδόφιλος, την κατηγοριοποίηση τύπων παιδόφιλων, το φαινόμενο της παιδοφυλίας μέσα στην οικογένεια καθώς και μέσω του διαδικτύου, καθώς και το υπάρχον νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα κορίτσια είναι σαφώς σε μεγαλύτερο ρίσκο να κακοποιηθούν σεξουαλικά απ' ότι τα αγόρια. Το μεγαλύτερο ποσοστό παιδόφιλων είναι άνθρωποι γνωστοί στα θύματα, με τους πατριούς να έχουν το προβάδισμα στην σεξουαλική κακοποίηση, κυρίως κοριτσιών. Παρολαυτά, εντύπωση προκαλεί το μεγάλο ποσοστό γυναικών θυτών, γεγονός που σπάει τα στερεότυπα περί παιδοφυλίας ως ένα φαινόμενο εμφανιζόμενο κατά αποκλειστικότητα σε αντρικό πληθυσμό. Οι έρευνες αναφέρουν ότι υπάρχει συγκεκριμένο μοτίβο συμπεριφοράς στους περισσότερους παιδόφιλους, καθώς και ποικίλοι παράγοντες ρίσκου, σχετιζόμενοι με βιολογικές και κυρίως ψυχοκοινωνικές παραμέτρους. Επίσης, σύμφωνα με τα τελευταία στατιστικά στοιχεία, το φαινόμενο της παιδοφυλίας μέσω διαδικτύου έχει πάρει δραματικές διαστάσεις, με ποσοστά της τάξης του 40% των δραστών διακίνησης και κατοχής πορνογραφικού υλικού, να έχουν διαπράξει σεξουαλική κακοποίηση σε βάρος ανηλίκων (www.enough.org/inside.php?tag=statistics).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η παιδοφιλία είναι ένα φαινόμενο σαφώς πιο συχνό απ' ότι η κοινή γνώμη θεωρεί. Η ενημέρωση, η πρόληψη, καθώς και η θέσπιση αυστηρότερου νομικού πλαισίου για τους θύτες, μπορούν να συμβάλλουν θετικά στην στηλίτευση και μείωση του φαινομένου.

Βιβλιογραφία:

1. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR. Washington, DC: Author.
2. Department of Health. (2000). Safeguarding Children: What to do if you are worried a child is Being Abused. Children's Services Guidance. London: Department of Health.
3. Willows, J. (2008). Moving on after childhood sexual abuse: Understanding the effects and preparing for therapy. Florence, KY, USA: Routledge.
4. www.enough.org/inside.php?tag=statistics

ΝΕΑΝΙΚΗ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΡΟΧΑΙΑ ΣΥΜΒΑΝΤΑ: Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΙΟΑΣ

Β.Δανέλλη-Μυλωνά

Πρόεδρος του Ινστιτούτου Οδικής Ασφάλειας «Πάνος Μυλωνάς»

Σύμφωνα με πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα τα τροχαία συμβάντα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου από τραυματισμό για νέους από 15 έως 24 ετών, ενώ αυξητική τάση παρουσιάζουν οι μόνιμες αναπηρίες λόγω τραυματισμών. Από τη συστηματική παρατήρηση των συμπεριφορικών και βιολογικών αναπτυξιακών αλλαγών των νέων, προέκυψε ότι ιδιαίτερα κατά την εφηβική ηλικία οι νέοι και άπειροι οδηγοί εμφανίζονται πιο ριψοκίνδυνοι, πιο επιθετικοί και πιο επιρρεπείς σε παραβατικές και επικίνδυνες συμπεριφορές όπως η κατανάλωση αλκοόλ κατά την οδήγηση. Επιπλέον διαφοροποιήσεις στο σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου των νέων ευθύνονται για τη συνεχή αναζήτηση συναισθημάτων διέγερσης (sensation seeking) κατά την οδήγηση. Ο βασικότερος ωστόσο παράγοντας που εμπλέκεται στα μεγάλα ποσοστά νεανικής θνησιμότητας από τραυματισμούς σε τροχαία ατυχήματα είναι η ελλιπής ενημέρωση και εκπαίδευση σε θέματα Οδικής Ασφάλειας. Δεδομένου ότι οι νέοι τείνουν να μιμούνται την οδηγική συμπεριφορά των γονιών τους, ενώ παράλληλα επηρεάζονται από το φιλικό τους περιβάλλον και τις πιέσεις των συνομηλίκων τους, η καλλιέργεια κυκλοφοριακής συνείδησης και παιδείας πρέπει να ξεκινά από την οικογένεια και το σχολείο σε μικρή ηλικία. Σκοπός της παρουσίασης είναι η ανάδειξη της σημασίας της εκπαίδευσης των νέων στους βασικούς κανόνες ασφαλούς μετακίνησης και της ευαισθητοποίησης σε θέματα Οδικής Ασφάλειας για την πρόληψη των τροχαίων συμβάντων. Στο πλαίσιο της προσπάθειας για μείωση των τροχαίων δυστυχημάτων στη χώρα μας από τροχαία συμβάντα στη χώρα μας, το Ινστιτούτο Οδικής Ασφάλειας «Πάνος Μυλωνάς» σε συνεργασία με τα Δικαστήρια Ανηλίκων και τις Υπηρεσίες Επιμελητών Ανηλίκων υλοποιεί το πρωτοποριακό εκπαιδευτικό πρόγραμμα «Ερμής». Το πρόγραμμα αυτό απευθύνεται σε νέους, παραβάτες τους Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας και με τη συμμετοχή των γονιών τους, συμβάλλει στον εμπλουτισμό των γνώσεών τους σε θέματα Οδικής συμπεριφοράς, στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους για ασφαλή μετακίνηση και στην ευαισθητοποίηση τους μέσα από την απόκτηση βιωματικών εμπειριών που προσφέρουν ειδικοί προσομοιωτές οδήγησης. Η διαρκής

πληροφόρηση και επιμόρφωση σε θέματα Οδικής Ασφάλειας είναι πρωταρχικής σημασίας για την ανατροπή της θλιβερής πρωτιάς της χώρας μας σε τροχαία δυστυχήματα με θύματα νέους.

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ: ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΜΟΝΟ ΟΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ

Θ. Καραγκιόζογλου-Λαμπούδη

Παιδογαστρεντερολόγος, Καθηγήτρια Κλινικής Διατροφής, Τμήμα Διατροφής/Διαιτολογίας ΑΤΕΙΘ

Για τα παιδιά που οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, δεν τους επιτρέπουν την πρόσβαση σε παιδιατρική φροντίδα, εθελοντικές ομάδες καλύπτουν τα κενά κυρίως στο θέμα των εμβολιασμών. Παραμένουν όμως σημαντικά κενά στο θέμα των προληπτικών ελέγχων και σίγουρα η οικονομική κρίση απειλεί να μετατρέψει τα κενά αυτά σε χάσμα. Τα προγράμματα τέτοιων προληπτικών ελέγχων στην περιφέρεια, κυρίως μεταξύ των λιγότερο προνομιούχων, θα μπορούσαν να ενισχυθούν με βοήθεια μη ιατρών εθελοντών (άλλους επαγγελματίες υγείας, εκπαιδευτικούς, γονείς μέλη συλλόγων σωματείων) κατ αναλογία με δραστηριότητες που μέχρι τώρα αναπτύχθηκαν στη χώρα μας κυρίως για ενήλικες, και διεθνώς καλύπτουν αντίστοιχες ανάγκες στον παιδικό πληθυσμό εδώ και δεκαετίες. Εργαλεία διαλογής (screening tools), εύκολα στη χρήση και την αξιολόγηση από μη ιατρικό προσωπικό, είναι δυνατόν να διευκολύνουν τη διεξαγωγή προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Ο ρόλος του παιδίατρου εν προκειμένω θα είναι να οργανώσει να εκπαιδεύσει και να επιβλέπει ομάδες εθελοντών προκειμένου να τηρούνται πρότυπα ασφάλειας, αξιοπιστίας, καταγραφής και εμπιστευτικότητας όπως προβλέπεται για κάθε ιατρική πράξη. Η ανάδειξη χορηγών των προγραμμάτων, όπου χρειάζονται, μπορεί ν'αποτελεί μια πρόσθετη φροντίδα του. Επιπλέον ανάλογα με τα αποτελέσματα του προσυμπτωματικού ελέγχου ο παιδίατρος θα μπορούσε να δρομολογεί την οριστική διάγνωση. Θέματα στρατηγικού σχεδιασμού όπως: ποιο screening; έλεγχος για μεμονωμένα νοσήματα ή εφαρμογή περισσότερων από μιας δοκιμασιών για διάφορα νοσήματα; κεντρικός σχεδιασμός vs τοπικές πρωτοβουλίες ; έμφαση στην καταγραφή ή έμφαση στην επικοινωνία των αποτελεσμάτων στην οικογένεια; παραμένουν ανοικτά σε συζήτηση και οι απαντήσεις μπορούν να ποικίλλουν ανάλογα με τις συνθήκες και τους διαθέσιμους πόρους.

ΟΙ ΣΟΒΑΡΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΡΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΤΟΥΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

I. Ασπρούδης

Αν. Καθηγητής Οφθαλμολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Η φυσιολογική ανάπτυξη της όρασης στα παιδιά (ευκρίνεια εικόνας, αντίληψη χρωμάτων και αντιθέσεων, διόφθαλμη όραση και άλλα) απαιτεί την ομαλή οργανική και λειτουργική ωρίμανση του οπτικού συστήματος κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 χρόνων ζωής. Η ομαλή αυτή διαδικασία επηρεάζει άμεσα και την ψυχοκινητική τους εξέλιξη.

Σοβαρές παθήσεις της παιδικής ηλικίας αλλά ευτυχώς σπάνιες, όπως ο παιδικός καταρράκτης, το παιδικό γλαύκωμα, δυστροφίες του αμφιβληστροειδούς, η αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας αλλά και η παιδική ραγοειδίτιδα είναι δυνατόν να προσβάλλουν την όραση. Παιδιά με τις παραπάνω παθήσεις μπορεί να καταλήξουν σαν ενήλικες με χαμηλή όραση, είτε διότι το πρόβλημά τους δεν διαγνώστηκε έγκαιρα, είτε διότι η φύση του προβλήματός τους ήταν τέτοια που δεν μπορούσε να θεραπευθεί.

Όμως ακόμη και καθημερινές οφθαλμικές παθήσεις, όπως οι διαθλαστικές ανωμαλίες (μυωπία, υπερμετρωπία, αστιγματισμός) και ο στραβισμός, μπορεί να οδηγήσουν σε κακή όραση το ένα ή και τα δυο μάτια, δηλαδή σε αμβλυωπία (τεμπέλικο μάτι).

Αυτό συμβαίνει επειδή το πρόβλημα δεν διαγνώστηκε και δεν θεραπεύτηκε έγκαιρα, δηλαδή τα πρώτα χρόνια της ζωής, αφού μέχρι και την ηλικία των έξι (6) ετών περίπου η αμβλυωπία θεωρείται πάθηση ιάσιμη στην πλειονότητα των περιπτώσεων.

Η χαμηλή όραση σε ένα παιδί αποτελεί μια μόνιμη αναπηρία που μπορεί να δημιουργήσει άμεσα και όψιμα προβλήματα τόσο στην μαθητική, προσωπική, οικογενειακή, κοινωνική όσο και στην επαγγελματική του ζωή (αποκλεισμός από κάποια επαγγέλματα). Σημαντική εξάλλου θα είναι και η επιβάρυνση του κράτους (ειδικά σχολικά βοηθήματα, παράπλευρη στήριξη δασκάλων και καθηγητών, επιδόματα και άλλα).

Γίνεται λοιπόν φανερό ότι η έγκαιρη οφθαλμολογική προληπτική εξέταση και η κατάλληλη θεραπεία από τον παιδοοφθαλμίατρο, αφενός μεν θα καταγράψουν όλα αυτά τα προβλήματα αφετέρου δε θα δώσουν παιδιά χωρίς οφθαλμολογικά προβλήματα.

ΙΑΤΡΙΚΑ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ:

ΒΑΡΗΚΟΪΑ

Α. Ψηφίδης

Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας - Ακουσολογίας

Η αμφοτερόπλευρη νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα μεγάλου βαθμού ή κώφωση σε μικρά κυρίως παιδιά, αν δεν αντιμετωπισθεί εγκαίρως προκαλεί καθυστέρηση ή αδυναμία ανάπτυξης του λόγου και της γλώσσας, περιορίζοντας σημαντικά την ικανότητα σχολικής μάθησης και εμποδίζοντας την πνευματικής τους εξέλιξη. Αργότερα, στην ενηλικίωση, τα βαρήκοα και κωφά άτομα αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα και εμπόδια στην επαγγελματική αποκατάσταση και στη κοινωνική τους ένταξη. Η μεγάλη βαρηκοΐα ή κώφωση της μικρής παιδικής ηλικίας απαιτεί ειδική αντιμετώπιση για να προλαμβάνονται ή να ελαχιστοποιούνται οι σοβαρές ιατρικές, εκπαιδευτικές, οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις στο παιδί, στην οικογένεια, στην πολιτεία.

Στην εισήγηση περιγράφονται οι ιατρικές, εκπαιδευτικές και κοινωνικές παράμετροι και οι καθοριστικοί παράγοντες πρόληψης και αντιμετώπισης της παιδικής βαρηκοΐας, όπως 1. η γενετική μελέτη και η γενετική συμβουλευτική στο τομέα της κληρονομικής βαρηκοΐας, 2. η ανιχνευτική εξέταση της ακοής σε νεογνά και η έγκαιρη ακουσολογική διάγνωση, 3. Η έγκαιρη ακουστική ενίσχυση των βαρήκων παιδιών, με τα σύγχρονα ψηφιακά ακουστικά βαρηκοΐας και των κωφών παιδιών με τα κοχλιακά εμφυτεύματα, 4. η κοινωνική ενημέρωση και η γονεϊκή φροντίδα, 5. Τα υγειονομικά και κοινωνικά μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης της παιδικής βαρηκοΐας που περιλαμβάνονται στις διεθνείς οδηγίες. Επισημαίνονται οι τρόποι και τα μέσα εφαρμογής τους στη χώρα μας. στα πλαίσια ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης της παιδικής βαρηκοΐας.

ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ. ΠΡΟΤΥΠΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΕΤΗΣΙΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΕΝΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ
Ε. Τσεκούρα

Παιδίατρος-Νεογνολόγος-Αναπτυξιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει επιδεινώσει το χαμηλό δείκτη γεννητικότητας ενώ η ελλιπής συστηματική καταγραφή και παρουσίαση συγκρίσιμων περιγεννητικών δεδομένων δεν επιτρέπει τον εθνικό προγραμματισμό της υγειονομικής φροντίδας. Την διετία 2008-9 η Επιτροπή Περιγεννητικής Φροντίδας του ΚΕΣΥ επιχείρησε την πρώτη χαρτογράφηση βάσει ερωτηματολογίου που απεστάλη στο σύνολο των μαιευτικών μονάδων και κατέδειξε το μεγάλο αριθμό μικρών ιδιωτικών και δημόσιων κλινικών με εξαιρετικά μικρό ετήσιο αριθμό γεννήσεων παράλληλα με τις ογκώδεις μονάδες με ετήσιο αριθμό γεννήσεων(>10.000). Τα ποσοστά καισαρικής τομής κυμαίνονται ευρέως από <20% σε μικρές μαιευτικές κλινικές, ιδίως σε περιοχές μειονοτήτων έως 79% σε νησιωτικές περιοχές ή σε μεγάλα μαιευτήρια, χωρίς σαφή καταγραφή του αιτίου. Δεδομένα για άλλες βασικές περιγεννητικές μεταβλητές, όπως η θνητότητα, επιπλοκές κύησης, προωρότητα, πολύδυμες κυήσεις, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ηλικία μητέρας στον πρώτο τοκετό, αριθμός τόκων ενδομήτρια καθυστέρηση στην αύξηση, θηλασμός, ίκτερος και διαχρονική παρακολούθηση δεν είναι άμεσα διαθέσιμα ή δεν παρέχονται από το σύνολο των κλινικών δεικτών.

Παρουσιάζεται η εμπειρία από το νεογνικό αρχείο στο Αττικό Νοσοκομείο για το έτος 2010. Ειδικότερα, φαίνεται ότι ~25% των επιτόκων επιτόκων είναι >35, ~20% >40 ετών και στο 1/3 γίνονται για πρώτη φορά μητέρες. Η καισαρική τομή (ΚΤ) είναι πιο συχνή στις μεγάλες ηλικίες χωρίς να συσχετίζεται με αυξημένες επιπλοκές σε σχέση με το φυσιολογικό τοκετό. Στο σύνολο των κυήσεων η ΚΤ φθάνει το 53% και χρήση εμβρυουλκού γίνεται σε <5%. Η ΚΤ ήταν προγραμματισμένη στο 35%, 5% οφειλόταν σε πολύδυμη κύηση, 5% σε ισχιακή προβολή, 4% σε επιθυμία της μητέρας, 2% επείγουσα, 16% λόγω μη εξέλιξης τοκετού και σε 33% τα αίτια ήταν ασαφή. Στατιστικά σημαντική διαφορά στην πιθανότητα εισαγωγής στη ΜΕΝΝ παρατηρήθηκε μόνο μεταξύ επείγουσας καισαρικής τομής έναντι προγραμματισμένης και φυσιολογικού τοκετού αναδεικνύοντας την ανάγκη καλύτερου σχεδιασμού του τρόπου τοκετού ανά περίπτωση. Διαβήτη κύησης παρατηρείται στο 8% των εγκύων, οι οποίες υποβάλλονται συχνότερα σε ΚΤ και θυρεοειδοπάθεια στο 12%.

Με βάση τα παραπάνω και την έρευνα του ΚΕΣΥ συμπεραίνεται ότι η παρακολούθηση της εγκύου και ο τοκετός στην Ελλάδα είναι μια πολύπλοκη εξίσωση με πολλές επιμέρους παραμέτρους που πρέπει να μελετηθούν προσεκτικά, διαφορετικά κινδυνεύουμε να οδηγηθούμε σε λάθος προγραμματισμό σχετικά με τρόπο ενίσχυσης της γεννητικότητας και της φροντίδας εγκύου/νεογνού. Ο μικρός αριθμός παιδιών μπορεί να μην είναι μόνο επιλογή αλλά και αναγκαιότητα και η Ελληνίδα μητέρα είναι μεγάλη σε ηλικία με προβλήματα κύησης που χρήζουν συστηματικής καταγραφής και παρακολούθησης.. Τα θεσμικά όργανα οφείλουν να επιταχύνουν τις διαδικασίες επίσημης συλλογής εθνικών δεδομένων σε ετήσια βάση. Η προσπάθεια αυτή δεν μπορεί να έχει χαρακτήρα μεμονωμένων ανακοινώσεων και ατομικής δουλειάς αλλά πρέπει να περάσει σε εθνική κλίμακα.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΕΝΤΡΟΥ – ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Μ.Μοσχόβη¹, Ε.Ντουβέλης²

1: Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Αιματολογίας-Ογκολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημίου Αθηνών

2: Παθολόγος-Ογκολόγος, Κέρκυρα, Υποψήφιος Διδάκτορας στο Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αντιμετώπιση των παιδιών με νεοπλασματικές ασθένειες στην περιφέρεια παρουσιάζει πολλές δυσχέρειες με αποτέλεσμα η διασύνδεσή τους με τα κεντρικά παιδοογκολογικά τμήματα να καθίσταται απαραίτητη και αποκλειστική σε όλες τις φάσεις αντιμετώπισης της νόσου, από τη διάγνωση έως συχνά και μετά την αποθεραπεία.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της ομιλίας είναι η καταγραφή των προβλημάτων αυτών στην περιφέρεια (Κέρκυρα) και η μετάδοση της εμπειρίας από ένα μεγάλο παιδοογκολογικό κέντρο της Αθήνας (Νοσ. Παίδων Αγ. Σοφία) σχετικά με τη σωστή συνεργασία και την επίλυση προβλημάτων που θα μπορούσαν τελικά να αντιμετωπιστούν σε τοπικό επίπεδο.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Με προσωπικές συνεντεύξεις και με τη βοήθεια ειδικών ερωτηματολογίων, έγινε επαφή με εκπαιδευτικούς, επαγγελματίες υγείας, γονείς καθώς και με παιδιά με νεοπλασματικές ασθένειες και καταγράφηκαν οι εμπειρίες τους αναφορικά με τις δυσκολίες που υπάρχουν σε τοπικό

επίπεδο αναφορικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την παρακολούθηση των παιδιατρικών ογκολογικών ασθενών. Παράλληλα, η διαδραστική διαδικασία μεταξύ των ομιλητών έχει ως αποτέλεσμα τις άμεσες και εστιασμένες απαντήσεις στα κρίσιμα αυτά ερωτήματα και προτείνονται μέθοδοι αντιμετώπισης πολλών από τα προβλήματα που παρατέθηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αναφέρονται τρόποι πρώιμης ανίχνευσης συμπτωμάτων που υποκρύπτουν νεοπλασία (όπως διπλωπία, εμμένουσες κεφαλαλγίες, έντονη κόπωση) και οι δυνατότητες εναλλακτικών προγραμμάτων διδασκαλίας των παιδιών με νεοπλασματικές ασθένειες όταν αυτά δε δύνανται να παραστούν στο σχολείο. Αναλύονται επίσης οι δυνατότητες παρακολούθησης (follow up) των παιδιών κατά την αποθεραπεία σε τοπικό επίπεδο, επικουρικά με την παρακολούθηση από το κέντρο τριτοβάθμιας περίθαλψης της Αθήνας. Επίσης γίνεται ιδιαίτερη αναφορά σε θέματα κόστους μετακινήσεων, διαμονής και εξειδικευμένων εξετάσεων οι δυνατότητες κάλυψης των εξόδων από τα ασφαλιστικά ταμεία. Αναφέρεται τέλος η σημασία της ομαλής επανένταξης των παιδιών αυτών τόσο στις σχολικές τους δραστηριότητες όσο και στη γενικότερη κοινωνικοποίησή τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η φροντίδα του παιδιατρικού ογκολογικού ασθενούς στην περιφέρεια μπορεί και πρέπει να βελτιωθεί. Η διοργάνωση εκπαιδευτικών ομιλιών και σεμιναρίων από τοπικούς φορείς με καλεσμένους που έχουν την απαραίτητη εξειδίκευση και γνώση και απευθύνονται τόσο σε γονείς και εκπαιδευτικούς όσο και σε επαγγελματίες υγείας, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά σε αυτή την κατεύθυνση.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗ ΧΑΡΑΞΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Ε. Βαβουράκη

Πρόεδρος της αστικής μη κερδοσκοπικής εταιρείας «Ηλιτόμνηον»

Η προωρότητα είναι η μόνη, βασική αιτία που συνδέεται με την παιδική θνητότητα και νοσηρότητα τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σήμερα, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ο κοινωνικός περίγυρος ενός πρόωρου μωρού παίζει πολύ μεγάλο ρόλο στην ανάπτυξή του. Είναι πολύ σημαντικό για τις οικογένειες που επηρεάζονται, να έχουν βοήθεια και στήριξη από την αρχή για να αντεπεξέλθουν σε αυτόν τον ρόλο. Οι οργανώσεις

γονέων ενδιαφέρονται κυρίως να εδραιώσουν ένα δεσμό ανάμεσα στους γονείς και τους επιστήμονες υγείας ,να προωθήσουν την αμοιβαία κατανόηση και να συμβάλλουν με κάθε δυνατή δραστηριότητα στην προβολή και επίλυση των ιατρικών και κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων των οικογενειών με πρόωρα νεογνά.

Τον Απρίλιο 2008 , με την ίδρυση του EFCNI(European Foundation for the Care of Newborn Infants) ήταν η πρώτη φορά που γονείς και επιστήμονες ή/και επαγγελματίες διαφορετικών τομέων και ειδικοτήτων, και οι οποίοι εμπλέκονται στη φροντίδα νεογνών και ειδικά πρόωρων, ενώθηκαν σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Το EFCNI, συντονίζοντας μια σειρά δράσεων των οργανώσεων γονέων 27 Ευρωπαϊκών κρατών, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, έχει καταφέρει να αναδείξει την πρωρότητα σε προτεραιότητα της χάραξης πολιτικών υγείας για την ΕΕ. Το «Ηλιτόμνηον», το Ελληνικό μέλος του EFCNI, με την πολύτιμη συνεργασία και συμπαράσταση των Ελλήνων νεογνολόγων, προσπαθεί να προβάλλει τα προβλήματα σε εθνικό επίπεδο και να συμβάλλει στο σχεδιασμό λύσεων.

ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΤΙΣ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ

Ν. Αλεξανδρόπουλος

Ομότιμος καθηγητής φυσικής Πανεπιστήμιου Ιωαννίνων

Αντεπιστέλλον Μέλος Ακαδημίας Αθηνών

Ως θιακός σας καλωσορίζω και συγχαίρω τους οργανωτές οι όποιοι αποφάσισαν να πραγματοποιήσετε το συνέδριο σας στο νησί μας .

Οι νέες τεχνολογίες επικοινωνίας δημιουργούν έναν νέο κόσμο και η εκπαίδευσης καλείται να επαναπροσδιορίσει τους στόχους της, μετατοπίζοντας το κέντρο βάρους των προσπαθειών από τη συλλογή γνώσεων στην ανάπτυξη ικανοτήτων για την επιλογή, αξιολόγηση και αξιοποίησης της πρωτόγνωρης πληθώρας των πληροφοριών. Συγχρόνως πρέπει να δημιουργήσει συναισθηματικά ισορροπημένο ευτυχή άνθρωπο.

Στο σημερινό στάδιο εξέλιξης το σημαντικότερο επίτευγμα της τεχνολογίας είναι η δημιουργία του Παγκόσμιου Ιστού του γνωστού www [World-Wide Web] . Αυτό αποτελεί την εξέλιξη και επέκταση ενός συστήματος το οποίο πρωτοχρησιμοποιήθηκε για την σύγχρονη επεξεργασία δεδομένων διαφόρων ερευνητικών κέντρων φυσικής . Ο Π.Ι. επιτρέπει την πρόσβαση σε όλες τις μεγάλες βιβλιοθήκες σε πλήθος δημοσιευμάτων παγκοσμίως, στη άμεσο πληροφόρηση σε γεγονότα, και στην επικοινωνία των χρηστών του διαδικτύου .Οι δυνατότητες αυτές επέτρεψαν την πραγμάτωση , εν μέρη προς το παρόν, σε ένα εκπαιδευτικό σύστημα που παρέχει εκπαίδευση για κάθε θέμα σε κάθε τόπο την ώρα την οποία επιθυμεί ο εκπαιδευόμενος . Έχουν δημιουργηθεί εικονικές- δυνητικές [virtual] κοινότητες καθηγητών, δασκάλων, εκπαιδευομένων, τηλετάξεις με μαθητάς από διάφορες περιοχές και αρκετά άλλα. Στη χώρα μας γίνονται αξιόλογες προσπάθειες να δοθούν ίσες ευκαιρίες για μάθηση ανεξάρτητα του τόπου διαμονής .

Δεν πρέπει βέβαια να ξεχνάμε όπου υπάρχουν ίσοι υπάρχουν και οι περισσότεροι ίσοι και αυτοί δεν είναι εκείνοι που διαμένουν στις απομακρυσμένες περιοχές.

ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΛΟΓΟΥ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Αλ. Κλημεντοπούλου

Παιδίατρος – Αναπτυξιολόγος, Επιμελήτρια Β', Α Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο παιδών "Η Αγία Σοφία"

Η καθυστέρηση λόγου είναι το συχνότερο προβάλλον σύμπτωμα στο ιατρείο αναπτυξιακής παιδιατρικής αλλά και ένα σύμπτωμα για το οποίο πολύ συχνά οι γονείς θα ζητήσουν τη γνώμη του παιδίατρο της κοινότητας.

Η καθυστέρηση λόγου είναι ένα σύμπτωμα σαφώς καθοριζόμενο με συγκεκριμένα εξελικτικά ορόσημα που δεν πρέπει να αγνοούνται. Ως αξίωμα ισχύει πως αν οι γονείς ανησυχούν, ο παιδίατρος στην κοινότητας θα πρέπει να τους αφουγκραστεί και να δράσει ανάλογα.

Η διαφορική διάγνωση της καθυστέρησης λόγου περιλαμβάνει τις εξής οντότητες: βαρηκοΐα, σφαιρική αναπτυξιακή καθυστέρηση, διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, εξελικτική διαταραχή του λόγου και ψυχοκοινωνική αποστέρηση. Είναι πάντα υπέρ του παιδιού, ο παιδίατρος να παραπέμψει έγκαιρα παρά να καθυσηχάσει τους γονείς. Η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση είναι καθοριστικής σημασίας για την πρόγνωση της αναπτυξιακής δυσκολίας του παιδιού και της μέλλουσας ψυχικής του υγείας.

Σε αυτή την ομιλία θα δοθούν οι ορισμοί, οι προβληματισμοί, οι μύθοι, η πραγματικότητα, ο σωστός χρόνος παραπομπής και διαχείρισης του παιδιού με καθυστέρηση λόγου από τον παιδίατρο της κοινότητας.

Βιβλιογραφία:

1. Feldman HM. Evaluation and management of language and speech disorders in preschool children. *Pediatrics in Review* 2005;26:131-140
2. Whitehouse AJO, Robison M, Zubrick SR. Late talking and the risk for psycho social problems during childhood and adolescence. *Pediatrics* 2011;128
3. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/06/29/peds.2010-2782>
4. Paradise JL, Feldman, HM, Campbell TF, Dollaghan CA, Colborn DK, Bernard BS et al. Effect of early or delayed insertion of tympanostomy tubes for persistent otitis media on developmental outcomes at the age of three years. *NEJM* 2001;344:1179-1187

ΔΙΑΤΡΟΦΗ, ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ:

ΑΝΟΙΓΟΚΛΕΙΝΟΝΤΑΣ ΤΟΥΣ ΔΙΑΚΟΠΤΕΣ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ

Δ. Κομνηνού

Εκπαιδευτικό & Ερευνητικό Κέντρο Μεταβολικών Παθήσεων Μεζίτης, ΝΥ, ΗΠΑ
Τεχνολογικό & Εκπαιδευτικό Ιδρυμα, Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Θεσσαλονίκη

Διατροφικές αλλαγές κατά την περιγεννητική περίοδο έχουν σημαντικές επιπτώσεις στο μεταβολισμό ενός ατόμου κατά την παιδική και ενήλικη ζωή μέσω του φαινομένου του μεταβολικού προγραμματισμού. Η αλλαγή στην έκφραση ορισμένων γονιδίων, εξαιτίας της έκθεσης του εμβρύου ή του βρέφους σε παράγοντες που διαταράσσουν την μεταβολική ισορροπία, μπορεί να ευθύνεται για την αύξηση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την παχυσαρκία, την καρδιαγγειακή νόσο, τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, καθώς και το μεταβολικό σύνδρομο στην ενήλικη ζωή [1]. Η προδιάθεση αυτή μπορεί ακόμη να περάσει και στις επόμενες γενιές. Επιπρόσθετες επιγενετικές αλλαγές σε όλη τη διάρκεια της ζωής υπαγορεύουν περαιτέρω παρεμβάσεις στους μεταβολικούς δρόμους (μεταβολικός επαναπρογραμματισμός) ελέγχοντας τον σχετικό κίνδυνο για την υγεία. Η διατροφογονιδιωματική και διατροφογενετική παρέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις επιπτώσεις της διατροφής στον τρόπο με τον οποίο εκφράζονται τα γονίδια. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής ευνοεί την συνεχή υπερβολική πρόσληψη θερμίδων και περιορίζει την σωματική δραστηριότητα οδηγώντας τον οργανισμό σε χρόνια στρεσογόνα κατάσταση όπου τα στοιχεία του κυτταρικού στρες (μεταβολικό και φλεγμονώδες/οξειδωτικό) εισέρχονται σε φαύλο κύκλο. Για παράδειγμα, σε μελέτη όπου έγινε ταυτόχρονη ανάλυση πολλών γονιδίων, διαπιστώθηκε ότι 52 γονίδια που συνδέονται με φλεγμονώδεις αντιδράσεις είχαν αυξημένη έκφραση στα παχύσαρκα σε σύγκριση με τα μη παχύσαρκα άτομα [2]. Η παραδοσιακή δίαιτα της Ελλάδας προφυλάσσει από την παχυσαρκία και τις χρόνιες παθήσεις αναστέλλοντας τους παράγοντες της χρόνιας φλεγμονής που διατηρούν το φαύλο κύκλο της μεταβολικής δυσαρμονίας [3]. Συνεπώς, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τον ιδιαίτερο ρόλο που διαδραματίζει αυτή η δίαιτα στον μεταβολικό προγραμματισμό και επαναπρογραμματισμό, απαραίτητα στοιχεία για την διατήρηση της προσωπικής και δημόσιας υγείας.

Βιβλιογραφία:

1. Duque-Guimaraes DE, Ozanne SE: Nutritional programming of insulin resistance: causes and consequences. *Trends Endocrinol Metab* 2013, 18(13):006.
2. Lee YH, Nair S, Rousseau E, Allison DB, Page GP, Tataranni PA, Bogardus C, Permana PA: Microarray profiling of isolated abdominal subcutaneous adipocytes from obese vs non-obese Pima Indians: increased expression of inflammation-related genes. *Diabetologia* 2005, 48(9):1776-1783.
3. Simopoulos AP: The Mediterranean Diets: What Is So Special about the Diet of Greece? The Scientific Evidence. *The Journal of Nutrition* 2001, 131(11):3065S-3073S.

ΨΥΧΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ: Η ΑΦΗΓΗΣΗ ΕΝΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ

Α. Κουσουνής

Φιλολόγος, Ιστορικός, ΕΕΚΠΠΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ζούμε σε μία εποχή βαθύτατης κρίσης, ίσως της μεγαλύτερης στην ιστορική μας πορεία...και δεν εννοώ βέβαια μόνο την οικονομική, αυτή άλλωστε είναι συνηθισμένο φαινόμενο στο ιστορικό γίνεσθαι. Εννοώ κυρίως την κρίση αξιοπιστίας στην καθημερινή πράξη, την ηθική κρίση, την κρίση παραδεδομένων αξιών, θεμελιωδών στηριγμάτων του κοινωνικού οικοδομήματος. Όλα σήμερα είναι ρευστά, ανά πάσα στιγμή το αναπάντεχο, το ενδεχόμενο, το αδιανόητο, μπορεί να γίνει πραγματικό!

Τις επιπτώσεις του φαινομένου σε όλα τα επίπεδα της κοινωνικής μας ζωής δείχνει η παραβατική συμπεριφορά ατόμων και κοινωνικών ομάδων, που είναι πια η ταυτότητα της καθημερινότητας. Ιδιαίτερα ο έφηβος σήμερα ζει το προσωπικό του δράμα. Ρευστή η εφηβεία στην εποχή της ρευστότητας δημιουργεί ένα χάος στον ψυχισμό του εφήβου, αφού απουσιάζουν από παντού σταθερές και στηρίγματα.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας δεν είναι να αναδείξει θεωρίες επιστημονικές, ούτε να παρουσιάσει ψυχιατρικές αναλύσεις, αλλά να αναδείξει το πρόβλημα μέσα από τα μάτια ενός δασκάλου, που πάντα βρέθηκε δίπλα στον έφηβο δίνοντάς του το χέρι στην προσπάθειά του να φτιάξει το 'είναι' του.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε συλλογή μέσα από τον τύπο παραβατικής συμπεριφοράς των εφήβων και ακολούθησε σύγκριση με διαχρονική συμπεριφορά των εφήβων, καθώς και προσπάθεια ερμηνείας συμπεριφορών της σύγχρονης πραγματικότητας με έμφαση στην πρόσφατη μητροκτονία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αν δεχτούμε ως αξίωμα τη θέση ότι το άτομο είναι προϊόν της κοινωνίας, επαληθεύουμε το αξίωμα με την ανάγνωση και ερμηνεία συμπεριφορών σημερινών εφήβων, που ταυτίζονται απόλυτα με τα φαινόμενα παθογένειας, που πλήττουν από παντού και μολύνουν την κοινωνική μας ζωή!

Ουσιαστικά η γενιά αυτή των σημερινών εφήβων ενσωματώνει μία χαμένη γενιά και, που αν δε γίνει αναστροφή, ο μολυσμένος κυματισμός θα φτάσει και στην επόμενη γενιά με απρόσμενες επιπτώσεις στην κοινωνική μας ζωή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Κρίση οικονομική, κρίση παιδείας, κρίση της οικογένειας, κρίση πολιτική συν κρίση (ούτως ή άλλως) της εφηβείας, ίσον εφηβεία στο απόσπασμα!

Η βαθιά σημερινή κρίση επηρεάζει κυρίως το σύγχρονο έφηβο, όπως αποδεικνύουν τα φαινόμενα ακραίας συμπεριφοράς, που έχει γίνει πια κανόνας στην καθημερινή μας ζωή! Η απειλή για την κοινωνική συνοχή στο προσεχές και απώτερο μέλλον είναι ξεκάθαρα ορατή!

Επιβάλλεται επαναπροσδιορισμός των στάσεων και συμπεριφορών κυρίως της Πολιτείας (επί τέλους ας αναλογιστεί τις ευθύνες της!...) αλλά και του κάθε πολίτη φορέα ή μη διαμόρφωσης της Εφηβικής ψυχής! «Οι καιροί ου μενετοί». Ας βιαστούμε!

Ενδεικτική βιβλιογραφία:

1. James Arthur Hadfield, Παιδικότητα και εφηβεία, πέμπτη έκδοση, εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα, 1979
2. Εφημερίδα 'Καθημερινή', 3/2/2008
3. Εφημερίδα 'Έλευθεροτυπία', 23/5/2008

ΠΟΛΕΙΣ ΦΙΛΙΚΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

Δ. Αδαμίδης

Διευθυντής ΕΣΥ, Παιδιατρική Κλινική Γ.Ν. Ξάνθης, Πρόεδρος Επιτροπής Θηλασμού Γ.Ν. Ξάνθης,
Πρόεδρος Παραρτήματος Ξάνθης

A. Τι είναι μια πόλη φιλική προς τα παιδιά;

Είναι μια πόλη, ή πιο γενικά ένα σύστημα τοπικής διακυβέρνησης, αφοσιωμένο στην τήρηση των δικαιωμάτων των παιδιών, συμπεριλαμβανομένων και των δικαιωμάτων τους σε:

- Αποφάσεις επιρροής για την πόλη τους.
- Έκφραση της γνώμης τους για την πόλη που θέλουν.
- Συμμετοχή στην οικογένεια, την κοινότητα και την κοινωνική ζωή.
- Παροχή βασικών υπηρεσιών, όπως ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και εκπαίδευση.
- Πρόσβαση σε πόσιμο νερό και σε στοιχειώδεις συνθήκες υγιεινής.
- Προστασία από την εκμετάλλευση, τη βία και την κακομεταχείριση.
- Ασφάλεια στους δρόμους, όταν περπατούν μόνα τους.
- Παιχνίδι και ελευθερία συνάθροισης.
- Χώρους πρασίνου για φυτά και ζώα.
- Ζωή σε μη μολυσμένο περιβάλλον.
- Συμμετοχή σε πολιτιστικά και κοινωνικά γεγονότα.
- Έχουν δικαίωμα να είναι ίσοι πολίτες στην πόλη τους με πρόσβαση σε κάθε υπηρεσία, ανεξαρτήτως εθνικότητας, θρησκείας, οικονομικής κατάστασης, φύλου, ή οποιασδήποτε ανεπάρκειας.

Μια πόλη φιλική προς τα παιδιά, είναι η ενσωμάτωση της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού σε τοπικό επίπεδο, το οποίο στην πράξη σημαίνει πως τα δικαιώματα των παιδιών αντανakλούνται σε πολιτικές, νόμου, προγράμματα και προϋπολογισμούς. Σε μια πόλη φιλική προς τα παιδιά, τα παιδιά είναι ενεργοί πολίτες: οι φωνές και οι απόψεις τους λαμβάνονται υπόψη κι έτσι μπαίνουν σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων επιρροής.

B. Πώς μπορεί μια πόλη να γίνει φιλική προς τα παιδιά;

Μια πόλη μπορεί να γίνει φιλική προς τα παιδιά, πραγματοποιώντας τα ακόλουθα εννέα βήματα:

1. Προωθώντας την ενεργή συμμετοχή των παιδιών σε θέματα που τα επηρεάζουν. Ακούγοντας τις απόψεις τους, λαμβάνοντάς τες υπόψη και χρησιμοποιώντας τες στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων.
 2. Υιοθετώντας ένα φιλικό προς τα παιδιά νομικό πλαίσιο: Εξασφαλίζοντας τη νομοθεσία, τα ρυθμιστικά πλαίσια και τις διαδικασίες που προωθούν με συνέπεια και προστατεύουν τα δικαιώματα όλων των παιδιών.
 3. Ακολουθώντας μια στρατηγική στην πόλη για τα δικαιώματα των παιδιών: Ανάπτυξη μιας λεπτομερούς ολοκληρωμένης στρατηγικής, ή μια ατζέντα για τη δημιουργία μιας Πόλης Φιλικής προς τα Παιδιά, βασισμένης στη Σύμβαση για τα Δικαιώματά του Παιδιού. Χρειάζεται να τεθεί στη διάθεση των παιδιών, να μεταφραστεί στις απαιτούμενες και προσβάσιμες γλώσσες και γενικότερα σε όσους εργάζονται με και για τα παιδιά.
 4. Δημιουργώντας μια Μονάδα Δικαιωμάτων των Παιδιών, ή έναν συντονιστικό μηχανισμό: αναπτύσσοντας μόνιμες δομές στην τοπική κυβέρνηση για να εξασφαλιστεί ότι η προοπτική για το μέλλον των παιδιών θα βρίσκεται σε πρώτη προτεραιότητα.
 5. Αξιολογώντας τον αντίκτυπο που θα έχει η πόλη στα παιδιά: Εξασφαλίζοντας ότι υπάρχει μια συστηματική διαδικασία για να αξιολογηθεί η επιρροή του νόμου, της πολιτικής και της πρακτικής στα παιδιά-πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από την εφαρμογή τους.
 6. Φτιάχνοντας έναν προϋπολογισμό για τα παιδιά: Εξασφάλιση των επαρκών πόρων και της ανάλυσης του προϋπολογισμού για αυτά. Τα παιδιά πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη δημιουργία του προϋπολογισμού της πόλης, όπως συμβαίνει και με τις άλλες δραστηριότητες που πραγματοποιεί.
 7. Μια έκθεση για την κατάσταση των παιδιών στην πόλη: Εξασφάλιση ικανοποιητικού ελέγχου και συλλογής δεδομένων για την κατάσταση των παιδιών και των δικαιωμάτων τους.
 8. Γνωστοποίηση των δικαιωμάτων των παιδιών: Εξασφάλιση της συνειδητοποίησης των δικαιωμάτων τους από τα ίδια και τους ενήλικες.
 9. Ανεξάρτητη υποστήριξη των παιδιών: Στηρίζοντας το έργο των μη κυβερνητικών οργανώσεων, αλλά και άλλων φορέων και οργανισμών που προωθούν τα δικαιώματα των παιδιών.
- Στην εισήγηση θα παρουσιαστούν και εμπειρίες από σχετικές δράσεις παραρτημάτων της εταιρίας.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 30 ΑΥΓΟΥΣΤΟΥ 14:00 – 15:00

Αίθουσα Α: Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Συντονιστές: Α. Λοράνδος, Ν. Κουρή

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΝΗΣΙΩΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ

Διονύσιος Γεωργάτος

Παιδιατρική Κλινική Γ. Ν. Κεφαλληνίας, Αργοστόλι Κεφαλληνίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρήση των Η/Υ και του διαδικτύου αποτελούν βασικό χαρακτηριστικό της σημερινής εποχής, ωστόσο η υπερβολική χρήση τους δύναται να οδηγήσει σε εθισμό και ποικίλες αρνητικές ψυχοσωματικές επιπτώσεις.

ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη της χρήσης των ηλεκτρονικών μέσων και ο εθισμός στο διαδίκτυο στους μαθητές της Κεφαλονιάς και της Ιθάκης.

ΥΛΙΚΟ

3.100 μαθητές Ε' & ΣΤ' Δημοτικού, Γυμνασίου, Εν. Λυκείου και ΕΠΑΛ της Κεφαλονιάς και της Ιθάκης.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Διανομή και συμπλήρωση έγγραφου ερωτηματολογίου, βασισμένο στο διαγνωστικό για τον εθισμό στο διαδίκτυο ερωτηματολόγιο της Κ. Young.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο των 2.220 έγκυρων απαντηθέντων ερωτηματολογίων βρέθηκε ότι ο εθισμός στο διαδίκτυο των μαθητών Κεφαλονιάς/Ιθάκης, ηλικίας 10-19ετών, ανέρχεται στο 2,5% (≥ 5 θετικές απαντήσεις στα 7 ερωτήματα κατά Κ. Young). Ο εθισμός αυτός αφορά κυρίως τις αστικές περιοχές, τους εφήβους (Μ.Ο:14,87έτη) και κατά μικρή υπεροχή τα κορίτσια (52,7%). Επίσης, από την έρευνα βρέθηκε ότι το 80,4% διαθέτει σύνδεση internet στο σπίτι του όπου είναι και η συχνότερη τοποθεσία χρήσης του διαδικτύου (85,9%), το 64,8% έχει δικό του υπολογιστή ενώ

παρατηρείται έναρξη χρήσης των ηλεκτρονικών υπολογιστών σε ηλικία ≤ 8 ετών στο 33,9% και 8-10 ετών στο 32,4%. Το 80,3% ασχολείται με κάποια εξωσχολική δραστηριότητα [αθλήματα (69,2%), χορός, μουσική κ.ά].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο εθισμός των νέων στο διαδίκτυο αποτελεί ένα υπαρκτό πρόβλημα προς αντιμετώπιση στην περιοχή της Κεφαλονιάς/Ιθάκης, ωστόσο συγκριτικά με άλλες εγχώριες και διεθνείς μελέτες είναι σε χαμηλότερα ποσοστά. Αυτό πιθανόν να συσχετίζεται με την ισχυρή ενασχόληση των συγκεκριμένων μαθητών με εξωσχολικές δραστηριότητες και τον αθλητισμό.

Ευχαριστίες: Νικολίτσα Κουτρουμάνη¹, Μαρία Δάλλα², Ευάγγελος Ευαγγελάτος¹, Καλυψώ Δανελάτου¹, Βασιλική Γεωργοπούλου¹, Αλεξία Βίντερ¹, Κωνσταντίνος Μπογιατζής¹

1.Παιδιατρική Κλινική Γ. Ν. Κεφαλληνίας, Αργοστόλι Κεφαλληνίας

2.ΤΕΙ Ιονίων Νήσων - Τμήμα Δημοσίων Σχέσεων & Επικοινωνίας, Αργοστόλι Κεφαλληνίας

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Διαμαντάρας Α, Ντουβέλης Ε, Σεργεντάνης Θ, Πετρίδου Ε

Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ

Η διατροφή της μητέρας και του παιδιού θεωρείται ως ένας παράγοντας που μπορεί να συνεισφέρει στην εμφάνιση παιδικής λευχαιμίας αλλά και να δράσει προστατευτικά απέναντι σε αυτή. Πολλές μελέτες ασθενών-μαρτύρων έχουν διεξαχθεί μελετώντας την παραπάνω υπόθεση χωρίς ωστόσο να καταλήγουν ομόφωνα σε κάποια συμπεράσματα σχετικά με τον ρόλο της διατροφής. Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για σχετικές μελέτες και η μετα-ανάλυση τους ίσως δώσουν μια πιο σαφή απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Έγινε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για άρθρα που μελετούν τη διατροφή της μητέρας ή του παιδιού σε σχέση με την εμφάνιση παιδικής λευχαιμίας στις βάσεις δεδομένων Medline και Google Scholar, βάσει των λέξεων-κλειδίων: childhood, maternal, food, nutrition, diet, leukemia. Από τα 4165 αποτελέσματα του αλγόριθμου, τα 12 ήταν σχετικά με το θέμα, ύστερα και από εξαίρεση των άρθρων που αν και σχετικά δεν ήταν δυνατόν να συμπεριληφθούν στη μετα-

ανάλυση. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε μετα-ανάλυση όλων των τροφίμων που μελετώνταν τουλάχιστον από δυο άρθρα και έγινε σχεδιασμός των αντίστοιχων πινάκων και γραφημάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση περιορίστηκε στις περιπτώσεις Οξείας Λεμφογενούς Λευχαιμίας που αποτελούν και την πλειοψηφία των κρουσμάτων λευχαιμίας στην παιδική ηλικία. Για την διατροφή τη μητέρας χρησιμοποιήθηκαν 9 μελέτες και μετα-αναλύθηκαν 17 τρόφιμα. Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα υπήρχε μόνο για την κατανάλωση ψαριού η οποία βρέθηκε προστατευτική απέναντι στην εμφάνιση παιδικής λευχαιμίας. Για την αξιολόγηση της διατροφής του παιδιού χρησιμοποιήθηκαν 5 μελέτες και μετα-αναλύθηκαν 10 τρόφιμα για τα οποία δεν υπήρχε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης για την διατροφή της μητέρας περιορίζονται στην ομάδα των ψαριών ενώ για την διατροφή του παιδιού δεν υπήρξε στατιστικά σημαντικό εύρημα. Δεδομένου του μικρού αριθμού των μελετών πάνω στο συγκεκριμένο θέμα και της μεγάλης ετερογένειας στη μελέτη των διατροφικών παραμέτρων της δίαιτας της μητέρας και του παιδιού αλλά και της δυσκολίας που υπάρχει στην αντικειμενική καταγραφή αυτών, η κρίνεται σκόπιμη η διενέργεια περαιτέρω μελετών με συστηματικό τρόπο προσέγγισης των διατροφικών συνηθειών για την γενίκευση των παραπάνω αποτελεσμάτων.

Βιβλιογραφικές αναφορές:

1. Diamantaras AA, Dessypris N, Sergentanis TN, Ntouvelis E, Athanasiadou-Piperopoulou F, Baka M, et al. Nutrition in early life and risk of childhood leukemia: a case-control study in Greece. *Cancer causes & control : CCC*. 2013;24(1):117-24.
2. Peters JM, Preston-Martin S, London SJ, Bowman JD, Buckley JD, Thomas DC. Processed meats and risk of childhood leukemia (California, USA). *Cancer causes & control : CCC*. 1994;5(2):195-202.
3. Petridou E, Ntouvelis E, Dessypris N, Terzidis A, Trichopoulos D. Maternal diet and acute lymphoblastic leukemia in young children. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*. 2005;14(8):1935-9.

ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ –ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Η ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Κούτση Β.

Μαία, Κέντρο Υγείας Ιθάκης/ Ψυχολόγος

Στα πλαίσια ενημέρωσης και προετοιμασίας των εγκύων για τη μητρότητα γίνεται αναφορά για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού τόσο στην ανάπτυξη ενός υγιούς βρέφους, όσο και για την προστασία που του προσφέρει μειώνοντας τις πιθανότητες εμφάνισης λοιμώξεων και νοσημάτων. Σημαντική είναι η συμβολή του στην δημιουργία ασφαλούς δεσμού με τη μητέρα βοηθώντας το να αναπτύξει ολοκληρωμένα το δυναμικό του με συναισθηματική κάλυψη. Περιγράφονται τα εμπόδια που παρουσιάζονται στην επιλογή της μητέρας να θηλάσει, στην εγκατάσταση του θηλασμού και στη συνέχιση του, καθώς και τρόποι αντιμετώπισης τους.

Βιβλιογραφικές αναφορές:

1. Holmes A V et al. Combination Feeding of Breast Milk and Formula: Evidence for Shorter Breast-Feeding Duration From the National Health and Nutrition Examination Survey. J Pediatr.2011;159:186-191
2. Zanardo V et. al. Early lactation failure and formula adoption after elective caesarean delivery: cohort study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.2012 Apr.19
3. www.breastfeedingfriendly.com.au

ΔΟΜΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΑ ΝΗΣΙΑ: ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ-ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ, ΕΦΗΒΟΥ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Μάνδουλα-Κουσούνη Μ.¹, Σπίνουλα Ε.², Τσάρκου Σ.², Βαρκάρη Π.²

¹ Παιδίατρος, Ιστορικός, ΙΑΚ Κέρκυρας

² Επισκέπτρια Υγείας, ΙΑΚ Κέρκυρας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά καιρούς στην πορεία του χρόνου, διάφορες δομές δημόσιας α'βάθμιας φροντίδας συμβάλλουν στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων παιδιού, εφήβου και ενηλίκων, αλλά και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών μονάδων και την εξυπηρέτηση ατόμων με οικονομικά προβλήματα.

Το ΙΑΚ της Κέρκυρας, που αποτελεί τη συνέχεια του ΠΙΚΠΑ Κέρκυρας, είναι μία τέτοια δομή.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι η ανάδειξη μίας δομής δημόσιας α'βάθμιας φροντίδας υγείας, του ΙΑΚ της Κέρκυρας, που μέσα από το έργο του και τη συνεργασία του με συναφείς επιστημονικούς φορείς παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη, την υγεία του παιδιού και του εφήβου και τη στήριξη της οικογένειας, ιδιαίτερα σε μία περιοχή με πολιτισμική πληθυσμιακή σύνθεση, αλλά και αυξημένα προβλήματα, λόγω της πληθυσμιακής αύξησης ιδιαίτερα κατά τους καλοκαιρινούς μήνες και τα γενικότερα προβλήματα του συστήματος υγείας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συλλογή και αξιολόγηση του αρχειακού υλικού του ΙΑΚ Κέρκυρας κατά το έτος 2012, έτος που η οικονομική κρίση ήταν ιδιαίτερα αισθητή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε μία κρίσιμη εποχή από οικονομική, κοινωνική και ηθική άποψη το ΙΑΚ Κέρκυρας, ξεπερνώντας ακόμη και την ιστορική του παράδοση (πρώην ΠΙΚΠΑ), πραγματοποίησε έργο πολύ σημαντικό σε όλους τους τομείς που αφορούν την υγεία του παιδιού και του εφήβου.

Εξετάστηκαν 5.556 παιδιά σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας και συνεργάστηκε με επιστημονικούς φορείς του τόπου, όπως το παράρτημα της Κέρκυρας της ΕΕΚΠΥ, της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας (ΙΧΕΚ), το Πανεπιστήμιο Αθηνών, σε θέματα πρόληψης και ενημέρωσης. Ιδιαίτερα πολύ σημαντική είναι η προσφορά του σε άτομα με οικονομικά προβλήματα και σε ομάδες υψηλού κινδύνου (ανασφάλιστοι, άποροι, μετανάστες, αλλοδαποί, Roma).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το ΙΑΚ Κέρκυρας λειτουργεί ως ένα κέντρο δημόσιας α'βάθμιας φροντίδας υγείας, στο κέντρο της πόλης και συμβάλλει ιδιαίτερα στην υγεία παιδιών και εφήβων του πληθυσμού της Κέρκυρας, κυρίως ευπαθών ομάδων, καθώς και στη στήριξη της οικογένειας, καλύπτοντας το κενό από την έλλειψη Κέντρου Υγείας και του Νοσοκομείου της Κέρκυρας, που βρίσκονται σε αρκετή απόσταση από την πόλη. Όπως κατά ομολογία η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι ο κορμός κάθε συστήματος υγείας, έτσι και το ΙΑΚ της Κέρκυρας αποτελεί ένα βασικό κορμό του σημερινού συστήματος υγείας και η σημασία του θα είναι ιδιαίτερα αυξανόμενη στο μέλλον. Ως εκ τούτου είναι επιτακτική ανάγκη η Πολιτεία να στηρίξει ιδιαίτερα τις δομές αυτές της α'βάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή τα ΙΑΚ, σε μία περίοδο που ο υγειονομικός τομέας στη χώρα μας παρουσιάζει μεγάλη παθογένεια.

Ενδεικτική βιβλιογραφία:

1. Αρχεία του ΙΑΚ Κέρκυρας
2. Σωτηριάδου Κ. , Μαλλιάρου Μ. , Σαράφης Π. «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές», *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2011)* Τόμος 3, Τεύχος 4, 140-148
3. Γιάννης Κυριόπουλος, «Πέραν του Μνημονίου: Ανασυγκρότηση στο σύστημα υγείας», http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias.

ΕΝ ΑΠΕΙΛΗ ΕΥΡΙΣΚΟΜΕΝΟΙ ΥΠΕΡΑΣΠΙΖΟΜΑΣΤΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Δ. Αδαμίδης

Παιδιατρική Κλινική Γ.Ν.Ξάνθης, Ξάνθη

5/2009: αιμορραγία νεογνού από ομφάλιο. 3/2011 Εκπονείται μελέτη, εγγράφως προειδοποιείται η διοίκηση για κίνδυνο θανατηφόρου αιμορραγίας. 6/2011: νεογέννητο αιμορραγεί λόγω χαλάρωσης κλιπ. Τοποθετείται δεύτερο-χαλασμένο! Τρίτο ανακόπτει αθρόα αιμορραγία. Ακολουθούν άλλα 2 περιστατικά.

Αποδεικνύουμε: **12 αστοχίες υλικού** (μονό αντί διπλού άγκιστρο ασφαλείας, χωρίς αντιολισθητική γραμμωτή λαβή, χωρίς εσωτερικό αυλάκι παγίδευσης του λώρου, μικρότερο αντιολισθητικό άγκιστρο, λιγότερα-μικρότερα δοντάκια, μικρότερο με λιγότερα δοντάκια πεπλατυσμένο άκρο, απουσία οπτικού ελέγχου για διαπίστωση αστοχίας). Ερμηνεύουμε μηχανισμό αιμορραγίας αποδεικνύοντας ότι το κλιπ στερείται δυνατότητας διατήρησης σταθερής πίεσης στα ομφαλικά αγγεία καθώς σταδιακά ο λώρος συρρικνώνεται.

Ακολουθεί παραπομπή στο πειθαρχικό ΕΣΥ, Ιατρικού Συλλόγου και εισαγγελία για απόλυση, αφαίρεση αδείας ασκήσεως επαγγέλματος, φυλάκιση διότι «άσκησα κριτική στην προϊσταμένη αρχή, παραβίασα την ιατρική δεοντολογία και διέσπειρα ψευδείς ειδήσεις»!! Καλούμαι να σιωπήσω για να μην απολυθώ : «τι σε νοιάζει; κάνε πως δεν είδες, δεν άκουσες, δεν κατάλαβες, η σιωπή είναι χρυσός» είπαν.

Επιλέγεις ή σιωπή = συνενοχή στο θάνατο αθώων ή επιστημονικά τεκμηριωμένη απόδειξη αλήθειας. Δεν σώπασα, δικάστηκα 3 φορές, αθώωθηκα παμψηφεί. Ο κώδικας ιατρικής δεοντολογίας ορίζει: «ο ιατρός σέβεται την ανθρώπινη ζωή ακόμη και υπό απειλή. Κάθε ιατρός απολαμβάνει επιστημονικής ελευθερίας και ελευθερίας συνείδησης (όχι μόνο όταν συμφέρει την εξουσία). Οφείλει να γνωρίζει τον κοινωνικό χαρακτήρα του λειτουργήματος του και έχει την υποχρέωση να εφιστά την προσοχή της κοινότητας, σε θέματα που έχουν σχέση με τη δημόσια υγεία και τη βελτίωση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών» Αποτέλεσμα: Ελαττωματικά κλιπ αντικαταστάθηκαν. Η αλήθεια δικαιώθηκε. Οι διώξεις συνεχίζονται.

Βιβλιογραφία:

1. Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας «ΝΟΜΟΣ 3418/2005 - ΦΕΚ 287/Α'/28.11.2005»

ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ: Η ΦΥΣΗ ΕΠΙΒΑΛΛΕΙ, ΟΙ ΘΡΗΣΚΕΙΣ ΠΡΟΤΡΕΠΟΥΝ, Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΑΠΟΔΕΙΚΝΥΕΙ

Μ. Άγκο, Δ. Αδαμίδης

Παιδιατρική Κλινική Γ.Ν.Ξάνθης

Χριστιανισμός: Πατέρας Παΐσιος: Το μητρικό γάλα δίνει υγεία. Τα παιδιά δεν θηλάζουν μόνο γάλα, θηλάζουν και αγάπη, στοργή, παρηγοριά, ασφάλεια, και αποκτούν δυνατό χαρακτήρα. Και την μητέρα βοηθάει ο θηλασμός. Δεν θηλάζουν σήμερα οι μάνες, οπότε τα παιδιά μεγαλώνουν απαρηγόρητα. Ποιος θα τους δώσει στοργή και αγάπη; Το κουτί με το γάλα της αγελάδας; Θηλάζουν από «παγωμένο» μπουκάλι και παγώνει η καρδιά τους. Όταν μεγαλώσουν, ζητούν παρηγοριά στο μπουκάλι της μπίρας. Αν δεν πάρουν στοργή τα παιδιά, δεν θα έχουν να δώσουν στοργή, και πάει σχοινί-κορδόνι...

Μωαμεθανισμός: Κοράνιο (εδάφιο 2/233): αποκλειστικός θηλασμός 6 μήνες και με τη προσθήκη στερεών τροφών 2 χρόνια. Πλεονεκτήματα θηλασμού: θωρακίζει την άμυνα, προστατεύει από ασθένειες, παρέχει όλα τα αναγκαία για την ανάπτυξη, ενισχύει το δεσμό παιδιού – μητέρας, βοηθάει να έχει αυτοπεποίθηση και βοηθάει τη σωματική και ψυχική υγεία της μητέρας. Όλα τα παιδιά που έχουν θηλάσει την ίδια γυναίκα (ακόμα και διαφορετικών γονέων) θεωρούνται αδέλφια και δεν μπορούν να παντρευτούνε μεταξύ τους.

Επιστήμη: Αποδείχτηκε η αναγκαιότητα της επαφής δέρμα με δέρμα, ο ρόλος της ωκυτοκίνης στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού και το δέσιμο μητέρας-παιδιού, ο ανοσοπροστατευτικός ρόλος του Μ.Θ., η προστασία μητέρας-παιδιού από πληθώρα νοσημάτων. Διαπιστώθηκε η παρουσία αρχέγονων βλαστοκυττάρων στο Μ.Γ. τα οποία ενσωματώνονται σε διάφορους ιστούς του παιδιού και σύμφωνα με νεότερες μελέτες ασκούν επιγενετική επίδραση στο DNA του παιδιού. Συνεπώς όσοι θήλασαν από την ίδια γυναίκα έχουν παρόμοιο DNA όπως τα εξ αίματος αδέλφια και δεν πρέπει να παντρεύονται μεταξύ τους.

Βιβλιογραφία:

1. Hinde K, et al, Am J Phys Anthropol, May 2013, Epub Feb, 2013
2. Jennifer Tow. The Co-Evolution of Humans & Microbiota--Epigenetic Implications for Breastfeeding Proceedings of GOLD 13, May 2013

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΤΟ ΝΕΡΟ

Μ. Παπανικολάου, Δ. Αδαμίδης

Παιδιατρική Κλινική Γ. Ν. Ξάνθης

ΣΚΟΠΟΣ

Ενημέρωση των γονέων και κηδεμόνων παιδιών προσχολικής ηλικίας για τους κινδύνους που ελλοχεύουν στο σπίτι και στο νερό (θάλασσα, λίμνη, ποτάμι, πισίνα, μπανιέρα) καθώς και για την προστασία των μικρών παιδιών από αυτούς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Έγινε προφορική ενημέρωση (ομιλίες) στους γονείς παιδιών που παρακολουθούν παιδικούς σταθμούς της πόλης μας. Τα επιστημονικά δεδομένα που παρουσιάστηκαν προσαρμόστηκαν ώστε να ανταποκρίνονται στο γενικό πληθυσμό: απλά σχήματα, κατανοητές εικόνες, πολλά παραδείγματα. Οι κίνδυνοι δεν είναι ίδιοι σε κάθε χώρο του σπιτιού (κουζίνα, μπάνιο, σαλόνι, υπνοδωμάτιο, αυλή). Δόθηκαν οδηγίες πρόληψης και αντιμετώπισης για κάθε χώρο, σε κάθε περίπτωση. Επίσης, ετοιμάστηκε οπτικοακουστικό υλικό (ταινία μικρής διάρκειας) το οποίο προβλήθηκε κατά τη διάρκεια της ενημέρωσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ενημέρωση και η πρόληψη των ατυχημάτων μπορεί να μειώσει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα ιδίως σε μικρές ηλικίες. Στην εποχή της ενημέρωσης μέσω του διαδικτύου υπάρχουν πολλοί γονείς που αγνοούν βασικούς κανόνες προστασίας των παιδιών τους. Η προσωπική ενημέρωση, ιδιαίτερα όταν γίνεται σε μικρές ομάδες και όχι σε ένα γεμάτο αμφιθέατρο, φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματική: μεγαλύτερη ανταπόκριση από την πλευρά των γονέων, εκδήλωση ενδιαφέροντος παρακολούθησης της ομιλίας, συμμετοχή στην διατύπωση αποριών αλλά και στις απαντήσεις καθώς και στη συνεισφορά μιας δικής τους προσωπικής εμπειρίας.

Η συστηματικότερη ενημέρωση του κοινού σε μικρές κάθε φορά ομάδες, είναι ο πιο εύκολος, οικονομικός και αποτελεσματικός τρόπος προστασίας των παιδιών μας από καθημερινούς και αθέατους κινδύνους.

Βιβλιογραφία:

1. <http://www.redcross.org/>
2. <http://www.cdc.gov/>
3. <http://www.nhs.uk>

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΕΠΑΦΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ

Παπανικολάου Μ, Αντωνίου Στ, Μηλιούδη Μ, Τοτκίδης Γ, Αδαμίδης Δ.

Παιδιατρική Κλινική Γ. Ν. Ξάνθης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συναίνεση του γονέα αποτελεί αναγκαία συνθήκη συμμετοχής παιδιών σε ερευνητικά πρωτόκολλα. Συνήθως ο φόβος του γονιού για τη φύση των εξετάσεων που θα πραγματοποιηθούν ή έστω για τη χρήση των προσωπικών δεδομένων του παιδιού του εμποδίζουν την ένταξή του σε ιατρικές μελέτες.

ΣΚΟΠΟΣ

Η προσωπική επαφή, η συζήτηση και η επίλυση των προβληματισμών των γονιών με απλό και κατανοητό τρόπο από τον ιατρό, αποτελεί μέσο αύξησης του αριθμού των συμμετεχόντων σε επιστημονικές μελέτες.

ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν οι πληθυσμοί δύο παιδικών σταθμών της πόλη μας. Ενημερώθηκαν οι γονείς παιδιών ηλικίας 3-5 ετών για τη φυσική πορεία της κοιλιοκάκης και τη δυνατότητα ελέγχου των παιδιών στα σχολεία με μέθοδο ταχείας ανίχνευσης με «μία σταγόνα αίματος», χωρίς οικονομική επιβάρυνση. Στο πρώτο παιδικό σταθμό ενημερώθηκαν 92 οικογένειες μέσω επίσημου ενημερωτικού εγγράφου της παιδογαστρεντερολογικής εταιρίας. Στο δεύτερο σταθμό ενημερώθηκαν 108 οικογένειες μέσω προγραμματισμένης ομιλίας και συζητήσεως με τους γονείς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τις 92 οικογένειες με γραπτή ενημέρωση ανταποκρίθηκε μόνο μία (1,01%) λόγω θετικού ιστορικού του πατέρα. Στο δεύτερο σταθμό ελέγχθηκαν 83 παιδιά (ανταπόκριση 77%). $P < 0,001$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η γραπτή, απρόσωπη ενημέρωση του γονέα συνήθως δεν αρκεί για να απαντήσει στις πολλαπλές απορίες του και να τον καθησυχάσει για την αντιμετώπιση που θα έχει το παιδί του. Αντιθέτως, η προσωπική, ανθρώπινη συζήτηση του ιατρού με το γονέα ανοίγει το δρόμο μιας καρποφόρας συνεργασίας.

Βιβλιογραφία:

1. Pediatric and adult celiac disease: similarities and differences. Poddar U. Indian J Gastroenterol. 2013 May 29 Department of Pediatric Gastroenterology, Sanjay Gandhi Postgraduate Institute of Medical Sciences
2. Zugna D, Richiardi L, Stephansson O, Cnattingius S, Ludvigsson JF. Mortality rate in children born to mothers and fathers with celiac disease: a nationwide cohort study. Am J Epidemiol. 2013 Jun 15; 177(12):1348-55. doi: 10.1093/aje/kws397. Epub 2013 Apr 25.
3. Husby S, Murray JA. New aspects of the diagnosis of celiac disease in children, adolescents, and adults. Mayo Clin Proc. 2013 Jun; 88(6):540-3. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.03.018. Epub 2013 May 6. Department of Pediatrics, Hans Christian Andersen Children's Hospital, Odense University Hospital, Odense, Denmark.

Αίθουσα Β: Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Συντονιστές: Ν. Σκεντέρης, Δ. Γεωργάτος

ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΕΑΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ;

Παπιγγιώτης Γ, Μπινιάρης- Γεωργαλλής ΣΙ, Πετρίδου Ε.

Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επίπτωση του νεανικού διαβήτη (ΝΔ) στην Ελλάδα υπολογίζεται σε 10,4 περιστατικά/100 χιλιάδες κατοίκους με μέσο κόστος παρακολούθησης τιμών σακχάρου και θεραπείας με ινσουλίνη ανά άτομο ετησίως ~3000 ευρώ (International Diabetes Federation). Διερευνάται η ενδεχόμενη επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην υγειονομική περίθαλψη των ατόμων με ΝΔ και ειδικότερα αν υπάρχουν επιπτώσεις στην προβλεπόμενη ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Γίνεται αναφορά στο έργο και τις δραστηριότητες της Πανελλήνιας Ένωσης Αγώνα κατά του Νεανικού Διαβήτη (Π.Ε.Α.Ν.Δ), μέλους του Διεθνούς Ιδρύματος για το Νεανικό Διαβήτη (JDF), της Ελληνικής Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ) και της Ένωσης «ΜΑΖΙ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ».

ΥΛΙΚΟ

ΚΑΙ

ΜΕΘΟΔΟΙ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με ηλεκτρονική συμπλήρωση 135 ερωτηματολογίων από τα περίπου 2500 μέλη –γονείς και παιδιά- της (Π.Ε.Α.Ν.Δ), την περίοδο Μάιος-Ιούνιος 2013 μετά από αίτημα και αποδοχή από το ΔΣ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η κρατική πρόνοια σε θέματα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για άτομα με ΝΔ ήταν μέχρι σήμερα δεδομένη. Όμως οι δυσκολίες που βιώνουν σήμερα στην καθημερινότητά τους, λόγω της κρίσης που σχετίζονται κυρίως με αλλαγές στην παροχή της ιατροφαρμακευτικής κάλυψης, το νέο καθεστώς απόκτησης των αναλωσίμων καθώς και τις μακροχρόνιες οφειλές των ταμείων σε συνδυασμό με τις περικοπές του οικογενειακού εισοδήματος, φαίνεται να έχουν επηρεάσει σημαντικά τον ψυχισμό τους και τον τρόπο που «βλέπουν» το μέλλον της υγείας τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παράλληλα με το πάγιο αίτημα της δημιουργίας βάσης καταγραφής των ασθενών με ΝΔ, που θα επιτρέπει την ακριβέστερη αποτύπωση του μεγέθους το προβλήματος και την παρακολούθηση

της έκβασης από τη νόσο φαίνεται ότι είναι απαραίτητη η συμπλήρωση ελάχιστων οικονομικών δεδομένων βασικής υποστήριξης προς αποφυγή των δαπανηρότερων απώτερων επιπλοκών. Μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί έχουν αναλάβει επαινετές ενέργειες προς την κατεύθυνση αυτή.

Ευχαριστίες : Δ.Σ Π.Ε.Α.Ν.Δ

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ: ΤΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΓΝ'ΕΔΕΣΣΑΣ

Τσουγένη Αικ.¹, Χυδίρογλου Λ.², Χότζας Μ.³

¹Επισκέπτρια Υγείας, ²Κοινωνική Λειτουργός ³Λογοθεραπευτής ΓΝ'Εδεσσας

ΣΚΟΠΟΣ

Αν και η εφαρμογή προγραμμάτων Πρώιμης Ανίχνευσης Παιδικής Παρέμβασης (Π.Α.Π.Π), μπορεί να αναδείξει ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων μάθησης, ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και σχολικής προσαρμογής, στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν δεδομένα εφαρμογής τους. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει τον σχεδιασμό, υλοποίηση και αποτίμηση της αποτελεσματικότητας εφαρμογής ενός πρότυπου προγράμματος Π.Α.Π.Π σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Υιοθετήθηκε το μοντέλο της οικολογικό-συστημικής προσέγγισης και προσέγγισης βασισμένης στους πόρους και αναπτύχθηκαν δράσεις ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης της κοινότητας για θέματα Π.Α.Π.Π. Παιδιών Προσχολικής ηλικίας. Η αξιολόγηση αφορούσε την εκτίμηση δεξιοτήτων και ικανοτήτων στους πέντε (5) βασικούς τομείς της ανάπτυξης τους (γνωστικό, κοινωνικό, συναισθηματικό, ψυχοκινητικό και αισθητικό) από διεπιστημονική ομάδα, που την αποτελούσαν δύο (2) Κοινωνικοί Λειτουργοί, δύο (2) Λογοθεραπευτές, μία (1) Ψυχολόγος υπό την επιστημονική υπευθυνότητα Επισκέπτριας Υγείας. Το δείγμα μελέτης και παρέμβασης αποτελούσαν 205 παιδιά προσχολικής ηλικίας 3 έως και 5 ετών, από 13 νηπιαγωγεία του Δήμου Έδεσσας, 148 γονείς και 20 νηπιαγωγοί. Η μελέτη διενεργήθηκε με 3 προγραμματισμένες επιτόπιες συναντήσεις ανά Νηπιαγωγείο. Για τη συλλογή των πληροφοριών, χρησιμοποιήθηκαν συνδυαστικές τεχνικές, όπως αυτοαναφορές, ελεύθερη και φυσική παρατήρηση στο εκπαιδευτικό πλαίσιο, μελέτη ατομικού φακέλου προόδου νηπίων, τεστ προσχολικής ανάπτυξης και λίστες ελέγχου συμπεριφορών, συνέντευξη με γονείς, παιδιά και νηπιαγωγούς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 205 μαθητές διαπιστώθηκε ότι 76 (37%) χρήζουν υποστήριξης ειδικού, όπως λογοθεραπευτή (43%), ψυχολόγου και κοινωνικού λειτουργού (33%) και ομάδα άλλων ειδικών (24%). Η αξιολόγηση αποδοχής του προγράμματος από τους συμμετέχοντες ήταν ιδιαίτερη θετική και η αποτελεσματικότητα του ικανοποιητική.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Διαπιστώθηκε σε υψηλά ποσοστά, η επίδραση των διαταραχών λόγου και ομιλίας στην επικοινωνιακή επάρκεια παιδιών προσχολικής ηλικίας, στην ψυχική υγεία και την μαθησιακή τους ικανότητα. Η Πρώιμη παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει στην αναπλήρωση των “χαμένων ευκαιριών” με την ολιστική διεπιστημονική και διωπηρεσιακή συνεργασία.

Βιβλιογραφικές αναφορές:

1. 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Λογοπεδικών-Λογοθεραπευτών (27-29/4/2012) Αθήνα-Βιβλίο Περιλήψεων
2. Τι σημαίνει «συνεργάζομαι» σε διεπιστημονική ομάδα
Μάντακα-Brinkmann E., Γιαξόγλου Κ, Αλευρομαγείρου Π., Κριάλη Φ., Κουτσογιάννη Ν., Παπαπαύλου Μ., Σταμούλη Α., Ψίλλια Μ., Δρακοπούλου Γ., Βουγιούκα Χ. Ίδρυμα για το Παιδί
3. «Η Παμμακάριστος» (σελ.30)
4. Η αναγκαιότητα διεπιστημονικής συνεργασίας λογοπεδικών και παιδαγωγών προσχολικής ηλικίας στην πρώιμη ανίχνευση προβλημάτων λόγου, ομιλίας και επικοινωνίας.
Καρλή Α. -Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (σελ.54)
5. Πρώιμη ανίχνευση διαταραχών λόγου: Μια εφαρμογή του ΑνΟμιΛο4 από το ΚΨΥ Λάρισας στους παιδικούς σταθμούς του Δήμου Λαρισαίων
Μπαϊράμογλου Α., Πλιάκα Δ., Κούτκου Β., Αναστασοπούλου Α., Βακάλη Χ. - ΚΨΥ Λάρισας

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΗΠΕΙΡΟ

Μπόμπορη Ε¹, Νιάκας Δ², Νάκου Ι¹, Σιαμοπούλου-Μαυρίδου Α¹, Τζούφη Μ¹

¹ Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων,

² Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

ΣΚΟΠΟΣ

Η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ) των παιδιών με επιληψία, η διερεύνηση των επιβαρυντικών παραγόντων και η σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό, με σταθμισμένα και αξιόπιστα εργαλεία στον ελληνικό πληθυσμό. Επίσης, η εκτίμηση της ΣΥΠΖ των γονιών των παιδιών με επιληψία και η σύγκριση με αυτή γονέων υγιών παιδιών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Διερευνήθηκαν 100 παιδιά με διαγνωσμένη επιληψία, ηλικίας 8-16 ετών, που προσήλθαν στο Π/Δ Νευρολογικό Ιατρείο του ΠΓΝΙ το 1^ο/3μηνο του 2012. Την ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν 100 υγιή παιδιά, με αρνητικό ιστορικό σπασμών, ανάλογης ηλικίας και φύλου. Οι γονείς και των δύο ομάδων αξιολόγησαν τη ΣΥΠΖ των παιδιών τους μέσω του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-27 και τη δική τους μέσω του SF-12.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ΣΥΠΖ των παιδιών με επιληψία ήταν συνολικά χειρότερη, συγκρινόμενη με τα υγιή παιδιά, στατιστικώς σημαντικά, όμως, μόνον στους τομείς της σωματικής ευεξίας ($p=0.001$) και του σχολικού περιβάλλοντος ($p<0.001$). Ειδικότερα, τα παιδιά με σοβαρή επιληψία ήταν τα πιο επιβαρυνόμενα, με στατιστικά σημαντική υστέρηση της ΣΥΠΖ τόσο στους τομείς «Σωματική Ευεξία» ($p<0.001$) και «Σχολικό Περιβάλλον» ($p<0.0001$) όσο και στον τομέα «Συνομήλικοι & Κοινωνική Υποστήριξη» ($p=0.044$). Η περαιτέρω στατιστική ανάλυση ανέδειξε ως κύριους επιβαρυντικούς παράγοντες της ΣΥΠΖ τη μεγάλη ηλικία (οι έφηβοι ήταν πιο επιβαρυνμένοι), τη νοητική υστέρηση και τα παθολογικά απεικονιστικά ευρήματα του ΚΝΣ και λιγότερο το μεγάλο αριθμό φαρμάκων και την παρατεταμένη διάρκεια θεραπείας. Αντίθετα ο πιο θετικός παράγοντας καλής έκβασης ήταν η ρύθμιση των κρίσεων. Επιπρόσθετα, και οι γονείς των παιδιών με σοβαρή επιληψία και συνυπάρχοντα νευρολογικά προβλήματα παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικά χειρότερη ψυχική υγεία, συγκριτικά με τους γονείς των υγιών παιδιών ($p<0.001$), ενώ ανέφεραν περιέργως καλύτερη σωματική υγεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επιληψία, και πιο ειδικά η σοβαρή επιληψία με συνυπάρχοντα νευρολογικά προβλήματα, επιδρά αρνητικά τόσο στην ποιότητα ζωής των παιδιών όσο και των οικογενειών τους.

Βιβλιογραφικές αναφορές:

1. Miller V, Pallermo TM, Grewe SD. Quality of life in pediatric epilepsy: demographic and disease-related predictors and comparison with healthy controls. *Epilepsy & Behavior* 2003; 4:36-42.
2. Hoare P. The quality of life of children with chronic epilepsy and their families. *Seizure* 1993; 2:269-275.
3. Camfield C, Breau L, Camfield P. Impact of pediatric epilepsy on the family: a new scale for clinical and research use. *Epilepsia* 2001; 42:104-112.

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΝ ΤΟΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟ; ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Μπινιάρης-Γεωργαλλής Σ.Ι.¹, Παπιγγιώτης Γ.¹, Στεφανάδης Χ.², Πετρίδου Ε.¹

¹Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

²Α' Καρδιολογικής Κλινικής Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή: Γίνεται διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου, αναζήτηση ενδεχόμενων μεταβολών στους υποκείμενους παθογόνους παράγοντες και περιγραφή της διαχρονικής εξέλιξης της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας σε παιδιά και εφήβους, με ταυτόχρονη ανασκόπηση των τρεχόντων κατευθυντήριων οδηγιών για χορήγηση χημειοπροφύλαξης.

Υλικό και Μέθοδοι: Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας κατά την περίοδο 1975-2012 με αρχική διαδικασία επιλογής των άρθρων και εξαγωγής των δεδομένων από δύο ανεξάρτητους ερευνητές. Η τελική αξιολόγηση προέκυψε μετά από ομοφωνία της ερευνητικής ομάδας που αποτελείται από επιδημιολόγο, λοιμωξιολόγο, παιδοκαρδιολόγο και καρδιολόγο ενηλίκων.

Αποτελέσματα: Αναλύθηκαν 22 μελέτες που αφορούσαν 2693 περιστατικά λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας σε ασθενείς κάτω των 20 ετών. Συχνότεροι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη ενδοκαρδίτιδας ήταν το ιστορικό καρδιοχειρουργικής επέμβασης, νεοπλασματικής νόσου, ανοσοανεπάρκειας, προωρότητας, συνύπαρξης κάποιας άλλης σοβαρής λοίμωξης ή προηγηθείσας οδοντιατρικής παρέμβασης και ιατρικών χειρισμών. Την περίοδο της μελέτης καταγράφεται σημαντική μείωση περιστατικών λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας σε ασθενείς με ρευματική καρδιοπάθεια ενώ, μετά το 2002, οι σταφυλόκοκκοι επικρατούν σε συχνότητα των στρεπτόκοκκων. Συζητούνται συγκριτικά οι σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες προληπτικής χημειοπροφύλαξης για τη νόσο, καθώς παρά τη σπανιότητά της και τη συνακόλουθη ανεπαρκή ερευνητική τεκμηρίωση, οι σύγχρονες οδηγίες για αποφυγή κινδύνου ενδοκαρδίτιδας περιορίζουν τη χρήση της χημειοπροφύλαξης μόνο σε μικρούς ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Συμπεράσματα: η διαχρονική μείωση του ρευματικού πυρετού αντανακλάται στην αναλογική του μείωση ως αιτίου λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας στην ηλικιακή αυτή ομάδα ενώ παρατηρείται αύξηση των αιτίων της ιατρογενούς κυρίως νοσηρότητας στο πλαίσιο παρεμβάσεων για σοβαρά χρόνια νοσήματα. Οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες περιορίζουν σημαντικά τη χορήγηση χημειοπροφύλαξης, απαιτείται όμως η ανάπτυξη συστημάτων συστηματικής καταγραφής της επιδημιολογίας των κρουσμάτων για την ανάπτυξη ερευνητικά τεκμηριωμένων οδηγιών.

Ευχαριστίες: Μίχος Α., Α΄ Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία", Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γερμανάκης Ι., Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΠΗΓΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΕΚΘΕΣΕΩΝ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΔΥΝΗΤΙΚΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΜΟΒΙΚΙΔΣ

Μπούκα Ε¹, Παπαθωμά Π¹, Μοσχόβη Μ², Παπακωνσταντίνου Ε³, Χατζηπαντελής Μ⁴, Στειακάκη Ε⁵, Δαμιανίδου Β¹, Λύτρας Ε⁶, Πετρίδου Ε¹

¹Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

²Μονάδα Αιματολογίας Ογκολογίας Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

³Παιδοογκολογικό Τμήμα Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁴Τμήμα Παιδιατρικής Αιματολογίας-Ογκολογίας, Β' Παιδιατρική Κλινική, ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

⁵Κλινική Αιματολογίας-Ογκολογίας Παίδων Πανεπιστημίου Κρήτης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

⁶Τμήμα Υπηρεσίας Ερευνών της ΕΥΔΑΠ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι όγκοι εγκεφάλου στους νέους είναι σπάνιοι, αλλά παρουσιάζουν μια διαφαινόμενη, μη ερμηνεύσιμη αυξητική διαχρονικά τάση τις τελευταίες δεκαετίες. Η διεθνής μελέτη ΜΟΒΙΚΙΔΣ στοχεύει να διερευνήσει πιθανές συσχετίσεις περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου με την εμφάνιση όγκων εγκεφάλου σε νέους ηλικίας 10-24 ετών. Ειδικότερα, εξετάζεται η έκθεση στην κινητή τηλεφωνία και γενικότερα τα ηλεκτρομαγνητικά πεδία (EMF) και την ιονίζουσα ακτινοβολία, καθώς και χημικούς παράγοντες, όπως η χρήση φυτοφαρμάκων, βαρέων μετάλλων και υποπροϊόντων απολύμανσης. Στην εργασία αυτή παρουσιάζεται η προσπάθεια ανάπτυξης εργαλείου και συλλογής πληροφοριών για τις περιβαλλοντικές αυτές εκθέσεις στη χώρα μας, κατ'αντιστοιχία με εκείνες των άλλων χωρών που συμμετέχουν στο διεθνές πρόγραμμα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ο σχεδιασμός της μελέτης είναι τύπου ασθενών μαρτύρων και η εκτίμηση της έκθεσης των συμμετεχόντων βασίζεται κατά κύριο λόγο σε αυτο-αναφερόμενες ατομικές πληροφορίες, όπως το επαγγελματικό ιστορικό και το ιστορικό γεωγραφικά κωδικοποιημένου τόπου κατοικίας,

σχολείου και μετακινήσεων, το οποίο θα αντιστοιχηθεί με πληροφορίες από άλλους φορείς ώστε να επιτρέψει την εκτίμηση του επιπέδου των περιβαλλοντικών εκθέσεων. Ειδικότερα, προβλέπεται η συλλογή πληροφοριών εγγύτητας με γραμμές καλωδίων μεταφοράς ηλεκτρικής ενέργειας, σταθμών βάσεων κινητής τηλεφωνίας και των ραδιοτηλεοπτικών σταθμών εκπομπής, χάρτες χρήσης γης, χρήση φυτοφαρμάκων και επαφή με υποπροϊόντα απολύμανσης του πόσιμου νερού σε τοπικό επίπεδο, όπου αυτό είναι εφικτό. Σε δεύτερο στάδιο θα διασυνδεθούν μέσω ειδικών αλγορίθμων και πλεγμάτων συνάφειας οι πληροφορίες που συλλέγονται από την προσωπική συνέντευξη των συμμετεχόντων σχετικά με παράγοντες όπως η κατανάλωση πόσιμου νερού, ιστορικό ιατρικών εξετάσεων που περιλαμβάνουν έκθεση σε ιοντίζουσα ακτινοβολία και επαγγελματική έκθεση σε ακτινοβολία με τις πληροφορίες που θα προέλθουν από άλλες πηγές όπως η ΕΥΔΑΠ και η ΔΕΗ, προκειμένου να αξιοποιηθούν συλλογικά στην επιδημιολογική ανάλυση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε αντίθεση με τις περισσότερες χώρες της ΕΕ, όπου οι πληροφορίες αυτές είναι σε συλλογικό επίπεδο αξιόπιστες και εύκολα προσβάσιμες, στην Ελλάδα χρειάστηκε να προηγηθούν εντατικές προσπάθειες επικοινωνίας μετά από σειρά επίσημων αιτημάτων, προκειμένου να αρχίσει η συνεργασία με τις αρμόδιες δημόσιες υπηρεσίες και η δαιδαλώδης παραπομπή σε κάποιο εξειδικευμένο δίκτυο παροχής πληροφοριών για τις υπό μελέτη μεταβλητές. Ενδεικτικά αναφέρονται επαφές με τη Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού Α.Ε (Δ.Ε.Η.) για τις τοποθεσίες των γραμμών καλωδίων ηλεκτρικής ενέργειας , την Εθνική Επιτροπή Τηλεπικοινωνιών και Ταχυδρομείων (ΕΕΤΤ), το Εθνικό Συμβούλιο Ραδιοτηλεόρασης και την Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (ΕΕΑΕ) για παροχή πληροφορίας σχετικά με τις τοποθεσίες σταθμών βάσεων κινητής τηλεφωνίας και των ραδιοτηλεοπτικών σταθμών εκπομπής και με την Ε.Υ.Δ.Α.Π. Α.Ε. για τη μέτρηση των συγκεντρώσεων των προϊόντων απολύμανσης στη περιοχή της Αττικής. Η Ε.Υ.Δ.Α.Π. Α.Ε. έχει πληθώρα στοιχείων ποιότητας του νερού και η ανταπόκριση υπήρξε θετική αλλά η πολυπλοκότητα του δικτύου καθιστά δύσκολη την αντιστοίχιση των ποιοτικών στοιχείων στον υπό μελέτη πληθυσμό. Οι αρμόδιοι φορείς των αναφερόμενων υπηρεσιών ήταν στην πλειοψηφία τους εξαρχής επιφυλακτικοί και οι όποιες πληροφορίες έχουν συλλεγεί μέχρι στιγμής ήταν τελικά οι διαθέσιμες και μέσω του Διαδικτύου, παρότι πρόκειται για επίσημη έρευνα της ΕΕ, που διενεργείται από ερευνητικό πανεπιστημιακό κέντρο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λόγω της σπανιότητας των όγκων εγκεφάλου σε νέους απαιτούνται πολυκεντρικές μελέτες για τη

διερεύνηση του ενδεχόμενου ρόλου των περιβαλλοντικών παραγόντων στην αιτιολογία της νόσου. Ακόμη όμως και για τη συμμετοχή σε παρόμοια προγράμματα η παρεχόμενη πληροφορία είναι στη χώρα μας εξαιρετικά πενιχρή και χρειάζεται να διερευνηθεί περαιτέρω η αξιοπιστία της. Το θετικό παραπροϊόν από τη συμμετοχή της χώρας μας σε παρόμοιες μελέτες είναι η εξοικείωση στην ανάπτυξη εργαλείων και οικοδόμηση αμοιβαίας εμπιστοσύνης κατά την αναζήτηση πηγών πληροφορίας για περιβαλλοντικούς κινδύνους που ενδέχεται να εμπλέκονται ή να συνδυάζονται με το γενετικό υπόστρωμα και να ευθύνονται τελικά για σημαντικό τμήμα της σύγχρονης νοσηρότητας.

Ευχαριστίες: Δεσύπρης Ν., Πουρτσίδης Α, Σγούρος Σ, Πολυχρονοπούλου Σ, Παπαργύρη Σ, Φραγκανδρέα Ι, Αθανασιάδου Φ, Συνεργαζόμενη Ομάδα Πανελλήνιου Δικτύου Καταγραφής Όγκων Εγκεφάλου*

***Συνεργαζόμενη Ομάδα Πανελλήνιου Δικτύου Καταγραφής Όγκων Εγκεφάλου**

A/A	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΚΛΙΝΙΚΗ	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ/ΒΟΗΘΟΣ
1	ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΚΕΘ	Καττάμης Αντώνης	Μοσχόβη Μαρία/ Ζαμπογιάννης Αρχοντής
2	ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΤΑΟ	Πολυχρονοπούλου Σοφία	Παπαργύρη Σοφία
3	ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΠΑΘ/ΑΝ	Στεφανάκη Καλλιόπη	-
4	ΑΓΛΑΙΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Κοσμίδη Ελένη	Πουρτσίδης Απόστολος
5	ΑΓΛΑΙΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΠΑΘ/ΑΝ	Μιχαήλ-Στράντζια Αικατερίνη	-
6	ΕΚΠΑ ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	Σταμπούλης Ελευθέριος	Αναγνώστου Ευάγγελος
7	ΕΚΠΑ ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	Γουλιάμος Αθανάσιος	Χατζηιωάννου Αχιλλέας
8	ΕΚΠΑ ΑΤΤΙΚΟ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	Στεφανής Λεωνίδας	Αρβανίτη Χρύσα
9	ΕΚΠΑ ΑΤΤΙΚΟ Ν/Χ Β	Μποβιάτσος Ευστάθιος	Ζιαβρού Ελένη
10	ΕΚΠΑ ΠΑΘΑΝ	Πατσούρης Ευστράτιος	-
11	ΕΚΠΑ ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟ Α/Δ	Κελέκης Δημήτριος	-
12	ΠΓΝ ΝΙΚΑΙΑΣ	Παπανικολάου Γ. Παναγιώτης	Ξενάκη Βασιλική
13	ΠΓΝ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ	Ορφανίδης Γεώργιος	Οικονόμου Κώστας
14	ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ Ν/Χ	Τζανής Σπυρίδων	Τσιακάλη Σοφία
15	ΕΚΠΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ Ν/Χ	Σακάς Δαμιανός	Πανουριάς Ιωάννης
16	ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ	Τζανής Σπυρίδων	Τσιακάλη Σοφία
17	ΘΡΙΑΣΙΟ Ν/Χ	Κουζέλης Κωνσταντίνος	Παπαγεωργόπουλος Παύλος
18	ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ Ν/Χ	Αμπέρτος Χρύσανθος	Αμπέρτος Νίκος
19	ΜΗΤΕΡΑ Ν/Χ	Σγούρος Σπυρίδων	Τσιτούρας Βασίλειος
20	ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	Παπαβασιλείου Αντιγόνη	Λουκμαγκιά Ελένη
21	ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ	Νομικός Παναγιώτης	Λαμπρόπουλος Κωνσταντίνος/ Γκίλα Αθηνά
22	ΑΠΘ ΑΧΕΠΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	Αθανασιάδου Φανή	Χατζηπαντελής Εμμανουήλ/ Μπαλάκου Ελένη
23	ΠΓΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	Κολιούσκας Δημήτριος	Σίδη Β./Φραγκανδρέα Ι./ Παπακωνσταντίνου Ε.
24	ΑΠΘ ΠΓΝ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Φούντζηλας Γεώργιος	Ρομανίδου Ράνια
25	Π.Π ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Καλόφωνος Χαράλαμπος	-
26	Π.Π ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ	Καρδαμάκης Δημήτριος	Πιττάκα Μαρία
27	Π.Ι ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	Κυρίτσης Αθανάσιος	Αλεξίου Γιώργος
28	Π.Ι ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Παυλίδης Νικόλαος	-
29	ΠΚ ΠΕΠΑΓΝΗ Ν/Χ	Βάκης Αντώνης	Μανωλίτση Κατερίνα
30	Π.Κ ΠΕΠΑΓΝΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Γεωργούλιας Βασίλειος	-
31	Π.Κ ΠΕΠΑΓΝΗ ΠΑΙΔΟΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Στειακάκη Ευτυχία	-
32	ΔΠΘ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Κακολύρης Στυλιανός	Μπαλγκουρανίδου Ιωάννα
33	ΔΠΘ ΑΚΤΟΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ	Πρασόπουλος Παναγιώτης	-
34	ΠΘ ΠΓΝ ΛΑΡΙΣΑΣ Ν/Χ	Φουντάς Κώστας	Σιάσιος Ιωάννης

NARECHEM-BT: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ MOBI-KIDS ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ & ΠΟΙΟΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΌΓΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Παπαθωμά Π¹, Μπούκα Ε¹, Μοσχόβη Μ², Σίδη Β³, Παπακωνσταντίνου Ε³, Χατζηπαντελής Μ⁴, Στειακάκη Ε⁵, Δαμιανίδου Β¹, Πετρίδου Ε¹

¹Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα

²Μονάδα Αιματολογίας Ογκολογίας Α΄ ΠΚΠΑ, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

³Παιδοογκολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

⁴Τμήμα Παιδιατρικής Αιματολογίας-Ογκολογίας, Β' Παιδιατρική Κλινική, ΑΠΘ, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ

⁵Κλινική Αιματολογίας-Ογκολογίας Παιδών Πανεπιστημίου Κρήτης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι όγκοι εγκεφάλου αποτελούν τη 2^η σε συχνότητα κακοήθεια σε παιδιά, αλλά η επιδημιολογία τους παραμένει εν πολλοίς άγνωστη. Παρουσιάζεται η πρόοδος της έκπτυξης του πανελλήνιου αρχείου καταγραφής αιματολογικών νοσημάτων (NARECHEM) στους παιδιατρικούς όγκους εγκεφάλου (Brain Tumors, NARECHEM-BT) και οι τρόποι ποιοτικού ελέγχου της, στο πλαίσιο της συμμετοχής στο διεθνές πρόγραμμα «Τεχνολογίες επικοινωνίας, περιβάλλον και κίνδυνος για ανάπτυξη όγκων εγκεφάλου στους νέους» (MOBI-KIDS).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Συλλέχτηκαν δεδομένα νεοδιαγνωσθέντων περιστατικών πρωτοπαθών όγκων εγκεφάλου σε παιδιά και εφήβους 0-24 ετών κατά την 4ετή περίοδο 08/2009-07/2013 βάσει του πρωτοκόλλου της μελέτης μετά από τακτική προσωπική επικοινωνία με Νευροχειρουργικές/Ογκολογικές Κλινικές των 7 Ιατρικών Σχολών και εξαντλητική πανελλήνια αναζήτηση αντίστοιχων μονάδων δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Για κάθε ασθενή, συλλέγονται απεικονιστικές (MRI/CT) εξετάσεις διάγνωσης, πορίσματα ιστολογικής/παθολογοανατομικής εξέτασης, πρακτικό χειρουργείου ανάλογα με την επέμβαση και λεπτομερές ιστορικό για δημογραφικούς παράγοντες, ατομικό/οικογενειακό ιστορικό, ιστορικό κατοικίας και χρήσης κινητού/τεχνολογικών μέσων επικοινωνίας αλλά και έκθεσης σε διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ο ποιοτικός έλεγχος περιλαμβάνει περιοδική σύγκριση με τα αρχεία καταγραφής των συνεργαζόμενων τμημάτων, καθώς αναζήτηση και συγκριτική αποτίμηση της NARECHEM-BT με τα περιστατικά των παθολογοανατομικών και απεικονιστικών εργαστηρίων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο Δίκτυο συμμετέχουν μέχρι τώρα 34 Κλινικές/Εργαστήρια και υπάρχει εντατική επικοινωνία με ειδικότητες Νευροχειρουργών, Νευρολόγων, Ακτινολόγων/Ακτινοθεραπευτών, Παθολογοανατόμων και Ογκολόγων/Παιδοογκολόγων. Για τις ηλικίες 10-14 ετών, η εκτιμώμενη κάλυψη είναι >95%, η πλειοψηφία των περιστατικών παρέχεται από το Δίκτυο των παιδοογκολόγων της NARECHEM ενώ η πληρότητα και ποιότητα της πληροφορίας έχουν βελτιωθεί σημαντικά στο διάστημα της μελέτης, καθώς συμπεριλαμβάνονται και νεοχειρουρηθέντα περιστατικά σε ιδιωτικές κλινικές. Η κάλυψη είναι σαφώς χαμηλότερη στην ομάδα 15-24 ετών, καθώς τα περιστατικά απευθύνονται για διάγνωση/θεραπεία και σε Κέντρα, που δεν δέχτηκαν τη συνεργασία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέχρι να αναπτυχθεί το λειτουργικό Εθνικό Αρχείο Καταγραφής Νεοπλασιών, η NARECHEM-BT λειτουργεί με πρωτοβουλία των ενδιαφερομένων φορέων και καλύπτει με αναγνωρισμένη επάρκεια τις τρεις συχνότερες κακοήθειες της παιδικής ηλικίας, συμπεριλαμβανομένων των όγκων εγκεφάλου. Με εναλλακτικές πηγές δεδομένων, είναι δυνατόν να υπολογιστεί για πρώτη φορά η συχνότητα και τα κλινικά χαρακτηριστικά των όγκων του εγκεφάλου στη χώρα μας σε παιδιά και προσεγγιστικά στους εφήβους.

Ευχαριστίες: Πουρτσίδης Α, Σγούρος Σ, Πολυχρονοπούλου Σ, Παπαργύρη Σ, Αθανασιάδου Φ, Συνεργαζόμενη Ομάδα Πανελλήνιου Δικτύου Καταγραφής Όγκων Εγκεφάλου*

***Συνεργαζόμενη Ομάδα Πανελλήνιου Δικτύου Καταγραφής Όγκων Εγκεφάλου**

A/A	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΚΛΙΝΙΚΗ	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ/ΒΟΗΘΟΣ
1	ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΚΕΘ	Καττάμης Αντώνης	Μοσχόβη Μαρία/ Ζαμπογιάννης Αρχοντής
2	ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΤΑΟ	Πολυχρονοπούλου Σοφία	Παπαργύρη Σοφία
3	ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ ΠΑΘ/ΑΝ	Στεφανάκη Καλλιόπη	-
4	ΑΓΛΑΙΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Κοσμίδη Ελένη	Πουρτσίδης Απόστολος
5	ΑΓΛΑΙΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ ΠΑΘ/ΑΝ	Μιχαήλ-Στράντζια Αικατερίνη	-
6	ΕΚΠΑ ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	Σταμπούλης Ελευθέριος	Αναγνώστου Ευάγγελος
7	ΕΚΠΑ ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	Γουλιάμος Αθανάσιος	Χατζηιωάννου Αχιλλέας
8	ΕΚΠΑ ΑΤΤΙΚΟ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	Στεφανής Λεωνίδας	Αρβανίτη Χρύσα
9	ΕΚΠΑ ΑΤΤΙΚΟ Ν/Χ Β	Μποβιάτσης Ευστάθιος	Ζιαβρού Ελένη
10	ΕΚΠΑ ΠΑΘΑΝ	Πατσούρης Ευστράτιος	-
11	ΕΚΠΑ ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟ Α/Δ	Κελέκης Δημήτριος	-
12	ΠΓΝ ΝΙΚΑΙΑΣ	Παπανικολάου Γ. Παναγιώτης	Ξενάκη Βασιλική
13	ΠΓΝ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ	Ορφανίδης Γεώργιος	Οικονόμου Κώστας
14	ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ Ν/Χ	Τζανής Σπυρίδων	Τσιακάλη Σοφία
15	ΕΚΠΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ Ν/Χ	Σακάς Δαμιανός	Πανουριάς Ιωάννης
16	ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ	Τζανής Σπυρίδων	Τσιακάλη Σοφία
17	ΘΡΙΑΣΙΟ Ν/Χ	Κουζέλης Κωνσταντίνος	Παπαγεωργόπουλος Παύλος
18	ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ Ν/Χ	Αμπέρτος Χρύσανθος	Αμπέρτος Νίκος
19	ΜΗΤΕΡΑ Ν/Χ	Σγούρος Σπυρίδων	Τσιτούρας Βασίλειος
20	ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ	Παπαβασιλείου Αντιγόνη	Λουκμαγκιά Ελένη
21	ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ	Νομικός Παναγιώτης	Λαμπρόπουλος Κωνσταντίνος/ Γκίλα Αθηνά
22	ΑΠΘ ΑΧΕΠΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	Αθανασιάδου Φανή	Χατζηπαντελής Εμμανουήλ/ Μπαλάκου Ελένη
23	ΠΓΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	Κολιούσκας Δημήτριος	Σίδη Βασιλική /Φραγκανδρέα Ιωάννα / Παπακωνσταντίνου Ευγενία
24	ΑΠΘ ΠΓΝ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Φούντζηλας Γεώργιος	Ρομανίδου Ράνια
25	Π.Π ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Καλόφωνος Χαράλαμπος	-
26	Π.Π ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ	Καρδαμάκης Δημήτριος	Πιττάκα Μαρία
27	Π.Ι ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	Κυρίτσης Αθανάσιος	Αλεξίου Γιώργος
28	Π.Ι ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Παυλίδης Νικόλαος	-
29	ΠΚ ΠΕΠΑΓΝΗ Ν/Χ	Βάκης Αντώνης	Μανωλίτση Κατερίνα
30	Π.Κ ΠΕΠΑΓΝΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Γεωργούλιας Βασίλειος	-
31	Π.Κ ΠΕΠΑΓΝΗ ΠΑΙΔΟΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Στειακάκη Ευτυχία	-
32	ΔΠΘ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Κακολύρης Στυλιανός	Μπαλγκουρανίδου Ιωάννα
33	ΔΠΘ ΑΚΤΟΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ	Πρασόπουλος Παναγιώτης	-
34	ΠΘ ΠΓΝ ΛΑΡΙΣΑΣ Ν/Χ	Φουντάς Κώστας	Σιάσιος Ιωάννης

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΩΝ ΜΕ ΘΕΜΑ «ΒΡΕΦΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ»

Καραγκιόζογλου – Λαμπούδη Θωμαή

Εργαστήριο Κλινικής Διατροφής “Χρήστος Μαντζώρος”, Τμήμα Διατροφής- Διαιτολογίας, ΑΤΕΙΘ

ΣΚΟΠΟΣ

Η αξιολόγηση της αξιοπιστίας (ποιότητας) της πληροφορίας των ιστοσελίδων με θέμα την βρεφική διατροφή.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Αξιολογήθηκαν οι ιστοσελίδες που εμφανίζονται στις πρώτες θέσεις των μηχανών αναζήτησης με θέμα την βρεφική διατροφή (βρεφική διατροφή (βδ)), βδ και αναγωγές, βδ και δυσκοιλιότητα, βδ και σύνδρομο βραχέως εντέρου και βδ και κοιλιοκάκη) με την χρήση δύο διαπιστευμένων εργαλείων/ερωτηματολογίων αξιολόγησης, το EQIP και το DISCERN.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε σύνολο 160 ιστοσελίδων, το 37,5% κρίθηκε αξιολογήσιμο, ενώ το 62,5% μη αξιολογήσιμο. Για τις αξιολογήσιμες η βαθμολογία EQIP κυμάνθηκε 30-80%, ενώ η DISCERN από 2 έως 5. Οι ιστοσελίδες με θέμα την βρεφική διατροφή γενικά, είχαν χαμηλότερη βαθμολογία από ότι οι ιστοσελίδες που περιλάμβαναν πληροφορίες για μια πάθηση σχετιζόμενη με τη διατροφή. Οι ιστοσελίδες που γράφτηκαν από παιδιάτρους και διαιτολόγους επώνυμα αξιολογήθηκαν με υψηλό σκορ σε σχέση με τις ανώνυμες σελίδες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι διαθέσιμες ιστοσελίδες στιγμή διαδίκτυο που αφορούν την βρεφική διατροφή δεν μπορούν να προσφέρουν ολοκληρωμένη και έγκυρη ενημέρωση στον καταναλωτή. Η επιλογή έγκυρων ιστοσελίδων από τους γονείς για την διατροφή των παιδιών τους είναι ένας δύσκολος στόχος. Κοινωνικοί φορείς που δραστηριοποιούνται στο χώρο αυτό μπορούν ν' αξιολογούν τις ιστοσελίδες με έγκυρα εργαλεία και να δημοσιοποιούν τα αποτελέσματά τους για τη διευκόλυνση των καταναλωτών.

Ευχαριστίες: Ε. Ξερακιά

**ΣΥΝΕΡΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΤΗΡΙΞΗ ΕΥΠΑΘΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ:
ΕΜΒΟΛΙΣΜΟΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ «ΠΑΝ. & ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ» ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΑΠΟΣΤΟΛΗ
ΑΝΘΡΩΠΟΣ**

Καραντανά Ε, Κουτσογιαννοπούλου Σ., Δούση- Αναγνωστοπούλου Υ.

Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής Νοσοκομείου Παίδων «Παν. & Αγλαΐας Κυριακού», Κοινωφελής μη-κερδοσκοπική οργάνωση Αποστολή ΑΝΘΡΩΠΟΣ

Η μη κερδοσκοπική οργάνωση **Αποστολή «ΑΝΘΡΩΠΟΣ» (Mission "ANTHROPOS")** ξεκίνησε τη δράση της το 2010 με σκοπό την παροχή δωρεάν ιατρικής βοήθειας όπου υπάρχει ανάγκη. Τα μέλη της, ιατροί και νοσηλευτές και άλλοι εθελοντές προσφέρουν αφιλοκερδώς τις υπηρεσίες τους με σκοπό να θεραπεύσουν, να εκπαιδεύσουν και να προσφέρουν ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό. Μέχρι σήμερα έχει πραγματοποιήσει τρεις αποστολές στην Αιθιοπία. Από το 2012 ξεκίνησαν δράσεις στην Ελλάδα, με πρώτο το πρόγραμμα **«Εμβολιά-ζουμε: Παιδιά Ανασφάλιστα, όχι Απροστάτευτα»**, που στοχεύει στην εμβολιαστική κάλυψη **παιδιών ανασφάλιστων Ελλήνων και μεταναστών**, σε συνεργασία με **Δήμους**, το **Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής του Νοσοκομείου «Παν. και Αγλαΐας Κυριακού»**, καθώς και άλλες μη κυβερνητικές οργανώσεις. Το πρόγραμμα καλύπτει όλα τα εμβόλια του εθνικού υποχρεωτικού εμβολιασμού. Κάθε παιδί που μπαίνει στο πρόγραμμα εμβολιάζεται επαναληπτικά ανά δίμηνο έως ότου καλυφθεί πλήρως.

Από τον Ιούλιο 2012 έως και τον Απρίλιο 2013, μέσω του προγράμματος, εμβολιάστηκαν **983 παιδιά με 2.388 πολυδύναμα εμβόλια**. Από αυτά 603 παιδιά έχουν έρθει μία φορά, 290 παιδιά 2 φορές, 71 παιδιά 3 φορές, 18 παιδιά 4 φορές και 1 παιδί 5 φορές για τις επαναληπτικές τους δόσεις. Η οργάνωση συμβάλει με τη **συμμετοχή των εθελοντών της και την προσφορά των εμβολίων**, και χρηματοδοτείται από το **Ίδρυμα Μποδοσάκη** και το **Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος**.

Η συνεργασία με το **Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής του Νοσοκομείου «Παν. και Αγλαΐας Κυριακού»**, είναι ουσιαστική. Μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί σε συνεργασία έξι εμβολιασμοί στον χώρο του Νοσοκομείου καλύπτοντας τόσο παιδιά του τμήματος, όσο και ευπαθών κοινωνικών ομάδων, ενώ έχουν υλοποιηθεί και κοινές εμβολιαστικές δράσεις σε οργανώσεις όπως τα Παιδικά Χωριά SOS και η Κάριτας Αθήνας – Προσφυγικό Έργο. Στην Ελλάδα της οικονομικής και κοινωνικής κρίσης παρόμοιες συνέργιες είναι απαραίτητες για την υποστήριξη του κοινωνικού συνόλου.

Αίθουσα Γ: Αναρτημένες Ανακοινώσεις

Συντονιστές: Ι. Κοτρώνης, Ε. Παπαθωμά

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Κοντοστάθη Ε.¹, Εξακουστού Α.², Τσαπακίδου Α.³, Κυνηγοπούλου Σ.⁴, Καραγιαννοπούλου Σ.⁴

¹ Απόφοιτη Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης Α.Π.Θ

² Εκπαιδευτικός Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης

³ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νηπιαγωγών Φλώρινα

⁴ Φοιτήτρια Μαιευτικής

⁵ Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθύντρια ΚΥ Θέρμης, Πρόεδρος του ΔΣ, ΕΕΚΠΠΥ-Παράρτημα Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε έναν κόσμο, στον οποίο η τηλεόραση, οι ταινίες, η διαφήμιση, τα περιοδικά και το διαδίκτυο παρουσιάζουν το σεξ με τον πλέον περιγραφικό και ξεκάθαρο τρόπο, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πώς μπορούμε να ελέγξουμε την έκθεση των παιδιών σε αυτά τα ερεθίσματα και πώς να απαντήσουμε στα ερωτήματά τους, προκειμένου να προλάβουμε την (παρα) πληροφόρηση.

ΣΚΟΠΟΣ

Να γίνει κατανοητή η ανάγκη εφαρμογής σχολικών προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής.

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ

Βιβλιογραφική ανασκόπηση και χρήση έγκυρων διαδικτυακών πηγών. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η σημασία της σεξουαλικής αγωγής αναγνωρίζεται παγκοσμίως και θεωρείται απαραίτητο στοιχείο της εκπαίδευσης κάθε ανθρώπου. Ακόμα, η πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών έχουν εντάξει στο εκπαιδευτικό τους σύστημα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής. Στην χώρα μας όμως, η Σεξουαλική Αγωγή παρουσιάζεται ως μέρος της Αγωγής Υγείας στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση με περιορισμένους άξονες και περιεχόμενο. Αν και η συντριπτική πλειοψηφία των εκπαιδευτικών όλων των βαθμίδων αισθάνονται πως η σεξουαλική αγωγή θα πρέπει να συμπεριληφθεί στη διδακτέα ύλη κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ως καταλληλότερο περιβάλλον για την εισαγωγή και την εφαρμογή της σεξουαλικής αγωγής θεωρείται το δημοτικό σχολείο. Όσον αφορά τους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι αποτελούν έναν από

τους πιο καθοριστικούς παράγοντες για την επιτυχημένη εφαρμογή των προγραμμάτων, οφείλουν να είναι ειδικά καταρτισμένοι και να μην διακατέχονται από προκαταλήψεις.

Βιβλιογραφία:

1. Η Σεξουαλική Αγωγή στο Σχολείο, Γερούκη Μ., Εκδόσεις Μαράθια (Αθήνα:2011)
2. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παιδιών και εφήβων, Τσαρμακλής Γ. (Άρθρο από την Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών)

ΜΙΑ ΕΙΚΟΝΑ -ΧΙΛΙΕΣ ΛΕΞΕΙΣ: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΖΩΓΡΑΦΙΕΣ ΜΕ ΘΕΜΑ: ΤΙ ΝΙΩΘΩ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΟΤΙ ΜΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ, ΤΙ ΦΟΒΑΜΑΙ ΚΑΙ ΤΙ ΕΛΠΙΖΩ!

Μ. Σταυρακίδου, Φ. Κανακούδη- Τσακαλίδου, Π. Πρατσίδου-Γκέρτση

Παιδικός Αντιρευματικός Αγώνας Β. Ελλάδος

ΣΚΟΠΟΣ

Η απεικόνιση και καταγραφή των συναισθημάτων των παιδιών με Χρόνια Ρευματικά Νοσήματα (ΧΡΝ) μέσα από τις ζωγραφιές τους, στα πλαίσια των καλλιτεχνικών δραστηριοτήτων της θερινής κατασκήνωσης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Ο Παιδικός Αντιρευματικός Αγώνας Β. Ελλάδος (ΠΑΑΒΕ) υποστηρίζει οικονομικά το θεσμό της ετήσιας συμμετοχής ενός αριθμού παιδιών με Χρόνιες Ρευματοπάθειες σε καλοκαιρινή αθλητική κατασκήνωση, που απευθύνεται σε υγιή παιδιά, από το 1993. Εκεί ακολουθούν πρόγραμμα φυσικοθεραπείας και συμμετέχουν στις αθλητικές και καλλιτεχνικές δραστηριότητες της κατασκήνωσης που αναπτύσσουν την ανεξαρτησία και την αυτοπεποίθησή τους. Μετά από συζήτηση, ζητήθηκε από τα παιδιά να ζωγραφίσουν έργα με θέμα: τι νιώθω σε σχέση με ότι μου συμβαίνει, τι φοβάμαι και τι ελπίζω! Συζητήθηκαν προτάσεις και ιδέες και κάθε παιδί αποφάσισε και διάλεξε τι θα ζωγραφίσει.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι 20 ζωγραφιές αποτυπώνουν καλλιτεχνικά την αλληλουχία συναισθημάτων που βιώνουν τα παιδιά στην έναρξη και στην πορεία της νόσου. Τον αρχικό φόβο, τη σύγχυση και τον πανικό, διαδέχονται η ελπίδα, η αισιοδοξία και η θέληση να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή, που αποτελεί και τον βασικό στόχο του ΠΑΑΒΕ. 14/20 ζωγραφιές χρησιμοποιήθηκαν για τη δημιουργία

ημερολογίου του 2012 που διανεμήθηκε δωρεάν σε γιατρούς και υγειονομικούς της Ελλάδας. Επίσης επιλεγμένες ζωγραφιές παρουσιάστηκαν στο Ευρωπαϊκό Παιδορευματολογικό Συνέδριο του 2012.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Όπως και για άλλα νοσήματα, η ζωγραφική πέρα από την ανάδειξη της καλλιτεχνικής τους ευαισθησίας, πρόσφερε στα παιδιά την ευκαιρία, στα πλαίσια της κατασκηνωτικής ζωής και μακριά από την επίβλεψη των γονέων και δασκάλων τους, να αποτυπώσουν ελεύθερα τον εσωτερικό τους κόσμο και να επισημάνουν την αισιοδοξία για το μέλλον.

Βιβλιογραφία:

1. Levine HB. The colourless canvas: representation, therapeutic action and the creation of mind. Int J Psychoanal 2012; 93(3):607-47. doi: 10.1111/j.1745-8315.2012.00574.x. Epub 2012 Mar 8.
2. Martínez-Lage JF, Pérez-Espejo MA, Galarza M. Pediatric diseases in Juan Carreño de Miranda's paintings. Childs Nerv Syst. 2012 Feb; 28(2):181-4. doi: 10.1007/s00381-011-1667-7.
3. Bayrakci B, Forouz A, Sahin AB, Abali M, Aliyeva GZ. Disease painting or painting disease: how does illness and hospitalisation affect children's artistry? Perception. 2009; 38(11):1721-7.

Ευχαριστίες: Ευχαριστούμε την Εταιρεία Abbvie για την έκδοση του ημερολογίου του Παιδικού Αντιρευματικού Αγώνα (2012)

ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΑΙΖΕΙ... ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΖΕΙ: Η 20ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΡΕΥΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ.

Μ. Σταυρακίδου, Φ. Κανακούδη- Τσακαλίδου, Π. Πρατσίδου-Γκέρτση

Παιδικός Αντιρευματικός Αγώνας Β. Ελλάδος

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση μέσα από Video της ζωής των παιδιών με Χρόνιες Ρευματοπάθειες (ΧΡ) σε καλοκαιρινή αθλητική κατασκήνωση, μαζί με υγιή παιδιά.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Ο Παιδικός Αντιρευματικός Αγώνας Β. Ελλάδος (ΠΑΑΒΕ) καθιέρωσε από το 1993 την ετήσια αποστολή ενός αριθμού παιδιών με ΧΡ σε αθλητική κατασκήνωση, με κύριο χορηγό τον «Σύλλογο Φίλων των Παιδιών με Χρόνιες Ρευματοπάθειες» (ΣΦΠΧΡ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο Video, η Πρόεδρος του ΣΦΠΧΡ καθηγήτρια Φλωρεντία Κανακούδη – Τσακαλίδου, επισημαίνει ότι: «Επειδή για το παιδί η κίνηση και το παιχνίδι είναι όλος του ο κόσμος, εργαζόμαστε αδιάκοπα ώστε κάθε παιδί να μπορεί να απολαμβάνει τη ζωή! Αυτός είναι και ο απώτερος στόχος του ΠΑΑΒΕ. Η κατασκήνωση ειδικότερα, αποσκοπεί στο να έχουν τα παιδιά με ΧΡ μια καλοκαιρινή δημιουργική διέξοδο, παράλληλα με καθημερινή άσκηση μέσα και έξω από το νερό, υπό την καθοδήγηση φυσικοθεραπεύτριας, και συμμετοχή σε όλες τις δραστηριότητες της κατασκήνωσης.» Παρουσιάζονται ενδεικτικές δραστηριότητες του ημερήσιου προγράμματος της κατασκήνωσης, και η αντιπρόεδρος του Συλλόγου, που είναι η υπεύθυνη παιδίατρος των παιδιών στην κατασκήνωση, η Φυσικοθεραπεύτρια, που είναι η υπεύθυνη του προγράμματος της κατασκήνωσης και συνοδός των κατασκηνωτών, μαζί με τον Πρόεδρο και μέλη του Συλλόγου Γονέων των Παιδιών με ΧΡ, καταθέτουν την εμπειρία τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η απρόσκοπτη ένταξη των παιδιών με ΧΡ σε μια αθλητική κατασκήνωση και οι εμπειρίες που αποκομίζουν, αποτελούν αδιάσειστα δεδομένα για: α) την εφαρμοζόμενη σύγχρονη αντιμετώπιση των παιδιών με ΧΡ, τα οποία δεν υπολείπονται λειτουργικά από τα συνομήλικά τους και β) για το πόσο χρειάζονται την καλοκαιρινή κατασκήνωση, ιδιαίτερα και σε εποχές οικονομικής κρίσης.

Ευχαριστίες: Ευχαριστούμε την Εταιρεία Abbvie για την δημιουργία του Video.

Βιβλιογραφία:

1. Ventura AK, Garst BA. Residential summer camp: a new venue for nutrition education and physical activity promotion. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013 24;10:64.
2. Desai PP, Sutton LJ, Staley MD, Hannon DW. A qualitative study exploring the psychosocial value of weekend camping experiences for children and adolescents with complex heart defects. *Child Care Health Dev.* 2013 Mar 31. doi: 10.1111/cch.12056.
3. Provident IM, Colmer MA. Muscular dystrophy summercamp: a case study of a non-traditional level I fieldwork using a collaborative supervision model. *Work* 2013;44(3):337-44. doi: 10.3233/WOR-121510.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΕΞΟΙΚΕΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΝΗΠΙΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Γούναρη Μ¹, Γούναρη Ε², Τσαπακίδου Α¹, Καραγιαννοπούλου-Κόγιου Σ³

¹Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας, Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών Φλώρινας

²Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σχολή Θετικών Επιστημών, Τμήμα Βιολογίας, Τομέας Γενετικής, Ανάπτυξης και Μοριακής Βιολογίας

³Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Φιλοσοφίας Παιδαγωγικής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης

Ως γονιμοποίηση ορίζεται η σύζευξη ενός ωαρίου με ένα σπερματοζωάριο στη σάλπιγγα της γυναίκας που συνοδεύεται από μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου (ζυγώτης), με τη μορφή βλαστοκύστης, στην κοιλότητα της μήτρας και μετέπειτα εμφύτευση στο ενδομήτριο, προκειμένου να αρχίσει η κομβικής σημασίας κύηση για την ανθρώπινη αναπαραγωγή [Vander Arthur J., Sherman James H., Luciano Dorothy S., Τσακόπουλος Μ., (2001), εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης]. Σύμφωνα με τον Piaget το παιδί νηπιακής ηλικίας χαρακτηρίζεται από αρτιφισιαλισμό θεωρώντας πως το ίδιο προϋπήρχε πριν από τη γέννησή του και δέχεται άκριτα τα σενάρια περί εισαγωγής του στον κύκλο της οικογένειας [Βασιλική Ζόγκζα, (2006), εκδόσεις Μεταίχμιο]. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εκτιμηθεί η εξοικείωση των νηπίων με τη σεξουαλική φύση του ανθρώπου και τις διαδικασίες που διέπουν την ανθρώπινη αναπαραγωγή και τη δημιουργία μίας νέας ύπαρξης. Για το λόγο αυτό ερωτηματολόγια ανοιχτού τύπου με τη λεκτική καθοδήγηση νηπιαγωγού συμπληρώθηκαν για 46 νήπια τεσσάρων νηπιαγωγίων της Β.Ελλάδας και τα αποτελέσματα τέθηκαν υπό στατιστική επεξεργασία. Αν και η πλειοψηφία των νηπίων διακρίνει τα δύο φύλα βάσει των πρωτογενών γενετικών τους οργάνων αδυνατεί να αντιληφθεί τη διαδικασία της σύλληψης, την προέλευση μίας νέας ύπαρξης, τη διαδικασία ανάπτυξης του εμβρύου στην κοιλιακή χώρα και τον ερχομό του στη ζωή μέσω του τοκετού. Παρατηρείται πως νήπια των οποίων οι γονείς είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου ή μεγαλώνουν απουσία άλλου παιδιού στην οικογένεια δεν προσεγγίζουν αντικειμενικά το θέμα, δίνοντας κατά κύριο λόγο φανταστικές εξηγήσεις στις υπό μελέτη διαδικασίες. Επιπλέον αν και οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές διαφαίνεται η μεγαλύτερη εξοικείωση των κοριτσιών με το θέμα. Συμπερασματικά προκύπτει ότι τα νήπια χρήζουν μιας περισσότερο σαφούς προσέγγισης των εξεταζόμενων εννοιών από το εξωγενές τους περιβάλλον, με στόχο τη μετέπειτα ενσυνείδητη και ασφαλή έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΟΥΣΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΜΒΡΥΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ.

ΜΕΘΟΔΟΣ SONATAL. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Γιαννάκος Χ.¹, Μπουντουβή Ε.², Στέφας Ν.³, Μπαγλατζή Λ.², Παπαθωμά Ε.², Γαβρίλη Σ.²

¹Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών,

²ΜΕΝΝ, Γενικό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Αθήνα,

³Πολυτεχνική Σχολή Πατρών, τμήμα Μηχανικών Η/Υ και Πληροφορικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Sonatal είναι επιστημονική μέθοδος στηριζόμενη στη μουσική. Η μουσική έχει επιρροή ψυχολογική, αισθητική (συσχετισμός, συναισθήματα, εικονιστική προβολή), φυσιολογική (λειτουργική), δονητική (οι δονήσεις επιδρούν στα εμβρυϊκά κύτταρα και ενεργοποιούν βιοχημικές λειτουργίες). Όταν η έγκυος τραγουδάει, στο σώμα της σημειώνονται ψυχολογικές και φυσιολογικές αντιδράσεις, που βελτιώνουν την ομοιόσταση και την ψυχολογική της κατάσταση. Διαπιστώθηκε επίσης η εξάρτηση της εμβρυϊκής καρδιάς από τα αισθητηριακή ερεθίσματα.

ΣΚΟΠΟΣ

Βελτιστοποίηση της ανάπτυξης του εμβρύου, τόνωση της υγείας της εγκύου και προετοιμασία της εγκύου για τοκετό. Μορφωτική και λειτουργική ωριμότητα του εμβρύου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ειδική χρωματιστή ζώνη για εγκύους, κρουστά παιδικά μουσικά όργανα, φακός, υλικά για μουσικοψυχολογικές μελέτες και για κατασκευή ειδικών χαρτών. Διαγράμματα και τεστ Sonatal. Η Sonatal είναι το αποτέλεσμα 30χρονης εμπειρίας και έρευνας του Ρώσσου Καθηγητή Παιδιατρικής και Ψυχολογίας και Μαέστρου Δρα Μ.Λαζάρεφ. Επιτρέπει τον έλεγχο των ζωτικών λειτουργιών του ενιαίου οργανισμού έγκυος-έμβρυο, μέσω της φωνητικής δραστηριότητας της εγκύου και συνοδεύεται με την αφή της κοιλιάς και σχετικές κινήσεις-ασκήσεις: αναπνευστικές, βιορυθμικές, κινητικές, απτικές, ομιλητικές, ασκήσεις στο νερό, που ακολουθούν τα στάδια της εμβρυϊκής ανάπτυξης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από το 1983 εφαρμόζεται η Sonatal σε κλινικές και ειδικά κέντρα στην Μόσχα, Ναμπερέζνι – Τσέλνι, Βλαδιβοστόκ, Χαμπάροβσκ κ.α. Η μεγαλύτερη μελέτη που έγινε στο Ναμπερέζνι-Τσέλνι για 15 χρόνια, σε 31.000 γυναίκες, έδειξε ότι τα ποσοστά θηλασμού στην ομάδα Sonatal, ήταν 84%, ενώ στην ομάδα ελέγχου 58%. Στον πρώτο χρόνο ζωής τους, τα παιδιά της ομάδας Sonatal, είχαν 4 φορές καλύτερη υγεία από τα παιδιά στην ομάδα ελέγχου.

Βιβλιογραφία:

1. Lazarev M. Sonatal. A program of Musical Prenatal Stimulation, Roseville Services, Bloomsbury, N.J. USA 1991
2. Logan Brent. Fetal Sonic Stimulation, The Royal College of General Practitioners Official Reference Book. London, Sterling Publications 1995
3. Lazarev M. Adaptation Reserves of Sonatal as a method of enhancing infants system during the prenatal period. Scientific Centre of Childrens' Health RAMS, 4th Europaediatrics 2009, 03-06/7/2009, Moscow, Russia

ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ. Η ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΛΑΓΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΙΘΑΝΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Σπυριδόπουλος Θ, Παπαδόπουλος Ι, Ιωσηφίδης Κ, Γλυνού Ε, Κολοβός Σ, Ευλογιάς Ν.

Ακτινολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης

ΣΚΟΠΟΣ

Η σημασία της γνώσης της φυσιολογικής ανατομίας των οστικών δομών του άκρου ποδός, καθώς και των πιθανών φυσιολογικών παραλλαγών (επικουρικά οστάρια) στη διαφοροδιάγνωση πιθανού κατάγματος σε περίπτωση κάκωσης της ποδοκνημικής (ΠΔΚ) άρθρωσης, που αποτελεί συχνή εντόπιση κάκωσης σε παιδιά και εφήβους.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, σε συνδυασμό με την κλινική εμπειρία ανάλογων περιστατικών που προσήλθαν για ακτινολογικό έλεγχο στο νοσοκομείο μας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η κάκωση της ΠΔΚ άρθρωσης είναι συχνό αίτιο προσέλευσης παιδιατρικών ασθενών στα τμήματα επειγόντων. Τα επικουρικά οστά του άκρου ποδός είναι συχνές παραλλαγές της ανάπτυξης του οστικού σκελετού. Η γνώση τους είναι σημαντική προκειμένου να μην διαγιγνώσκονται εσφαλμένα ως κατάγματα, σε αναφερόμενη κάκωση του άκρου ποδός. Στα επικουρικά οστά της περιοχής περιλαμβάνονται τα: os perineum, os subfibulare, os subtibiale, os tibiale externum, os calcaneus secundaris, os intermetatarsium. Παραθέτουμε παράδειγμα παιδιού 12 ετών που προσήλθε με οξεία κάκωση της ΠΔΚ, διενεργήθηκε Α/α άκρου ποδός που έθεσε στη Δ/δ την πιθανότητα αποσπαστικού κατάγματος vs επικουρικού οσταρίου. Διενεργήθηκε εντοπισμένη low dose CT στην περιοχή που επιβεβαίωσε την παρουσία os calcaneus secundaris (φυσιολογική παραλλαγή).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η γνώση της φυσιολογικής ανατομίας των οστών και των παραλλαγών της περιοχής του άκρου ποδός είναι απαραίτητη προκειμένου να γίνει από τον ακτινοδιαγνώστη σωστή διάγνωση σε περίπτωση αναφερόμενης κάκωσης της ποδοκνημικής άρθρωσης.

Βιβλιογραφία:

1. Kalantari B, Seeger L, Motamedi K, Chow K. Accessory ossicles and sesamoid bones: Spectrum of pathology and imaging evaluation. Applied Radiology 2007; 36:28-37.

ΟΓΚΟΙ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ – ΕΜΠΕΙΡΙΑ 25 ΧΡΟΝΩΝ

Β. Σίδη

Παιδοογκολογική Κλινική Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ

Στην παρούσα αναδρομική μελέτη παρουσιάζουμε τους παιδιατρικούς ασθενείς με πρωτοπαθείς νεφρικούς όγκους που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας τα τελευταία 25 χρόνια (1981-2006).

ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν 68 ασθενείς, 30 αγόρια και 38 κορίτσια, ηλικίας 2 μηνών έως 15 χρόνων (διάμεση ηλικία 3,5) χρόνια. Από αυτούς 59 (88,3%) παρουσίαζαν νεφροβλάστωμα, και 9 (11,66%) είχαν σπάνιο νεφρικό όγκο [2 διαυγοκυτταρικό σάρκωμα νεφρού, 3 νεφρικό καρκίνωμα, 2 ραβδοειδή όγκο και 2 νεφροβλαστωμάτωση]. Από τους ασθενείς με νεφροβλάστωμα, κατά την αρχική διάγνωση 19 (35,8%) ανήκαν στο στάδιο I, 20 (33,96%) στο στάδιο II, 10 (16,96%) στο στάδιο III, 4 (7,55%) στο στάδιο IV και 3 (5,66%) είχαν αμφοτερόπλευρο όγκο [στάδιο V]. Σε 7 παιδιά υπήρχε νεοπλασματικός θρόμβος στην κάτω κοίλη φλέβα. Ως προς τον ιστολογικό τύπο των ασθενών μας με νεφροβλάστωμα 43 (83%) είχαν ευνοϊκό ιστολογικό τύπο, ενώ 10 (17%) παρουσίαζαν αναπλασία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η αντιμετώπιση όλων των παιδιών περιλάμβανε χειρουργική εξαίρεση, 57 έλαβαν χημειοθεραπεία σύμφωνα με το πρωτόκολλο UKW3 (15 από αυτούς έλαβαν προεγχειρητική χημειοθεραπεία με σκοπό τη συρρίκνωση του όγκου) και 18 υποβλήθηκαν και σε ακτινοθεραπεία. Στη ζωή σήμερα βρίσκονται 59 (87.5%) ασθενείς οι οποίοι είναι ελεύθεροι νόσου από 6 μήνες έως 25 (διάμεση περίοδος 7,8) χρόνια. Κατέληξαν 9 (15%), 7 ασθενείς με εκτεταμένο και όχι ευνοϊκού ιστολογικού τύπο νεφροβλάστωμα και 2 με ραβδοειδή όγκο νεφρού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

A) Το νεφροβλάστωμα είναι ιδιαίτερα χημειοευαίσθητος όγκος ακόμη και σε προχωρημένα στάδια B) Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία διευκολύνει τη χειρουργική εξαίρεση βελτιώνοντας τη πρόγνωση της νόσου Γ) Η προσθήκη της δοξορουβικίνης στα σχήματα χημειοθεραπείας των διαυγοκυτταρικών όγκων νεφρού έχει βελτιώσει την επιβίωση.

Ευχαριστίες: Δ. Κολιούσκας

Βιβλιογραφία:

- 1.Hashim A, Arya G, e al. Part II: Treatment of primay malignant non – Wilms' renal tumours in children. Lancet Oncol 2007; 8:730 – 737
2. Silberstein J, Grabowski J, et al. Renal cell carcinoma in the petratric population: results from the California Cancer Registry.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥΣ

Σ. Γουμπέρη, Β. Σίδη

Παιδοογκολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ

Ο παιδιατρικός καρκίνος είναι σπάνιος στα παιδιά, όμως είναι η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα ατυχήματα. Καινούργιες θεραπείες συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση του ποσοστού επιβίωσης .Ωστόσο η νόσος εκτός από τα σωματικά συμπτώματα επηρεάζει σημαντικά και την ψυχική υγεία, με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η ποιότητα ζωής αυτών των παιδιών.

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής παιδιών και εφήβων με οποιαδήποτε μορφή κακοήθειας κατά την διάρκεια της θεραπείας και η παρουσίαση τρόπων-μεθόδων κυρίως για την πρόληψη και αποφυγή επιπλοκών καθώς και η έγκαιρη και αντιμετώπιση τους.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Διερεύνηση της ψυχосυναισθηματικής κατάστασης του παιδιού και εφαρμογή μέτρων πρόληψης των τυχόν προβλημάτων - επιπλοκών που οφείλονται τόσο στη νόσο όσο και στη θεραπεία.

Αξιολόγηση των σημείων και τυχόν προβλημάτων - επιπλοκών που προκύπτουν (πόνος, φόβος, άγχος, κατάθλιψη, μειωμένη δραστηριότητα) και η έγκαιρη αντιμετώπιση τους (πρόληψη, υποστηρικτική αγωγή).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Η εφαρμογή κατάλληλων μέτρων, η άμεση αξιολόγηση και η έγκαιρη αντιμετώπιση των τυχόν προβλημάτων - επιπλοκών που προκύπτουν από τη θεραπεία απέδειξε ότι είναι καθοριστική για την όλη θεραπευτική πορεία των παιδιών με καρκίνο και για την όσο δυνατή καλύτερη παροχή ποιότητας ζωής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η πρόληψη, αποφυγή ή μείωση της έντασης εμφάνισης τυχόν προβλημάτων - επιπλοκών από τη θεραπεία των παιδιών με καρκίνο βοηθά στη ομαλή διεξαγωγή του θεραπευτικού σχήματος και στην παροχή όσο το δυνατό καλύτερης ποιότητας ζωής, γεγονός υψίστης σημασίας για την όλη θεραπευτική πορεία του παιδιού.

Βιβλιογραφία:

1. Ward-Smith P, Hamlin J, Bartholomew J, Stegenga K. Quality of life among adolescents with cancer. *Journai Pediatric Oncol ogy Nursing* 2007, 24:166–171
2. Kurtz B.P., Abrams A.N. Psychiatric aspects of pediatric cancer. *Child Adolesc Psychiatric Clin. N. Am* 2010 April;19(2):401-21.
3. Social emotional and behavioral functioning of children with cancer. Noll, R.B., Garstein, M.A., Vannatta, K., Correll, J., Bukowski, W.M., Davies, W.H. *Pediatr*, 1999; 103, 71-78.

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΙΣΧΙΩΝ: ΜΙΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΓΓΕΝΕΣ

ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ

Σπυριδόπουλος Θ, Γλυνού Ε, Κολοβός Σ, Παπαδόπουλος Ι, Ιωσηφίδης Κ, Ευλογιάς Ν.

Ακτινολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης

ΣΚΟΠΟΣ

Η ανάδειξη της σημασίας του υπερηχογραφήματος ισχίων ως απεικονιστικής μεθόδου για τον έλεγχο της φυσιολογικής ωρίμανσης και την έγκαιρη διάγνωση του συγγενούς εξάρθρωτος ισχίων (ΣΕΙ) σε βρέφη με σχετικούς παράγοντες κινδύνου.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, σε συνδυασμό με την ευρεία κλινική εμπειρία βρεφών που προσέρχονται για έλεγχο στο τμήμα Υπερήχων του νοσοκομείου μας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βρέφη έως 6 εβδομάδων που: έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού με ΣΕΙ, γεννήθηκαν πρόωρα ή με ισχιακή προβολή, έχουν άλλες σκελετικές ανωμαλίες, χρήζουν ελέγχου με υπερηχογράφημα. Το βρέφος εξετάζεται σε θέση decubitus (στο πλάι), ενώ το ισχίο που εξετάζεται είναι σε θέση κάμψης 90°. Με τον τρόπο αυτό απεικονίζεται η κεφαλή του μηριαίου οστού εντός της κοτύλης. Η κύρια μεθοδολογία που εφαρμόζεται αφορά τις στατικές μετρήσεις γωνιών κατά Graf. Αφού σχεδιαστεί η βασική γραμμή που διέρχεται από το λαγόνιο οστό, στη συνέχεια σχηματίζουμε δύο ακόμα γραμμές: τη γραμμή που διέρχεται από την οστέινη κοτύλη και τη γραμμή που αντιστοιχεί στον επιχείλιο χόνδρο της κοτύλης. Η γωνία α υποδηλώνει την κλίση της οστέινης κοτύλης. Στο ώριμο ισχίο η γωνία α είναι >60°, αν είναι μεταξύ 50-59° είναι το ισχίο είναι φυσιολογικό μέχρι την ηλικία των 3 μηνών αλλά χρειάζεται follow up, ενώ αν είναι μικρότερη των 50° τότε τίθεται η διάγνωση ΣΕΙ ανεξαρτήτως ηλικίας του βρέφους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το υπερηχογράφημα ισχίων αποτελεί εξέταση εκλογής που συμπληρώνει τον κλινικό έλεγχο για το ΣΕΙ, ενώ σε αρκετά κέντρα εφαρμόζεται ως screening test. Πρόκειται για μία μέθοδο ευρέως διαθέσιμη, ακίνδυνη για το βρέφος καθώς δεν επιβαρύνεται με ιοντίζουσα ακτινοβολία, ως εκ τούτου μπορεί να επαναληφθεί σε follow up ελέγχους. Η διενέργειά της από έμπειρο παιδοακτινολόγο συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση του ΣΕΙ.

Βιβλιογραφία:

1. Price KR, Dove R, Hunter JB. Current screening recommendations for developmental dysplasia of the hip may lead to an increase in open reduction. Bone Joint J. 2013; 95-B(6):846-50. doi: 10.1302/0301-620X.95B6.31461.
2. Delaney LR, Karmazyn B. Developmental dysplasia of the hip: background and the utility of ultrasound. Semin Ultrasound CT MR. 2011;32:151-6. doi: 10.1053/j.sult.2010.10.004.

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΘΩΡΑΚΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σπυριδόπουλος Θ, Κολοβός Σ, Παπαδόπουλος Ι, Ιωσηφίδης Κ, Γλυνού Ε, Ευλογιάς Ν.

Ακτινολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης

ΣΚΟΠΟΣ

Η ανάδειξη του ρόλου του υπερηχογραφήματος (US) στο πλαίσιο διερεύνησης παιδιατρικών ασθενών με παθολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακα.

ΥΛΙΚΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, σε συνδυασμό με τη συσσωρευμένη κλινική εμπειρία στην απεικόνιση και παρακολούθηση παιδιατρικών ασθενών με ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος, που προσέρχονται για έλεγχο στο τμήμα Υπερήχων του νοσοκομείου μας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το US θώρακα παρέχει χρήσιμες πληροφορίες στη μελέτη παθολογικών σκιάσεων στην ακτινογραφία θώρακα. Μπορεί να αναδείξει την παρουσία αεροβρογχογράμματος σε περίπτωση πνευμονίας ή ατελεκτασίας. Αποτελεί άριστη μέθοδο για τη μελέτη μιας υπεζωκοτικής συλλογής (εκτίμηση ποσότητας υγρού και αξιολόγηση ποιοτικών χαρακτηριστικών της πχ παρουσία αιμορραγικών στοιχείων ή διαφραγματίων κτλ). Η ανάδειξη της αγγείωσης με τον color Doppler έλεγχο μπορεί να συμβάλλει στη μελέτη αλλοιώσεων του πνευμονικού παρεγχύματος ή του υπεζωκότος. Αν και η μέθοδος υστερεί της αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας στη μελέτη του μεσοθωρακίου, εντούτοις μπορεί να προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες πχ στην απεικόνιση του θύμου αδένος που μπορεί να δίδει την εντύπωση μιας μάζας στο μεσοθωράκιο, οπότε αποφεύγεται η επιβάρυνση του παιδιού με περαιτέρω εξετάσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το υπερηχογράφημα είναι μία εύχρηστη μέθοδος, συμπληρωματική του ακτινογραφικού ελέγχου στην εκτίμηση παθολογικών σκιάσεων. Επιπλέον, αποτελεί μέθοδο εκλογής για τη μελέτη και παρακολούθηση των υπεζωκοτικών συλλογών. Στην αξιολόγηση των μαζών του μεσοθωρακίου το υπερηχογράφημα υστερεί έναντι της αξονικής ή της μαγνητικής τομογραφίας.

Βιβλιογραφία:

1. Supakul N, Karmazyn B. Ultrasound of the pediatric chest-the ins and outs. Semin Ultrasound CT MR. 2013;34:274-85. doi: 10.1053/j.sult.2012.12.001.
2. Koh DM, Burke S, Davies N, Padley SP. Transthoracic US of the chest: clinical uses and applications. Radiographics. 2002;22:e1.
3. Kim OH, Kim WS, Kim MJ, Jung JY, Suh JH. US in the diagnosis of pediatric chest diseases. Radiographics. 2000;20:653-71.

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΕΣ ΡΟΕΣ, ΕΚΤΟΠΙΣΜΕΝΟΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ: Ο ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Επισκόπου Μ., Ιωαννίδης Π., Τερζίδης Α., Πίννα Γ., Θεμελή Ε., Ρόζενμπεργκ Θ.

ΠΜΣ Διεθνής Ιατρική Διαχείριση Κρίσεων Υγείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Οι μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών έχουν αυξηθεί σημαντικά τον τελευταίο αιώνα. Η εγκατάσταση αυτών των μαζών σε πρόχειρους καταυλισμούς, συνήθως, ακολουθεί μια αύξηση των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω των μεταδοτικών νοσημάτων μερικές φορές σε συνδυασμό με τον υποσιτισμό. Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου είναι η κατάρρευση του συστήματος υγείας, η ανεπάρκεια του πόσιμου νερού, ο συνωστισμός, το μη ικανοποιητικό αποχετευτικό σύστημα και το προϋπάρχον επίπεδο της υγείας του πληθυσμού. Έχει αποδειχθεί ότι κατά την διάρκεια τέτοιων κρίσεων πλήττονται περισσότερο οι ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, όπως είναι τα παιδιά. Γι' αυτό και οι δείκτες παιδικής νοσηρότητας και θνησιμότητας (< 5 ετών) είναι ένα από τα βασικά εργαλεία παρακολούθησης του συνολικού υγειονομικού επιπέδου. Ο εμβολιασμός κατά της ιλαράς και η πρόσληψη βιταμίνης Α είναι δύο από τις βασικές και πιο αποδοτικές παρεμβάσεις.

Ευχαριστίες: Κάκαλου Ε.

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΧΝΩΝ ΔΙΑΔΗΛΩΣΕΩΝ ΣΤΙΣ ΜΕΓΑΛΕΣ ΠΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΤΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ.

Κοκοτή Μ., Τερζίδης Α., Ρόζενμπεργκ Θ.

ΠΜΣ Διεθνής Ιατρική Διαχείριση Κρίσεων Υγείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Η παροχή ιατρικής φροντίδας σε μαζικές συγκεντρώσεις αποτελεί μια από τις κύριες δραστηριότητες του πεδίου της ιατρικής καταστροφών. Οι μαζικές συγκεντρώσεις παρουσιάζουν

αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μεγάλου αριθμού θυμάτων και κατά συνέπεια θέτουν σε δοκιμασία τα όρια του συστήματος υγείας και τους υπάρχοντες πόρους, αφού οι υπηρεσίες άμεσης ανάγκης καλούνται να λειτουργήσουν σε συνθήκες κρίσης. Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται μια καταγραφή των συνεπειών από τις συχνές διαδηλώσεις στις μεγάλες πόλεις της χώρας, στη λειτουργία των πληρωμάτων του Πυροσβεστικού Σώματος και του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας και διατυπώνονται προτάσεις που αναφέρονται σε βασικά πεδία δράσης, όπως τα συστήματα διοίκησης και ελέγχου, η επιλογή της θέσης και της δρομολόγησης των οχημάτων έκτακτης ανάγκης, η εξασφάλιση της προστασίας και της κάλυψης του προσωπικού, των επικοινωνιών και της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων

Ευχαριστίες: Ριζά Ε.

ΕΞΕΙΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΡΑΝΙΟΓΝΑΘΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Κοκοτή Μ., Τερζίδης Α., Σαγκατελιάν Ε., Ρόζενμπεργκ Θ.

ΠΜΣ Διεθνής Ιατρική Διαχείριση Κρίσεων Υγείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Ο όρος κρανιογναθικές διαταραχές περιλαμβάνει μια σειρά από κλινικά σημεία και συμπτώματα, που επηρεάζουν τους μασητήριους μύες, την κροταφογναθική διάρθρωση και τις συνοδές δομές. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανίχνευση παραγόντων κινδύνου, που σχετίζονται με έξεις και δραστηριότητες και η περιγραφή της δράσης αυτών των παραγόντων στην εμφάνιση κρανιογναθικών διαταραχών. Στους πιθανούς παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση κρανιογναθικών διαταραχών συμπεριλαμβάνονται η μάσηση τσίχλας, ο ημερήσιος / νυχτερινός βρυγμός, η άσκοπη κίνηση της γνάθου, η συχνή στήριξη της κεφαλής στον βραχίονα, η δήξη των ονύχων, η δήξη των παρειών ή/και των χειλέων, η απομύζηση των δακτύλων, κάποιες διατροφικές συνήθειες, έξεις που αφορούν το βούρτσισμα των δοντιών και ο λανθασμένος τρόπος αναπνοής. Επιπλέον, ως παράγοντες κινδύνου αναφέρονται η χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή, η ενασχόληση με συγκεκριμένα μουσικά όργανα, με αθλήματα επαφής και με καταδύσεις.

Ευχαριστίες: Ριζά Ε.

Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΣΤΟΝ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΟ ΚΟΣΜΟ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΟ. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΜΗΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ. ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΜΑΣΤΕ ΣΗΜΕΡΑ

Σαγκατελιάν Ε., Τερζίδης Α., Κοκοτή Μ., Ρόζενμπεργκ Θ.

ΠΜΣ Διεθνής Ιατρική Διαχείριση Κρίσεων Υγείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Τα ποσοστά της μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας στον αναπτυσσόμενο κόσμο παραμένουν υψηλά με πρωταγωνιστή σε αυτά την υπό-Σαχάρια Αφρική. Η αντιμετώπιση του προβλήματος έχει εξελιχθεί σε αγώνα δρόμου, αφού μέχρι το 2015 θα πρέπει η μητρική θνησιμότητα να μειωθεί κατά τα τρία τέταρτα και η παιδική θνησιμότητα κάτω των πέντε ετών κατά τα δυο τρίτα. Για την επίτευξη του στόχου απαιτείται η παρουσία επαγγελματιών υγείας στον τοκετό κατά 90% καθώς και η άμεση πρόσβαση στα επείγοντα σε περίπτωση επιπλοκών. Σήμερα 34% των γυναικών γεννάει χωρίς τους επαγγελματίες υγείας. Η φτώχεια, η έλλειψη εκπαίδευσης και η διάκριση των δύο φύλων είναι μερικοί από τους παράγοντες που ευνοούν αυτή την κατάσταση. Η διεθνής κοινότητα πρέπει να περάσει από τις αποφάσεις στις πράξεις προσφέροντας περισσότερους πόρους και ασκώντας αυστηρότερο έλεγχο και πίεση προς τη σωστή εκμετάλλευση αυτών στις κυβερνήσεις των αναπτυσσόμενων κρατών.

Ευχαριστίες: Ριζά Ε.

Αίθουσα Α: Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Συντονιστές: Μ. Μάνδουλα, Α. Τερζίδης

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΡΓΙΚΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΤΩΝ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μακαρίου Σ.^{1,2}, Σιώμου Αικ.¹, Σιαμοπούλου-Μαυρίδου Α.¹, Ελισάφ Μ.²

¹ Τομέας Υγείας του Παιδιού, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

² Τομέας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΣΚΟΠΟΣ

Η παχυσαρκία θεωρείται ένας ισχυρός παράγοντας κινδύνου για ανεπάρκεια βιταμίνης D^{1,2}, ενώ τα υπέρβαρα/παχύσαρκα παιδιά και έφηβοι εμφανίζουν συχνά διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, στην εκδήλωση της οποίας πιθανά εμπλέκεται η ανεπάρκεια βιταμίνης D³. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση των επιπέδων 25(OH)VitD ορού παχύσαρκων εφήβων σε σχέση με φυσιολογικού βάρους μάρτυρες και διερεύνηση της σχέσης των επιπέδων της 25(OH)VitD με επιλεγμένους δείκτες μεταβολισμού των υδατανθράκων και με άλλα μεταβολικά χαρακτηριστικά.

ΥΛΙΚΟ

Μελετήθηκαν 69 παχύσαρκοι (BMI=29,7±5,5 Kg/m²) και 34 φυσιολογικού βάρους (BMI=19,6±2,3 Kg/m²) έφηβοι, ηλικίας 10-14 ετών.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Μετρήθηκαν με ανοσοενζυμική μέθοδο στον ορό τα επίπεδα 25(OH)VitD, λεπτίνης, βισφατίνης, και αδιπονεκτίνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα επίπεδα 25(OH)VitD ορού των παχύσαρκων εφήβων ήταν σημαντικά χαμηλότερα [12,5 (3-36) ng/mL] από αυτά των μαρτύρων [34,3 (10-69,5) ng/mL] (p=0,0001). Η μονοπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι τα επίπεδα 25(OH)VitD ορού των παχύσαρκων εφήβων δεν σχετίστηκαν στατιστικώς σημαντικά με κανένα από τους δείκτες μεταβολισμού των υδατανθράκων μετά από φόρτιση με γλυκόζη (Glc): Glc 0 min, Glc 120 min, Ins 0 min, Ins 120 min και δείκτη HOMA. Ωστόσο,

παρατηρήθηκε αντίστροφη συσχέτιση της 25(OH)VitD με τη λεπτίνη ($r=-0,280$, $p=0,037$) και την αδιπονεκτίνη ($r=-0,281$, $p=0,048$), αλλά όχι με την βισφατίνη. Η αντίστροφη συσχέτιση της 25(OH)VitD με τη λεπτίνη διατηρήθηκε και στο πολυπαραγοντικό μοντέλο (διόρθωση για BMI) ($r=-0,340$, $p=0,009$), ενώ η συσχέτιση με την αδιπονεκτίνη σταμάτησε να υφίσταται.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι παχύσαρκοι έφηβοι είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα 25(OH)VitD ορού σε σχέση με τους μάρτυρες. Η 25(OH)VitD δεν συσχετίστηκε με κανένα δείκτη μεταβολισμού της γλυκόζης, αλλά συσχετίστηκε αντίστροφα με τη λεπτίνη στους παχύσαρκους εφήβους.

Ευχαριστίες: Χάλλα Α.

Βιβλιογραφία:

1. Smotkin-Tangorra M, Purushothaman R, Gupta A et al. Prevalence of vitamin D insufficiency in obese children and adolescents. J Pediatr Endocrinol Metab 2007; 20:817-823
2. Wortsman J, Matsuoka LY, Chen TC, Lu Z, Holick MF. Decreased bioavailability of vitamin D in obesity. Am J Clin Nutr 2000; 72:690-693
3. Alemzadeh R, Kichler J, Babar G, Calhoun M. Hypovitaminosis D in obese children and adolescents: relationship with adiposity, insulin sensitivity, ethnicity, and season. Metabolism 2008; 57:183-191

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Κιτσούλης Γ., Αλφαντάκη Σ., Σιαμοπούλου Α

Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ

Η διερεύνηση της επίδρασης ενός εντατικού και έντονου, μικτού προγράμματος υδροκινησιοθεραπείας και κινησιοθεραπείας δια οργάνων, στα μυοσκελετικά συμπτώματα της νόσου.

ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη αυτή ήταν αναγκαία και επιβεβλημένη διότι υπάρχει κλινική αβεβαιότητα για την αποτελεσματικότητα της προτεινόμενης αντιμετώπισης με θεραπευτική άσκηση.

ΣΚΟΠΟΣ

Η διαμόρφωση ενός προγράμματος θεραπευτικής άσκησης που: 1^ο να βελτιώνει σε ικανοποιητικό βαθμό τις μυοσκελετικές εκδηλώσεις της νόσου 2^ο να βασίζεται στις αρχές της

Εργοφυσιολογίας, 3^ο να είναι πρακτικά και κλινικά εφαρμόσιμο διάρκειας μικρότερης των τεσσάρων εβδομάδων.

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε σύγκριση δύο προγραμμάτων θεραπευτικής άσκησης στα οποία συμμετείχαν είκοσι τέσσερεις ασθενείς ηλικίας 6 –16 ετών με oligoarthritis, επεκταθείσα oligoarthritis και polyarthritis μορφή της νόσου, λειτουργικού σταδίου II και III κατά Steinbrocker. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν στην έναρξη και λήξη των προγραμμάτων και η αξιολόγηση περιλάμβανε: 1) μέτρηση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων που πάσχουν, 2) μέτρηση της μυϊκής ισχύος των μυϊκών ομάδων που έχουν ατροφήσει και 3) αξιολόγηση της αερόβιας ικανότητας. Το πρόγραμμα της πειραματικής παρέμβασης περιλάμβανε: αερόβια άσκηση, ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης και διατάσεις. Το πρόγραμμα ελέγχου ήταν εξατομικευμένο πρόγραμμα άσκησης σε έντυπο για το σπίτι (home exercise program).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μυϊκή δύναμη και η αρθρική κίνηση βελτιώθηκαν σημαντικά αλλά όχι και η αερόβια ικανότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα παιδιά και οι έφηβοι με N.I.A. μπορούν να βελτιωθούν σε ικανοποιητικό βαθμό με το πρόγραμμα που διαμορφώσαμε και είναι εφικτό να ελαττώσουμε την διάρκεια των προγραμμάτων σε λιγότερο από 4 εβδομάδες με την προϋπόθεση ότι αυξάνουμε την εβδομαδιαία συχνότητα, την ένταση και τη διάρκεια κάθε συνεδρίας συνδυάζοντας παράλληλα τα πλεονεκτήματα των δύο διαφορετικών ειδών άσκησης.

Βιβλιογραφικές αναφορές:

1. Klepper SE Effects of an Eight-Week Physical Conditioning Program on Disease Signs and Symptoms in Children with Chronic Arthritis. Arthritis Care and Research 1999 Vol.12 pp 52-60
2. Takken T. Aquatic Fitness training for children with juvenile Idiopathic arthritis. Rheumatology 2003 Vol 42 pp 1408-1414
3. Singh-Grewal The Effects of Vigorous Exercise Training on Physical Function in Children With Arthritis: A Randomized. Controlled, Single-Blinded Trial Arthritis & Rheumatism 2007 Vol. 57 pp 1202-1210

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Τζίφα Ν., Κιτσούλης Γ., Αλφαντάκη Σ., Σιαμοπούλου Α.

Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

Η Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα είναι μια από τις συχνότερες χρόνιες ασθένειες της παιδικής ηλικίας που μπορεί να αφήσει μόνιμες αναπηρίες. Η αντιμετώπισή της απαιτεί έγκαιρη συχνή και ολιστική παρέμβαση και αυτό επιτυγχάνεται με τη συγκρότηση διεπιστημονικής ομάδας που συνεργάζεται με το παιδί και την οικογένεια σε όλα τα στάδια της αναπτυξιακής ηλικίας για να επιτευχθούν τα μέγιστα εφικτά αποτελέσματα. Η ομάδα απαρτίζεται από παιδορευματολόγο, οφθαλμίατρο, ορθοπαιδικό, νοσηλεύτη, φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, και ψυχολόγο.

Οι ενδείξεις για παραπομπή του παιδιού στο φυσικοθεραπευτή περιλαμβάνουν τα συμπτώματα της ενεργού νόσου, όπως πόνος, δυσκαμψία, μυϊκή αδυναμία και κόπωση, καθώς και περιορισμούς στη λειτουργικότητα ή ακόμη δυσχέρειες στη συμμετοχή του σε αθλητικές, κοινωνικές και σχολικές δραστηριότητες. Είναι χρήσιμο η φυσικοθεραπευτική παρέμβαση να γίνει πριν ακόμη τεθεί η οριστική διάγνωση. Επίσης περιοδικές επισκέψεις γίνονται σε όλη την πορεία της νόσου, και συνεχίζονται ακόμα και κατά τη διάρκεια της ύφεσής της, αφού οι περιορισμοί συχνά επιμένουν και πέραν από το στάδιο που η νόσος είναι ενεργός.

Ο φυσικοθεραπευτής εξετάζει και αξιολογεί την λειτουργική ικανότητα του παιδιού εστιάζοντας στην αρθρική κίνηση, τη μυϊκή δύναμη και μυϊκή αντοχή, την αερόβια ικανότητα, την κίνηση κατά τη βάδιση και κάθε δομική ή λειτουργική απόκλιση από τη φυσιολογική για την ηλικία του παιδιού. Τα ευρήματα της αξιολόγησης είναι η βάση για τον καθορισμό των στόχων και της επιλογής των μέσων και μεθόδων θεραπείας για την αντιμετώπιση των υπαρχόντων μυοσκελετικών συμπτωμάτων. Τα βασικά στοιχεία του προγράμματος περιλαμβάνουν τα φυσικά μέσα, τη θεραπευτική άσκηση, την κινητοποίηση των αρθρώσεων, τη μάλαξη και τη διαχείριση με τις γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές. Στο τέλος κάθε σειράς συνεδριών γίνεται η αποτίμηση του αποτελέσματος της θεραπευτικής παρέμβασης.

Κεφάλαια σε Textbooks:

1. Susan Maillard (Great Ormond Street Hospital London) Handbook of Systemic Autoimmune Diseases
2. Iris Davidson (British Columbia Children's Hospital Vancouver) Textbook of Pediatric Rheumatology 2012
3. Susan E. Klepper (Columbia University New York) American College of Rheumatology.
4. Marie Andre (Karolinska Hospital – Stockholm), Barnreumatologi.

ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Βρυώνη Ε¹, Δήμας Μ², Νάκα Β², Χαλιάσος Ν³, Μάντζιου Θ.²

¹ΠΜΣ ΠΦΥ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

²ΣΕΥΠ/ΤΕΙ Ηπείρου

³Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Η έρευνα αυτή στοχεύει στη διερεύνηση και καλύτερη ενημέρωση για την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων.

Συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια από γονείς 471 παιδιών (171 αγόρια και 139 κορίτσια) σε παιδικούς σταθμούς στα Ιωάννινα. Από αυτά το (65,8%) (310 παιδιά) είχαν υποπέσει σε ατύχημα. Πρώτο σε συχνότητα ατύχημα ήταν η πτώση (61%). Τα περισσότερα παιδιά (62%) , ήταν στην ηλικία 1-3 χρονών όταν συνέβη το ατύχημα , (4%) ήταν 3-5 χρονών και (13%) ήταν μικρότερα του 1 έτους. Είναι ενδιαφέρον ότι το 1/3 του συνόλου των ατυχημάτων συνέβη όταν τα παιδιά τα επέβλεπαν περισσότερα από ένα άτομα. Το (29%) των παιδιών τα πρόσεχε η μητέρα και λιγότερο συχνά ο πατέρας ή ο παππούς-γιαγιά Το 1/5 των παιδιών είχε τραύμα στο κεφάλι και μόνο το 3% νοσηλεύτηκε σε νοσοκομείο.

Το (17,42) των ατυχημάτων ήταν θερμικά εγκαύματα και η πλειονότητα συνέβη στο χώρο της κουζίνας. Η ηλικία των παιδιών ήταν (59%) από 1-3 χρονών και (4%) κάτω του ενός έτους.

Δηλητηρίαση υπέστη το 2,97% του συνόλου ή το (4,5%) των παιδιών με ατύχημα. Από αυτά το (71%) ήταν ηλικίας πάλι 1-3 ετών και (21%) δηλητηρίαση 2 φορές, Στο 1/3 των περιπτώσεων επίβλεψη είχε ο πατέρας (35%) ή πολλά άτομα (28%). Το (57 %) των ατυχημάτων δηλητηρίασης συνέβησαν στο σπίτι και (28%) σε εξωτερικούς χώρους. Η συχνότερη αιτία ήταν η λήψη τσιγάρου και άλλα αίτια, όπως φάρμακα ή απορρυπαντικά.

Η συχνότερη αιτία ατυχήματος από εισρόφηση ξένου σώματος ήταν μικρά κομμάτια παιχνιδιών(10,65%)

Σε τροχαίο ενεπλάκη το (4,84%) των παιδιών που είχαν με ατύχημα. Το 1/3 αυτών δεν φορούσε ζώνη ασφαλείας και ειδικό κάθισμα και 4% των γονέων δεν χρησιμοποιούν ποτέ προστατευτικά μετρά.

Τα ευρήματα μας συμφωνούν με τις αντίστοιχες βιβλιογραφικές αναφορές αν και δεν υπάρχουν πρόσφατα στατιστικά στοιχεία για το παιδικό ατύχημα στη χώρα μας.

Είναι επιτακτική η ανάγκη συνεχούς ενημέρωσης των γονέων, των εκπαιδευτικών και όσων ασχολούνται με τα παιδιά για την πρόληψη των ατυχημάτων.

Η άγνοια κινδύνου από το παιδί και μια στιγμιαία αμέλεια μπορεί να στοιχίσει τη ζωή ή τη σωματική και πνευματική ακεραιότητά του.

Βιβλιογραφία:

1. Preventing motor vehicle crashes related spine injury in children Rasouli MR, Rahimi-Movaghar V, Maheronnaghsh R, Yousefian A, Vaccaro AR. World J Pediatr. 2011 Nov;7(4):311-7. doi: 10.1007/s12519-011-0327-z. Epub 2011 Oct 20.
2. Family functioning and posttraumatic stress symptoms in youth and their parents after unintentional pediatric injury. Coakley RM, Forbes PW, Kelley SD, Lebovidge J, Beasley P, Demaso DR, Waber DP.
3. Holiday ornament-related injuries in children. Kimia A, Lee L, Shannon M, Capraro A, Mays D, Johnston P, Hummel D, Shuman M. Pediatr Emerg Care. 2009 Dec;25(12):819-22. doi:

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΟΣΤΕΟΠΕΝΙΑΣ-ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΛΕΜΦΟΒΛΑΣΤΙΚΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Μπινιάρης – Γεωργαλλής Σ.Ι.¹, Μοσχόβη Μ², Πετρίδου Ε¹

¹Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

²Μονάδα Αιματολογίας-Ογκολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «η Αγία Σοφία»

ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη της επιδημιολογίας της οστεοπόρωσης – οστεοπενίας κατά τη διάγνωση και τη θεραπεία της οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας (ΟΛΛ) σε παιδιατρικούς ασθενείς και η παράλληλη αναζήτηση ενδεχόμενων υποκείμενων παθοφυσιολογικών μηχανισμών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Ανασκοπήθηκαν οι μηχανές αναζήτησης pubmed.gov και cochrane.org με λέξεις κλειδιά τους όρους «οξεία, λεμφοβλαστική, λευχαιμία, οστεοπόρωση, οστεοπενία, οστική πυκνότητα, μεταβολισμός των οστών, παιδιά». Επιλέχθηκαν οι μελέτες που αναφέρονταν σε ασθενείς που πρωτοδιαγνώστηκαν με ΟΛΛ στην παιδική ηλικία (0-17 ετών).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι περισσότερες έρευνες αναφέρονται σε άτομα που νόσησαν σε ηλικία 0-14 ετών. Από τις 339 μελέτες οι οποίες ανιχνεύθηκαν αρχικά, οι 32 σχετίζονταν με το θέμα. Στη βάση των δεδομένων αυτών, υπάρχει σχετική βεβαιότητα ότι η ίδια η ΟΛΛ αλλά και η θεραπεία, σε συνδυασμό με την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση οστεοπενίας–

οστεοπόρωσης κατά τη διάγνωση/θεραπεία της ΟΛΛ. Επιπλέον διαπιστώνεται ότι η χαμηλή τιμή της οστικής πυκνότητας κατά τη διάγνωση σχετίζεται με μείωσή της κατά τη θεραπεία της ΟΛΛ. Αξιοσημείωτη είναι η απουσία μελετών σχετικά με την ευαισθητοποίηση των λειτουργιών της υγείας για την ανάγκη έγκαιρης ανίχνευσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης, αλλά επίσης κατά πόσο διατίθενται παρεμβάσεις πρόληψης της εμφάνισης οστεοπενίας στους ΟΛΛ πάσχοντες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το πρόβλημα της οστεοπενίας-οστεοπόρωσης στα παιδιά με ΟΛΛ, αποτελεί πρόκληση για την ιατρική κοινότητα και την κοινωνία, για τη πρόληψη των επιπλοκών κατά τη διάρκεια της θεραπείας δεδομένης της αύξησης των παιδιών που επιβιώνουν από τη συγκεκριμένη κακοήθεια. Η υπάρχουσα γνώση χρειάζεται να αξιολογηθεί περαιτέρω ώστε αξιοποιηθεί κατάλληλα και ενδεχομένως να ενσωματωθεί στα πρωτόκολλα θεραπείας και παρακολούθησης με κατάλληλες κατευθυντήριες οδηγίες.

Ευχαριστίες: Δικαλιώτη Σ, Παιδιατρική Κλινική Τμήματος Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Π&Α Κυριακού, Γιαννιός Χ, Μονάδα Αιματολογίας-Ογκολογίας, Α΄ Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «η Αγία Σοφία»

Ενδεικτική βιβλιογραφία:

1. Haddy, T.B., R.B. Mosher, and G.H. Reaman, Late effects in long-term survivors after treatment for childhood acute leukemia. Clin Pediatr (Phila), 2009. **48**(6): p. 601-8.
2. Gunes, A.M., et al., Assessment of bone mineral density and risk factors in children completing treatment for acute lymphoblastic leukemia. J Pediatr Hematol Oncol, 2010. **32**(3): p. e102-7.
3. Sinigaglia, R., et al., Musculoskeletal manifestations in pediatric acute leukemia. J Pediatr Orthop, 2008. **28**(1): p. 20-8.

ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ - ΣΥΝΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ - ΕΚΦΡΑΖΩ. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΤΑΞΗ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΙΘΑΚΗΣ, ΟΠΟΥ ΦΟΙΤΑ ΜΑΘΗΤΗΣ ΜΕ Δ.Α.Δ.(ΔΙΑΧΥΤΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ).

Νικολοπούλου Χ.

7/θεσιο Δημοτικό Σχολείο Ιθάκης

Η Συναισθηματική Υγεία αφορά όλα τα παιδιά και τους ενήλικες που εμπλέκονται σε οποιαδήποτε μορφή σχέσης μαζί τους. Η Συναισθηματική Αγωγή αναφέρεται, σε όλες τις ικανότητες που απαρτίζουν τη συναισθηματική νοημοσύνη στα πλαίσια των συναισθηματικών αλληλεπιδράσεων των παιδιών, στην οικογένεια και στο σχολείο. Η εκπαίδευση των μαθητών (σε

θέματα που αφορούν τη συναισθηματική νοημοσύνη) μπορεί να πραγματοποιηθεί από εκπαιδευτικούς, μέσα από προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης - αγωγής υγείας.

Το πρόγραμμα <<Αισθάνομαι - Συναισθάνομαι - Εκφράζω>> εφαρμόστηκε στο Τμήμα Ένταξης του 7/θέσιου Δημοτικού σχολείου Ιθάκης και στην Β' τάξη του ίδιου σχολείου.

Αφορμή ήταν οι δυσκολίες αναγνώρισης και έκφρασης συναισθημάτων ενός μαθητή με Δ.Α.Δ (διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή) που φοιτούσε στην Β' τάξη και υποστηριζόταν από Τ.Ε.

Η υπόθεση ήταν ότι η εκπαίδευσή του στην αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων του και στην αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων, θα οδηγούσε στην συνεργασία του και στην βελτίωση της επικοινωνίας με τους συνομηλίκους του και το αντίστροφο.

ΥΛΙΚΟ

- Ντοσιέ με συναισθήματα
- Κουτί συναισθημάτων
- Ιστορίες που προκαλούν συναισθήματα
- Βιβλία συναισθημάτων
- Τροχό συναισθημάτων

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Η καλλιέργεια των συναισθηματικοκοινωνικών ικανοτήτων του μαθητή με Δ.Α.Δ. και έτσι η ευρύτερη βοήθεια στην ψυχοκοινωνική του προσαρμογή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η εκπαίδευση των παιδιών σε θέματα που αφορούν την συναισθηματική τους υγεία είναι εποικοδομητική και βοηθά στην έκφραση των συναισθημάτων τους και στη βελτίωση της επικοινωνίας με τους συνομηλίκους τους. Τα συναισθήματά μας αποτελούν σημαντικό μέρος του <<Ποιός είμαι εγώ>>. Χρειάζεται να καλλιεργούμε την αυτοεικόνα και αυτοαντίληψη των παιδιών, ώστε να μειώνουμε την βιαιότητα, τα προβλήματα πειθαρχίας και άλλες μορφές αρνητικής συμπεριφοράς.

Βιβλιογραφία:

1. Gottman,J.,2000,Η συναισθηματική Νοημοσύνη των Παιδιών, Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα
2. Goleman,D.,1998,Η συναισθηματική νοημοσύνη ,Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
3. Πρόγραμμα Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας και της Μάθησης/Κοινωνική και Συναισθηματική Αγωγή στο Σχολείο, τεύχος 2,Αναγνώριση,έκφραση, χειρισμός συναισθημάτων, Αθήνα 2004, εκδ. Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός.
4. Παπαδάκη -Μιχαηλίδη, Ε.,1998, Η Σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων, Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα.

5. Γενά, Α., 2002, Αυτισμός και Διαχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, Αθήνα, αυτοέκδοση.
6. Lennard-Brown, S., 2004, Αυτισμός, Αθήνα, εκδ. Σαββάλας.
7. Faherty, C., 2003, Τι σημαίνει για μένα, Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
8. Βογινδρούκας, Ι. & Sherratt, D., 2005, Οδηγός εκπαίδευσης παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, Αθήνα, εκδ. Ταξιδευτής.
9. Attwood, T., 2005, Παιδιά με ιδιαιτερότητες στη γλωσσική ανάπτυξη και την κοινωνική αλληλεπίδραση, Αθήνα, εκδ. Σαββάλας.
10. Μπουσκάλια, Λ., 1993, Άτομα με ειδικές ανάγκες και οι γονείς τους, Αθήνα, εκδ. Γλάρος.
11. Κριστίνα Λαστέργκο-Φραντσέσκο Τέστα, 1989, Μ'αρέσει να ζωγραφίζω, Αθήνα, εκδ. Διάγραμμα.
12. Βιβλιοσειρά "Συναισθήματα", 1998, Αθήνα, εκδ. Modern Times.
13. Βιβλιοσειρά "Όλη η Γή ένα χωριό", 2005, Τα συναισθήματα των ανθρώπων, Αθήνα, εκδ. Σαββάλας.
14. Βιβλιοσειρά. Τα συναισθήματα, Αθήνα 2005, εκδ. Κέδρος. .

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΥΣΤΕΡΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Καλέμης Κ¹., Κωσταρέλου Α²., Γκάτσου Ν³., Γεωργοπούλου Μ⁴.

¹Επιστημονικός Συνεργάτης ΠΤΔΕ ΕΚΠΑ, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης

²Καθηγήτρια ΠΕ06, Υπ/ντρια 3ου Δημ. Σχολείου Αχαρνών

³Δασκάλα, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΠΤΔΕ ΕΚΠΑ

⁴Δασκάλα, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΠΤΔΕ ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας που μπορεί να επηρεάσει άτομα όλων των ηλικιών, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών και των εφήβων. Το βασικό χαρακτηριστικό της κατάθλιψης είναι το επίμονο και διαρκές συναίσθημα θλίψης, η ευερεθιστικότητα και η απουσία ενδιαφέροντος ή ικανοποίησης από οποιαδήποτε δραστηριότητα.

ΣΚΟΠΟΣ

Τα σύγχρονα ψυχιατρικά ταξινομικά συστήματα DSM-IV και ICD τοποθετούν την εικόνα της κατάθλιψης των νέων, πλησιέστερα προς την κλινική εικόνα των ενηλίκων, τονίζοντας κάποιες διαφορές. Ανάλογα με την ένταση και την διάρκεια των συμπτωμάτων, περιγράφονται δύο βασικές κλινικές εικόνες, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (πιο βαριά μορφή) και η δυσθυμία (πιο ήπια μορφή). Πολλοί θεωρούν δεδομένη την ευτυχία του παιδιού τους. Η εικόνα βέβαια ενός εφήβου κλείνεται με τις ώρες στο δωμάτιό του αποφεύγοντας τις συναναστροφές, δεν είναι σπάνια. Η εξήγηση της συμπεριφοράς αυτής από τον περίγυρο δεν είναι απέχει πολύ από το «θα

περάσει». Κατά την εφηβεία μια σειρά από αλλαγές σωματικές, ορμονικές και κυρίως ψυχολογικές καθιστούν τον έφηβο συναισθηματικά ευάλωτο. Έτσι οδηγείται στην κατάθλιψη. Κύριος σκοπός της εργασίας αυτής, είναι η καταγραφή των πιο σημαντικών αιτιών που οδηγούν τον νέο και αργότερα τον έφηβο στην κατάθλιψη.

Θα αναφερθούμε –σύντομα- στην συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης στα δύο φύλα και θα μιλήσουμε για την έξαρση του φαινομένου των αυτοκτονιών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η πρώιμη ανίχνευση προστατεύει το παιδί από τις μακροχρόνιες συνέπειες της κατάθλιψης, που έχουν αρνητική επίδραση στα σχολικά επιτεύγματα, επηρεάζουν τις σχέσεις με τους γονείς και τους συνομηλίκους και αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας στην παιδική ηλικία.

Θα στηριχτούμε τόσο σε αποτελέσματα σημαντικών ερευνών όσο και σε αξιολόγηση της πλούσιας βιβλιογραφίας. Τέλος, θα αναφερθούμε σε συνεντεύξεις που λάβαμε από νέους, στα πλαίσια της έρευνάς μας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μεταξύ των συμπτωμάτων που συνοδεύουν την κατάθλιψη περιλαμβάνονται:

- θλίψη και απελπισία
- απομάκρυνση από φίλους και από δραστηριότητες από τις οποίες ο έφηβος αντλούσε χαρά και ικανοποίηση στο παρελθόν
- αυξημένος εκνευρισμός και ευερεθιστικότητα
- πολλές απουσίες από το σχολείο και σημαντική μείωση στη σχολική επίδοση
- αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες
- προβλήματα στον ύπνο
- αναποφασιστικότητα, έλλειψη συγκέντρωσης
- χαμηλή αυτοεκτίμηση
- κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών
- επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εφηβεία συχνά περιγράφεται με όρους που θα ταίριαζαν στην περιγραφή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Μιλώντας για την εφηβεία, αναφέρονται αυθόρμητα οι λέξεις λύπη, διέγερση, θυμός. Η καθημερινή παρατήρηση προσφέρει πολλά παραδείγματα εφήβων που περνούν ατέλειωτες ώρες απομονωμένοι, ξαπλωμένοι ή καθιστοί, νιώθοντας ανία και αδιαφορώντας για

καθετί που συμβαίνει γύρω τους. Οι γονείς που συνδυάζουν την αγάπη με την παραχωρητικότητα χαρακτηρίζονται από μια στάση αποδοχής προς το παιδί, συνεργατικότητα και δημοκρατικότητα. Η απότομη αλλαγή της διάθεσης ως γνωστό χαρακτηριστικό της εφηβείας, δείχνει ότι πολλοί έφηβοι παρουσιάζουν συχνά ένα σταθερό καταθλιπτικό συναίσθημα, μια κατάσταση που συχνά μας κάνει να αναρωτιόμαστε αν και πότε η κατάθλιψη αποτελεί μια φυσιολογική εκδήλωση της εφηβείας ή εντάσσεται στα πλαίσια του παθολογικού και αποτελεί διαταραχή.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία:

1. Μπεράτη Σ (2005), Αυτοκτονία και Εφηβεία, σύντομη περιγραφή, Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου. Διαθέσιμο στο www.childmentalhealth.gr/Wce1a817e0b203.htm
2. Παρασκευόπουλος Ν. Ι., Εξελικτική ψυχολογία, Ψυχολογική θεώρηση της πορείας της ζωής από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση, Εφηβική ηλικία, Τόμος 4, Αθήνα
3. Πομίνι Β.(2002), Η κατάθλιψη σε εφήβους και παιδιά , Εφημερίδα Ελευθεροτυπία.
4. Τρίγκα Ν.(2007), Δοκιμάζεται η ψυχική υγεία των ελλήνων μαθητών, Εφημερίδα Το Βήμα.
5. Τσαμασίρος Γ. (2002), Η πορεία προς την ωριμότητα, Εφημερίδα Ελευθεροτυπία
6. Τοκατλιάν Φλώρενς, με τη συνεργασία της Δρ. Ίλιας Θεοτοκά (2007), Κατάθλιψη στην εφηβεία Διαθέσιμο στο <http://www.myworld.gr/browse/32889>

ΣΚΟΛΙΩΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Κασσιανός Γ.¹, Μανιάς Π.², Στασινόπουλος Δ.³

¹Ορθοπαιδικός, Κεφαλονιά & Ιθάκη.,

²Φυσικοθεραπευτής S.I, M.T, Ιθάκη.

³Φυσικοθεραπευτής PhD, Επίκουρος καθηγητής Πανεπιστημίου Κύπρου

Σκολίωση είναι το κύρτωμα της σπονδυλικής στήλης στο μετωπιαίο επίπεδο με κύρτωμα της ΣΣ > 10ο. Η σκολίωση μπορεί να είναι λειτουργική και οργανική, η οποία με τη σειρά της είναι συγγενής, νευρομυική, ιδιοπαθής. Η συχνότητα του είδους ποικίλλει. Η θεραπεία είναι ανάλογη του βαθμού και του τύπου της σκολίωσης. Η πρόληψη καθώς και η πρώιμη διάγνωση αποτελούν το κλειδί της θεραπείας. **Η θεραπεία με κηδεμόνα και η χειρουργική θεραπεία είναι επιβαρυντικός παράγοντας για την ψυχική υγεία εφήβων με ιδιοπαθή σκολίωση.**

Σημαντική μείωση της αυτοεκτίμησης των εφήβων που αντιμετωπίστηκαν με κηδεμόνα κορμού για ελαφρά ως μέτρια σκολίωση έδειξε κλινική μελέτη. Η κλινική μελέτη συνέκρινε το επίπεδο αυτοεκτίμησης εφήβων όπως υπολογίστηκε από την ειδική κλίμακα (ερωτηματολόγιο) Children's

Self-Concept Scale (PHCSS) πριν και μετά τη θεραπεία με κηδεμόνες κορμού ή χειρουργική διόρθωση.

Η εκτίμηση του αποτελέσματος έγινε ένα χρόνο αργότερα. Η κλίμακα μέτρησης αυτοεκτίμησης παιδιών και εφήβων έχει αναπτυχθεί από Αμερικανούς παιδοψυχολόγους για παιδιά 8 έως 16 ετών. Αυτοεκτίμηση είναι το σύνολο των ιδεών αισθημάτων και στάσεων που έχει κάποιος για την ταυτότητα, την αξία, τις ικανότητες και τα όριά του και είναι το σύστημα μέσω του οποίου το άτομο αναγνωρίζει, βιώνει και ρυθμίζει τη σχέση μεταξύ του εαυτού του και του περιβάλλοντός του. Η κλίμακα Children's Self-Concept Scale περιλαμβάνει βαθμολόγηση σε 6 τομείς: συμπεριφορά, πνευματική / σχολική απόδοση, φυσική εμφάνιση / χαρακτηριστικά, άγχη, δημοφιλία και ευτυχία / ικανοποίηση.

ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Βράπι Ι.¹, Τριλίβας Ι.², Λάζαρη Π.³

¹Απόφοιτη Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (Π.Θ)

²Απόφοιτος Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (Ε.Κ.Π.Α)

³Φοιτήτρια Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (Α.Π.Θ)

Οι διεθνείς συστάσεις για την αγωγή υγείας αναγνωρίζουν τη φυσική δραστηριότητα ως πρωταρχικό παράγοντα για την εξασφάλιση καλής υγείας, ενώ προτείνεται η ένταξή της στην καθημερινότητα σαν στάση ζωής, αφού προάγει την υγιή ανάπτυξη και προσφέρει σημαντικά σωματικά, νοητικά, αλλά και κοινωνικά οφέλη. Για αυτό το λόγο η δημιουργία δυνατών και σωστών βάσεων και η ψυχοσωματική παρέμβαση από την παιδική ηλικία, κρίνεται αναγκαία. Η παιδική ηλικία είναι μια περίοδος συνεχούς εξέλιξης και διάφοροι παράγοντες, μεταξύ των οποίων η άσκηση και το παιχνίδι, συμμετέχουν και επηρεάζουν σημαντικά την πορεία και την ποιότητα αναπόφευκτων φυσιολογικών αλλαγών που συμβαίνουν. Το παιχνίδι είναι ίσως ένα από τα καλύτερα μέσα για την επίτευξη των στόχων της φυσικής αγωγής σε αυτή την ηλικία. Καλλιεργεί όλους τους τομείς της προσωπικότητας του παιδιού, σωματικό, συναισθηματικό, γνωστικό και συγχρόνως το ψυχαγωγούν. Βέβαια όσο ευεργετική έχει αποδειχθεί ότι είναι η άσκηση, τόσο επικίνδυνη θα μπορούσε να γίνει, στην περίπτωση μη εφαρμογής όλων των αρχών και μέτρων προφύλαξης που απαιτούνται για τον ευαίσθητο οργανισμό και το υπό ανάπτυξη ανώριμο ακόμη σώμα των παιδιών. Τα επίπεδα δραστηριοποίησης των παιδιών σήμερα είναι πολύ περιορισμένα, γεγονός ιδιαίτερα αρνητικό για την ισορροπημένη φυσική και σωματική τους ανάπτυξη.

Είναι πολύ σημαντικό να δημιουργηθούν τα κατάλληλα κίνητρα ενασχόλησης των παιδιών με διάφορους τύπους εκγύμνασης, ώστε να απολαύσουν τις ευεργετικές επιδράσεις της. Η αρχή θα μπορούσε να γίνει από τους ίδιους τους γονείς, που χρειάζεται να προτρέπουν τα παιδιά τους για κίνηση. Εκτός από τους γονείς, το σχολείο και γενικότερα η κοινωνία πρέπει να ενθαρρύνουν την ενασχόληση με την άσκηση δημιουργώντας και προσφέροντας τα κατάλληλα κίνητρα, προϋποθέσεις και ευκαιρίες προς αυτήν την κατεύθυνση. Το καλύτερο είδος για ένα παιδί είναι αυτό που βρίσκει ενδιαφέρον και διασκεδαστικό. Διότι έτσι μόνο θα εκτιμήσει τη φυσική δραστηριότητα και θα ασχολείται με αυτή δια βίου. Για να το ανακαλύψει, θα πρέπει το περιβάλλον, στο οποίο μεγαλώνει, να προωθεί τη δυνατότητα επαφής κι ασφαλούς ενασχόλησης με κάθε είδος φυσικής δραστηριότητας.

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ: ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΣΟΥΗΔΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Γιαλαμάς Σ., Πετρίδου Ε.

Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΣΚΟΠΟΣ

Ο μητρικός θηλασμός ενδυναμώνει το δεσμό μητέρας - παιδιού, παρέχει την ιδανική διατροφή και ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα του βρέφους. Παρουσιάζονται οι πρακτικές προαγωγής και υποστήριξης του μητρικού θηλασμού σε μια χώρα που έχει ανακτήσει ήδη υψηλά ποσοστά και διάρκεια μητρικού θηλασμού.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Αποτύπωση των μεθόδων προαγωγής του μητρικού θηλασμού στο σουηδικό σύστημα υγείας, βάσει βιβλιογραφικής αναζήτησης και της προσωπικής εμπειρίας ιατρού εργαζόμενου σε παιδιατρική κλινική της Σουηδίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρά την πτωτική τάση της τελευταίας 15-ετίας, η Σουηδία έχει επιτύχει υψηλά ποσοστά θηλασμού - 78% και 65% των βρεφών 4 και 6 μηνών, αντίστοιχα (Πίνακας 1) - ως αποτέλεσμα καθολικής εφαρμογής προγραμμάτων προαγωγής μητρικού θηλασμού. Το υγειονομικό προσωπικό εκπαιδεύεται βάσει έγγραφων πρωτοκόλλων και οι γονείς ενημερώνονται έγκαιρα για τα οφέλη του θηλασμού, ήδη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μετά τον τοκετό, το νεογνό τοποθετείται το συντομότερο δυνατό στην αγκαλιά της μητέρας για θηλασμό, σε ειδικά διαμορφωμένο περιβάλλον. Σκευάσματα συμπληρώματος προσφέρονται κατά κανόνα μόνο επί αυστηρών ιατρικών ενδείξεων, αποφεύγοντας, παράλληλα, τη χρήση πιπίλας. Η διαρκής στήριξη της μητέρας διασφαλίζεται από την αμφίδρομη συνεργασία μαιευτικής κλινικής, εξωτερικού ιατρείου νεογνών και παιδιατρικού κέντρου υγείας, με συνδεδετικό κρίκο την κινητή μονάδα

θηλασμού, που προσφέρει πρακτικές συμβουλές ακόμη και με τακτικές κατ' οίκον επισκέψεις, κάτι ιδιαίτερα σημαντικό για τις απομακρυσμένες περιοχές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο δυτικός τρόπος ζωής επιδρά αρνητικά στο μητρικό θηλασμό, τον αυτονόητο τρόπο βρεφικής διατροφής στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες. Στο πλαίσιο της ανάγκης δραστικών πρωτοβουλιών για την επαναφορά του θηλασμού ως του πλέον φυσικού τρόπου βρεφικής διατροφής, η Σουηδία αποτελεί χρήσιμο παράδειγμα επιτυχημένης εφαρμογής προγραμμάτων υποστήριξης των μητέρων, ακόμη και στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας.

Βιβλιογραφία:

1. Hofvander Y. The baby-friendly program in Sweden and Europe. A new action program for promotion of breast feeding in Europe is being composed by the EU. Lakartidningen. 2005 May 16-22;102(20):1547-9.
2. Nyqvist KH, et al. Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group Recommendations. J Hum Lact. 2013 May 31. [Epub ahead of print]
3. Ekström A, et al. A process-oriented breastfeeding training program for healthcare professionals to promote breastfeeding: an intervention study. Breastfeed Med. 2012 Apr;7(2):85-92. doi: 10.1089/bfm.2010.0084. Epub 2011 Dec 14.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΠΥΚΝΟΚΥΤΤΩΣΗΣ ΣΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ “ΡΕΑ” ΣΤΑ ΔΥΟΜΙΣΗ

ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ

Κανδήλη Γ. , Τσαντίλα Α. , Μουτάφη Α. , Μάμαλης Η. , Χαρίτου Α.

Μ.Ε.Ν.Ν. ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ “ΡΕΑ”

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πυκνοκύττωση είναι μια αιματολογική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από την παρουσία πυκνοκυττάρων στο περιφερικό αίμα (παραμορφωμένα, ακανόνιστα και μικρά ερυθροκύτταρα). Η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη, ενδείξεις δείχνουν ότι οφείλεται σε παρουσία οξειδωτικού παράγοντα ή έλλειψη αντιοξειδωτικού.

Η συχνότητά της ανέρχεται στο 9-10%. Κλινικά εμφανίζεται με έμμεση υπερχολερυθριναιμία, συχνά σπληνομεγαλία και σοβαρού βαθμού αιμολυτική αναιμία, με τη μέγιστη πτώση αιμοσφαιρίνης στις 2-4 εβδομάδες ζωής. Αντιμετωπίζεται με φωτοθεραπεία, σπάνια αφαιμαξομετάγγιση και μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών. Υποχωρεί αυτόματα στους 4 μήνες (με αναφερόμενο εύρος 1-15 μήνες) και τα πυκνοκύτταρα εξαφανίζονται.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

1^η: θήλυ, α' διδύμου κύησης 36 εβδομάδων, με σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας. Την 13^η ημέρα ζωής εμφάνισε Hb 6gr/dl και μέγιστη τιμή χολερυθρίνης 19,9mg/dl. Αντιμετωπίστηκε με φωτοθεραπεία και μετάγγιση ΣΕ. Εξήλθε την 30^η ημέρα, με Hb 7,4 mg/dl.

2^η: άρρεν, 36⁺⁶ εβδομάδων. Προσήλθε από το σπίτι την 7^η ημέρα ζωής λόγω ικτέρου (μέγιστη χολερυθρίνη 18,4mg/dl), με Hb 17,5gr/dl και παρέμεινε για δύο ημέρες. Επανήλθε λόγω ικτέρου την 16^η ημέρα, με μέγιστη χολερυθρίνη 16,9mg/dl και Hb 11,5gr/dl. Διαγνώστηκε πυκνοκύττωση, ετέθη σε φωτοθεραπεία και εξήλθε την 20^η ημέρα. Σε προγραμματισμένο έλεγχο μετά δύο ημέρες είχε Hb 7,4gr/dl και έγινε μετάγγιση με ΣΕ.

3^η: θήλυ, 35⁺⁴ εβδομάδων. την 14^η ημέρα παρουσίασε μεγάλη πτώση Hb και έλαβε δύο φορές ΣΕ (την 14^η και την 21^η ημέρα) ενώ η μέγιστη τιμή χολερυθρίνης ήταν 12,5 mg/dl.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η πυκνοκύττωση είναι μια σπάνια αιτία αιμολυτικής αναιμίας στα νεογνά, δυνητικά όμως επικίνδυνη, συνεπώς χρειάζεται επαγρύπνηση για τη διάγνωση και στενή παρακολούθηση των νεογνών, έως την υποχώρηση της νόσου.

Βιβλιογραφία:

1. IMAJ • VOL 12 • march 2010 Infantile Pyknocytosis: A Rare Form of Neonatal Anemia Dror Kraus MD¹, Joanne Yacobovich MD², Vered Hoffer MD¹, Oded Scheuerman MD¹, Hannah Tamary² and Ben-Zion Garty MD¹ Departments of ¹Pediatrics B and ²Hematology/Oncology, Schneider Children's Medical Center of Israel, Petah Tikva, and Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Ramat Aviv, Israel
2. British Journal of Haematology, 133(4): 439–442 Infantile pyknocytosis: a cause of haemolytic anaemia of the newborn Stephanie Eyssette-Guerreau, Brigitte Bader-Meunier, Loic Garcon, C. Guitton and Therese Cynober.
3. Arch Pediatr. 2008 Dec;15(12):1765-8. doi: 10.1016/j.arcped.2008.09.012. Epub 2008 Nov 7. [Infantile pyknocytosis: a rare form of neonatal hemolytic anemia. 5 case-studies]. Limme B, Dresse MF, Ketelslegers O, Rigo V, Hoyoux C.

ΒΑΡΙΑ ΕΜΒΡΥΟΜΗΤΡΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ : ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Αλεξάκη Α., Κουμανζέλη Χ. Δηλανάς Μ., Κοντογιάννη Α. , Χαρίτου Α.

ΜΕΝΝ μαιευτηρίου «ΡΕΑ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εμβρυομητρική αιμορραγία (FMH) σημαντική ποσότητα εμβρυικού αίματος εισέρχεται στην κυκλοφορία της μητέρας πριν ή κατά τη διάρκεια του τοκετού. Πρόκειται για σοβαρή επιπλοκή η οποία λόγω της αναιμίας μπορεί να προκαλέσει καρδιακή κάμψη, παραμένουσα εμβρυική κυκλοφορία, νευρολογικές επιπλοκές ακόμα και θάνατο του εμβρύου ή νεογνού. Υποψία FMH θα πρέπει να εγείρει η περιγραφή μειωμένων εμβρυικών κινήσεων από τη μητέρα. Η διάγνωση τίθεται με το Kleihauer-Betke test(KBT) που καθορίζει το ποσοστό των εμβρυικών κυττάρων που διέφυγε στην κυκλοφορία της μητέρας.

Περιστατικό 1 : άρρεν, ΗΚ 34⁴, ΦΤ, Apgar: 8¹ και 9⁵, pH:7,26 και Hb: 3,1.

Περιστατικό 2: άρρεν, ΗΚ 39⁵, ΦΤ, Apgar: 9¹ και 10⁵, pH:7,33 και Hb:5,4.

Περιστατικό 3: θήλυ, ΗΚ 38¹, ΚΤ λόγω εμβρυικής δυσπραγίας, Apgar:9¹ και 10⁵, pH: 7,05 και Hb: 4,4.

Περιστατικό 4: θήλυ, ΗΚ 36⁶, ΚΤ λόγω παθολογικού NST, Apgar:7¹ και 8⁵ (ανάνηψη-Neopuff) , pH:7,25 , Hb: 4,4.

Και στα τέσσερα νεογνά η διάγνωση έγινε με το KBT, μεταγγίστηκαν συνολικά δύο φορές κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου ζωής. Τα τρία νεογνά διασωληνώθηκαν υποστηρικτικά στη ΜΕΝΝ το πρώτο 24ωρο ζωής και στο ένα εξ αυτών διαπιστώθηκε μέτρια πνευμονική υπέρταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική παρέμβαση είναι σημαντικοί παράγοντες για την καλή έκβαση των νεογνών.

Βιβλιογραφία:

1. Case report of massive fetomaternal hemorrhage and a guideline for acute neonatal management. Markham LA, Charsha DS, Adv Neonatal Care, 2006 Aug; 6(4):197-205: quiz 206-207.
2. Fetomaternal hemorrhage. Wylie BJ, D'Alton ME. Obstet Gynecol, 2010 May; 115(5): 1039-51.
3. Severe neonatal anemia from fetomaternal hemorrhage: report from a multihospital health-care system. Christensen RD, Lampert DK, Baer VL. J Perinatol, 2013 Jun; 33(6): 429-34.

Η ΚΥΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ

Κότσουφα Χ., Χατζάκης Χ.

ΣΚΟΠΟΣ

Τα τελευταία χρόνια βρισκόμαστε συχνά αντιμέτωποι με το φαινόμενο της εφηβικής κύησης. Φαινόμενο με πολλές κοινωνικές και ιατρικές επεκτάσεις. Ως προς τις ιατρικές προεκτάσεις σημαντικότερη είναι η σοβαρή και μη αναστρέψιμη, πολλές φορές υπογονιμότητα, που έπεται της διακοπής κύησης σ' αυτές τις ηλικίες. Άλλες συνέπειες είναι οι διάφορες λοιμώξεις τραχήλου, μήτρας, σαλπίγγων κατά τη διάρκεια της απόξεσης ή μετά από αυτήν. Τα τελευταία χρόνια η ελλιπή ενημέρωση οδηγούν στα αυξανόμενα ποσοστά των εφηβικών κυήσεων και κατά συνέπεια και των αμβλώσεων σ' αυτές τις ηλικίες. Εδώ η κοινωνική παιδιατρική με τον ενημερωτικό της χαρακτήρα μπορεί να διαδραματίσει καταλυτικό ρόλο στην μείωση του φαινομένου αυτού. Βασικοί πυλώνες στην ενημέρωση των εφήβων θα πρέπει να είναι οι μέθοδοι αντισύλληψης καθώς και οι συνέπειες μιας κύησης στην ηλικία αυτή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Από τον Μάιο του 2008 μέχρι τον Μάιο του 2013 διέγνωσα 50 κυήσεις σε ηλικίες από 13 ως 16 χρονών. Από τις 50 κυήσεις οι 43 επέλεξαν την λύση της άμβλωσης. Στη συνέχεια μετά από επαναλαμβανόμενες εξετάσεις και συνεχή παρακολούθηση καταγράφηκαν οι συνέπειες που σχετίζονταν με την πράξη της άμβλωσης, όπως κολπίτιδες, τραχηλίτιδες και σαλπινγίτιδες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τις 43 αμβλώσεις οι 15 παρουσίασαν Σαλπινγίτιδες, οι 10 τραχηλίτιδες και οι 8 κολπίτιδες

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα παραπάνω αποτελέσματα συμπεραίνουμε ότι οι αμβλώσεις σε αυτή την ηλικία οδηγούν σε περιγεννητικές λοιμώξεις και υπογονιμότητα που σχετίζεται άμεσα με τις παραπάνω λοιμώξεις

Βιβλιογραφία:

1. Stanley G. Clayton, Gynaecology by Ten Teachers 18Ed
2. J. Jameson, Harrison's Endocrinology, 3E
3. John Everett Park, Textbook of Preventive and Social Medicine

ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΟΣΤΕΟΠΕΝΙΑ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΛΕΜΦΟΒΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ

¹Μοσχόβη Μ, ¹Ζαμπογιάννης Α, ¹Αδαμάκη Μ, ²Πετρίδου Ε.

¹Μονάδα Αιματολογίας-Ογκολογίας, Ά Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων «Αγία Σοφία»

²Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οστεοπενία ή οστεοπόρωση με εμφάνιση ακόμη και καταγμάτων μελετώνται σήμερα στο πλαίσιο ενδεχόμενων πρώιμων-απώτερων επιπλοκών της θεραπείας της Οξείας Λεμφοβλαστικής Λευχαιμίας (ΟΛΛ), καθώς επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών αλλά ιαθέντων. Η αποτύπωση του προβλήματος θα βοηθήσει στην πρόληψη αλλά και στην έγκαιρη αντιμετώπιση της οστεοπενίας-οστεοπόρωσης.

ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη της συχνότητας της ασυμπτωματικής οστεοπενίας-οστεοπόρωσης σε παιδιά με ΟΛΛ κατά τη διάρκεια, αλλά και μετά το τέλος της θεραπείας.

ΥΛΙΚΟ

Μελετήθηκαν προγραμματισμένα οι ασυμπτωματικοί ΟΛΛ ασθενείς μετά το τέλος της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας συντήρησης ενώ εξαιρέθηκαν όσοι είχαν ήδη κλινική συμπτωματολογία ή αυτόματα κατάγματα. Μετρήθηκαν: 25-υδροξυβιταμίνη D, παραθορμόνη, ασβέστιο, φωσφόρος, και μαγνήσιο αίματος, ασβέστιο, φωσφόρος, και μαγνήσιο ούρων. Έγινε υπερηχογραφικός έλεγχος των νεφρών, ουρίας και κρεατινίνης αίματος και σε επιλεγμένες περιπτώσεις μέτρηση οστικής πυκνότητας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ποσοστό >80% των ασθενών της μελέτης παρουσίαζαν οστεοπενία- οστεοπόρωση. Χορηγήθηκε θεραπεία υποκατάστασης με βιταμίνη D και ακολούθως θεραπεία συντήρησης. Παρατηρήθηκε βελτίωση των δεικτών της οστεοπενίας και της οστικής πυκνότητας στους περισσότερους από τους ασθενείς, μετά από έλεγχο όσων είχε προηγηθεί έλεγχος οστικής μάζας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επιβεβαίωση των ευρημάτων της έγκαιρης ανίχνευσης πρώιμης οστεοπενίας-οστεοπόρωσης μετά την ίαση της παιδικής ΟΛΛ σε πανελλαδική μελέτη θα οδηγήσει σε συνακόλουθη έγκαιρη

θεραπευτική παρέμβαση και ευαισθητοποίηση των υπηρεσιών υγείας για ενθάρρυνση συμμετοχής σε αθλοπαιδιές και δραστηριότητες που διευκολύνουν την ενεργή καθήλωση ασβεστίου στο σκελετό και την επιτάχυνση της μετάλλωσης των οστών ώστε να αποφεύγονται τα κατάγματα και να βελτιώνεται η ποιότητα ζωής, με ιδιαίτερη έμφαση στα κορίτσια λόγω των μεταγενέστερων αυξημένων αναγκών στην περίοδο της κύησης.

Ευχαριστίες: Ευαγγελία Χαρμανδάρη, Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Διαβήτη, Ά Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία», Γιαννιός Χ, Μονάδα Αιματολογίας-Ογκολογίας, Α΄ Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «η Αγία Σοφία»

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ ΘΥΜΑΤΑ

Θεμελή Ε., Τερζίδης Α., Πίννα Γ., Επισκόπου Μ., Ορφανουδάκης Ε., Ρόζενμπεργκ Θ.

ΠΜΣ Διεθνής Ιατρική Διαχείριση Κρίσεων Υγείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καταγραφή συμβαμάτων με πολλαπλές απώλειες υγείας είναι αναγκαία τόσο για την αξιολόγηση των εφαρμοσθέντων μοντέλων διαχείρισής τους όσο και για τον μελλοντικό σχεδιασμό απόκρισής τους.

ΣΚΟΠΟΣ

Επιχειρείται μια προσπάθεια καταγραφής συμβαμάτων με παιδιατρικά θύματα σε παγκόσμιο επίπεδο τα τελευταία 40 χρόνια.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Έρευνα MEDLINE, ηλεκτρονική έρευνα σε παγκόσμιο ημερήσιο και περιοδικό τύπο, έρευνα σε αναφορές εθνικών κέντρων και λοιπών διαδικτυακών μηχανών αναζήτησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εντοπίστηκαν και παρουσιάζονται τα προφίλ 50 συμβαμάτων με θύματα παιδιά. Στο σύνολο αυτών των συμβαμάτων, τα 23 (46%) αποτελούσαν ατυχήματα, 18 (36%) αφορούσαν επιτηδευμένες ενέργειες ενώ συμβάματα που οφείλονται σε φυσικές καταστροφές ήταν 9 (18%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο μικρός αναλογικά αριθμός των καταγεγραμμένων συμβαμάτων και τα ελλιπή στοιχεία καταγραφής τους καταδεικνύουν την ανάγκη δημιουργίας μιας δεικτοδοτημένης βάσης δεδομένων όπου θα συλλέγονται στοιχεία όχι μόνο για το είδος της καταστροφής αλλά και για

την ταυτότητα των θυμάτων και για τις βλάβες που υπέστησαν. Ανάλογη καταγραφή θα επέτρεπε την αποτύπωση του Προφίλ Απωλειών Συμβάματος (Casualty Incident Profile / CIP), συντελώντας τα μέγιστα στην ορθότερη αποτίμηση της επίπτωσης που έχουν τέτοια γεγονότα σε ειδικούς πληθυσμούς και επιβάλλοντας ανάλογη επιλογή απόκρισης.

Βιβλιογραφικές αναφορές:

1. Ginter, P.M., Wingate, M.S., Rucks, A.C., Váscónez, R.D., McCormick, L.C., Baldwin, S., and Fargason, C.A. (2006). Creating a regional pediatric medical disaster preparedness network: imperative and issues. *Matern. Child Health J.* 10, 391–396.
2. Lyle, K., Thompson, T., and Graham, J. (2009). Pediatric Mass Casualty: Triage and Planning for the Prehospital Provider. *Clin. Pediatr. Emerg. Med.* 10, 173–185.
3. Becker, B.M., In: Ciotto, G., Anderson, P., and Auf Der Heide, E. (2006). *Children and Disaster. In Disaster Medicine 3rd Edition*, (Elsevier Mosby), pp. 51–58

Ευχαριστίες: Φωτίου Ε., Νοσοκομείο Sant’ Antonio, Πάδοβα

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΓΟΡΙΘΜΩΝ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΠΕΔΙΟΥ (TRIAGE) ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ ΘΥΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥΣ

Θεμελή Ε., Τερζίδης Α., Πίνα Γ., Επισκόπου Μ., Ορφανουδάκης Ε., Ρόζενμπεργκ Θ.

ΠΜΣ Διεθνής Ιατρική Διαχείριση Κρίσεων Υγείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ

Η περιγραφή των χαρακτηριστικών των αλγορίθμων διαλογής που έχουν αναπτυχθεί για παιδιατρικό πληθυσμό (0-18 έτη) και η σύγκρισή τους.

ΜΕΘΟΔΟΣ/ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Παρουσιάζονται αλγόριθμοι διαλογής που χρησιμοποιούνται για πρωτογενή εξωνοσοκομειακή διαλογή σε MCEs για εκτίμηση παιδιατρικών θυμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγράφονται και συγκρίνονται 9 συνολικά αλγόριθμοι πρωτογενούς διαλογής αποκλειστικώς για παιδιατρικά θύματα ή και για παιδιατρικά θύματα σε περιβάλλοντα MCEs: R-START, Jump-START, Sieve, PTT, Careflight, STM, Ισραηλινός Παιδιατρικός Αλγόριθμος, MASS και PAT.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επιλογή του καταλληλότερου εργαλείου διαλογής πεδίου πρέπει να λαμβάνει υπ’ όψιν πληθώρα παραγόντων ανάμεσα στους οποίους και η ηλικία του θύματος. Η ύπαρξη πληθώρας αλγορίθμων διαλογής πεδίου σε MCEs για θύματα των οποίων η ηλικία κυμαίνεται από 0-18 έτη καταδεικνύει την έλλειψη consensus σε ένα ζήτημα το οποίο θα μπορούσε ενδεχομένως να έχει

σοβαρές επιπτώσεις στον τρόπο συνολικής διαχείρισης ενός συμβάματος. Η δημιουργία ενός κοινά αποδεκτού σταθμισμένου αλγορίθμου διαλογής για παιδιατρικά θύματα, ο οποίος να έχει υποστεί έλεγχο αξιοπιστίας και εγκυρότητας και να μπορεί να εφαρμοστεί σε οιασδήποτε φύσης και αιτιολογίας MCE, θα διευκόλυνε την ταχεία και αρτιότερη υγειονομική απόκριση στο συμβάν.

Βιβλιογραφικές αναφορές:

1. Burkle FM. Population-based Triage Management in Response to Surge-capacity Requirements during a Large-scale Bioevent Disaster. Acad Emerg Med. 2006;13(11):1118–29.
2. Lyle K, Thompson T, Graham J. Pediatric Mass Casualty: Triage and Planning for the Prehospital Provider. Clin Pediatr Emerg Med. 2009 Sep;10(3):173–85.
3. Jenkins JL, McCarthy ML, Sauer LM, Green GB, Stuart S, Thomas TL, et al. Mass-casualty triage: time for an evidence-based approach. Prehospital Disaster Med. 2008 Feb;23(1):3–8.

Ευχαριστίες: Φωτίου Ε., Νοσοκομείο Sant’ Antonio, Πάδοβα

Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΕΝΟΠΛΩΝ ΣΥΡΡΑΞΕΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Ιωαννίδης Π., Επισκόπου Μ., Τερζίδης Α., Θεμελή Ε., Ρόζενμπεργκ Θ.

ΠΜΣ Διεθνής Ιατρική Διαχείριση Κρίσεων Υγείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Έχουν περάσει δύο χρόνια ήδη από την έναρξη των πολεμικών εχθροπραξιών στην Συρία, όπου αυτή τη στιγμή μαίνονται οι εντονότερες πολεμικές συγκρούσεις στον κόσμο. Το αποτέλεσμα τους αποτυπώνεται βαρύτατα στην υγεία του ντόπιου πληθυσμού, βαραίνοντας δυσανάλογα τις ευάλωτες ομάδες του και ειδικότερα τα παιδιά. Το μοτίβο αυτό επιβεβαιώνει τη γνώση που κατέχουμε σχετικά με την ευπάθεια του παιδικού πληθυσμού σε ανάλογες καταστάσεις. Τα γεγονότα της Αραβικής Άνοιξης και ο απόηχός της συνάδουν σε επίπεδο εμπειρικών δεδομένων και ονομαστικών προκλήσεων με όσα ακόμα συναντούν στο πεδίο της Αφρικής και της ΝΑ Ασίας οι αντιπρόσωποι των ανθρωπιστικών οργανώσεων εδώ και δεκαετίες. Σκοπός του παρόντος πονήματος είναι η παρουσίαση των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζονται στις σύγχρονες συρράξεις (με έμφαση στα γεγονότα του εμφυλίου πολέμου στη Συρία) σε σχέση με την υγεία του παιδικού πληθυσμού.

Ευχαριστίες: Μαρούδα Ν.Μ², Κάκαλου Ε.¹

¹ ΠΜΣ Διεθνής Ιατρική Διαχείριση Κρίσεων Υγείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

² ΠΜΣ Διεθνείς και Ευρωπαϊκές Σπουδές- Διεθνές Δίκαιο και Διπλωματία, Πάντειο Πανεπιστήμιο

ΔΕΙΓΜΑ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΛΗ ΤΩΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Βρυώνη Ε.¹, Χαλιάσος Ν.², Βρυώνης Γ.³

¹ΠΜΣ ΠΦΥ Παν. Θεσσαλίας

²Ιατρική Σχολή Παν. Ιωαννίνων

³ΣΕΥΠ/ΤΕΙ Ηπείρου

Στην έρευνα αυτή μελετήθηκε το ποσοστό συμμόρφωσης στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού σχετικά με την τήρηση των χρονοδιαγραμμάτων των δόσεων για κάθε εμβόλιο

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δημόσιους παιδικούς σταθμούς στην πόλη των Ιωαννίνων με συγκατάθεση των γονέων.

Αφορούσε βρεφονήπια ηλικίας 8 μηνών έως και 4 ετών.

Το σύνολο των παιδιών που εξετάσαμε με βάση τα βιβλιάρια υγείας τους ήταν 688. Το 52% ήταν κορίτσια και το 48% αγόρια.

Σχετικά με το εμβόλιο DTaP, IPV, Hib Hep B που περιλαμβάνονται στα πολλαπλά εμβόλια διαπιστώθηκε ότι τηρούνται στο 100% οι τρεις αρχικές δόσεις του βασικού εμβολιασμού, ενώ στην πρώτη αναμνηστική δόση βλέπουμε μια μικρή πτώση του ποσοστού (98%), χωρίς αυτό όμως να σημαίνει ότι δεν υφίσταται συμμόρφωση.

Στο εμβόλιο Hep B, η συμμόρφωση δεν είναι καλή όταν αυτό δεν περιλαμβάνεται στο εξαπλό εμβόλιο (10%)

Σχετικά με το MMR τηρείται στο 100% η πρώτη δόση του εμβολίου, ενώ στη δεύτερη υπάρχει μικρότερη συμμόρφωση .

Σχετικά με το εμβόλιο VAR η συμμόρφωση τηρείται στο 70% στην πρώτη δόση . Στη δεύτερη δόση βρέθηκε το 30% διότι η δεύτερη δόση γίνεται σε μεγαλύτερη ηλικία των 4 ετών

Σε ότι αφορά την αρχική δόση του εμβολίου PCV στο δεύτερο μήνα της ζωής , το 30% άρχιζε κανονικά , ενώ το 60% άρχιζε με ένα μήνα καθυστέρηση τουλάχιστον και ένα 10% πολύ αργότερα.

Στο εμβόλιο MCC μόνο ένα 20% άρχιζε από το δεύτερο μήνα της ζωής, 40%, από το τρίτο και ένα 35% μετά τον 6ο μήνα

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η εφαρμογή των πολυδύναμων εμβολίων συμβάλλει στη συμμόρφωση στο εμβολιαστικό σχήμα ,ενώ η εφαρμογή των μονοδύναμων εμβολίων PCV και MCC γίνεται με σημαντικές καθυστερήσεις ως προς τον αρχικό εμβολιασμό με αποτέλεσμα τα βρέφη να είναι επίνοσα σε αυτές τις σοβαρές λοιμώξεις Οι ιατροί πάροχοι υγείας πρέπει να

εφιστούν την προσοχή των γονέων και να αυτοσυμμορφωθούν στην έγκαιρη έναρξη και τήρηση των χρονοδιαγραμμάτων του Εθνικού Προγράμματος εμβολιασμών.

Βιβλιογραφία:

1. Development of newborn and infant vaccines. Sanchez-Schmitz G, Levy O. Sci Transl Med. 2011 Jul 6;3(90):90ps27.
2. Optimizing immunization in pediatric special risk groups. Crawford NW, Bines JE, Royle J, Buttery JP.
3. Expert Rev Vaccines. 2011 Feb;10(2):175-86. doi: 10.1586/erv.10.157. Review
4. Vaccine coverage after integration of a vaccination program in a health center]. Buitrago F, García Molina M, Campal Domínguez A, Benito Alonso E, Reymundo M, Dávila MJ.
5. Aten Primaria. 1994 Jun 15;14(1):538-41. Spanish.

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ: ΕΝΑ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΑΦΑΝΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Γεωργουλά Λ.¹, Μανιάς Π.², Στασινοπουλος Δ.³

¹ Ιδιώτης Εργοθεραπεύτρια S.I. Ιθάκη

² Ιδιώτης Φυσικοθεραπευτής S.I., M.T. Ιθάκη

³ Φυσικοθεραπευτής PhD, Επίκουρος καθηγητής Πανεπιστημίου Κύπρου

Οι αισθήσεις είναι το βασικό μέσο παρατήρησης της εσωτερικής μας κατάστασης και επικοινωνίας με το περιβάλλον. Όταν δεν λειτουργούν σωστά, δημιουργούν προβλήματα σε αυτούς τους τομείς. Οι αισθητηριακές δυσκολίες παρουσιάζονται πλέον στα περισσότερα παιδιά, είναι αφανείς και επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινή τους ζωή.

Η αισθητηριακή δυσκολία οφείλεται είτε σε γενικευμένη διαταραχή του οργανισμού, είτε σε απλή υπερκόπωση των αισθητηριακών οδών.

Ορισμένες στιγμές το παιδί αντιδρά «ανεξήγητα» υπερβολικά σε ήπια ερεθίσματα και άλλες στιγμές αδιαφορεί τελείως σε περισσότερο έντονα. Άλλες στιγμές π.χ. ο θόρυβος και οι ομιλίες το κουράζουν, εκνευρίζοντάς το, και άλλες φορές ενώ μπορεί να είναι κουρασμένο, του προκαλούν υπερδιέγερση ώστε να αδυνατεί να ησυχάσει.

Η αντιμετώπιση των αισθητηριακών δυσκολιών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την περαιτέρω βελτίωση όλων των παραπάνω καταστάσεων.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΛΓΟΥΣ ΤΟΥ ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΟΜΗΡΙΑΙΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ.

Παπαδόπουλος Κ., Στασινόπουλος Δ., Γεωργουλά Λ.

Πρόγραμμα Φυσικοθεραπείας Πανεπιστημίου Κύπρου

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η δια πολιτισμική προσαρμογή και επικύρωση της ελληνικής εκδοχής του βαθμού σοβαρότητας του συνδρόμου. Τέσσερις δίγλωσσοι μεταφραστές έλαβαν μέρος στις διαδικασίες μετάφρασης και πολιτισμικής προσαρμογής. Σε 87 ασθενείς με rfrs (57 γυναίκες και 31 άντρες) ζητήθηκε να συμμετέχουν στη μελέτη. Για να κατοχυρωθεί η αξιοπιστία του test-retest, ζητήθηκε από τους ασθενείς να συμπληρώσουν το βαθμό σοβαρότητας του rfrs

2 φορές κατά την πρώτη επίσκεψη πριν και μετά τη φυσικοθεραπεία. Η ελληνική εκδοχή του knee outcome survey-activities of daily living scale (kos-adls) διαχειρίστηκε επίσης μια φορά. Η εσωτερική σύσταση του οργάνου μετάφρασης μετρήθηκε από την cronbach alpha. Ο συντελεστής συσχετισμού χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της εγκυρότητας του βαθμού σοβαρότητας του rfrs. Ταυτόχρονη επικύρωση έγινε συσχετίζοντας τα σκορ του βαθμού σοβαρότητας του rfrs με αυτά του kos-adls χρησιμοποιώντας το συντελεστή συσχέτισης του pearson. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο βαθμός σοβαρότητας του ελληνικού rfrs έχει καλή εσωτερική σύσταση (Cronbach's alpha = 0.949), αξιοπιστία test-retest

Ευχαριστίες: Αντωνιάδου Μ., Νάρδα Λ.

ΣΥΓΚΡΙΝΟΝΤΑΣ ΔΥΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΩ ΕΠΙΚΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑΣ

¹Στασινόπουλος Δ., ²Μανιάς Π., ³Κασσιανός Γ.

¹PhD επίκουρος καθηγητής φυσικοθεραπείας πανεπιστημίου Κύπρου

²Φυσικοθεραπευτής Ρ.Τ.,Μ.Τ.,S.I. Κεφαλονιά-Ιθάκη

³Ορθοπαιδικός ,Κεφαλονιά –Ιθάκη

Μια ελεγχόμενη κλινική μελέτη.

ΣΚΟΠΟΣ

Για να συγκριθεί η αποτελεσματικότητα του επιβλεπόμενου προγράμματος άσκησης όπως προτάθηκε από το Στασινόπουλο και τους συνεργάτες του με πρόγραμμα ασκήσεων στο σπίτι όπως προτάθηκε από τον Πιενημάκη και τους συνεργάτες του στην θεραπεία της έξω επικονδυλίτιδας αγκώνα.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ:

Ελεγχόμενη κλινική μελέτη.

ΧΩΡΟΣ

Κέντρο αποκατάστασης και φυσικοθεραπείας.

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Αυτή η μελέτη πραγματοποιήθηκε με 60 ασθενείς που είχαν έξω επικονδυλίτιδα αγκώνα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Το γκρουπ Α(30)είχε λάβει επιβλεπόμενο πρόγραμμα ασκήσεων μια φορά την ημέρα για εβδομάδες. Το γκρουπ Β(30) θεραπευόταν με πρόγραμμα ασκήσεων στο σπίτι 4 με 6 φορές καθημερινά για 8 εβδομάδες.

ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΕΚΒΑΣΕΩΝ

Ο πόνος χρησιμοποιώντας μια οπτική αναλογική βαθμίδα και η λειτουργικότητα χρησιμοποιώντας μια οπτική αναλογική βαθμίδα και η χωρίς πόνο δύναμη λαβής. Οι ασθενείς εκτιμήθηκαν αρχικά, στο τέλος της θεραπείας (12 εβδομάδα)και 3 μήνες (24 εβδομάδα)μετά το τέλος της θεραπείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Και το επιβλεπόμενο πρόγραμμα ασκήσεων και το πρόγραμμα ασκήσεων στο σπίτι βρέθηκαν να είναι σημαντικά στην μείωση του πόνου και στην βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης. Το επιβλεπόμενο πρόγραμμα ασκήσεων είχε ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη βελτίωση σε σύγκριση με αυτούς που λάμβαναν πρόγραμμα ασκήσεων στο σπίτι.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το επιβλεπόμενο πρόγραμμα άσκησης υπερέχει του προγράμματος ασκήσεων στο σπίτι στην μείωση του πόνου και στη βελτίωση της λειτουργίας σε ασθενείς με έξω επικονδυλίτιδα αγκώνα στο τέλος της θεραπείας. Περισσότερες μελέτες χρειάζονται να επιβεβαιώσουν τα αποτελέσματα μας.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σπυριδόπουλος Θ, Ιωσηφίδης Κ, Γλυνού Ε, Κολοβός Σ, Παπαδόπουλος Ι, Ευλογιάς Ν.

Ακτινολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης

ΣΚΟΠΟΣ

Η ανάδειξη της υπερηχοτομογραφίας ως μεθόδου στην απεικόνιση και διάγνωση συχνών επειγόντων παιδιατρικών περιστατικών, ιδίως σε απομακρυσμένες ή νησιωτικές περιοχές.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, σε συνδυασμό με τη συσσωρευμένη κλινική εμπειρία των συχνότερων παιδιατρικών περιστατικών που προσέρχονται στο τμήμα Επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας με συμπτώματα οξείας κοιλίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το υπερηχογράφημα στην κοιλιακή χώρα μπορεί να αναδείξει σημεία οξείας σκωληκοειδίτιδας, μεσεντερίου λεμφαδενίτιδας, υπερτροφίας του πυλωρικού στομίου, εγκολεασμού του εντέρου, συστροφής του όρχεως (ή αποφύσεων του), συστροφής της επιδιδυμίδας, συστροφής της ωοθήκης, φλεγμονής των όρχεων (ορχίτιδα, επιδιδυμίτιδα), φλεγμονής του ουροποιητικού (κυστίτιδα, νεφρίτιδα, πυελονεφρίτιδα), ηπατοσπληνομεγαλία κτλ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υπερηχοτομογραφία μπορεί να συμβάλλει στην έγκαιρη και σωστή διάγνωση συχνών παιδιατρικών περιστατικών που προσέρχονται στο τμήμα των επειγόντων με συμπτώματα οξείας κοιλίας, τα οποία ενδεχομένως να χρήζουν περαιτέρω χειρουργικής αντιμετώπισης.

Βιβλιογραφία:

1. Balachandran B, Singhi S, Lal S. Emergency management of acute abdomen in children. Indian J Pediatr. 2013;80:226-34. doi: 10.1007/s12098-013-0991-1. Epub 2013 Mar 1.
2. Abdullah M, Firmansyah MA. Diagnostic approach and management of acute abdominal pain. Acta Med Indones. 2012;44:344-50.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΑΘΗΤΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.

Κωστοπούλου Σ.¹, Ντιρογιάννης Ν.², Τρίγκα-Μούχα Ε.³, Μπαλά Σ.³, Γραβάνη Ε.³, Ανδρέου Β.².

¹Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας. Περιφέρεια Θεσσαλίας - Περιφερειακή Ενότητα Τρικάλων. ²Ψυχολόγος. ³Κοινωνιολόγος.

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχέσης των μαθητών των τελευταίων τάξεων του δημοτικού με το διαδίκτυο, στα πλαίσια ενός προγράμματος πρόληψης με θέμα: «Ασφαλής Χρήση Διαδικτύου». Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε σε 17 σχολεία της Περιφερειακής Ενότητας Τρικάλων και συμμετείχαν 651 μαθητές.

Στο εισαγωγικό κομμάτι του προγράμματος συλλέχθηκαν πληροφορίες για τις συνήθειες των μαθητών στο διαδίκτυο. Η διατύπωση των ερωτήσεων έγινε παράλληλα με την προβολή οπτικό-ακουστικού υλικού και καταμετρήθηκε ο αριθμός των απαντήσεων. Επίσης ζητήθηκε από τους μαθητές να αναφέρουν γραπτώς, ανώνυμα και εμπιστευτικά, οτιδήποτε θεωρούσαν οι ίδιοι απαραίτητο για τη σχέση τους με το διαδίκτυο.

Ενώ η πλειονότητα των μαθητών (96,77%) δήλωσαν ότι είναι χρήστες του διαδικτύου, μόλις το 17,3% πιστεύουν ότι έχουν την επίβλεψη από κάποιον κατά την πλοήγηση τους. Αξιοσημείωτο

είναι ότι το 20,16% των μαθητών ανέφερε ότι παραμένει στον υπολογιστή πάνω από 3 ώρες ημερησίως. Η ποσοστιαία αναλογία των μαθητών που δηλώνουν ότι παίζουν διαδικτυακά παιχνίδια ανέρχεται στο 83%. Οι μισοί εκ των μαθητών (49,37%) διαθέτουν λογαριασμό σε μέσο κοινωνικής δικτύωσης και το ένα τρίτο (33,17%) δήλωσε ότι έχει μιλήσει έστω μια φορά με αγνώστους.

Τέλος, το 5,68% των γραπτών απαντήσεων των μαθητών περιλάμβαναν αναφορές κακομεταχείρισης, διαδικτυακού εκφοβισμού και γενικότερα κακής χρήσης του διαδικτύου.

Αναλογιζόμενοι ότι το παιχνίδι στην παιδική ηλικία αποτελεί προσομοίωση των δραστηριοτήτων της ενήλικης ζωή και παρατηρώντας τα διαρκώς αυξανόμενα ποσοστά χρήσης διαδικτυακών παιχνιδιών από τον μαθητικό πληθυσμό, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη, οι παιδίατροι να εστιάζουν το ενδιαφέρον τους, κατά τη λήψη του ιστορικού, και στη σχέση των παιδιών με το διαδίκτυο.

Βιβλιογραφία:

1. Johnson, N., The multiplicity of internet addiction. 2009. Surrey: Ashgate.
2. Siomos K, Dafouli E, Braimiotis D, Mouzas O, Angelopoulos N. Internet addiction among Greek adolescent students. *Cyber Psychology and Behaviour* 2008;11(6) :653-657.
3. Young K., Dong Yue X., Ying L., Prevalence, Estimates and Etiologic Models of Internet Addiction. In *Internet Addiction. A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*. 2009. (3-16) Ney Jersey:Wiley.

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΩΝ ΣΕ ΜΕΓΑΛΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΤΑ ΕΤΗ 2011 ΚΑΙ 2012.

Πέγκας Γ¹, Σχίζας Α¹, Αγγελάκου Μ², Κουρή Ν¹,

¹Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»

²Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόληψη τόσο της μετάδοσης νέων παθογόνων παραγόντων όσο και της επανεμφάνισης άλλων αποτελούν κοινή ευθύνη των εθνικών υγειονομικών αρχών και των ευρωπαϊκών θεσμικών οργάνων. Οι εμβολιασμοί είναι αναμφισβήτητα ένα από τα αποτελεσματικότερα, από πλευράς κόστους, μέτρα για τη δημόσια υγεία που διατίθενται για την προστασία των πολιτών από τα λοιμώδη νοσήματα. Η Ευρωπαϊκή Ένωση στηρίζει τις προσπάθειες των κρατών μελών για την ανοσοποίηση των παιδιών κατά βασικών ασθενειών που μπορούν να προληφθούν με

εμβολιασμό. Είναι δε γνωστό ότι το Εθνικό Πρόγραμμα εμβολιασμών μιας χώρας υπαγορεύεται τόσο από ανοσολογικά όσο και από επιδημιολογικά και κοινωνικά δεδομένα.

ΣΚΟΠΟΣ

Η καταγραφή και μελέτη της κατανάλωσης των εμβολίων που χορηγήθηκαν από το φαρμακείο μεγάλου Παιδιατρικού Νοσοκομείου της Αττικής τα έτη 2011 και 2012.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Τα στοιχεία ελήφθησαν από τις συνταγές που εκτελέστηκαν από το φαρμακευτικό τμήμα του νοσοκομείου (νοσηλεύόμενοι και εξωτερικοί ασθενείς) μέσω του προγράμματος μηχανογράφησης του φαρμακείου. Η δαπάνη των συνταγών καλύπτεται αποκλειστικά από τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 2011 εκτελέστηκαν 176 συνταγές βιβλιαρίων κοινωνικής πρόνοιας και πολιτικών προσφύγων εκ των οποίων 133 ήταν ασθενών ελληνικής υπηκοότητας και 43 αλλοδαπών. Το 2012 εκτελέστηκαν αντιστοίχως 251 συνταγές, εκ των οποίων οι 200 ήταν ασθενών ελληνικής υπηκοότητας και 51 αλλοδαπών. Τα υπόλοιπα εμβόλια χορηγήθηκαν στο τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής και στις κλινικές του νοσοκομείου. Το 2011 το σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης ήταν 7.816,29 €, ενώ το 2012 ήταν 10.967,65 €. Το 2011 τα τρία πρώτα εμβόλια σε κατανάλωση ήταν κατά του πνευμονιόκοκκου, κατά του μηνιγγιτιδόκοκκου, και κατά της ηπατίτιδας Β. Το 2012 το εμβόλιο κατά του πνευμονιόκοκκου παρέμεινε πρώτο σε κατανάλωση και ακολούθησε το εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β και το τετραπλό εμβόλιο κατά διφθερίτιδας – τετάνου – κοκκύτη – πολιομυελίτιδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η χορήγηση εμβολίων από το φαρμακείο του νοσοκομείου τόσο στους κατόχους βιβλιαρίων κοινωνικής πρόνοιας, όσο και στους πολιτικούς πρόσφυγες παρουσιάζει αύξηση. Η αύξηση αυτή αφορά τόσο αριθμό συνταγών, όσο και αξία κατανάλωσης εμβολίων.
- Η δαπάνη χορήγησης των εμβολίων δεν πρέπει να περιλαμβάνεται στον προϋπολογισμό ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου, αλλά σε άλλες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπου θα γίνεται και συστηματική καταγραφή και έλεγχος της χορήγησης.
- Σε καμία περίπτωση δε, δεν πρέπει να τεθεί σε κίνδυνο η αποτελεσματική ανοσοποίηση του πληθυσμού, διότι αυτό μπορεί να έχει δυσμενείς συνέπειες τόσο για τη δημόσια υγεία, όσο και για τα οικονομικά της υγείας της χώρας (βέβαιη αύξηση δαπάνης για νοσήλια, εξετάσεις, φάρμακα).

Βιβλιογραφία:

1. ΠΔ 668/18.5.2005
2. ΚΥΑ 1394491/16.11/2006 ΦΕΚ 13/1747
3. ν.2082/1992 άρθρο 44 ΦΕΚ 158/ τ.Α 21.9.1992
4. <http://www.immunizationinfo.org/vaccines>

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΟΪΩΝ

Διαμαντάρας Α, Πετρίδου Ε

Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ

Οι Εντεροϊοί είναι από τους πιο κοινούς ιούς μεταξύ των ανθρώπων και υπολογίζεται ότι ετησίως μολύνουν περισσότερους από 1 δις ανθρώπους παγκοσμίως. Τα συμπτώματα που προκαλούν καλύπτουν ένα ευρύ κλινικό φάσμα ενώ ορισμένοι από αυτούς συνοδεύονται από μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα, ιδιαίτερα σε ευάλωτες ομάδες πληθυσμού όπως τα παιδιά. Την τελευταία δεκαετία καταγράφονται μεγάλες επιδημίες από Εντεροϊούς, κυρίως σε χώρες της Ασίας, που συνοδεύονται από την εμφάνιση νέων στελεχών ενώ η αιτία για την αύξηση αυτών των κρουσμάτων βρίσκεται υπό διερεύνηση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για άρθρα σχετικά με τις επιδημιολογικές τάσεις και τα νέα δεδομένα γύρω από τους Εντεροϊούς στις βάσεις δεδομένων Medline και Google Scholar, βάσει των λέξεων-κλειδιών: enteroviruses, epidemiology, vaccines, children. Από τα 272 άρθρα που ανακτήθηκαν αρχικά, τα 18 ήταν σχετικά με το θέμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την τελευταία κατάταξη οι Εντεροϊοί χωρίζονται σε τέσσερα είδη (A, B, C, D) που περιλαμβάνουν περισσότερους από 90 υπότυπους ή σε πέντε ομάδες (Poliovirus, Coxsackie A, Coxsackie B, Echovirus, Enterovirus) σύμφωνα με την παλαιότερη κατάταξη. Η μετάδοση τους γίνεται μέσω της πρωκτοστοματικής οδού, ευνοείται από τις κακές συνθήκες υγιεινής, και είναι αυξημένη κατά τους θερινούς μήνες. Ο Εντεροϊός 71 (EV71), ανήκει στο γένος των Εντεροϊών, ως νευρότροπος ιός μπορεί να προκαλέσει νόσο χειρών-ποδών-στόματος και μηνιγγο-εγκεφαλίτιδα με πνευμονικό οίδημα που εμφανίζει μεγάλη θνητότητα μεταξύ των παιδιών. Ο EV71 αποτελεί έναν από τους καλύτερα μελετημένους Εντεροϊούς καθώς υπάρχουν ευρήματα για μια συνεχή και ταχεία εξέλιξη του, όπως ανασυνδυασμοί του γενετικού του υλικού και μεταλλάξεις, που μπορεί να έχουν αντίκτυπο στο παθολογικό του δυναμικό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα κρούσματα από επιδημίες Εντεροϊών έχουν παρουσιάσει σημαντική αύξηση τα τελευταία χρόνια και φαίνεται πως από αυτά αναδύονται νέα στελέχη που προκύπτουν από μεταλλάξεις του γενετικού τους υλικού και χαρακτηρίζονται από σημαντικές αντιγονικές διαφορές μεταξύ τους. Αν και η ανάπτυξη ενός εμβολίου είναι μια πρόκληση δεδομένων των πολυμορφισμών που χαρακτηρίζουν τα διαφορετικά στελέχη των Εντεροϊών, φαίνεται να αποτελεί μια αποτελεσματική μέθοδο πρόληψης της λοίμωξης από εντεροϊούς και την επιβράδυνση της εξέλιξης τους.

Βιβλιογραφία:

1. McMin PC. Recent advances in the molecular epidemiology and control of human enterovirus 71 infection. Current opinion in virology. 2012; **2**(2): 199-205.
2. Yan XF, Gao S, Xia JF, Ye R, Yu H, Long JE. Epidemic characteristics of hand, foot, and mouth disease in Shanghai from 2009 to 2010: Enterovirus 71 subgenotype C4 as the primary causative agent and a high incidence of mixed infections with coxsackievirus A16. Scandinavian journal of infectious diseases. 2012; **44**(4): 297-305.
3. Zhang D, Lu J, Lu J. Enterovirus 71 vaccine: close but still far. International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases. 2010; **14**(9): e739-43.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΚΚΠΠΥ)

Ε. Κοντογεώργη, Α. Α. Διαμαντάρας, Ε. Πετρίδου

ΣΚΟΠΟΣ

Με αφορμή την ραγδαία ανάπτυξη των σύγχρονων μεθόδων επικοινωνίας, ιδιαίτερα μέσω του Διαδικτύου, έγινε μία προσπάθεια να αξιολογήσουμε για πρώτη φορά τους υπάρχοντες τρόπους "προσέγγισης" της Ελληνικής Εταιρείας Κοινωνικής Παιδιατρικής Και Προαγωγής Υγείας (ΕΚΚΠΠΥ). Αυτοί περιλαμβάνουν την επικοινωνία, κυρίως μέσω της ιστοσελίδας της εταιρείας, μέσω e-mail, μέσω ταχυδρομείου καθώς και μέσω facebook. Έπειτα σημαντική επιδίωξη αποτέλεσε η προσπάθεια να ερευνήσουμε το περιθώριο βελτίωσής τους και ανάπτυξη και επιπλέον, για την ανάδειξη και προβολή της εταιρείας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Με βάση τη βιβλιογραφία, κατασκευάστηκαν αναλυτικά ερωτηματολόγια, στοχευμένα στην εύρεση των ελλείψεων των μεθόδων προσέγγισης της εταιρείας που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα, στη βελτίωσή τους καθώς και στην ανάδειξη σύγχρονων μεθόδων, εύχρηστων στην επικοινωνία με την ΕΚΚΠΠΥ. Στη συνέχεια αποστάλησαν στην ηλεκτρονική διεύθυνση των μελών

και μέσω της ιστοσελίδας της εταιρίας στο Facebook και έγινε επεξεργασία των απαντήσεων και αναπαράστασή τους σε γράφημα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο τελικός αριθμός των ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν ήταν 35. Σύμφωνα με αυτά η επικοινωνία διενεργείται κυρίως μέσω των e-mail και της επίσκεψης της ιστοσελίδας της εταιρίας. Παρόλα αυτά σχεδόν το 40% θεωρεί πως οι παραπάνω μέθοδοι επικοινωνίας χρειάζονται σημαντικές βελτιώσεις. Μεγάλη είναι η συμμετοχή των ερωτηθέντων στις συνεδριάσεις και τα συνέδρια της εταιρείας ενώ το 43% επισκέπτεται τακτικά την ιστοσελίδα για την ενημέρωση του. Ακολούθως, το περιεχόμενο της ιστοσελίδας κρίνεται ευανάγνωστο και κατανοητό ενώ φαίνεται πως ένα σημαντικό ποσοστό δεν βρίσκει το περιεχόμενο της επαρκώς τεκμηριωμένο και όχι ιδιαίτερα ελκυστικό για τον επισκέπτη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Χρειάζεται να δοθεί έμφαση στην ενίσχυση της επικοινωνίας μέσω e-mail και facebook με την ΕΕΚΠΥ, καθώς και να γίνει εκσυγχρονισμός και η βελτίωση της εικόνας της ιστοσελίδας της εταιρίας ώστε να είναι πιο ελκυστική για τον επισκέπτη.

ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΑΡΘΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΞΩΑΡΘΡΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Πρατσίδου-Γκέρτση Π.

Εκπρόσωπος του Παιδιατρικού Ανοσολογικού και Ρευματολογικού Κέντρου Αναφοράς, Α΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ

Η Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα (ΝΙΑ) χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή του υμένα, που χωρίς την κατάλληλη θεραπεία μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη τόσο αρθρικών όσο και εξωαρθρικών βλαβών, επιπλοκών που έχουν δυσμενή επίδραση στην ποιότητα ζωής του ασθενή και της οικογένειάς του. Μελετήθηκε η βαθμονομημένη εκτίμηση της βλάβης σε ασθενείς με ΝΙΑ που είχαν ≥5ετή παρακολούθηση.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που εξετάστηκαν το τελευταίο 6μηνο. Η παρουσία βλάβης εκτιμήθηκε με το εργαλείο JADI (Juvenile Arthritis Damage Index) που καταγράφει αρθρικές (JADI-A) και εξωαρθρικές βλάβες (JADI-E).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι 103 ασθενείς (81 Θ) είχαν διάμεση ηλικία 13 έτη, διάμεση διάρκεια νόσου 9 έτη, και διάμεσο χρόνο έναρξης-διάγνωσης νόσου 0,25 έτη. Οι μορφές της νόσου ήταν πολυαρθρική RF αρνητική (n=27), επεκταθείσα ολιγοαρθρική (n=29), επίμονη ολιγοαρθρική (n=26), ψωριασική (n=5), συστηματική (n=8) και αρθρίτιδα σχετιζόμενη με ενθεσίτιδα (n=7). Τα JADI-A και JADI-E κυμαινόταν από 0-38/72 και 0 – 5/17 αντίστοιχα (0 διάμεση τιμή για JADI-A και JADI-E). Μηδενικό σκορ στο JADI συνολικά είχαν 91/103, στο JADI-A 94 και στο JADI-E 97 ασθενείς. Αναλυτικά, καταγράφηκαν 39 αρθρικές βλάβες σε 9 ασθενείς με πολυαρθρική πορεία: υπεξάρθρωμα ΑΜΣΣ (n=1), μικρογναθία (n=1), παραμορφώσεις (n=5) και σύγκαμψη αρθρώσεων (n=32). Εξωαρθρικές βλάβες ανέπτυξαν 6 ασθενείς (5,82%, καταρράκτη 6/6, γλαύκωμα 3/6, δερματικές ραβδώσεις 1/6). Μόνο 3 ασθενείς είχαν λάβει βιολογική θεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με την έγκαιρη διάγνωση και τα σύγχρονα θεραπευτικά σχήματα στην πλειονότητα των ασθενών (88 %) αποτράπηκε η ανάπτυξη βλαβών, ακόμη και σε ασθενείς που είχαν πολυαρθρική πορεία. Με την εφαρμογή του JADI έγινε εύκολα η χαρτογράφηση των βλαβών.

Βιβλιογραφία:

1. Viola S, Felici E , Magni-Manzoni S et al. Development and Validation of a Clinical Index for Assessment of Long-Term Damage in Juvenile Idiopathic Arthritis. Arthritis & Rheumatism 2005; Vol. 52, 2092–2102.
2. de Oliveira Sato J, Corrente JE, Saad Magalhães C. Progression of articular and extraarticular damage in oligoarticular juvenile idiopathic arthritis. Clin Exp Rheumatol 2011; 29(5):871-7.
3. Susic GZ, Stojanovic RM, Pejnovic NN, et al. Analysis of disease activity, functional disability and articular damage in patients with juvenile idiopathic arthritis: a prospective outcome study. Clin Exp Rheumatol. 2011; 29(2):337-44.

ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Πρατσίδου-Γκέρση Π.

Εκπρόσωπος του Παιδιατρικού Ανοσολογικού και Ρευματολογικού Κέντρου Αναφοράς, Α΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη, Αντιπρόεδρος του Συλλόγου Φίλων των Παιδιών με Χρόνιες Ρευματοπάθειες

ΣΚΟΠΟΣ

Οι επιπτώσεις του χρόνιου νοσήματος στους γονείς παιδιών με Νεανική Ιδιοπαθή Αρθρίτιδα (NIA) δεν έχουν διερευνηθεί στην Ελλάδα. Παρουσιάζονται οι βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στους γονείς αυτούς, αναφορικά με το άγχος ή/και κατάθλιψη, τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) και της συμμόρφωσης των γονέων στις οδηγίες ιατρών και φυσικοθεραπευτών. Δευτερεύοντες σκοποί: Η συσχέτιση των επιπτώσεων αυτών με δείκτες πορείας και έκβασης της NIA, όπως τη διάρκεια νόσου και τις βαθμολογίες ενεργότητας και ποιότητας ζωής του παιδιού.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

76 γονείς 69 παιδιών με NIA, 56 μητέρες:20 πατέρες, 14/76 ανδρόγυνα, μέσης ηλικίας 39.9 και 42.8 έτη, εκτιμήθηκαν με ειδικά και σταθμισμένα σε ελληνικό πληθυσμό εργαλεία. Αυτά βαθμολογούν το άγχος (Spielberger), την κατάθλιψη (Beck), την αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων (Lazarus & Folkman) και τη συμμόρφωση σε οδηγίες υγειονομικών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι μητέρες είχαν υψηλές βαθμολογίες άγχους, τόσο ως κατάσταση ($p=0.0001$) όσο και ως μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ($p=0.01$), και συμπτωματολογία ήπιας κατάθλιψης (10.28 ± 7.60). Ως προς τις ΣΑΑΚ, οι πατέρες είχαν χαμηλές βαθμολογίες θετικής προσέγγισης ($p=0.004$), ενώ και οι 2 γονείς υψηλές βαθμολογίες διεκδικητικής επίλυσης του προβλήματος ($p=0.0006$ και $p=0.02$). Οι γονείς είχαν πολύ καλή συμμόρφωση στις οδηγίες υγειονομικών και δεν υπήρχαν αποκλίσεις μεταξύ των 2 συζύγων. Δεν βρέθηκε συσχέτιση των βιοψυχοκοινωνικών επιπτώσεων με τους δείκτες πορείας και έκβασης της NIA.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις σε γονείς παιδιών με NIA, είναι ήπιες ως προς το άγχος και την κατάθλιψη, οι γονείς είναι διεκδικητικοί και συμμορφώνονται με τις οδηγίες των υγειονομικών. Αυτές οι επιπτώσεις όμως δεν σχετίζονται με τους δείκτες πορείας και έκβασης της NIA.

Βιβλιογραφία:

1. Moorthy LN, Peterson MG, Hassett AL, et al. The burden of childhood-onset arthritis. *PROJ* 2010; 8:20. <http://www.ped-rheum.com/content/8/1/20>.
2. Unreger JA, Horgan B, Chaitow J, Champion GD. Psychosocial functioning in children and young adults with Juvenile Arthritis. *Pediatrics* 1988; 81(2): 195-202.
3. Bruns A, Hilario MO, Jennings F, Silva CA, Natour J. Quality of life and impact of the disease on primary caregivers of juvenile idiopathic arthritis patients. *Joint Bone Spine* 2008; 75(2):149-154.

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ: ΞΕΧΩΡΙΖΟΥΜΕ ΤΗΝ ΑΛΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΑΗ;

Π. Πρατσίδου-Γκέρτση

Εκπρόσωπος του Παιδιατρικού Ανοσολογικού και Ρευματολογικού Κέντρου Αναφοράς, Α΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο ΓΝ, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ

Οι παιδιατρικοί μύθοι αποτελούν λανθασμένες και ατεκμηρίωτες αντιλήψεις για την ανατροφή και φροντίδα των παιδιών, που διακινούνται από γενιά σε γενιά. Ρόλος του παιδίατρου είναι να διακρίνει αυτούς τους μύθους και να αποτρέπει τους γονείς από την υιοθέτησή τους. Η μελέτη αποσκοπούσε στην εκτίμηση του βαθμού αποδοχής ορισμένων παιδιατρικών μύθων από τους παιδίατρους και ο προσδιορισμός των παραγόντων που προδιαθέτουν στον ενστερνισμό τους.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

65 ειδικοί παιδίατροι από τη Βόρεια Ελλάδα απάντησαν σχετικά με την ορθότητα 25 παιδιατρικών μύθων: 11 «επικίνδυνων» για την υγεία και ασφαλή ανατροφή των παιδιών και 14 «αθώων» που αφορούν τις συνέπειές τους στα παιδιά. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά δεδομένα των ερωτηθέντων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το ποσοστό των ορθών απαντήσεων ήταν 46% - 93,8% για τους «επικίνδυνους» μύθους και 6,8% - 80% για τους «αθώους». Το 6,2% των παιδιάτρων αναγνώρισαν και τους 11 «επικίνδυνους» μύθους, ενώ το 21,5% αναγνώρισε λιγότερους από 8. Το 5% των παιδιάτρων αναγνώρισαν και τους 14 «αθώους» μύθους ενώ το 78,4% αναγνώρισε λιγότερους από 8. Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των παιδιάτρων και του αριθμού των λανθασμένων απαντήσεων τόσο στο σύνολο των μύθων ($p=0,399$, $p=0,044$) όσο και στους «επικίνδυνους» ειδικά μύθους ($p=0,507$, $p=0,006$). Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ των ετών άσκησης της παιδιατρικής και του αριθμού των λανθασμένων απαντήσεων στους «επικίνδυνους» μύθους ($p=0,474$, $p<0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σημαντικό ποσοστό παιδιάτρων ασπάζονται παιδιατρικούς μύθους, ορισμένοι από τους οποίους ενδέχεται να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία και ασφάλεια των παιδιών. Υπάρχει ανάγκη επαγρύπνησης και επιμόρφωσης των παιδιάτρων ώστε με τεκμηριωμένη γνώση να απομυθοποιούν τις εσφαλμένες αντιλήψεις των γονέων.

Βιβλιογραφία:

1. Schuman A. pediatric mythology: Can pediatricians separate fact from fallacy? Contemporary pediatrics 2010, June.
2. Adesman A, Milanaik R, Kohn N, et al. Pediatric pearls and perils: gaps in knowledge of pediatricians that pose potential health and safety risks to children [INTERNET]. Available from: http://www.babyfacts.com/PDFs/pediatrician_study_results.pdf
3. Adesman A. Babyfacts. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc 2009.

ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗ ΛΕΙΣΜΑΝΙΑΣΗ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Αντωνοπούλου Ε.

Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»

Η σπλαγχνική λεϊσμανίαση είναι συστηματική παρασιτική νόσος που μεταδίδεται στον άνθρωπο από τα ζώα (σκύλους και τρωκτικά) με δήγμα μολυσμένων φλεβοτόμων.

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση περιστατικού σε θήλυ αθίγγανη ηλικίας 14 μηνών που προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών της Παιδιατρικής Κλινικής λόγω πυρετού έως 39° C και βήχα από διημέρου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ανίχνευση των ειδικών IgG αντισωμάτων σε δείγμα ορού με έμμεσο ανοσοφθορισμό και προσδιορισμό ειδικών αντισωμάτων έναντι του αντιγόνου K39 με ανοσοχρωματογραφική μέθοδο (Strip test).

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκαν ωχρότητα, ηπατοσπληνομεγαλία (2,5 cm και 5 cm αντιστοίχως) και ακροαστικά ευρήματα από το αναπνευστικό. Από τον αιματολογικό έλεγχο προέκυψαν: Αναιμία (Ht: 20,1%, Hb: 6,2 gr/dl, MCV: 58,1 fl), θρομβοπενία (PLT: 64000/μL) και αύξηση των τιμών σε CRP (97 mg/l) και TKE (79 mm). Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε αυξημένο μέγεθος ήπατος και σπληνός με φυσιολογική ηχοδομή στο υπερηχογράφημα άνω κοιλίας και περιβρογχικές διηθήσεις στην ακτινογραφία θώρακος. Από τον ορολογικό έλεγχο διαπιστώθηκαν: τίτλος αντισωμάτων για λεϊσμάνια 1:1280 και θετικό αποτέλεσμα Strip test K39. Ο ασθενής απυρέτησε το δεύτερο 24ωρο νοσηλείας. Έγινε έναρξη αγωγής με λιποσωμιακή αμφοτερικίνη Β το δεύτερο 24ωρο νοσηλείας για δύο ημέρες. Επίσης έλαβε αντιβιοτική αγωγή με κεφαλοσπορίνη γ' γενιάς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Για την πρόληψη της νόσου απαιτούνται προφυλακτικά μέτρα στις περιοχές όπου ενδημεί. Η αξιολόγηση των κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων οδηγεί στην έγκαιρη διάγνωση, αντιμετώπιση και καλή πορεία της νόσου.

Βιβλιογραφία:

1. Chappuis F, Sundar S, Hailu A, Ghalib H, Rijal S, Peeling RW et al. *Visceral leishmaniasis: what are the needs for diagnosis, treatment and control?* Nat Rev Microbiol. 2007; 5: 873-82.
2. Ready PD. *Leishmaniasis emergence in Europe*. Euro Surveill. 2010; 15:19505.
3. Srivastava P, Dayama A, Mehrotra S, Sundar S. *Diagnosis of visceral leishmaniasis*. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2011; 105: 1-6.

ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ: ΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΛΛΑΔΑ

Χ. Π. Μπινιάρης – Γεωργαλλής ¹, Σ. Ι. Μπινιάρης – Γεωργαλλής ²

¹Τμήμα Νομικής, Νομική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

²Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Οι ραγδαίες εξελίξεις των τελευταίων χρόνων στην επιστήμη της ιατρικής και της γενετικής κατέστησαν δυνατή την απόκτηση απογόνων, ακόμα και σε άτομα που εμποδίζονται από τη φύση, μέσω της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Καθώς όμως οι διαδικασίες αυτές οδηγούν στην απόκτηση παιδιών αναδείχθηκε απαραίτητο να αντιμετωπιστούν νομοθετικά τα ζητήματα που ανακύπτουν

Στην Ελλάδα το νομοθετικό πλαίσιο - το οποίο μάλιστα θεωρείται από τα πιο ολοκληρωμένα και προοδευτικά στην Ευρώπη - ορίστηκε πρώτα από το νόμο 3089/2002 και στη συνέχεια με το νόμο 3305/2005 που ερμηνεύει και εξειδικεύει ορισμένα σημεία του πρώτου. Μία από τις μεθόδους που εμπíπτουν στην εφαρμογή των προαναφερθέντων νόμων είναι και η παρένθετη μητρότητα η οποία θα αποτελέσει το επίκεντρο της παρούσας εργασίας.

Συγκεκριμένα ο νόμος 3089/2002 επέτρεψε την παρένθετη μητρότητα, δηλαδή την κυοφορία γονιμοποιημένων ωαρίων από άλλη γυναίκα με συναίνεση όλων των εμπλεκόμενων προσώπων, ακόμη και του άνδρα της κυοφόρου γυναίκας, χωρίς αντάλλαγμα και ύστερα από δικαστική άδεια με το τεκμήριο της μητρότητας να ισχυεί υπέρ εκείνης που έλαβε τη σχετική άδεια.

Ο νόμος 3305/2005 εξειδίκευσε ρυθμίσεις σχετικές με τους τομείς της δημόσιας υγείας και της κοινωνική πρόνοιας, προσδιόρισε τους ειδικότερους όρους προσφυγής στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ενώ θέσπισε ποινικές και διοικητικές κυρώσεις καθώς και διατάξεις για την ασφαλιστική κάλυψη των υποβοηθούμενων προσώπων.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει, τέλος, ο διάλογος γύρω από το κατά πόσον πρέπει να είναι επιτρεπτή η προσφυγή στην παρένθετη μητρότητα, ζήτημα που δημιουργεί έριδες σε νομικούς, σε επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων, σε κοινωνικούς φορείς, στην Εκκλησία αλλά και σε γυναικείες οργανώσεις.

ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Κοντοστάθη Ε.¹, Εξακουστού Ά.², Καραγιαννοπούλου Σ.³, Δούδου Α.⁴

¹ Απόφοιτη Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης Α.Π.Θ

² Εκπαιδευτικός Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης

³ Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθύντρια ΚΥ Θέρμης, Πρόεδρος του ΔΣ, ΕΕΚΠΠΥ-
Παράρτημα Θεσσαλονίκης

⁴ Καθηγήτρια οφθαλμολογίας ΑΠΘ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παιδική ηλικία είναι η ηλικία στην οποία μπαίνουν τα θεμέλια για να αποκτήσει το άτομο σωστές διατροφικές συνήθειες.

ΣΚΟΠΟΣ

Να διαπιστώσουμε αν τα παιδιά έχουν λανθασμένες διατροφικές συνήθειες, γεγονός που με τη σειρά του οδηγεί στη «δημιουργία» παχύσαρκων ατόμων. ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ

Πραγματοποιήσαμε ποσοτική έρευνα με κύριο εργαλείο το ερωτηματολόγιο. Πιο συγκεκριμένα υποκείμενο ήταν μαθητές και μαθήτριες της Πέμπτης (Ε') και Έκτης (ΣΤ') Δημοτικού, ηλικίας 10-12 χρόνων δύο σχολείων της Αλεξανδρούπολης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι μαθητές/τριες που παραλείπουν το πρωινό γεύμα τους, τείνουν να παρουσιάζουν πιο αυξημένο βάρος σε σχέση με εκείνους/ες που τρώνε σε καθημερινή βάση πρωινό. Τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια, δεν έχουν συνειδητοποιήσει τη σημασία των πέντε (5) γευμάτων ημερησίως, καθώς η συντριπτική πλειοψηφία και στις δύο (2) περιπτώσεις καταναλώνει μόνο τρία (3) γεύματα ημερησίως. Ως θετικό στοιχείο και χαρακτηριστικό της υγιεινής διατροφής μπορεί να θεωρηθούν τα αρκετά υψηλά ποσοστά (~40%) κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών σε καθημερινή βάση. Αν και συχνά παρατηρείται το φαινόμενο τα άτομα να τρώνε μπροστά στην τηλεόραση καταναλώνοντας απερίσκεπτα μεγάλες ποσότητες φαγητού, στη δική μας έρευνα το ποσοστό αυτό άγγιζε μόλις το 20%. Τέλος, το 45% των μαθητών/τριών, ασχολείται με εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Αν και τα αποτελέσματα είναι πιο ενθαρρυντικά από αυτά που αναμέναμε, απαιτείται η σωστή καθοδήγηση γονέων και εκπαιδευτικών, από ειδικά καταρτισμένους επιστήμονες, ώστε να γίνει αντιληπτή η αναγκαιότητα της διατροφικής πρόληψης τόσο στην οικογένεια όσο και στο σχολείο.

Βιβλιογραφία:

1. Ζαμπέλας Αντώνης. Η Διατροφή στα Στάδια της Ζωής. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2003
2. Χασαπίδου, Μ Φαχαντίδου, Α. (2002). Διατροφή για Υγεία, Άσκηση & Αθλητισμό. Θεσσαλονίκη: University Studio Press
3. Cohen,L. Manion.L, Morrison.K, (2007)«Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας»: εκδόσεις Μεταίχμιο

Ευχαριστίες: Νιόζα Α, Παιδίατρος

ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ Η ΜΑΣΤΙΓΑ ΤΗΣ ΕΠΟΧΗΣ ΜΑΣ

Κοντοστάθη Ε.¹, Εξακουστού Α.², Κυνηγοπούλου Σ.³, Τσαπακίδου Α.⁴, Γκανταίφη Α.⁵, Καραγιαννοπούλου Σ.⁶

¹ Απόφοιτη Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης Α.Π.Θ

² Εκπαιδευτικός Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης

³ Φοιτήτρια Μαιευτικής

⁴ Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νηπιαγωγών Φλώρινα

⁵ Ειδικευόμενη Ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας

⁶ Διδάκτωρ ΑΠΘ, Διευθύντρια ΚΥ Θέρμης, Πρόεδρος του ΔΣ, ΕΕΚΠΠΥ-Παράρτημα Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σήμερα στις χώρες του δυτικού κόσμου οι άνθρωποι υποφέρουν από την κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας που δεν είναι πλούσια σε θρεπτικά συστατικά. Αυτό σε συνδυασμό με λιγότερη σωματική άσκηση έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της παχυσαρκίας.

ΣΚΟΠΟΣ

Να κρούσουμε τον κώδωνα του κινδύνου, καθώς η παιδική και εφηβική παχυσαρκία λαμβάνουν διαστάσεις επιδημίας, ειδικά στη χώρα μας.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Ανασκόπηση της Ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας (βιβλία και άρθρα), και διαδικτυακών αναζητήσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δυστυχώς η Ελλάδα κατέχει τα υψηλότερα επίπεδα παιδικής παχυσαρκίας στην Ευρώπη. Ακόμα, σύμφωνα με τα τελευταία στατιστικά δεδομένα 4 στα 10 παχύσαρκα παιδιά, είναι κάτω των δέκα ετών. Οι λόγοι που οδηγούν στη παιδική παχυσαρκία είναι οι γενετικοί παράγοντες (κληρονομικότητα), η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, η κακή διατροφή και ο σύγχρονος τρόπος ζωής. Τέλος, μπορούμε να πούμε ότι σημαντικό ρόλο στην αυξανόμενη αυτή τάση παίζει το μάρκετινγκ των «ανθυγιεινών» τροφών (σύνδεση με κινούμενα σχέδια, ήρωες, περιπέτεια, χιούμορ, διασκέδαση).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διατροφή του ανθρώπου είναι μια αλληλουχία γεγονότων, καταστάσεων και παραδόσεων, η οποία ξεκινάει από τη βρεφική ηλικία. Για το λόγο αυτό, τα παιδιά πρέπει από νωρίς να μάθουν τη σωστή σημασία της διατροφής. Σε αυτό μπορεί να συμβάλει το σχολείο μέσω ειδικών προγραμμάτων για την ενημέρωση τόσο των ίδιων των παιδιών, όσο και των γονέων.

Βιβλιογραφία:

1. Χασαπίδου, Μ Φαχαντίδου, Α. (2002). Διατροφή για Υγεία, Άσκηση & Αθλητισμό. Θεσσαλονίκη: University Studio Press
2. Χρούσος Γ., Ν. Περβανίδου (2008). Η Παχυσαρκία στην παιδική και εφηβική ηλικία. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης
3. <http://www.eufic.org/article/el/page/FTARCHIVE/artid/new-obesity-research/>

Η ΘΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ

Καλέμης Κ¹., Κωσταρέλου Α²., Γκάτσου Ν³., Γεωργοπούλου Μ⁴.

¹Επιστημονικός Συνεργάτης ΠΤΔΕ ΕΚΠΑ, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης

²Καθηγήτρια ΠΕ06, Υπ/ντρια 3ου Δημ. Σχολείου Αχαρνών

³Δασκάλα, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΠΤΔΕ ΕΚΠΑ

⁴Δασκάλα, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΠΤΔΕ ΕΚΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Άγχος είναι η συνήθης φθορά που βιώνει το σώμα μας όταν προσαρμοζόμαστε στο συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Έχει σωματικές και συναισθηματικές συνέπειες πάνω μας και μπορεί

να δημιουργήσει θετικά ή αρνητικά συναισθήματα. Ως θετικό, το άγχος μας αναγκάζει να κινητοποιηθούμε σε δράση. Ως αρνητικό, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να έχουμε συναισθήματα δυσπιστίας, απόρριψης, θυμού και κατάθλιψης, τα οποία με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας όπως, πονοκεφάλους, στομαχικές διαταραχές, εξανθήματα, αϋπνία, έλκος, αύξηση της πίεσης του αίματος, καρδιακές παθήσεις, και εγκεφαλικό.

ΣΚΟΠΟΣ

Με την εργασία μας, στοχεύουμε στην αναγνώριση της πηγής του άγχους σε παράγοντες που μας αγχώνουν και στον τρόπο να ανταποκριθούμε σε αυτούς συναισθηματικά και σωματικά. Ο στόχος μας δεν

είναι να περιορίσουμε το άγχος, αλλά να μάθουμε πώς να το ελέγχουμε και πώς να το χρησιμοποιούμε ώστε να είναι αποτελεσματικό. Άγχος και πίεση, ήδη από το Δημοτικό, χαρακτηρίζουν τη μαθητική εμπειρία. Οι αυξημένες υποχρεώσεις των παιδιών, τα οδηγούν πολλές φορές στο άγχος που συνδέεται με την εκδήλωση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Η έρευνά μας στηρίχθηκε σε αποτελέσματα ερευνών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Επίσης δόθηκαν ερωτηματολόγια σε σχολεία Πρωτ/θμιας και Δευτ/θμιας εκπ/σης της περιοχής των Αθηνών από όπου σε συνολικό δείγμα 627 ερωτηματολογίων στηρίχθηκε και το συμπέρασμα της δικής μας προσπάθειας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την έρευνα διαπιστώνεται ότι υπάρχει συσχετισμός μεταξύ κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και φυσικής δραστηριότητας. Το 64% των ατόμων που εγκατέλειψαν το σχολείο έως την ηλικία των 15 ετών αναφέρουν ότι δεν συμμετείχαν ποτέ σε αθλητική δραστηριότητα, ενώ το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 24% για τα άτομα που εγκατέλειψαν το σχολείο μετά την ηλικία των 20 ετών. Τα ευρήματα της έρευνάς μας, δείχνουν ότι οι έφηβοι στην Ελλάδα αντλούν μικρότερη ικανοποίηση από το σχολείο σε σχέση με το παρελθόν. Δεν τους αρέσει ιδιαίτερα το κλίμα στην τάξη, ούτε είναι πολύ ικανοποιημένοι από τη σχέση με τους συμμαθητές και τους καθηγητές τους. Αυτοί οι μαθητές θεωρούν το άγχος τους ως ανυπερβληπτο

εμπόδιο με μοναδική διέξοδο την απομάκρυνσή τους από το σχολείο. Ειδικότερα, μεγάλο ποσοστό των εφήβων αναφέρουν ότι οι συμμαθητές τους δεν είναι ευγενικοί ή πρόθυμοι να βοηθήσουν ο ένας τον άλλο και πως δεν είναι ικανοποιημένοι από τη σχέση τους με τους καθηγητές τους, με σχεδόν έναν στους 4 να δηλώνει ότι δεν εμπιστεύεται τους καθηγητές του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την έρευνα, τα στοιχεία αυτά υπογραμμίζουν την ανάγκη ανάπτυξης παρεμβάσεων, ιδιαίτερα στο Γυμνάσιο και στο Λύκειο, οι οποίες θα εστιάζουν στη βελτίωση του κλίματος μέσα στην τάξη, ενισχύοντας την ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ των μαθητών καθώς και των μαθητών με τους καθηγητές τους.

Βιβλιογραφία:

1. Carol A. Phillips, Susan Rolls, Andrew Rouse, Mark D. Griffiths. Home video game playing in schoolchildren: a study of incidence and patterns of play. *Journal of Adolescence* 18 (6): 687–691, 1995
2. Ekelund U, Luan J, Sherar LB, Esliger DW, Griew P, Cooper A Moderate to vigorous physical activity and sedentary time and cardio metabolic risk factors in children and adolescents. *JAMA*. 15;307(7):704-712, 2012.
3. Moschonis G, Chrousos GP, Lionis C, Mougios V, Manios Y. Association of total body and visceral fat mass with iron deficiency in preadolescents: the Healthy Growth Study. *Br J Nutr*. 2011 Nov 16;1-10, 2011
4. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med*. 26;348(26):2599-608, 2003
5. Vereecken CA, Todd J, Roberts C, Mulvihill C, Maes L. Television viewing behavior and associations with food habits in different countries. *Public Health Nutr*. 9(2):244-250, 2006

Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΙΤΙΑ, ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΟΣ ΕΧΘΡΟΥ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΟΡΑ.

Καλέμης Κ¹., Κωσταρέλου Ά²., Γκάτσου Ν³., Γεωργοπούλου Μ⁴.

¹Επιστημονικός Συνεργάτης ΠΤΔΕ ΕΚΠΑ, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης

²Καθηγήτρια ΠΕ06, Υπ/ντρια 3ου Δημ. Σχολείου Αχαρνών

³Δασκάλα, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΠΤΔΕ ΕΚΠΑ

⁴Δασκάλα, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΠΤΔΕ ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ

Η Ελλάδα έχει τα σκήπτρα στην κατανάλωση θερμίδων και τα πιο παχύσαρκα παιδιά σε όλη την Ευρώπη. Η παχυσαρκία είναι μια έννοια εξαιρετικά παρεξηγημένη, ειδικά στην Ελλάδα. Πολλοί τη συσχετίζουν απλά με ένα υπέρβαρο σώμα, ενώ στην πραγματικότητα αποτελεί μία πάθηση που έχει συγκεκριμένα αίτια και συνέπειες για τον οργανισμό και, φυσικά, επιδέχεται και συγκεκριμένες μορφές αντιμετώπισης και θεραπείας. Ως παχυσαρκία ορίζεται η υπέρμετρη ανάπτυξη του λιπώδους ιστού στο σώμα και κατά συνέπεια η αντίστοιχη αύξηση στον όγκο και στο βάρος του.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη παρούσα έρευνα-μελέτη μας, αξιοποιήσαμε συγκριτικά στοιχεία ερευνών σε χώρες της ΕΕ, στα πλαίσια σύγκρισης διατροφικών και άλλων συνηθειών μεταξύ των μαθητών ηλικίας μέχρι 15 ετών. Τα υψηλότερα επίπεδα υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας εντοπίζονται στην Ελλάδα, με περισσότερα από 4 στα 10 παιδιά να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα (ποσοστό 44%, εκ των οποίων 11,2% είναι παχύσαρκα), ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας βρέθηκαν στο Βέλγιο (16,9%, εκ των οποίων 3,7% ήταν παχύσαρκα).

Στη μελέτη μας – μεταξύ των άλλων – αναλύσαμε τα αποτελέσματα των δράσεων του έργου, CHILDRENHEALTH με βάση τις νέες τεχνολογίες διαδικτύου αναπτύχθηκαν εργαλεία ηλεκτρονικού φακέλου υγείας αλλά και αναπαραγωγής, μέσω αυτού, δυναμικών χαρτών με τα επιδημιολογικά προφίλ υγείας των παιδιών της περιοχής, καθώς επίσης και πλατφόρμα ηλεκτρονικής εκπαίδευσης στα παραπάνω θέματα.

Στα πιο κοινά αίτια που οδηγούν στην παιδική παχυσαρκία συγκαταλέγονται μεταξύ άλλων η ανάπτυξη της τεχνολογίας σε συνδυασμό με τη διαβίωση των παιδιών σε τσιμεντουπόλεις στις οποίες είναι σχεδόν αδύνατο να βρεθεί χώρος στον οποίο να μπορούν να αθληθούν και να ασκηθούν καθημερινά, ο καθιστικός τρόπος ζωής, το βαρύ καθημερινό πρόγραμμα των γονέων, η ελλιπής, ή μάλλον ελλιπέστατη, ενημέρωση των παιδιών, των γονέων, αλλά και των παππούδων σχετικά με τους κινδύνους που εγκυμονεί η κακή διατροφή για την υγεία, ο λανθασμένος συσχετισμός του πάχους με την υγεία και την ευημερία, οι κακές διατροφικές συνήθειες των γονέων συνήθως τείνουν να γίνουν «κληρονομικές», διαποτίζοντας την καθημερινότητα των παιδιών τους. Μια ακόμη πληγή στο όλο σύστημα είναι η διατροφή των παιδιών στο σχολικό περιβάλλον, η ανόητη και παντελώς ακατάλληλη συσχέτιση του φαγητού με την επιβράβευση ή την τιμωρία

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η παιδική παχυσαρκία είναι ένα πολυσύνθετο πρόβλημα, το οποίο κάθε άλλο παρά σχετίζεται μόνο με συγκεκριμένες διατροφικές συμπεριφορές των παιδιών. Εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών-μελών της ΕΕ, που βρέθηκαν στο επίκεντρο της μελέτης. Η παιδική παχυσαρκία επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων, που διαμορφώνουν το ενεργειακό ισοζύγιο των παιδιών, όπως ο τόπος διαμονής ή το μορφωτικό επίπεδο των γονέων και το φύλο τους. Από το ερευνητικό έργο προκύπτει ότι η Ελλάδα έχει το θλιβερό προνόμιο να διαθέτει τα υψηλότερα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας, έχοντας, ωστόσο, τη μικρότερη κατανάλωση αναψυκτικών από παιδιά. Στον αντίποδα, το Βέλγιο έχει να επιδείξει

τις καλύτερες επιδόσεις όσον αφορά την παιδική παχυσαρκία, αν και κατέχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αναψυκτικών από ανηλίκους. Στο πλαίσιο του πως επηρεάζει ο τρόπος ζωής τα επίπεδα παχυσαρκίας, η παράλειψη του πρωινού, τέλος, ήταν άλλη μια διατροφική συμπεριφορά που απασχόλησε τους ερευνητές. Η παράλειψη του πρωινού στα παιδιά, κατά τους ερευνητές, συνδέεται στενά με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων σε τέσσερις από τις επτά χώρες που εξετάστηκαν (Βέλγιο, Ελλάδα, Σλοβενία και Ισπανία).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι διαφορές στις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής των μικρών παιδιών, η έλλειψη φυσικής άσκησης, η αυξανόμενη καθιστική ζωή και η έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με την διατροφή αποτελούν σημαντικούς παράγοντες εμφάνισης παιδικής παχυσαρκίας.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία:

1. CAMP. The Childhood Asthma Management Program (CAMP): design, rationale, and methods. Childhood Asthma Management Program Research Group. Control Clin Trials. 1999; 20(1):91-120.
2. Black MH, Smith N, Porter AH, Jacobsen SJ, Koebnick C. Higher Prevalence of Obesity among Children with Asthma. California, USA: Obesity 2012; 20(5):1041–1047.
3. Jensen, Megan, Wood, Lisa G., Gibson, Peter G. Obesity and childhood asthma – mechanisms and manifestations. Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology. 2012; 12(2):186–192.
4. May AL, Kuklina EV, Yoon PW. Prevalence of cardiovascular disease risk factors among US adolescents, 1999-2008. Pediatrics 2012;129: 1035-41.
5. Kollias A, Skliros E, Stergiou GS, et al. Obesity and associated cardiovascular risk factors among schoolchildren in Greece: a cross-sectional study and review of the literature. J Pediatr Endocrinol Metab 2011; 24: 929-38.

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Αγγελή Αναστασία	Διευθύντρια Εταιρικών Σχέσεων DIAGEO Hellas
Αδαμίδης Δημήτριος	Διευθυντής ΕΣΥ, Παιδιατρική Κλινική Γ.Ν. Ξάνθης, Πρόεδρος Επιτροπής Οηλασμού Γ.Ν. Ξάνθης
Αθανασίου Καλλιόπη	Ψυχολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης Μονάδας Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.), Β' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ Νοσοκομείο Παιδων «Π & Α Κυριακού». Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Ακριβός Πάτρικ	LifePaths Counseling Services, Certified Trainer, Parent Effectiveness Training, Gordon International
Αλεξανδρόπουλος Νικόλαος	Ομότιμος καθηγητής φυσικής Πανεπιστήμιου Ιωαννίνων, Αντεπιστέλλον Μέλος Ακαδημίας Αθηνών
Αλφαντάκη Σαπφώ	Επιμελήτρια Α' Πανεπιστημιακής Παιδιατρικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
Ανδρούτσος Γεώργιος	Καθηγητής Ιστορίας Ιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Ασημακοπούλου Βασιλική	Οδοντίατρος
Ασπρούδης Ιωάννης	Αν. Καθηγητής Οφθαλμολογίας, Οφθαλμολογική Κλινική ΠΓΝ Ιωαννίνων
Βαβουράκη Ελένη	Πρόεδρος ΜΚΟ «Ηλιότοπος»
Βαρβαρήγου Αναστασία	Καθηγήτρια Παιδιατρικής- Νεογνολογίας Παν. Πατρών
Βιτωράτος Νικόλαος	Μαιευτήρας – Γυναικολόγος, Καθηγητής Β' Μαιευτικής – Γυναικολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ»
Βλαχαντώνης Ίρις	Ιατρός, ειδικ/νη Πνευμονολόγος, Υπ. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Γαβρίλη Σταυρούλα	Παιδίατρος-Νεογνολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου,Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα»
Γερακοπούλου Πατρίτσια	Κοινωνική Ψυχολόγος, Διδάκτωρ Παντείου Πανεπιστημίου
Γερμενής Αναστάσιος	Καθηγητής Ανοσολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Γεωργανά Ευφελβίνα	Οδοντίατρος
Γεωργάτος Διονύσιος	Παιδίατρος, Δ/ντής Παιδιατρικής Κλινικής Γ. Ν. Κεφαλληνίας
Γεωργοπούλου Βασιλική	Παιδίατρος, Επιμελήτρια Β', Γ.Ν. Κεφαλληνίας
Γιαννούσης Γεώργιος	Ψυχοθεραπευτής, Οικογενειακός θεραπευτής, Σύμβουλος εξαρτήσεων
Γκουντσίδου-Ιακώβου Βασιλική	Φυσικός Msc, Μέλος της Διοικούσας Επιτροπής του Ευρωπαϊκού Προγράμματος E-cost για το Cyberbullying
Δαμιανίδου Βαρβάρα	Υγιεινολόγος ΤΕ, MSc
Δανέλλη-Μυλωνά Βασιλική	Πρόεδρος Δ.Σ. Ι.Ο.Α.Σ. «Πάνος Μυλωνάς»
Δεληβοριά – Παπαδοπούλου Μαρία	Professor of Pediatrics and Physiology, Drexel University College of Medicine, Chief of the Section of Neonatal Care, St. Christopher's Hospital for Children
Δημολιάτης Ιωάννης	Επ. Καθηγητής, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Διαμαντάρας Ανδρέας	Ιατρός
Δούδου Αγγελική	Αν. Καθηγήτρια Οφθαλμολογίας ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
Δράκου Χριστίνα	Παιδίατρος-Παιδορευματολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια Β' Παιδιατρικού Τμήματος ΕΣΥ, Νοσοκομείο Παιδων «Π. & Α. Κυριακού»
Εμποριάδου Μαρία	Καθηγήτρια Παιδιατρικής – Παιδιατρικής Πνευμονολογίας ΑΠΘ, Διευθύντρια Δ' Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ, Ν. Παπαγεωργίου Θεσ/νίκη
Καραγιαννοπούλου Σοφία	Δρ. Παιδίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ ΚΥ Θέρμης Θεσσαλονίκης
Καραγκιόζογλου-Λαμπούδη Θωμά	Παιδογαστρεντερολόγος, Καθηγήτρια Κλινικής Διατροφής, Τμήμα Διατροφής/Διαιτολογίας ΑΤΕΙΘ
Καρανίκα Παρασκευή	Παιδογαστρεντερολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης Δ' Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ, Ν. «Παπαγεωργίου»
Καρδαράς Παναγιώτης	Αν. Καθηγητής Παιδιατρικής Αναπτυξιολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

Κασσιανός Ιωάννης	Δήμαρχος Ιθάκης
Καχρίλα Δώρα	Δ/ντρια 3 ^{ου} Δημοτικού Σχολείου Αμαρουσίου
Κλημεντοπούλου Αλεξάνδρα	Παιδίατρος – Αναπτυξιολόγος, Επιμελήτρια Β', Α' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο παιδων “ Η Αγία Σοφία”
Κολέτση Μάρσα	Δρ., Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπεύτρια
Κομνηνού Δέσποινα	Ιατρός, Διατροφολόγος, Επ. Συνεργάτης, Τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας, Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης
Κοντογεώργη Ευαγγελία	Φοιτήτρια Ιατρικής ΕΚΠΑ
Κοτρώνης Ιωάννης	Καθηγητής Πληροφορικής, ΕΚΠΑ
Κουνάδης Αντώνιος	Ακαδημαϊκός και Ομότιμος Καθηγητής ΕΜΠ
Κουρή Νικολέτα	Δρ., Κλινική Φαρμακολόγος, Νοσοκομείο Παιδων «Π. & Α. Κυριακού»
Κουσούνης Αλέκος	Φιλολόγος, Αρχαιολόγος
Λεκατσά Μέλπω	Φαρμακοποιός
Λοράνδος Επαμεινώνδας	Κοινωνικός Λειτουργός, Θεραπευτής Οικογένειας, Σύμβουλος Τοξικοεξαρτήσεων CADIC, Κέντρο Υγείας Ιθάκης
Λιονής Χρήστος	Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης
Μαγκίνα Ασημίνα	Πνευμονολόγος – Εντατικολόγος, Δ/ντρια ΜΕΘ Κωνσταντοπούλειο Νοσ. «Αγ. Όλγα»
Μαϊλλης Αντώνιος	Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής – Α' Παν. Κλινική ΕΚΠΑ, Μέλος Δ.Σ. ΕΠΙΨΥ
Μάκης Αλέξανδρος	Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής – Παιδοαιματολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Μάνδουλα-Κουσούνη Μαρία	Δρ., Παιδίατρος, Ιστορικός
Μαντζουράνη Εύα	Καθηγήτρια Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Δ/ντρια Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Κρήτης, ΠΓΝ Ηρακλείου
Μαραβέγιας Ναπολέων	Πρόεδρος Τ.Ε.Ι. Ιονίων Νήσων
Μαραγκού Χρύσα	Παιδίατρος, Νοσοκομείο Κέρκυρας
Μοσχόβη Μαρία	Επ. Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Αιματολογίας-Ογκολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ
Μπακοπούλου Φλώρα	Παιδίατρος Εφηβικής Ιατρικής, Επ. Υπεύθυνος Κέντρου Πρόληψης και Υγείας των Εφήβων, Α' ΠΠΚ, Νοσοκομείο Παιδων «Η Αγία Σοφία»
Μπούκα Εύη	Υγιεινολόγος ΤΕ, MSc
Νιόζα-Δρούγκα Αγγελική	Παιδίατρος-Προϊσταμένη Υπηρεσιών Υγείας Αρναίας, ΠΙΚΠΑ Θεσ/νίκης
Ντουβέλης Ευάγγελος	Παθολόγος-Ογκολόγος, Κέρκυρα, Υπ. Διδάκτωρ, Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Πανταζάκος Παναγιώτης	Αν. Καθηγητής Φιλοσοφίας Φιλοσοφικής Σχολής ΕΚΠΑ
Παξινός Α. Γεώργιος	Καρδιολόγος, Δ/ντής Κ.Υ. Ιθάκης
Παξινός Θ. Γεώργιος	Καθηγητής Ψυχολογίας και Ιατρικών Επιστημών, Αντεπιστέλλον Μέλος της Ακαδημίας Αθηνών
Παπαβασιλείου Αντιγόνη	Παιδονευρολόγος Δ/ντρια Παιδονευρολογικής Κλινικής Ν.Π. Πεντέλης
Παπαγεωργίου Χαράλαμπος	Καθηγητής Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ
Παπαδάκης Βασίλειος	Παιδίατρος, Αιματολόγος-Ογκολόγος, Δ/ντής Ε.Σ.Υ., Τμήμα Παιδιατρικής Αιματολογίας – Ογκολογίας Π.Γ.Ν.Π. Α. «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»
Παπαθωμά Ευγενία	Νεογνολόγος, Διευθύντρια, Νεογνολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»
Παπαθωμά Παρασκευή	Ιατρός, Υπ. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Παπακωνσταντίνου Ευάγγελος	Βιοχημικός PhD, Υπεύθυνος Εργαστηρίου NeoLab
Παχύλη-Μαχαίριδη Ντίνα	Αν. Διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου «Ανδρέας Παπανδρέου», Ρόδος
Πετρίδου Ελένη	Καθηγήτρια Προληπτικής Ιατρικής και Επιδημιολογίας ΕΚΠΑ. Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας

Πρατσίδου-Γκέρτση Πολυξένη	Εκπρόσωπος του Παιδιατρικού Ανοσολογικού και Ρευματολογικού Κέντρου Αναφοράς, Α΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη
Πρίφτης Κωνσταντίνος	Επ. Καθηγητής Παιδοπνευμονολογίας, Παιδοαλλεργιολογίας, Παιδοπνευμονολογική – Παιδοαλλεργιολογική Μονάδα, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικών»
Ρόζενμπεργκ Θεόφιλος	Αν. Καθηγητής, Α΄ Χειρ/κή Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝΑ Λαϊκό
Ρούτση Χριστίνα	Αν. Καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Σαλή-Παπασαλή Αναστασία	Πρύτανης Ιονίου Πανεπιστημίου
Σεβαστιανός	Αρχιμανδρίτης Λευκάδας, Κεφαλληνίας
Σιαμοπούλου Αντιγόνη	Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Σίδη-Φραγκανδρέα Βασιλική	Παιδίατρος – Ογκολόγος, Διευθύντρια, Παιδοογκολογική Κλινική, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»
Σιώμου Αικατερίνη	Επ. Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδιατρικής Νεφρολογίας, Τομέας Υγείας του Παιδιού, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Σκανδαλάκης Παναγιώτης	Πρόεδρος Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, Καθηγητής Ανατομίας – Χειρουργικής Ανατομίας, Ιατρική Σχολή Αθηνών
Σκεντέρης Νικόλαος	Επ. Καθηγητής Παιδιατρικής, Τμήμα Ιατρικής Παν. Θεσσαλίας
Σκοπούλη Φωτεινή	Καθ. Παθολογίας-Ανοσολογίας, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο
Σπηλιόπουλος Νικόλαος	Οικογενειακός Θεραπευτής, MSc, ICADC Σύμβουλος Εξαρτήσεων Υπεύθυνος ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ
Σπύρου Σπύρος	Περιφερειάρχης Ιονίων Νήσων
Στεφανάδης Χριστόδουλος	Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Δ/ντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.
Τερζίδης Άγης	Παιδίατρος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Επιστημονικός Συνεργάτης ΠΜΣ "Διεθνής Ιατρική - Διαχείριση Κρίσεων Υγείας"
Τζούφη Μερόπη	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής με έμφαση στην Παιδονευρολογία, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Τσαμπούρη Σοφία	Λέκτορας Παιδιατρικής, Τομέας Υγείας Παιδιού, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Τσαπακίδου Αγγελική	Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Νηπιαγωγών Φλώρινα
Τσεκούρα Ευφροσύνη	Παιδίατρος – Νεογνολόγος – Αναπτυξιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ΄ Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική ΠΠΓΝ 'Αττικό'
Τσίκουλας Ιωάννης	Ομότιμος Καθηγητής Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
Τσιτσάμη Ελένη	Παιδορευματολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης – Υπεύθυνη Μονάδας Παιδιατρικής Ρευματολογίας Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών – Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»
Φαρίνη-Βρεττάκου Ευαγγελία	Παιδίατρος-Παιδοχειρουργός
Φωτουλάκη Μαρία	Επ. Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδογαστρεντερολογίας ΑΠΘ
Χαλιάσος Νικόλαος	Αν. Καθηγητής Παιδιατρικής, Ιατρική Σχολή, Παν. Ιωαννίνων
Χάνος Σοφοκλής	Ψυχολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Μον. Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.), Β' Παιδιατρική Κλινική ΕΚΠΑ Νοσοκομείο Παιδών "Π & Α Κυριακού"
Χαρίτου Αντωνία	Παιδίατρος-Νεογνολόγος, Διευθύντρια Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών «ΡΕΑ»
Χατζημιχαήλ Αθανάσιος	Καθηγητής Παιδιατρικής, Δημοκρίτειο Παν. Θράκης, Δ/ντής Παιδιατρικής Κλινικής ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης
Χρούσος Γεώργιος	Καθηγητής Παιδιατρικής, Α' ΠΠΚ, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Χρυσικού Δωροθέα	Παιδαγωγός, Ψυχολόγος, Ηθοποιός
Χύτη Αικατερίνη	Παιδίατρος Κ.Υ. Ιθάκης
Ψηφίδης Ανέστης	Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας – Ακοολογίας, Β΄ Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσ/νίκη

Η Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου εκφράζει ειλικρινείς ευχαριστίες προς:

-  Το Μορφωτικό Κέντρο Ιθάκης για την ευγενική παραχώρηση των χώρων διεξαγωγής του Συνεδρίου
-  Το Κέντρο Υγείας Ιθάκης και τον Διευθυντή του κ. Γεώργιο Α. Παξινό, για την παραχώρηση των Ιατρείων στο πλαίσιο του Κοινωνικού Προγράμματος του Συνεδρίου
-  Το Κέντρο Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης και τον Πρόεδρό του κ. Μ. Χάνο, για την φιλοξενία στον Ξενώνα
-  Τον Αθλητικό Όμιλο Ιθάκης «ΠΡΟΟΔΟΣ» και τον Πρόεδρό του κ. Διονύσιο Στανίτσα, για την παραχώρηση του εντευκτηρίου
-  Τον κ. Ντένη Γρίβα για την παραχώρηση της αίθουσας παρουσίασης των Αναρτημένων Ανακοινώσεων
-  Το Ι.Ο.Α.Σ. «Πάνος Μυλωνάς» για την πραγματοποίηση της Βιωματικής Εκπαίδευσης για την Οδική Ασφάλεια με ειδικό εξοπλισμό & προσομοιωτές
-  Τον Σύλλογο "Ένωσις των Απανταχού Ιθακησίων" και την Πρόεδρό του κα Κατερίνα Μαρούλη, για την υποστήριξή τους στη διοργάνωση του συνεδρίου
-  Τον Δήμο Ιθάκης για την κάλυψη δείπνου στους συνέδρους
-  Τον κ. Γεώργιο Θ. Παξινό για την προσφορά δείπνου στους συνέδρους
-  Τις κ.κ. Μέλπω Λεκατσά και Δώρα Χρυσικού για την προσφορά των κερασμάτων στα διαλλείματα του Συνεδρίου
-  Την οικογένεια Οδυσσέα και Αλεξάνδρας Λεκατσά καθώς και τον κ. Νίκο Οικονομόπουλο για την αμέριστη συμπαράστασή τους
-  Το Σύλλογο Γυναικών Ιθάκης και την Πρόεδρο Σ. Μπούα για τα «μαγειρέματά» τους
-  Την εταιρεία Lilly για την υποστήριξη και την προσφορά συνεδριακού υλικού
-  Την εταιρεία Καλλιμάνης Α.Ε. για την προσφορά των θαλασσινών εδεσμάτων και την κα Μ. Γιανέλια για την κινητοποίησή της
-  Το ανθοπωλείο του κ. Σ. Γρίβα για τον στολισμό των αίθουσών
-  Την Ionian Ferries για τις ειδικές τιμές μετακίνησης των Συνέδρων
-  Τη Ζωγράφο Έλενα Μητσακάκη, για τη φιλοτέχνηση της αφίσας του Συνεδρίου
-  Την κα Βάσια Αναστασοπούλου και την κα Ρούλα Βερώνη για την φιλοξενία τους
-  Την κα Άννα Σταθοπούλου, senior partner στην εταιρεία συμβούλων επιχειρήσεων 4dm BUSINESS CONSULTANTS Ltd. (www.4dm.gr)
-  Τον κ. Ι. Αρσένη για την προβολή του ντοκιμαντέρ του
-  Τους Ιθακήσιους μουσικούς για τις μελωδίες τους
-  Τέλος, όσους συνέβαλαν στην προετοιμασία του Συνεδρίου