Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π.
Αιγιαλείας 18, 15125, Μαρούσι
Ιδιοκτήτης: Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π.
Εκδότης: Α. Καρκάνη
GR ISSN 1106-2827

ΚΩΔΙΚΟΣ: 212648

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο ΚΕΜΠ ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ
Αριθμός Άδειας 28/94

PRESS POST X+5 PRESS POST

ΕΛΤΑ Hellenic Post

Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π.
από το 1986

Τριμηνιαία Έκδοση Εταιρείας
Ψυχολογικής Ψυχιατρικής
Ενηλίκου και παιδιού

Τόμος 25 | Τεύχος 3
ΑΠΡΙΛΙΟΣ-ΜΑΪΟΣ-ΙΟΥΝΙΟΣ 2019

Αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π.
Archives A.P.P.A.C.

A.P.P.A.C.
est.1986

Vol. 25 | No: 3
April-May-June 2019

Quarterly journal of
the Association of
Psychology and Psychiarty
for Adultts and Children

Άρθρο σύνταξης

Αποτελεί για μένα ιδιαίτερη τιμή και προνόμιο να εγκαινιάζω τη θητεία μου ως προέδρου της Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π. Στον αείμνηστο τέως πρόεδρό μας Δρ. Ι. Κούρος αξίζει τεράστια ευγνωμοσύνη, διότι υπήρξε επί δεκαετίες άριστο πρότυπο για όλους. Ως εκ τούτου, η απώλειά του αφήνει δυσαναπλήρωτο κενό.

Σήμερα, χάρη στο έργο όλων των επιτροπών μας και στην καθοδήγηση του Συμβουλίου, εισερχόμαστε σε μια νέα εποχή, με την πρόθεση να υλοποιήσουμε νέα, καινοτόμα, διεθνή προγράμματα κατάρτισης. Εξίσου σημαντικό στόχο του Συμβουλίου για την προσεχή θητεία του, αποτελεί τόσο η επέκταση των εκδοτικών μας δραστηριοτήτων, όσο και η αναβάθμιση των ερευνητικών και εκπαιδευτικών μας προγραμμάτων.

Πιο συγκεκριμένα, επιδίωξή μας είναι να αναπτύξουμε ένα διαδραστικό δίκτυο το οποίο θα παρέχει επιστημονική γνώση και πρακτικές συμβουλές, προσανατολισμένο σε διεθνή πρότυπα υπηρεσιών υγείας, το οποίο θα αναβαθμίζει τις σχετικές μεθοδολογίες, προς όφελος της κοινότητας.

Πρόθεσή μας είναι να αξιοποιήσουμε κάθε διαθέσιμο πόρο προκειμένου να επεκτείνουμε και να βελτιώσουμε την επιστημονική κατάρτιση σε πολλαπλά επίπεδα, διευκολύνοντας την επιστημονική αλληλεπίδραση και συνεργασία των μελών μας.

Η Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π. και το Κ.Υ.Μ. μπορούν να συμβάλλουν στην κοινή μας προσπάθεια να προάγουμε το επιστημονικό μας αντικείμενο μέσα από ένα πνεύμα συλλογικότητας. Σε αυτόν το ρυθμό κινείται και η συμπληρωματική έκδοση που είναι αφιερωμένη στη περιγεννητική υγεία. Πρόκειται για ένα μείζον ζήτημα για τη διεθνή επιστημονική κοινότητα καθώς η έναρξη της ανθρώπινης ζωής -σωματικά και ψυχικά- θα επηρεάζει καίρια την εξέλιξη των νέων γενεών. Αποτελεί αδήριτη αναγκαιότητα η δημοσίευση ερευνών και κλινικών εμπειριών που αφορούν στη βελτίωση των συνθηκών υγείας και φροντίδας υποστήριξης της εγκύου, της νέας μητέρας, του νεογνού και της οικογένειας εν γένει.

Τέλος, με δεδομένο ότι η Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π. στάθηκε αρωγός της διεπιστημονικής σκέψης, επί σχεδόν τρεις δεκαετίες, πρωταρχικό μας μέλημα είναι να ενθαρρύνουμε τη διαρκή κατάρτιση των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας, παροτρύνοντάς τους να διευρύνουν την εμπειρία και τις γνώσεις τους.

Σας ευχαριστούμε για τη στήριξή σας και σας παρακαλούμε να μην διστάζετε να μας κοινοποιείτε τυχόν υποδείξεις σας που θα συμβάλλουν στη βελτίωση του έργου μας.

Με φιλικούς χαιρετισμούς
Αναστασία Καρκάνη

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

2 **Άρθρο σύνταξης**
Καρκάνη Αναστασία

5 ***ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ***
Το φάσμα του αυτισμού και η ακουστική νευροανάδραση
Βασιλάκης Σπύρος

10 ***ΓΕΝΙΚΟ ΑΡΘΡΟ***
Students with Special Educational Needs (SEND): How does their inclusion operate in practice?
Ευθυμίου Ευθυμία

13 ***ΣΥΝΤΟΜΟ ΑΡΘΡΟ***
Άγχος Αποχωρισμού στη Μέση Παιδική Ηλικία και Τύπος Γονεϊκότητας των Μητέρων
Καρπούζη Μαργαρίτα

ΑΡΧΕΙΑ Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π

(ISSN 1106 - 2827)

Τριμηνιαία έκδοση της Εταιρείας Ψυχολογικής Ψυχιατρικής Ενηλίκου & Παιδιού

Εκδότης Δ/ντής: Α. Καρκάνη, Πρόεδρος Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π.

Ιδιοκτήτης: Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π. Αιγιαλείας 18,
15125 Παράδεισος Αμαρουσίου
Τηλ: +30 210 6842 663 Φαξ: +30 210- 6842 079
Email: editions@appac.gr Website: www.appac.gr

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Διεύθυνση Σύνταξης: Α. Καρκάνη

Αναπληρωτής Διευθυντής Σύνταξης:
Π. Μπερεδήμας, Μ. Θεοδωράκη

Μέλη: Χ. Αντωνοπούλου, Κ. Κουλόπουλος, Β. Μάτζιου, Π. Μουτεβελής, Γ. Φρέρης, Κ. Γουρουντή, Τ. Σιδηροπούλου

Γραμματεία: Α. Παρασκευά, Τηλ.: +30-210-7241131, +30-210-6842663, Fax: +30-210-6842079, e-mail: secretariat@appac.gr

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΡΘΡΩΝ
Θα βρείτε σχετικές πληροφορίες στη διεύθυνση: www.appac.gr
Για τα αποστελλόμενα έντυπα, κείμενα, φωτογραφίες, ο εκδοτικός οίκος αποκτά αυτόματα το δικαίωμα της δημοσίευσης. Κείμενα και φωτογραφίες που αποστέλλονται στο περιοδικό προς δημοσίευση δεν επιστρέφονται. Απαγορεύεται η αναδημοσίευση, η αναπαραγωγή ή μετάδοση όλου ή μέρους του περιοδικού χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη. Η άποψη των συντακτών δεν ταυτίζεται απαραίτητα με την άποψη της Διεύθυνσης του περιοδικού.

CRYSTAL CLEAR CYCLE™

SAMSUNG

Ultimate color expression with crystal clarity

Experience unsurpassed image clarity with Crystal Vue Flow™ on Samsung' WS80A with Elite. The innovative Crystal Vue™ volume rendering technology enhances the expression of scanned areas providing more detailed information for optimized decision support. Boost your diagnostic confidence with Crystal Vue Flow™, enabling realistic visualization of hemodynamic flow in true morphologic expression.

Ultrasound system **WS80A** with Elite

Authorized Representative in Greece
SMG Healthcare Hellas SA
393 Mesogeion Ave. - Agia Paraskevi - Athens
Tel: +30 2106018414 - e-mail: info@smg.gr
www.samsunghealthcare.com

Editorial

It is a special honor and privilege to begin my term as President of A.P.P.A.C. Our outgoing president Dr J. Kouros deserves enormous gratitude for making us feel that we really are a part of A.P.P.A.C. He himself remains for decades an excellent role model thus his loss is impossible to fill.

Thanks to the work of all our committees and the guidance of the council we are now entering a new era hoping to incorporate new multidisciplinary innovating mentoring projects worldwide. The councils' main focus will be the updating of our publishing activity, research and educational programs for the upcoming years. In particular our intention is to create an interactive network providing scientific knowledge and practical advice regarding innovative healthcare models profitable for the community and update methodologies. We intend to use all our resources to expand and improve scientific training at all levels and provide venues for our members to share their findings so as to facilitate scientific exchange and collaboration. A.P.P.C. & C.S.M. can help bring us together to make our sciences better and to keep it collegial.

It is thought this spectrum the initiation of our supplementary edition devoted to perinatal health.

We consider it as major issue of international scientific society since the onset of human life mentally and physically will impact to the development of new generations.

Undoubtedly, we consider imperative need the research and publication regarding the improvement of health care practices concerning pregnancy, new mother and support of families.

Given that A.P.P.A.C. fervently supported multidisciplinary thought almost for three decades.

Our main interest will be to encourage continuous education among medicine, health professionals and allied fields as an opportunity to expand their experience and knowledge. Thank you for your support and please don't hesitate to let us know what you will think will make us even better.

Best Regards
Anastasia Karkani

CONTENTS

2 **Editorial**
Karkani Anastasia

5 *CASE REPORT*
Autism Spectrum Disorder and Auditory Neurofeedback
Vasilakis Spyros

10 *GENERAL ARTICLE*
Students with Special Educational Needs (SEND): How does their inclusion operate in practice?
Efthymiou Efthymia

13 *BRIEF COMMUNICATION*
Separation Anxiety in middle childhood and mothers' parenting style
Karouzi Margarita

ARCHIVES A.P.P.A.C.

(ISSN 1106 - 2827)

Quarterly Journal of the Association of Psychology and Psychiatry for Adults and Children A.P.P.A.C.

A.P.P.A.C.
18 Aigialias str., 15125 Marousi, Greece
Tel: +30 210 6842663 FAX: +30 2106842079
email: editions@appac.gr
website: www.appac.gr

EDITORIAL BOARD

Editor: A. Karkani
Associate editors: P. Beredimas, M. Theodoraki
Members: C. Antonopoulou, K. Gourounti, G. Freris, K. Koulopoulos, V. Matziou, P. Moutevelis, T. Sidiropoulou
Secretariat: A. Paraskeva
Tel.: +30-210-7241131, +30-210-6842663
Fax: +30-210-6842079, e-mail: secretariat@appac.gr

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΡΘΡΩΝ
Θα βρείτε σχετικές πληροφορίες στη διεύθυνση: www.appac.gr
Για τα αποστελλόμενα έντυπα, κείμενα, φωτογραφίες, ο εκδοτικός οίκος αποκτά αυτόματα το δικαίωμα της δημοσίευσης. Κείμενα και φωτογραφίες που αποστέλλονται στο περιοδικό προς δημοσίευση δεν επιστρέφονται.
Απαγορεύεται η αναδημοσίευση, η αναπαραγωγή ή μετάδοση όλου ή μέρους του περιοδικού χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη. Η άποψη των συντακτών δεν ταυτίζεται απαραίτητα με την άποψη της Διεύθυνσης του περιοδικού.

Ενδιαφέρουσα Περίπτωση

Το φάσμα του αυτισμού και η ακουστική νευροανάδραση:

Κλινική μελέτη με ένα νέο ιατρικό μηχάνημα, εξειδικευμένο στα παιδιά που έχουν διαγνωστεί στο αυτιστικό φάσμα, με σημαντικά αποτελέσματα.

Σπύρος Βασιλάκης
Γεωργίου Μπάκου 1, 11524 Αθήνα
Τηλ.210-7481216
spiros.vassilakis@bonviegroup.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Το Mente Autism είναι η επόμενη γενιά συσκευών νευροανάδρασης που έχει αποδειχτεί ότι καλαρώνει το μυαλό των παιδιών με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (ASD). Ως αναπτυξιακή δια βίου διαταραχή, ο αυτισμός μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι στο φάσμα αντιλαμβάνονται και αλληλοεπιδρούν με τον κόσμο γύρω τους.
Υπάρχει ανάγκη για περισσότερες διορατικές θεραπείες, οι οποίες μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Δεν υπάρχει καμία θεραπεία για τον αυτισμό και οι τρέχουσες επιλογές θεραπείας συχνά βασίζονται στην παρουσία ενός εμπειρογνώμονα ή ενός επαγγελματία.
Το Mente Autism είναι η πρώτη και μόνη ρυθμισμένη ιατρική συσκευή για τη διαχείριση των αυτιστικών χαρακτηριστικών στο περιβάλλον του σπιτιού.
Σε μια πρόσφατη ανεξάρτητη διπλά τυφλή κλινική δοκιμή (1) στις ΗΠΑ, διαπιστώθηκε ότι το Mente Autism εξισορρόπησε τα υπερβολικά εγκεφαλικά κύματα, βελτίωσε την κοινωνική δέσμευση και βελτίωσε τη συνολική συμπεριφορά.

SUMMARY: Mente Autism is the next-generation neurofeedback device that has been shown to relax the minds of children with autistic spectrum disorders (ASD). As a lifelong developmental disability, autism can affect how people on the spectrum perceive and interact with the world around them.
There is a need for more insightful therapies, which can work with the individual to alleviate behavioral issues and improve their quality of life.
Mente Autism is the first and only regulated medical device for the management of autistic traits in a home setting.
In a recent independent US-based clinical trial (1), Mente Autism was found to rebalance excessive brainwaves patterns, improve social engagement & overall behavior.

Ο αριθμός των παιδιών που διαγιγνώσκονται στο φάσμα του αυτισμού, αυξάνεται δραματικά σε όλο τον κόσμο. Για παράδειγμα οι ερευνητές της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Johns Hopkins Bloomberg συνέβαλαν στη δημιουργία της νέας έκθεση των Αμερικανικών Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC), η οποία υπολογίζει για το 2014 ότι ένα στα 59 παιδιά (ή 1,7%) βρίσκεται στο φάσμα του αυτισμού. Αυτό σηματοδοτεί αύξηση 15% από την προηγούμενη έκθεση πριν από δύο χρόνια και ο υψηλότερος επιπολασμός από τότε που το CDC άρχισε να παρακολουθεί το ASD το 2000. Σύμφωνα με προηγούμενες αναφορές, τα αγόρια είχαν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να ταυτιστούν με ASD από τα κορίτσια. Το ποσοστό είναι ένα στα 38 μεταξύ των αγοριών (ή 2,7 τοις εκατό) και ένα στα 152 μεταξύ των κοριτσιών (ή 0,7 τοις εκατό).

Τα παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού, συχνά έχουν σημαντική ανεπάρκεια κοινωνικής αλληλεπίδρασης και παρουσιάζουν έλλειμα στην συναισθηματική επικοινωνία, δυσκολία στην αισθητικοκινητική συμπεριφορά και την έκφραση του προσώπου, με επιβεβαιωμένες συσχετίσεις μεταξύ μηχανισμών ελέγχου συμπεριφορών και των γνωστικών λειτουργιών. Εκτός από τις συνήθεις βιοϊατρικές παρεμβάσεις και τις ψυχικές και φαρμακευτικές θεραπείες, αυξάνεται το ενδιαφέρον για τη χρήση εναλλακτικών μη επεμβατικών θεραπειών όπως η νευροανάδραση (NFB), που θα μπορούσαν να τροποποιήσουν την εγκεφαλική δραστηριότητα με αποτέλεσμα συμπεριφοριστική τροποποίηση.

Στις ΗΠΑ ξεκίνησε πριν 2 χρόνια μια ανεξάρτητη διπλά τυφλή κλινική δοκιμή για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μιας νέας συσκευής που ονομάζεται Mente Autism. Την κλινική μελέτη διαχειρίστηκε αποκλειστικά το νευρολογικό Ινστιτούτο Carrick Institute στην Φλόριντα των Ηνωμένων Πολιτειών. Το Ινστιτούτο Carrick έχει εκπαιδεύσει πάνω από 14.000 γιατρούς στην κλινική νευροεπιστήμη (3).

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη τυχαιοποιήθηκαν σε μια ενεργή ομάδα που έλαβε νευροανάδραση χρησιμοποιώντας τη συσκευή Mente Autism και μια ομάδα ελέγχου χρησιμοποιώντας μια συσκευή ψευδό-ηχητικής ανάδρασης. Και οι δύο ομάδες χρησιμοποίησαν τη συσκευή κάθε πρωί για 45 λεπτά σε μία δοκιμή 12 εβδομάδων στο σπίτι χωρίς άλλες κλινικές παρεμβάσεις.

Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας πριν και μετά συμπληρώθηκαν τα πρότυπα ερωτηματολόγια της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος, έγινε qEEG και Posturography, που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Η συλλογή δεδομένων για την κλινική δοκιμή των ΗΠΑ ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2018, και δημοσιεύθηκε τον Ιούλιο του 2018 στο "Frontiers in Neurology"(4), ένα από τα κορυφαία και πλέον αναφερόμενα ιατρικά περιοδικά στον κόσμο και πριν λίγες ημέρες ανακοινώθηκε στο 5ο Παγκόσμιο συνέδριο για τον Αυτισμό στο Τέξας.

Στα συμπεράσματα της κλινικής αυτής μελέτης με τίτλο «The Treatment of Autism Spectrum Disorder With Auditory Neurofeedback: A Randomized Placebo Controlled Trial Using the Mente Autism Device» αναφέρεται:

"Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υποδηλώνουν ότι η χρήση της συσκευής Mente Autism ως νέου εργαλείου νευροανάδρασης συνδέεται με σημαντικές θετικές αλλαγές στη νευρο-ρύθμιση των παιδιών με ASD. Αυτή η τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη με εικονική συσκευή μελέτη διάρκειας 12 εβδομάδων οδήγησε σε στατιστικά σημαντικές αλλαγές στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (qEEG), την αισθητικοκοινωνική συμπεριφορά Posturography) και τα τυποποιημένα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση των παιδιών που πάσχουν από ASD. Οι αλλαγές συσχετίστηκαν με στατιστικά και ουσιαστικά σημαντικές διαφορές για τα άτομα που έλαβαν τη θεραπεία και όχι για εκείνα στην ελεγχόμενη με εικονική συσκευή ομάδα".

Το Mente Autism αποτελεί το πρώτο σύστημα νευροανάδρασης νέας γενιάς για παιδιά με αυτισμό σχεδιασμένο για χρήση στο σπίτι. Το Mente Autism είναι μια καινοτόμος συσκευή EEG (ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος) υψηλής κλινικής αξίας που χρησιμοποιεί ηχητικά σήματα νευροανάδρασης για να βοηθήσει τα παιδιά με φάσμα αυτισμού (ASD), να εστιάζουν καλύτερα και να αλληλοεπιδρούν θετικά με το περιβάλλον τους.

Το Mente Autism αποτελείται από τον κεφαλόδεσμο (headband), την εφαρμογή (application) και το σύστημα αποθήκευσης δεδομένων (Cloud). Η τεχνολογία αιχμής που χρησιμοποιεί δημιουργεί εξατομικευμένα ηχητικά σήματα νευροανάδρασης τα οποία μέσω ακουστικής διέγερσης μειώνουν τα ανεπιθύμητα εγκεφαλικά κύματα βοηθώντας έτσι το παιδί να χαλαρώνει και να συγκεντρώνεται. Το Mente Autism διαβάζει τέσσερα εγκεφαλικά κύματα, αλλά επικεντρώνεται στα πρότυπα υπερβολικών Delta και Theta κυμάτων. Τα Delta κύματα συνδέονται με τον ύπνο και τα κλειστά μάτια. Οι άνθρωποι στο φάσμα του αυτισμού έχουν πέραν του φυσιολογικού υψηλά εγκεφαλικά Delta και Theta κύματα, τα οποία βρίσκονται συνεχώς σε μέγιστο επίπεδο, ακόμα και όταν είναι ξύπνιοι. Το αποτέλεσμα είναι ότι συχνά απομονώνονται στον δικό τους κόσμο. Το Mente Autism χρησιμοποιεί μια εξατομικευμένη ακουστική νευροανάδραση αμφιωτικού τόνου (binaural beat), για να μειώνει τα Delta εγκεφαλικά κύματα. Αυτό γίνεται με τη δημιουργία ηχητικής διέγερσης για τη μείωση των ανεπιθύμητων εγκεφαλικών κυμάτων. Το παιδί ακούει αυτούς τους ήχους μέσω των ειδικών ακουστικών (Mente Autism).

Κάθε θεραπεία διαρκεί 40 λεπτά και είναι καλό να γίνεται το πρωί. Μετά από κάθε θεραπεία, ο χρήστης μεταφορτώνει τα δεδομένα που καταγράφηκαν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας στο σύστημα αποθήκευσης δεδομένων (Cloud) χρησιμοποιώντας Wi-Fi ή 3G σύνδεση.

Με αυτά τα δεδομένα το Mente Autism δημιουργεί μία αναφορά στην οποία καταγράφεται και υπολογίζεται η πρόοδος του παιδιού. Το Mente Autism δίνει τη δυνατότητα σε εξουσιοδοτημένους από τους γονείς ή κηδεμόνες επαγγελματίες υγείας να παρακολουθούν εξ αποστάσεως

την πρόοδο του παιδιού μέσω μιας πλατφόρμας cloud όπου αποθηκεύονται οι αναφορές της κάθε συνεδρίας και τα πρωτογενή δεδομένα.

Δεδομένου ότι η πιο σημαντική περίοδος μάθησης είναι η παιδική ηλικία, η χρήση του Mente Autism έχει τα θετικότερα αποτελέσματα όταν ξεκινάει ανάμεσα στην ηλικία των 3 και των 18 ετών. Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια του Mente Autism έχει επιβεβαιωθεί από ένα σημαντικό αριθμό μελετών (5).

Επίσης το Mente Autism, έχει λάβει όλες τις απαραίτητες εγκρίσεις και πιστοποιήσεις από την Ευρωπαϊκή κοινότητα (CE και ISO ιατρικών μηχανημάτων) (5), είναι εγκεκριμένο από τον Αμερικάνικο Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) και έχει γνωστοποιηθεί στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) στην Ελλάδα. Περισσότερες πληροφορίες για το Mente Autism θα βρείτε στο www.mente.gr

Βιβλιογραφία:

(1) Carrick, Frederick Robert, et al. *The Treatment of Autism Spectrum Disorder with Auditory Neurofeedback: A Randomized Placebo Controlled Trial using the MENTE Autism Device.* Frontiers in Neurology 9 (2018): 537.

(2) https://www.sciencedaily.com/releases/2018/04/180426141604.htm article" U.S. autism rate up 15 percent over two-year period. Researchers say racial and ethnic disparities are narrowing".

(3) https://carrickinstitute.com/ Clinical Neuroscience and Rehabilitation.

(4) Frontiers in Neurology | www.frontiersin.org 17 July 2018 | Volume 9 | Article 537 Carrick et al. Autism Spectrum Disorder Mente RCT. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2018.00537/full

(5) https://www.mente.gr/certifications.

OLYMPIC diagnostic

η Ιατρική Αριστεία

Το OLYMPIC DIAGNOSTIC είναι ένα υπερσύγχρονο Διαγνωστικό Κέντρο και εδρεύει επί της οδού Ασκληπιού 38, στην Αγία Σοφία, στον Πειραιά.
Το κέντρο μας έχει κατασκευαστεί με σχέδια διάσημων αρχιτεκτόνων και αποτελεί κτιριακό κόσμημα στον Δήμο Πειραιά.

Η κατασκευή του έχει γίνει με τα πλέον σύγχρονα υλικά, είναι βιοκλιματικό κτίριο και όλες οι εγκαταστάσεις του έχουν γίνει με γνώμονα την εξοικονόμηση ενέργειας.

Τα διαγνωστικά μηχανήματα του κέντρου είναι υπερσύγχρονα, τελευταίας τεχνολογίας 2018 και έχουν επιλεχθεί μεταξύ των παγκοσμίως μεγαλύτερων κατασκευαστικών οίκων στο χώρο της Ιατρικής.

Το ιατρικό προσωπικό είναι επιστημονικά άριστο και παρέχει ασφάλεια για απόλυτα έγκυρες διαγνώσεις.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ

Ο πλέον σύγχρονος μαγνητικός τομογράφος της εταιρείας **SIEMENS Skyra 3 Tesla**, πραγματοποιεί οποιαδήποτε εξέταση σε πολύ σύντομο χρόνο και **εκτελεί εξετάσεις και σε υπέρβαρους έως 250 kg.**

ΑΞΟΝΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ

SIEMENS go top 128 τομών, ο πρώτος που εγκαταστάθηκε στην Ευρώπη. **Μειώνει την ακτινοβολία σε σχέση με τους συμβατούς κατά 80%.**

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ

AGFA DR 600, το οποίο προσφέρει Ιατρική εικόνα υπερυψηλής ποιότητας, με **πολύ χαμηλές δόσεις ακτινοβολίας.**
Επιπλέον έχει την δυνατότητα **απεικόνισης ολόκληρης της σπονδυλικής στήλης.**

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΟΣ ΤΟΜΟΣΥΝΘΕΣΗΣ

HOLOGIC SELENIA 3D, **ο πρώτος** ψηφιακός τομογράφος τομοσύνθεσης **που εγκαθίσταται στην Ελλάδα**.
Η τομοσύνθεση της HOLOGIC είναι η μοναδική που έχει κριθεί από τον FDA Αμερικής αποδεδειγμένα ανώτερη εξέταση για γυναίκες με πυκνούς μαστούς, έναντι της απλής ψηφιακής μαστογραφίας.

ΣΥΣΤΗΜΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ

HOLOGIC HORIZON, το οποίο διαθέτει τελευταίας τεχνολογίας και υψηλής ανάλυσης ανιχνευτή και παρέχει σύντομους χρόνους εξέτασης με υψηλή ανάλυση. **Διαθέτει σύστημα λιπομέτρησης**

ΨΗΦΙΑΚΟΣ ΟΡΘΟΠΑΝΤΟΓΡΑΦΟΣ CARE STREAM 9300

Ο πρώτος που εγκαθίσταται στην Ελλάδα και εκτελεί πανοραμικές και κεφαλομετρικές εξετάσεις καθώς επίσης και αξονικές τομογραφίες (CBCT).

ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Το τμήμα διαθέτει συγκρότημα τομογραφικής g-camera (SPECT) δύο κεφαλών μεταβλητής γωνίας **SIEMENS Symbia evo excel Dual Head Angle.**
Η συγκεκριμένη g-camera έχει τα εξής πλεονεκτήματα:

- **Μειώνει το χρόνο εξέτασης**
- **Ενδείκνυται για κλειστοφοβικούς**

ΤΜΗΜΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΚΑΙ ΤΡΙΠΛΕΞ ΑΓΓΕΙΩΝ

Το κέντρο μας διαθέτει μηχανήματα υπερήχων υπερυψηλής τεχνολογίας **SAMSUNG RS 85. Οι εν λόγω υπερηχογράφοι είναι οι πρώτοι που εγκαθίστανται στην Ελλάδα** και προσφέρουν εξαιρετική διαγνωστική ικανότητα με καινοτομίες όπως:

- Mv-Flow. Λειτουργία που επιτρέπει τον εντοπισμό της ροής του αίματος ακόμη και σε μικροαγγειώσεις.
- Shearwave Imaging. Λειτουργία που επιτρέπει τον υπολογισμό της σκληρότητας των βλαβών και ιστών σε μαστό, ήπαρ, θυροειδή με μη επεμβατική μέθοδο.
- S Detect for breast and Thyroid. Λειτουργία που επιτρέπει την κατηγοριοποίηση των ύποπτων περιοχών στο στήθος κατά BIRADS και κατά TIRADS για θυροειδή.

ΤΜΗΜΑ ΥΠΕΡΗΧΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ-ΒΡΕΦΩΝ-ΠΑΙΔΩΝ

Το τμήμα υπερήχων εξειδικεύεται σε όλα τα υπερηχογραφήματα νεογνών - βρεφών - παίδων

www.odcp.gr

σύμβαση με
ΕΟΠΥΥ

Ασκληπιού 38,
Τ.Κ. 18543 ΠΕΙΡΑΙΑΣ
Τηλ.: +30 2104200003
FAX: +30 2144021098
olympic@odcp.gr

ΤΜΗΜΑ ΒΙΟΨΙΩΝ

Α. ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΕΙΣ

Παρακεντήσεις υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση:

- Θυρεοειδούς
- Σιελογόνων αδένων
- Μαλακών μορίων
- Λεμφαδένων

Β. ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗ ΒΙΟΨΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ 3D MR/TRUS FUSION UROSTATION TOUCH

Ακρίβεια & Ποιότητα στη Βιοψία του Προστάτη.
Ενιαία πλατφόρμα συνδυασμού:

- Τρισδιάστατου Υπερηχογραφήματος
- Ελαστικής συγχώνευσης Εικόνων Υπερηχογραφήματος/ Μαγνητικής Τομογραφίας

Η μοναδική αξιόπιστη μέθοδος διάγνωσης του καρκίνου του προστάτη είναι η διορθική βιοψία.
Η διορθική βιοψία, με την νέα μέθοδο ELASTIC 3D MR/ TRUS FUSION εξασφαλίζει:

- Υψηλή ακρίβεια
- Είναι μια ανώδυνη διαδικασία
- Ο προστάτης απεικονίζεται σε 3 διαστάσεις
- Η εξέταση είναι ανεξάρτητη από την κίνηση του ασθενούς και τις παραμορφώσεις του προστάτη
- Ακριβής εντοπισμός υπόπτων περιοχών που ανιχνευθήκαν στην μαγνητική τομογραφία
- Μικρότερος αριθμός δειγμάτων βιοψίας με ελαχιστοποίηση των επιπλοκών

ΤΜΗΜΑ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Διαθέτουμε εργαστήριο το οποίο είναι σχεδιασμένο από την εταιρία **ROCHE** Ελβετίας με υπερσύγχρονους αυτόματους αναλυτές.
Αναλυτικότερα:

- Μικροβιολογικό
- Βιοχημικό
- Αιματολογικό
- Ορμονολογικό
- Ανοσολογικό – Ιολογικό
- Πηκτικότητας
- Ηλεκτροφορήσεις
- Νεοπλασματικοί Δείκτες
- Αλλεργιολογικό
- Επίπεδα Φαρμάκων & Τοξικών ουσιών
- Μοριακός Μικροβιολογικός Έλεγχος
- Τμήμα Προγεννητικού Ελέγχου

Εξωτερικές αιμοληψίες

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ

Το καρδιολογικό τμήμα μας διαθέτει τον πιό σύγχρονο καρδιολογικό υπερηχοτομογράφο SAMSUNG HS70 με όλα τα καρδιολογικά πρωτόκολλα.
Αναλυτικότερα θα εκτελούνται:

- Καρδιογραφήματα
- TRIPLEX Καρδιάς
- Τέστ Κοπώσεως
- Holter Ρυθμού 24ώρου, 48ώρου, εβδομαδιαίου
- Holter Πίεσης

Γενικό άρθρο

Students with Special Educational Needs and Disorders (SEND): How does their inclusion operate in practice?

Efthymia Efthymiou*

*Assistant Professor
Special Education Department
School of Education
United Arab Emirates University, UAE
Building H1, Suite 2011, Abu Dhabi 17551,
United Arab Emirates
E-mail: efthymia@uaeu.ac.ae

Περίληψη

Το άρθρο εξετάζει εν συντομία τις προϋποθέσεις για την αποτελεσματική εφαρμογή της συμπερίληψης και τι σημαίνει αυτό στην πράξη και τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της συμμετοχικής εκπαίδευσης που αποτελούν τη βάση της συζήτησης για ένταξη. Τα επιχειρήματα που παράγονται ενίοτε έρχονται σε αντίθεση με το νόημα της ένταξης και εγείρουν το ερώτημα κατά πόσο η ενσωμάτωση εξυπηρετεί στην πραγματικότητα τις ανάγκες των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και διαταραχές.

Λέξεις: συμπερίληψη, ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και διαταραχές, πρόγραμμα σπουδών, Μεγάλη Βρεττανία

Abstract

The paper briefly discusses the prerequisites for the effective implementation of inclusion and what this means in practice and the advantages and disadvantages of inclusive education which underlie the debate for inclusion. The arguments produced sometimes run counter to the meaning of inclusion and raise the question of whether inclusion serves, in reality, the needs of students with Special Educational Needs and Disorders (SEND).

Key words: inclusion, Special Educational Needs and Disorders (SEND), hidden curriculum, UK

Introduction

Research into the effects of inclusion on children with and without Special Educational Needs and Disorders-SEND, results in diverse positions on the implementation of educational practice. Some studies show that inclusion contributes substantially to the psychological, social and cognitive development of students with and without SEND. This view is often adopted by teachers and parents of children with SEND. However, the opposing view claims there are only vague and imprecise data on whether inclusive education provides better education in mainstream classes for pupils with SEND. The middle ground is represented by some researchers who believe that inclusive education can succeed, but needs redesigned curricula, appropriate training for teachers and Heads and adequate financial resources. School studies [1] supporting inclusion identified reduction of stigma; interaction and collaboration of mainstream teachers with specialist staff; training of teachers in special education; teacher behaviours and practices affecting the educational and social outcomes of students with SEND [2]; acceptance of difference, social sensitivity and supportive stance towards SEND.

[3] discusses two main areas of the inclusion of students with SEND within mainstream classrooms, i.e. the socio-political ideal and the empirical evidence. The first involves the argument that all children have the right to equal access to education according to the Convention against Discrimination in Education in 1960 and the Convention on the Rights of the Child in 1989 and the philosophical position underlying them. However, some empirical evidence suggests that educating students with SEND in mainstream schools might not benefit them as their needs might not be fully supported; placement in special schools could be a better choice, both for them and their peers. Other concerns are that the right of parents to decide whether to place their children with SEND in a mainstream class might not best support the needs of their children and conflict with their children's rights. If special schools were eliminated, the argument goes, then parental choice would be reduced and this kind of provision for students with SEND would disappear.

The cost, both financial and personal, and inclusive education

No matter how promising legislation or resolutions are, in practical terms, there are questions regarding cost and effectiveness. How effectively can the available resources and funding in mainstream schools support the needs of all children? The large number of students with SEND taught in inclusive mainstream classes is currently disproportionate to the reduction in funding for educational provision [4]. It appears that some school districts incorporate students with SEND in regular classrooms to minimise the cost of the special education support students with more severe learning disabilities really need [5]. In England, according to The Telegraph, 27 September 2008, the average cost of placing students with SEND in out of authority special schools is £57,150 a year, while the cost per child in mainstream primary education is around £9,000 per year. The Telegraph, 14 September 2010, quoted Ofsted (2010) as saying some schools over-identify and over-label students with SEND, which can result in their underachievement and low expectations. However, by doing this, schools ensure they receive increased funding from LEAs and raise their positions in the school league tables as consideration is given to schools with a high proportion of students with SEND. Ofsted states that around 457,000 children were wrongly identified as having Special Needs in 2010. According to the article, in England, 1.7 million children are registered as having learning, behavioural or physical disabilities. Less than 3% of students have formal statements, while 18.2% of students are on School Action or School Action Plus programmes, both of which are provided by schools without students being formally assessed for disability.

If mainstream schools do support SEND children and their academic achievements, what measures do they take to enhance their inclusion? The National Curriculum sets statutory targets according to the age and the level of development of students. Because schools need to show high levels of attainment in school league tables, they tend to devote time and resources to students who belong in the middle attainment group. This means schools with a large number of SEND students can appear to have lower performance scores than less inclusive mainstream schools and can therefore develop lower expectations for their students with SEND.

On the other hand, statutory target-setting for students with SEND might raise expectations for their potential level of achievement. Careful monitoring of standards of attainment could help students focus on specific problems with the curriculum that could be used to improve it. Focusing on academic achievement could also have discriminatory implications for students with SEND. The inequality that underscores the need to legislate for inclusion is apparent when compared with exclusion in terms of race, gender, socio-economic and religious issues. Inclusive and integrated education can be seen as a system characterised by anti-discriminatory policies [6]. However, special education could become a label attached to students from minority ethnic origins with poor performance, who are subject to special provision [7].

The hidden curriculum and SEND

The extent to which a school is inclusive to all students also depends on the type of curriculum it promotes. While the formal curriculum is the overt teaching of school subjects, what the informal or hidden curriculum implicitly transmits are the values and rules, both academic and behavioural, of the school and society [8].

The inclusion of SEND students in a mainstream educational environment requires special management of practical considerations like how effective teaching is implemented and delivered to students with SEND, an aspect of the hidden curriculum transmitted by the teacher depending on her perceptions of SEND children and what contributes to those perceptions - she may identify them as disabled or deficient or inadequate [9]. The support in mainstream classrooms for students with SEND, for example, in the form of teaching assistants during lessons, leads to a different form of student categorisation so that the class teacher might have more contact

with non-disabled students than with students with SEND [10]. If schools find it challenging to support the needs of these students, they can respond by involving more teaching assistants in more lessons, thus exacerbating the problem. The demand for more support services causes some schools and LEAs financial hardship, which in turn can affect their attitude to SEND learners. LEAs sometimes monitor the funding in schools for SEND pupils to deter schools from identifying students with SEN in order to increase their budgets [11]. Students need to be in an environment which cares for their diverse range of needs in practical terms and ensures that inclusion produces higher standards than segregation if their education is to be successful.

The conditions required for inclusion

If inclusion is to remain a legitimate aim, then understanding and actualising what pupils find enjoyable and productive in the classroom can enable them to progress and experience a positive learning environment. Some of these conditions may depend on teachers' organisational skills and eagerness to work with children, the level of teacher talk, students' desire to engage in challenging tasks, and their active participation in different collaborative activities, like singing, performing, painting [12]. Researchers like Vaughn and Klingner [13] found that educating children with and without SEND together effectively required appropriate training and education of teachers in mainstream education to enable them to consistently respond to the needs of all students; promoting collaborative relationships between teachers of mainstream and special education; ensuring the involvement and participation of parents in the educational process and decision making; and making available the necessary financial resources and teaching materials to support pupils with SEND.

Hansen [14] cautions against the politically correct but, perhaps, uncritical acceptance of inclusion. This warning resonated with some of the responses from Burns [15] who identified the need for parallel support depending on the severity of SEND and the effectiveness of the placement of the students with SEND in mainstream settings, which seem to be inimical to some of the principles of inclusion as either the mainstream settings or special classes and schools seem to pay lip service to inclusion but with little effort – for various reasons – to make it a working and feasible reality. These issues generate a wide range of questions regarding the neutral or highly supportive positions of the inclusion agenda in mainstream schools.

References

[1] Huefner, D.S., 1998. The individuals with disabilities education act amendments of 1997. Education Law Reporter, 122, pp.1103-1122.

[2] Efthymiou, E., and Kington, A. 2017. The development of inclusive learning relationships in mainstream settings: A multimodal perspective. Student Learning, Childhood & Voices, Cogent Education, 4 (1), 1-22.

[3] Farrell, P., 2000. The impact of research on developments in inclusive education. International Journal of Inclusive Education, 4(2), pp.153-162.

[4] Barton, L. and Tomlinson, S., 2012. Special education and social interests. London: Routledge.

[5] Ryan, K. and Cooper, J.M., 2012. Those who can, teach. 13th ed. Boston, MA: Cengage Learning.

[6] Slee, P.T., 2005. Education and the politics of recognition: Inclusive education – an Australian snapshot. In: D. Mitchell ed. 2005. Contextualizing inclusive education: evaluating old and new international paradigms, London: Routledge, pp. 139-165.

[7] Harry, B., 2007. The disproportionate placement of ethnic minorities in special education. In: L. Florian Ed. 2007. The sage handbook of special education. London: Sage.

[8] Print, M., 2011. Social and cultural capital in education. In: S.Järvelä, ed.2011. Social and emotional aspects of learning, Oxford: Elsevier Ltd., pp. 276-281.

[9] Bartolome, L.I., 1994. Beyond the methods fetish: towards a humanising pedagogy. Harvard Education Review, 54 (2), pp.173-194.

[10] Blatchford, P., Bassett, P., Brown, P. and Webster, R., 2009. The effect of support staff on pupil engagement and individual attention. British Educational Research Journal, 35(5), pp.661-686.

[11] Farrell, M., 1999. Key issues for primary schools. London: Routledge.

[12] Hopkins, E.A., 2008. Classroom conditions to secure enjoyment and achievement: the pupils' voice. Listening to the voice of every child matters. Education 3-13: International Journal of Primary, Elementary and Early Years Education, 36(4), pp.393-401.

[13] Vaughn, S., and Klingner, J.K., 1998. Students' perceptions of inclusion and resource room settings. The Journal of Special Education, 32(2), pp.79-88.

[14] Hansen, J.H., 2012. Limits to inclusion. International Journal of Inclusive Education, 16(1), pp.89-98.

[15] Burns, E., 2004. The special education consultant teacher: enabling children with disabilities to be educated with nondisabled children to the maximum extent appropriate. Springfield, IL: C.C. Thomas.

Σύντομο Άρθρο

Άγχος Αποχωρισμού στη Μέση Παιδική Ηλικία και Τύπος Γονεϊκότητας των Μητέρων

Μαργαρίτα Καρπούζη, University of East London

ΠΕ Ψυχολόγος Α.Π.Θ. MSc Clinical & Community Psychology UEL.
Διεύθυνση: Κίμωνος Βόγα 56, Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 6984691403,
E-mail:karpouzi.margarita@gmail.com

Περίληψη: Η έρευνα αναζήτησε σχέση ανάμεσα στις πεποιθήσεις των μητέρων για τους φόβους των παιδιών τους στη μέση παιδική ηλικία και στον δικό τους τύπο γονεϊκότητας. Εφαρμόστηκε ποιοτική έρευνα μέσω ατομικών ημι-δομημένων συνεντεύξεων με 19 μητέρες παιδιών μέσης παιδικής ηλικίας, 7-9 ετών, του νομού Θεσσαλονίκης και ακολούθησε ποιοτική ανάλυση περιεχομένου. Στην έρευνα προέκυψαν οι γονεϊκοί τύποι της Baumrind κι ένας τέταρτος γονεϊκός τύπος ο οποίος ονομάστηκε αντιφατικός (αυταρχικός-ανεκτικός), βάσει των χαρακτηριστικών του. Σημαντικό εύρημα της έρευνας είναι ότι η διαπαιδαγώγηση που διακρίνεται από υπερπροστασία και παρεμβατικότητα φαίνεται ότι συνδέεται με συμπεριφορές άγχους αποχωρισμού στη μέση παιδική ηλικία.

Λέξεις-κλειδιά: γονικές πεποιθήσεις, τύποι γονεϊκότητας, άγχος αποχωρισμού.

Seperation Anxiety in Middle Childhood and Mothers' Parenting Style

Margarita Karpouzi, MSc Psychologist

ABSTRACT: The purpose of this survey is to investigate the relationship between fears in the middle childhood and mothers' parenting style. A semi-structured interview is used via qualitative analysis. The sample is 19 mothers of children in middle childhood, 7-9 years old living in Thessaloniki. Three of the parenting styles that became apparent in this survey, are in agreement with Baumrind's typology and one more which titled contradictory because it did not fit with a specific type. The most important finding is that overprotection and intrusiveness do not encourage child's autonomy and are linked to separation anxiety behaviors in middle childhood.

Key words: parents' beliefs, parenting styles, children's fears separation anxiety.

1.Εισαγωγή

1.1. Οι τύποι γονεϊκότητας

Σύμφωνα μη την τυπολογία της Baumrind, [1] και τη μετεξέλιξη των Maccoby και Martin, [2] εντοπίστηκαν οι ακόλουθοι γονεϊκοί τύποι. Οι αυταρχικοί γονείς (authoritarian), οι ανεκτικοί-επιεικείς γονείς (permissive-indulgent) οι δημοκρατικοί (authoritative) και οι ανεκτικοί-αδιάφοροι (permissive-indifferent) γονείς.

Η πρώτη διάσταση του γονεϊκού τύπου είναι ο γονικός έλεγχος με τη γονική εμπλοκή και την παρεμβατικότητα και η δεύτερη διάσταση η γονική στοργή με τη συναισθηματική έκφραση και την επικοινωνία [3].

1.2 Οι φόβοι των παιδιών

Οι φόβοι της παιδικής ηλικίας ποικίλουν, ωστόσο οι πιο τυπικοί φόβοι που καταγράφηκαν σε παιδιά 7-9 ετών είναι το σκοτάδι, οι αράχνες και τα φυσικά φαινόμενα [4] .

1.3 Άγχος Αποχωρισμού στη μέση παιδική ηλικία

Τα νήπια και τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι αναμενόμενο να παρουσιάζουν κάποιου βαθμού άγχος στην απομάκρυνση από το σπίτι και σε πραγματικό ή ενδεχόμενο αποχωρισμό από τα άτομα στα οποία είναι προσκολλημένα. Όταν, ωστόσο, το άγχος αυτό είναι υπερβολικό και εκδηλώνεται σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας, τότε ενδέχεται να αποτελεί ένδειξη της διαταραχής του άγχους του αποχωρισμού [5] .

2. Υλικό και Μέθοδος

Η έρευνα ήταν ποιοτική και υλοποιήθηκε μέσω ημι-δομημένης συνέντευξης. Η συνέντευξη βασίστηκε στη σχετική βιβλιογραφία και σε ερωτηματολόγια σχετικά με τους τύπους γονεϊκότητας και με τους φόβους των παιδιών, όπως το ερωτηματολόγιο των Καράκου & Τεκτενοπούλου [6] και την «Κλίμακα Γονεϊκού Πεδίου Ελέγχου» [7] . Οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν, απομαγνητοφωνήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν. Οι ενότητες προς διερεύνηση ήταν οι ακόλουθες:

Α) Ενότητα: Οι παράμετροι του τύπου γονεϊκότητας των μητέρων: έλεγχος, στοργή

Β) Ενότητα: Οι φόβοι των παιδιών: είδος, ένταση, συχνότητα.

Γ) Ενότητα: Ανταπόκριση

Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 19 μητέρες παιδιών μέσης παιδικής ηλικίας 7-9 ετών του νομού Θεσσαλονίκης. Ήταν όλες παντρεμένες, ηλικίας 36-48 ετών, με ανώτερη μορφωτική εκπαίδευση. Οι μητέρες προσεγγίστηκαν μέσα από τον ευρύτερο κοινωνικό κύκλο της ερευνήτριας. Αρχικά, οι μητέρες ενημερώθηκαν σχετικά με την έρευνα και το σκοπό της και ζητήθηκε η οικειοθελής συμμετοχή τους συμπληρώνοντας μια φόρμα συγκατάθεσης. Οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν ατομικά σε γραφείο ψυχολόγου και είχαν διάρκεια περίπου 30 λεπτών.

3. Αποτελέσματα

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου [8]. Πρώτη κατηγορία που προέκυψε είναι ο τύπος γονεϊκότητας. Από τις συμμετέχουσες, στον αυταρχικό γονεϊκό τύπο ταξινομήθηκαν οι εφτά μητέρες, στον ανεκτικό-επιεική τύπο εφτά και στο δημοκρατικό δύο μητέρες. Προέκυψε κι ένας τέταρτος τύπος που ονομάστηκε αντιφατικός (ανεκτικός-επιεικής-αυταρχικός) λόγω των χαρακτηριστικών του, και ταξινομήθηκαν σε αυτό τρεις μητέρες.

Δεύτερη κατηγορία ήταν οι φόβοι του παιδιού, όπου αναφέρθηκαν οι αναμενόμενοι φόβοι για αυτή την ηλικία, όπως το σκοτάδι, οι κεραυνοί, τα έντομα. Το άγχος αποχωρισμού δεν αναμενόταν και περιγράφηκε από όλες τις μητέρες χωρίς διαφορά ως προς το φύλο του παιδιού. Περιγράφηκε με έντονη αναστάτωση του παιδιού όταν η μητέρα δεν βρίσκεται στον ίδιο χώρο, επιθυμία του παιδιού να κοιμηθεί με τη μητέρα, και δυσανασχέτηση να κοιμηθεί εκτός σπιτιού, φόβο ότι θα πεθάνουν οι γονείς και κοιλιακό άλγος. Συνέντευξη ανεκτικού-επιεική γονεϊκού τύπου Α11 «φοβάται να πάει μόνος του μέχρι το γκαράζ, φοβάται να πάει τουαλέτα μόνος του, να πάει στο δωμάτιο αν δεν είμαι εγώ».

Σχετικά με τον τρόπο αντίδρασης των παιδιών στο φόβο, ενώ 12 μητέρες με μη αυταρχικό γονεϊκό τύπο ανέφεραν ότι το παιδί όταν φοβάται κλαίει κι αποζητά αγκαλιά, τέσσερις μητέρες με αυταρχικό γονεϊκό τύπο ανέφεραν ότι το παιδί έκλαιγε υπερβολικά, τσίριζε, ήταν σε κρίση πανικού ή εμφάνισε κοιλιακό άλγος. Συνέντευξη Α3«έκλαιγε πάρα πολύ κι ήταν σε έξαλλη κατάσταση… ξεσήκωσε όλο τον κόσμο». Οι μητέρες αυταρχικού τύπου ανέφεραν ότι η εκδήλωση του φόβου είναι συχνή και σε μία περίπτωση είναι συχνότερη το τελευταίο εξάμηνο. Στον ανεκτικό-επιεική και τον αντιφατικό τύπο η συχνότητα εκδήλωσης, δεν φαίνεται να μειώνεται. Αντιθέτως, στο δημοκρατικό τα παιδιά δείχνουν να ξεπερνούν τους φόβους τους.

Ως προς την ανταπόκρισή των μητέρων στο φόβο αποχωρισμού του παιδιού τους, οι μητέρες ανεκτικού-επιεική γονικού τύπου δεν ενθαρρύνουν το παιδί να ξεπεράσει το φόβο του, το δικαιολογούν και πιστεύουν ότι το παιδί θα το ξεπεράσει μεγαλώνοντας. Συνέντευξη Α11 «Δεν με ενοχλεί, είναι κάτι που θα το ξεπεράσουν». Αντιθέτως, οι μητέρες αυταρχικού τύπου εξέφρασαν δυσαρέσκεια για τις αντιδράσεις του παιδιού τους και θεωρούν αδικαιολόγητο το φόβο του. Συνέντευξη Α3 «Είμαστε στο ίδιο σπίτι ξέρει ότι είμαι εδώ,.. κι όμως εκεί που κάθεται και παίζει θα φωνάξει «μαμά είσαι εδώ ή έφυγες;» Οι μητέρες του αντιφατικού τύπου άλλοτε συμπεριφέρονται αδιάφορα και άλλοτε είναι πολύ στοργικές όταν το παιδί δείχνει ανήσυχο. Συνέντευξη Α5 «Ανάλογα τα κέφια μου. (γέλια)…Τρέχω αναλόγως την περίσταση». Οι μητέρες στο δημοκρατικό τύπο συζητούν με το παιδί για τις ανησυχίες του και το ενθαρρύνουν. Συνέντευξη Α4 «Το κουβεντιάζω πολύ μαζί του….αυτό που φροντίζουμε να καλλιεργήσουμε με τον μπαμπά του, είναι να έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και να παλεύει, να αγωνίζεται, να έχει υπομονή».

4. Συζήτηση

Από την παρούσα έρευνα ένα σημαντικό εύρημα είναι το άγχος αποχωρισμού που δεν αναμενόταν στη μέση παιδική ηλικία [9]. Οι συμμετέχουσες περιέγραψαν για το παιδί τους συχνές ή έντονες συμπεριφορές άγχους αποχωρισμού, χωρίς ωστόσο να τις αναγνωρίζουν ως τέτοιες.

Συγκεκριμένα, αναφέρθηκαν στη δυσαρέσκεια του παιδιού να μείνει μόνο του ανεξαρτήτως από το αν η μητέρα ήταν

εργαζόμενη ή όχι. Συνεπώς, είναι εντυπωσιακό ότι αποζητούν την παρουσία της μητέρας τους ακόμη κι όταν η μητέρα απουσιάζει ελάχιστα ή καθόλου από το παιδί. Έχει βρεθεί ότι η συνεχής υπερπροστατευτική στάση των γονιών με φροντίδες για πιθανούς κινδύνους που μπορούν να διατρέξουν τα παιδιά, δημιουργεί μια υπερβολική εξάρτηση από τους γονείς και ιδιαίτερα από τη μητέρα [10] .

Προέκυψε ότι υπάρχει συσχέτιση του άγχους αποχωρισμού με τον γονεϊκό τύπο. Μητέρες αυταρχικού τύπου δήλωσαν ότι αναμένουν από τα παιδιά τους να ξεπεράσουν το φόβο τους ενώ η αντίστοιχη εκδήλωση φόβου στο παιδί είναι πολύ συχνή και έντονη. Από την άλλη, μητέρες ανεκτικού-επιεική τύπου δικαιολογούν αυτό το φόβο και το παιδί δεν ενθαρρύνεται να αντιμετωπίσει το άγχος αποχωρισμού. Στο δημοκρατικό τύπο φαίνεται ότι το παιδί προσπαθεί να διαχειριστεί το φόβο του και η μητέρα το υποστηρίζει σε αυτό.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των μητέρων, είναι αξιοσημείωτο ότι οι μητέρες ανέφεραν ότι έχουν παρόμοιες ανησυχίες με τα παιδιά τους και δεν αντέχουν να τα αφήσουν μόνα τους. Αυτό πιθανόν σχετίζεται με το μοντέλο αρνητικής πληροφόρησης καθώς τα παιδιά ενημερώνονται ότι πρέπει να προσέχουν [11] .

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

[1] Baumrind, D. Effects of authoritative parental control on child behavior. Child Development 1966;37(4): 887-907.

[2] Maccoby, E. E., & Martin, J. A. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen (Ed.) & E. M. Hetherington (Vol. Ed.), Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and Social development. 4th ed. New York: Wiley; 1983.

[3] Κακούρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, Αναπτυξιακή προσέγγιση. 4η εκδ. Αθήνα: Τυποθήτω - Γ. Δαρδανός; 2005.

[4] Κοντοπούλου, Μ. Παιδί και Ψυχοκοινωνικές Δυσκολίες. Μια ψυχοδυναμική οπτική. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg; 2007.

[5] Κακούρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, Αναπτυξιακή προσέγγιση. 4η εκδ. Αθήνα: Τυποθήτω - Γ. Δαρδανός; 2005.

[6] Καράκος, Α. & Τεκτενοπούλου, Μ. Στατιστική Ανάλυση στο Πλαίσιο Διερεύνησης των Παιδικών Φόβων. Πρακτικά 20ου Πανελληνίου Συνεδρίου Στατιστικής Λευκωσία Απρίλιος 11-15; Ελληνικό Στατιστικό Ινστιτούτο; 2007.

[7] Campis, L. K., Lyman, R. D., & Prentice-Dunn, S. The Parental Locus of Control Scale: Development and validation. Journal of Clinical Child Psychology 1986;15(3): 260-267.

[8] Hsieh, H.-F., & Shannon, S.E. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research 2005;15(9): 1277-1288.

[9] Rogge, J.U. Ο φόβος δυναμώνει τα παιδιά Αθήνα: Εκδόσεις Θυμάρι; 2006.

[10] Μπίμπου-Νάκου, Ι. Το άγχος και η φοβία σε παιδιά, στο Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Ζαφειροπούλου, Μ. (επιμ.): Προσαρμογή στο σχολείο, Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα; 2004.

[11] Field, A.P. The behavioral inhibition system and the verbal information pathway to children's fears. Journal of Abnormal Psychology 2006;115: 712-752.

Υποβολή Άρθρων

Τα αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π. είναι η επίσημη επιστημονική έκδοση της Εταιρείας Ψυχολογικής Ψυχιατρικής Ενηλίκου και Παιδιού. Το περιοδικό είναι έγκριτο από την Ιατρική Εταιρεία και διαθέτει Διεθνή Μοναδικό Αριθμό Σειρών (ISSN). Εκδίδεται τέσσερις φορές το χρόνο και έχει ως σκοπό τη συμβολή στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την προαγωγή της ιατρικής και ψυχολογικής έρευνας. Το περιοδικό δημοσιεύει εργασίες που αφορούν σε όλους τους τομείς της ιατρικής με έμφαση στη ψυχιατρική και τν νευρολογία, καθώς και τη ψυχολογία. Δημοσιεύονται άρθρα στην Ελληνική και την Αγγλική γλώσσα.
Οι προς δημοσίευση εργασίες αφορούν σε πρωτότυπο υλικό που δεν έχει δημοσιευτεί προηγουμένως (εκτός σε μορφή περίληψης) ή δεν έχει υποβληθεί για δημοσίευση κάπου αλλού.
Τα κριτήρια αποδοχής των εργασιών περιλαμβάνουν την ποιότητα και την πρωτοτυπία της έρευνας, όπως επίσης τη σημαντικότητα και χρησιμότητα των δεδομένων στους αναγνώστες του περιοδικού. Όλες οι εργασίες υπόκεινται σε μια αρχική εκτίμηση από τον εκδότη ή μέλη της συντακτικής επιτροπής του περιοδικού προκειμένου να εκτιμηθεί η καταλληλότητα και η ποιότητά τους. Εάν η εργασία κριθεί καταρχήν κατάλληλη για δημοσίευση στο περιοδικό, εκτιμάται από δύο ανεξάρτητους κριτές, ειδικούς στο αντικείμενο της έρευνας. Οι κριτές δεν γνωρίζουν τους συγγραφείς της εργασίας και παραμένουν ανώνυμοι για τους συγγραφείς. Τα σχόλια των κριτών μαζί με τις υποδείξεις και διορθώσεις τους αποστέλλονται στους συγγραφείς, οι οποίοι ενημερώνονται εγγράφως για την τελική απόφαση της συντακτικής επιτροπής όταν η διαδικασία αξιολόγησης ολοκληρωθεί.
Η συντακτική επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα να κάνει φραστικές διορθώσεις στα κείμενα προκειμένου να μειώσει ασάφειες και επαναλήψεις και να βελτιώσει τη δυνατότητα επικοινωνίας ανάμεσα στους συγγραφείς και τους αναγνώστες του περιοδικού.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Τα άρθρα αποστέλλονται σε μορφή εγγράφου word στην ηλεκτρονική διεύθυνση της Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π. editions@appac.gr

ΕΙΔΗ ΑΡΘΡΩΝ

Άρθρα Σύνταξης: Σύντομα άρθρα έως 400 λέξεων που αναφέρονται σε επίκαιρα θέματα ιδιαίτερης σημασίας. Γράφονται από την συντακτική επιτροπή ή από ειδήμονες του επιστημονικού τομέα κατόπιν πρόσκλησης της επιτροπής. Συμπεριλαμβάνουν έως 7 βιβλιογραφικές πηγές.
Ανασκοπήσεις: άρθρα που αφορούν στις πρόσφατες εξελίξεις σε σύγχρονα ιατρικά, ψυχιατρικά, ψυχολογικά θέματα, με ευρύ κλινικό ενδιαφέρον ή παρουσίαση συμπερασμάτων με βάση την έρευνα που έγινε από τους ίδιους τους συγγραφείς. Ένα άρθρο ανασκόπησης δεν πρέπει να συγγράφεται από περισσότερους από τρις συντάκτες και δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 7.000 λέξεις συμπεριλαμβανομένων των περιλήψεων και των βιβλιογραφικών αναφορών. Η συντακτική επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει από τους συγγραφείς να μειώσουν την έκταση των εν λόγω άρθρων που θα μπορούσαν στη συνέχεια να δημοσιευτούν ως σύντομα άρθρα.
Ερευνητικές Εργασίες: Ερευνητικές ή κλινικές μελέτες που δεν έχουν δημοσιοποιηθεί προηγουμένως. Έχουν έκταση έως 3.000 λέξεις και έως 20 βιβλιογραφικές αναφορές.
Ενδιαφέρουσες Περιπτώσεις: Αναφορές και περιγραφές περιπτώσεων όπου εφαρμόστηκαν νέες θεραπευτικές ή και διαγνωστικές μέθοδοι ή εργαλεία. Έως 1.500 λέξεις και 15 βιβλιογραφικές αναφορές.
Γενικά Άρθρα: Θέματα σχετικά με τις επιστήμες υγείας, ευρέος ιατρικού ή ψυχολογικού ενδιαφέροντος, θεωρητικές απόψεις κ.λπ. Έως 1.500 λέξεις και 15 βιβλιογραφικές αναφορές.
Σύντομα Άρθρα: Ερευνητικές εργασίες που μπορούν να καταχωρηθούν σε περιορισμένο χώρο. Έως 1.500 λέξεις και 15 βιβλιογραφικές αναφορές.
Επιστολές προς τη Σύνταξη: Σχόλια και κρίσεις πάνω σε ήδη δημοσιευμένες εργασίες, παρατηρήσεις σε επίκαιρα θέματα, πρόδρομα ερευνητικά αποτελέσματα κ.λπ. Έως 500 λέξεις και αναφορές. Συνοδεύεται από σύντομη αγγλική περίληψη.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

- Το κείμενο πρέπει να είναι δακτυλογραφημένο σε γραμματοσειρά Times New Roman μέγεθος 12.
- Η δακτυλογράφηση γίνεται στη μία όψη του φύλλου, με διπλό διάστημα και περιθώριο 3,5 εκατοστά.
- Στην άνω δεξιά πλευρά της πρώτης σελίδας αναγράφεται το είδος της εργασίας (π.χ. σύντομο άρθρο, ανασκόπηση κ.λπ.).
- Όλες οι σελίδες αριθμούνται αρχίζοντας από τη σελίδα του τίτλου.
- Συντμήσεις επιτρέπονται αρκεί να αναφέρονται σε παρένθεση δίπλα στην πρώτη εμφάνιση των αντίστοιχων λέξεων ή φράσεων στην περίληψη.
- Η διάταξη του κειμένου θα πρέπει να έχει ως εξής:

Σελίδα Τίτλου: Περιλαμβάνει τον τίτλο του άρθρου (έως 20 λέξεις), τα ονόματα των συγγραφέων, το κέντρο προέλευσης, τη διεύθυνση και το τηλέφωνο του συγγραφέ που θα επικοινωνεί με το περιοδικό.
Περίληψη: Στη δεύτερη σελίδα περιλαμβάνεται η ελληνική περίληψη (έως 150 λέξεις) και κάτω από αυτήν 3 έως 5 λέξεις κλειδιά.
Αγγλική Περίληψη: Στη τρίτη σελίδα περιλαμβάνεται η αγγλική περίληψη και οι λέξεις κλειδιά.
Κυρίως Κείμενο: Χωρίζεται σε *Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδος, Αποτελέσματα, Συζήτηση*. Όσα στοιχεία παρατίθενται σε πίνακες ή εικόνες δεν επαναλαμβάνονται λεπτομερώς στο κείμενο.
Βιβλιογραφικές Παραπομπές: Ακολουθείται το πρότυπο σύνταξης Vancouver (αριθμημένες βιβλιογραφικές παραπομπές με αύξοντα αριθμό ανάλογα με τη σειρά εμφάνισης μέσα στο κείμενο. Ο βιβλιογραφικός κατάλογος που παρατίθεται στο τέλος της εργασίας πρέπει να αντιστοιχεί σε αρίθμηση με τις βιβλιογραφικές παραπομπές εντός του κειμένου.
Πίνακες/Εικόνες/Διαγράμματα: Ο αριθμός τους δεν πρέπει να ξεπερνάει τους 2 στο σύνολο (π.χ. ένας πίνακας και μία εικόνα ή δύο πίνακες κ.λπ.). Πρέπει να αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς με σειρά εμφάνισης στο κείμενο και να συνοδεύονται από σύντομη κατατοπιστική λεζάντα αριθμημένη αντίστοιχα.

Submit your Article

The A.P.P.A.C. Archives is a quarterly scientific journal, certified by the Medical Association (with ISSN number) published by the A.P.P.A.C. The journal welcomes articles in all areas of Medicine (emphasis to Psychiatry and Neurology) and Psychology in Greek and English language. The journal accepts manuscripts for consideration with the understanding that they represent original material not previously published (except in abstract form) or submitted for publication elsewhere.

Peer review policy

The acceptance criteria for all papers are the quality and originality of the research and its significance to the journal readership. All papers submitted are first screened by the Editor or members of the Editorial Board for suitability and quality. If suitable, papers are then reviewed by two reviewers, experts in the field. Reviewers are blinded as to the contributors of each paper. The reviewers remain anonymous for contributors. The comments of the reviewers along with proposed revisions or corrections are sent to the authors. The authors are informed of the final decision of the Editorial Board after the procedure of review is over. The Editorial Board reserve the right to modify typescripts to eliminate ambiguity and repetition and improve communication between authors and readers.

AUTHOR GUIDELINES

Authors who wish to publish an article in the A.P.P.A.C. Archives must send it in Word Document (doc) file type, to editions@appac.gr

ARTICLE TYPES

1. Editorials: Short articles covering topics of particular importance, written by members of the Editorial Board by members and by invited authors (400 words and no more than 7 references).

2. Review articles: Should be written by one or two authors. They should not exceed 7,000 words including the abstract and references.

3. Research papers: These articles must be based on a research protocol. Statistical evaluation of the findings is essential. They should not exceed 3,000 words and 20 references.

4. Brief communications: This section includes research reports which can be accommodated in a small space. They should not exceed 1,500 words and 15 references.

5. Case reports: This section includes interesting case reports and descriptions of cases where new diagnostic or/and therapeutic methods have been applied (up to 1500 words, 20 references).

6. General articles: These articles may reflect opinions on the theory and practice of Psychiatry, on the systems of provision of psychiatric services, on matters concerning the borderland between Psychiatry and other specialties or disciplines, etc. They should not exceed 1.500 words and 20 references.

7. Letters to the editor: Brief letters (maximum 500 words) will be considered for publication. These may include comments or criticisms of articles published in the journal, comments on current psychiatric topics of importance, preliminary research reports (along with a short abstract).

MANUSCRIPT PREPARATION

- Manuscripts should be typewritten, double-spaced on one side of the paper with a margin of at least 3.5 cm.
- Type your article's title using Times New Roman font, size 12 pt.
- On the right upper corner of the first page a characterization on the article should appear (e.g., Brief Communication, Research Article).
- All pages must be numbered, starting with the title page.

Title page: It indicates the title (which should not exceed 20 words), the names and surnames of the authors, the Institute, Hospital, University, etc. where the work was conducted and the address, telephone number and e-mail of the author who will be responsible for the correspondence. In the same page appreciation for those who have contributed to the presented work can also be included.

Abstract: The second page must include an informative abstract (150 words) as well as 3-5 key words.

Main part: Must be divided in sections: *Introduction, Material and method, Results, Discussion*. Results appearing in the tables should not be reported again in detail in the text. References: They must be identified in the text by arabic numbers (in brackets) and must be nu mbered in the order in which they are first mentioned in the text (Vancouver system). The list of references should include only those publications which are cited in the text.

Tables & Figures: They must appear in a separate page, double-spaced. They must be numbered in the order in which they are mentioned on the text, with arabic numbers (Table 1). A descriptive concise title should be included. Tables and Pictures must not exceed 2 in total.

Symbols and abbreviations: Spell out all abbreviations (other than those for units of measure) the first time they are used.

Τεύχος 1 | ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ | 2019

Θέματα περιγεννητικής

Perinatal Health Issues

ΘΕΜΑΤΑ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ

Τριμηνιαία έκδοση της Εταιρείας Ψυχολογικής Ψυχιατρικής Ενηλίκου & Παιδιού

Εκδότης Δ/ντής:
Α. Καρκάνη, Πρόεδρος Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π.

Ιδιοκτήτης:
Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π. Αιγιαλείας 18,
15125 Παράδεισος Αμαρουσίου
Τηλ: +30 210 6842 663
Fax: +30 210- 6842 079
Email: editions@appac.gr
Website: www.appac.gr

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Διεύθυνση Σύνταξης:
Α. Καρκάνη

Αναπληρωτής Διευθυντής Σύνταξης:
Μ. Θεοδωράκη

Μέλη:
Μ. Παπαδοπούλου, Κ. Κουλόπουλος,
Χ. Παπαζαφειράτου, L. Pilatec

Γραμματεία:
Α. Παρασκευά,
Τηλ.: +30-210 7241131, +30-210 6842663
Fax: +30-210-6842079,
e-mail: editions@appac.gr

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΡΘΡΩΝ
Θα βρείτε σχετικές πληροφορίες στη διεύθυνση: www.appac.gr. Για τα αποστελλόμενα έντυπα, κείμενα, φωτογραφίες, ο εκδοτικός οίκος αποκτά αυτόματα το δικαίωμα της δημοσίευσης. Κείμενα και φωτογραφίες που αποστέλλονται στο περιοδικό προς δημοσίευση δεν επιστρέφονται. Απαγορεύεται η αναδημοσίευση, η αναπαραγωγή ή μετάδοση όλου ή μέρους του περιοδικού χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη. Η άποψη των συντακτών δεν ταυτίζεται απαραίτητα με την άποψη της Διεύθυνσης του περιοδικού.

PERINATAL ISSUES

Quarterly Journal of the Association of Psychology and Psychiatry for Adults and Children A.P.P.A.C.

A.P.P.A.C.
18 Aigialias str.,
15125 Marousi, Greece
Tel: +30 210 6842663
Fax: +30 2106842079
email: editions@appac.gr
website: www.appac.gr

EDITORIAL BOARD

Editor: A. Karkani

Associate editors: M. Theodoraki

Members:
K. Koulopoulos, M. Papadopoulou,
Ch. Papazafiratou, L. Pilatec

Secretariat: A. Paraskeva
Tel.: +30-210-7241131, +30-210-6842663
Fax: +30-210-6842079,
e-mail: editions@appac.gr

4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας Μαστού

7-8 Ιουνίου 2019

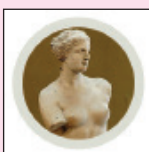
Αμφιθέατρο
Αντικαρκινικό Νοσοκομείο
Πειραιά "Μεταξά"

ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΤΑΞΑ ΠΕΙΡΑΙΑ
ΜΟΝΑΔΑ ΜΑΣΤΟΥ

Οργάνωση:
Μονάδα Μαστού
Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά Μεταξά
Συντονιστής Διευθυντής: Κυριάκος Καλογεράκος, MD, PhD

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΕΙΡΑΙΑ



Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία Μαστού
www.exem.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΜΑΣΤΟΥ

Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π.
από το 1986

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Συγγενής Διαφραγματοκήλη – μια σημαντική πρόκληση

Μ.Παπαδοπούλου, Α.Γούναρης, , Μ.Λαμπρίδου
Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Νίκαιας Πειραιά <Άγιος Παντελεήμων>

Περίληψη: Η Συγγενής Διαφραγματοκήλη (ΣΔΚ) αποτελεί μια σημαντική πρόκληση για τον νεογνολόγο αλλά και για τον παιδοχειρουργό. Το 1848 περιγράφηκε για 1η φορά συγγενής διαμαρτία της διάπλασης του διαφράγματος από τον καθηγητή Ανατομίας του Πανεπιστημίου της Πράγας, Victor Alexander Bochdalek. Το όνομα του, δόθηκε στη συχνότερη μορφή διαφραγματοκήλης (85-90%), που αφορά το οπισθοπλάγιο τμήμα του αριστερού ημιδιαφράγματος (τρήμα Bochdalek). Εμφανίζεται με συχνότητα 1:2000 γεννήσεις. Μεγάλο ποσοστό νεογνών με ΣΔΚ, εμφανίζουν και άλλες συγγενείς ανωμαλίες, που μπορούν να αφορούν το καρδιαγγειακό, το νευρικό, το γαστρεντερικό και το ουροποιητικό σύστημα. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την κακή πρόγνωση, είναι η υποπλασία των πνευμόνων και η πνευμονική υπέρταση. Η τελική έκβαση των νεογνών με ΣΔΚ θα εξαρτηθεί από την έγκαιρη προγεννητική διάγνωση, την κλινική εικόνα και αντιμετώπιση καθώς και από την εμπειρία του Νεογνολογικού Κέντρου.

Λέξεις: Συγγενής Διαφραγματοκήλη, Νεογνό, Διάγνωση, Νοσηλευτικός Ρόλος, Αντιμετώπιση.

SUMMARY: Congenital Diaphragmatic Hernia (RMP) is a significant challenge for the neonatologist and the pediatric surgeon. In 1848, a relative of the diaphragm controversy was described for the first time by Professor Anatomy of the University of Prague, Victor Alexander Bochdalek. Its name was given to the most frequent form of diaphragmatic hernia (85-90%), which refers to the posterior part of the left hemidiaphragm (Bochdalek forge). Appears at a frequency of 1: 2000 births. A large proportion of neonates with RSD also exhibit other congenital abnormalities, which may affect the cardiovascular, nervous, gastrointestinal and urinary tract. The most important factors responsible for poor prognosis are pulmonary hypoplasia and pulmonary hypertension. The outcome of infants with RMP will depend on early prenatal diagnosis, clinical picture and treatment as well as the experience of the Neonatal Center.

Key words: Congenital hernia, Neonatal, Diagnosis, Nursing Role, Treatment.

Εισαγωγή

Ιστορική Αναδρομή

- 1848: γίνεται για πρώτη φορά αναφορά και περιγραφή συγγενούς διαμαρτίας περί της διάπλασης του διαφράγματος, από τον καθηγητή Ανατομίας Victor Alexander Bochdalek.
- 1929: γίνεται η πρώτη προσπάθεια χειρουργικής διόρθωσης της ΣΔΚ κατά την βρεφική ηλικία.
- 1946: γίνεται η πρώτη επιτυχής χειρουργική προσπάθεια από τον Gross [1].
- Μέχρι την δεκαετία του 1980: η επιβίωση των νεογνών με διαφραγματοκήλη ήταν μικρότερη του 50%.
- Στην δεκαετία του 1990: η επιβίωση αυξήθηκε στο 80% [2].

Ορισμός – Επιδημιολογία – Συχνότητα

Η συγγενής διαφραγματοκήλη (ΣΔΚ) αποτελεί δυσπλασία, κατά την οποία παρατηρείται πρόπτωση ενδοκοιλιακών σπλάχνων μέσα στον θώρακα, διαμέσου ενός ανατομικού ελλείμματος του διαφράγματος. Η οπισθοπλάγια διαφραγματοκήλη (Bochdalek), αποτελεί την πιο συχνή μορφή. Εμφανίζεται σε συχνότητα 1:4000 γεννήσεις, ζώντων νεογνών. Αν συμπεριληφθούν και τα θνησιγενή νεογνά, η συχνότητα ανέρχεται στα 1:2000 γεννήσεις. Τα κορίτσια φαίνεται να προσβάλλονται πιό συχνά από τα αγόρια. Το 85-90% των ΣΔΚ παρατηρούνται αριστερά [3]. Το 8-15% ανευρίσκονται δεξιά και μόλις το 1,5-4% είναι αμφοτερόπλευρες ή κεντρικές [4-5]. Σπανιότερες μορφές ΣΔΚ αποτελούν η κήλη του Morgani (οπισθοστερνική διαφραγματοκήλη), η χάλαση ή λέπτυνση του διαφράγματος και η αγενεσία αυτού. Σε οικογένειες που εντοπίστηκε πλήρης αγενεσία του διαφράγματος, βρέθηκε κληρονομικός αυτοσωματικός υπολειπόμενος χαρακτήρας. Οι αναφορές περιστατικών εμφάνισης διαφραγματοκήλης σε διδύμους, συγγενείς και απογόνους των ασθενών είναι σποραδικές [3]. Η ΣΔΚ αποτελεί το 8% όλων των συγγενών δυσπλασιών και ανευρίσκεται κυρίως σε τελειόμηνα νεογνά [5].

Συνυπάρχουσες Ανωμαλίες

Η υποπλασία των πνευμόνων, η ατελής συστροφή του εντέρου και το ανοιχτό ωοειδές τρήμα, παρατηρούνται σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις, και θεωρούνται στοιχεία της ανωμαλίας της ΣΔΚ και όχι συνοδές ανωμαλίες [6]. Σε μια μεγάλη μελέτη των Puri και Gorman, διαπιστώθηκε ότι το 100% των θνησιγενών νεογνών, είχαν θανατηφόρες συνυπάρχουσες ανωμαλίες [6].
Αυτές είναι:
ανεγκεφαλία
1. Υδροκέφαλος
2. Εγκεφαλοκήλη—μηνιγγομυελοκήλη

Την δεύτερη πιο συχνή ομάδα αποτελούν οι καρδιολογικές ανωμαλίες (ανευρίσκονται στο 55% των περιπτώσεων), και περιλαμβάνουν:
1. Μεσοκολπική επικοινωνία
2. Μεσοκοιλιακή επικοινωνία (42% των περιπτώσεων)
3. Αγγειακός δακτύλιος
4. Στένωση της αορτής
5. Υποπλαστική αριστερή καρδιά
6. Μονήρης κοιλία (14%)
7. Μετάθεση μεγάλων αγγείων (2,5%)

Άλλες πιο ήπιες ανωμαλίες παρατηρούνται από το γαστρεντερικό σύστημα, σε ποσοστό 17%, και περιλαμβάνουν:
1. Υπερωϊοσχιστία
2. Ομφαλοκήλη
3. Ατρησία οισοφάγου
4. Γαστρόσχιση

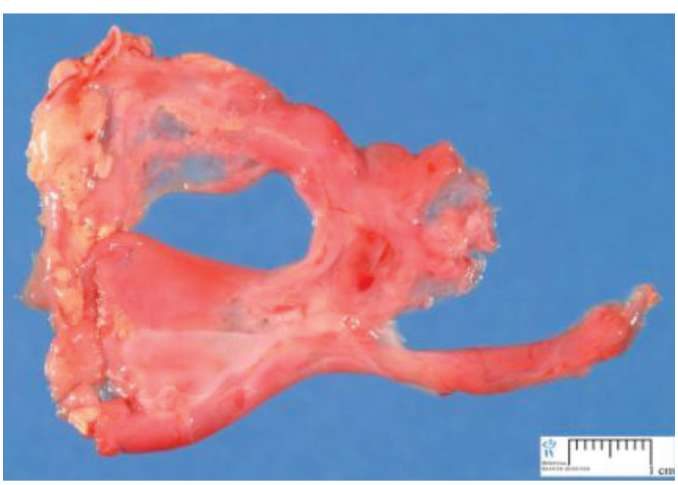
Καθώς επίσης, παρατηρούνται ανωμαλίες και από το ουροποιητικό σύστημα:
1. Υδρονέφρωση 2. πολυκυστικοί νεφροί

Συνυπάρχουσες γενετικές ανωμαλίες, ανευρίσκονται σε ποσοστό 10%, και περιλαμβάνουν:
1. Τρισωμίες 13, 18, 21
2. Σύνδρομο Fryns
3. Σύνδρομο Brachman – de Lange και άλλα.

Οι συγγενείς ανωμαλίες που επηρεάζουν την θνησιμότητα, είναι οι χρωμοσωμιακές και οι συγγενείς καρδιοπάθειες. Η επιβίωση των νεογνών με ΣΔΚ που δεν παρουσιάζουν άλλες συνοδές ανωμαλίες είναι 68%. Ενώ των νεογνών με συνυπάρχουσες συγγενείς καρδιοπάθειες είναι 42% [6-7]. Στην επιβίωση των νεογνών με ΣΔΚ, παίζει καθοριστικό ρόλο και η ιατρογενής βλάβη του πνεύμονα, που δημιουργείται από την επιθετική ανάνηψη και τον τραυματικό μηχανικό αερισμό (σε έδαφος υποπλαστικών πνευμόνων) [7].

Εμβρυολογία

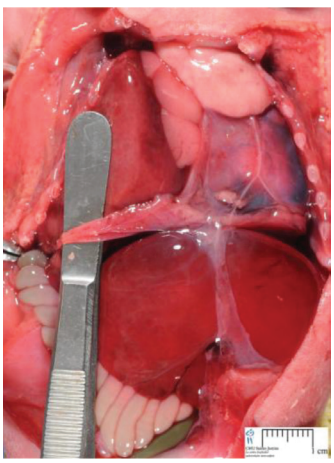
Το διάφραγμα σχηματίζεται μεταξύ της 4ης και 8ης εβδομάδας ενδομήτριας ζωής. Διαχωρίζει την Σελόμια κοιλότητα σε υπεζωκοτική και περιτοναϊκή. Ο κεντρικός τένοντας προέρχεται από το εγκάρσιο διάφραγμα. Το περιφερικό μυϊκό τμήμα, εξορμάται από τις οπισθοπλάγιες πλευροπεριτοναΐκές μεμβράνες, και ενώνεται τελικά με το εγκάρσιο διάφραγμα. Η αποτυχία της συνένωσης αυτής οδηγεί στην δημιουργία της οπισθοπλάγιας διαφραγματοκήλης (Bochdalek). Επειδή το αριστερό ημιδιάφραγμα κλείνει μετά το δεξιό, οι περισσότερες ΣΔΚ παρατηρούνται αριστερά [8].
Οι ανωμαλίες του διαφράγματος προκύπτουν είτε από ανωμαλίες κατά την σύγκλειση, είτε από ανωμαλίες στο σχηματισμό των μυών του διαφράγματος. Αυτά τα μυϊκά ελλείμματα, μπορεί να είναι εντοπισμένα ή να αφορούν ολόκληρο το ημιδιάφραγμα. Παραδείγματα εντοπισμένων ελλειμμάτων αποτελούν τα οπισθοπλάγια διαφραγματικά ελλείμματα στον μυ, με παρόντα κηλικό σάκο, ή το τρήμα της κήλης Morgagni.
Το έλλειμμα του διαφράγματος, μπορεί να ποικίλλει σε μέγεθος (από 1-2 cm, μέχρι την πλήρη απουσία του). Τα μεγάλα ελλείμματα με πλήρη έλλειψη του διαφράγματος, σχετίζονται με πρώιμα συμπτώματα και φτωχή διάγνωση [8-9].



Εικόνα πολλαπλών ελλειμάτων του διαφράγματος

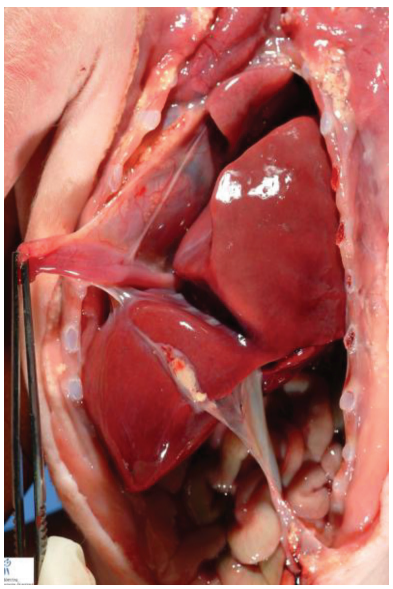
Παθοφυσιολογία

Η ανάπτυξη του διαφράγματος αρχίζει πάντα από το πρόσθιο τμήμα του και αποτελεί ένα χώρισμα της καρδιάς από το ήπαρ. Προχωρεί προς τα πίσω για να κλείσει τελικά, προς την πλευρά του αριστερού τρήματος του Bochdalek, γύρω στην 8η με 10η εβδομάδα της κύησης. Κατά την πρώιμη αυτή φάση του σχηματισμού του διαφράγματος, το μέσο έντερο προπίπτει εντός του λεκιθικού ασκού. Εάν η σύγκλείση του διαφράγματος, δεν πραγματοποιηθεί κατά την φάση που το μέσο έντερο επιστρέφει στην κοιλιά (9η–10η εμβρυική εβδομάδα), τότε αυτό προπίπτει εντός της σύστοιχης υπεζωκοτικής κοιλότητας. Αυτή η ανώμαλη θέση του εντέρου, εμποδίζει τη φυσιολογική στροφή του, και την καθήλωση αυτού στο κοιλιακό τοίχωμα, όπως επίσης δεν επιτρέπει την ανάπτυξη του διαφράγματος. Συνέπεια όλων αυτών, αποτελεί η δημιουργία διαφραγματοκήλης [7-10]. Οι περισσότερες διαφραγματοκήλες γίνονται αντιληπτές κατά τη 12η εβδομάδα της κύησης. Τα προβλήματα που προκύπτουν μετά τη γέννηση, είναι αποτέλεσμα των προπιπτόντων κοιλιακών σπλάχνων στους αναπτυσσόμενους πνεύμονες και στην καρδιά. Η παθοφυσιολογία αντικατοπτρίζει το συνδυασμό της πνευμονικής υποπλασίας και της πνευμονικής υπέρτασης που αναπτύσσονται [8-9].



Εικόνα αριστερής διαφραγματοκήλης (παθολογοανατομικό παρασκεύασμα σε νεογνό 25wks κύησης).

Ο μηχανισμός της πνευμονικής υποπλασίας στη ΣΔΚ αποτελεί σημείο διχογνωμίας. Σύμφωνα με την πιο αποδεκτή άποψη, η έκτοπη θέση των ενδοκοιλιακών σπλάγχνων στη θωρακική κοιλότητα, κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής, εμποδίζει τη φυσιολογική αύξηση και ανάπτυξη του σύστοιχου πνεύμονα, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει σε μικρότερο βαθμό και τον ετερόπλευρο πνεύμονα, λόγω της κινητικότητας του μεσοθωρακίου στο έμβρυο. Αυτή η άποψη έχει επιβεβαιωθεί πειραματικά σε ποντικούς και αμνούς [11]. Όταν τα συμπτώματα εμφανίζονται νωρίς μετά τη γέννηση, η υποπλασία και των δύο πνευμόνων αποτελεί ένα σταθερό εύρημα. Η ιστολογική εκτίμηση αυτών των πνευμόνων, δείχνει πως η ανάπτυξη τους αντιστοιχεί στην 14η –16η εβδομάδα κύησης. Οι πνεύμονες έχουν ελαττωμένο αριθμό βρόγχων, λιγότερα βρογχιόλια (τυπικά 6-8 γενεές βρόγχων, έναντι των 15 που βρίσκουμε στα φυσιολογικά νεογέννητα βρέφη), και ελαττωμένη κυψελιδική επιφάνεια. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι το πνευμονικό αγγειακό υπόστρωμα είναι σαφώς παθολογικό. Η αγγείωση των πνευμόνων χαρακτηρίζεται από αύξηση του πάχους του λείου μυϊκού χιτώνα των αγγείων, η οποία επεκτείνεται έως και το επίπεδο των τριχοειδών των κυψελίδων. Ο αριθμός των αρτηριδίων είναι κατά κανόνα ελαττωμένος. Όταν η πνευμονική υποπλασία είναι αμφοτερόπλευρη (αυτό παρατηρείται συχνότερα σε ασθενείς με δεξιά ΣΔΚ), προκαλείται σοβαρή ανεπάρκεια στη ανταλλαγή των αερίων [12].
Οι ΣΔΚ που παρουσιάζονται κατά την ενδομήτρια και άμεση μεταγεννητική περίοδο σχετίζονται με μείωση της πνευμονικής λειτουργίας, ενώ αυτές που εμφανίζονται αργότερα, σπάνια σχετίζονται με πνευμονική υποπλασία [13]. Η πνευμονική λειτουργία ελαττώνεται ακόμη περισσότερο από την αυξανόμενη πίεση στην πνευμονική αρτηρία, με αποτέλεσμα την δεξιο-αριστερή διαφυγή. Στα νεογνά αυτά, η πνευμονική υπέρταση είναι σταθερό εύρημα (λόγω του υποπλαστικού αγγειακού υποστρώματος), και η αναπνευστική ή μεταβολική οξέωση την επιδεινώνει [14].



Εικόνα δεξιάς διαφραγματοκήλης

Ο Anderson το 1941 παρατήρησε ότι η ανεπάρκεια της βιταμίνης Α αυξάνει την επίπτωση της ΣΔΚ. Τέλος, το 50% των τελειομήνων νεογνών με ΣΔΚ, έχει παθολογικά χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Α [15].

Διάγνωση

Οι περισσότερες διαφραγματοκήλες ανακαλύπτονται κατά τον προγεννητικό υπέρηχο. Το ποσοστό της προγεννητικής διάγνωσης βρίσκεται κατά μέσο όρο στο 50-55%. Αυξάνεται στο 72%, όταν υπάρχουν επιπρόσθετες ανωμαλίες ή παθολογικός καρυότυπος. Η μέση ηλικία κύησης για την διάγνωση της απλής διαφραγματοκήλης είναι η 25η εβδομάδα κύησης [16].
*Αριστερή Διαφραγματοκήλη: τα υπερηχογραφήματα παρουσιάζουν ήδη από το 2οτρίμηνο της κύησης, στόμαχο ή εντερικές έλικες (90%), εντός του εμβρυϊκού θώρακα. Παρατηρείται μετατόπιση της καρδιάς προς τα δεξιά και υποπλασία του σύστοιχου πνεύμονα [16-17]..
*Δεξιά Διαφραγματοκήλη: τα υπερηχογραφήματα εμφανίζουν σπανιότερα, από το 2ο τρίμηνο της κύησης, ήπαρ και έντερο εντός του δεξιού εμβρυϊκού θώρακα. Επίσης, διαγιγνώσκονται προγεννητικά πιο δύσκολα, διότι το ήπαρ έχει παρόμοια ηχογένεια με τους εμβρυϊκούς πνεύμονες, και μπορεί να είναι το μόνο όργανο που προσπίπτει εντός του θώρακα [16-17].

Κλινική εικόνα – Συμπτώματα

Μετά τη γέννηση, όταν η κήλη γεμίζει με αέρα, επιδεινώνεται η συμπίεση των πνευμόνων. Συνέπεια αυτού του γεγονοτος, είναι η άλλοτε άλλου βαθμού αναπνευστική δυσχέρεια, που εμφανίζεται στο νεογνό. Αυτή είναι ανάλογη του βαθμού της πνευμονικής υποπλασίας και της πνευμονικής υπέρτασης, που έχει ήδη αναπτυχθεί, και παρουσιάζεται με την εικόνα του γογγυσμού, της ταχύπνοιας, και της εισολκής του στέρνου. Επίσης, μπορεί να συνυπάρχει σοβαρή υπερκαπνία και υποξαιμία, με αποτέλεσμα διαφυγή αίματος από δεξιά – προς τα αριστερά στο επίπεδο των κόλπων και του αρτηριακού πόρου. Τα συχνότερα συμπτώματα αφορούν το αναπνευστικό (43%), το γαστρεντερικό (33%) ενώ ασυμπτωματικές περιπτώσεις αναφέρονται σε ποσοστό 11% [18-19]. Τα νεογνά που εμφανίζουν την πιο βαριά συμπτωματολογία, παρουσιάζουν στην αίθουσα τοκετού δυσκολία στην ανάνηψη και υψηλά ποσοστά πνευμοθώρακα [18].

*** Φυσική Εξέταση**

1. Σκαφοειδής κοιλία
2. Ασύμμετρος χοανοειδής θώρακας
3. Οι καρδιακοί τόνοι ακούγονται στο αντίθετο ημιθωράκιο
4. Το αναπνευστικό ψιθύρισμα μπορεί να υπάρχει ή όχι στο πάσχον ημιθωράκιο [17-18]

*** Απεικονιστικός Έλεγχος**

Η ακτινογραφία θώρακα και κοιλίας συνήθως είναι διαγνωστική. Δεν αποτελεί όμως, αξιόπιστο δείκτη του βαθμού της πνευμονικής υποπλασίας. Συνήθως, βλέπουμε εντερικές έλικες με αέρα εντός της θωρακικής κοιλότητας και παρατηρείται εκτόπιση του μεσοθωρακίου (τυπικό εύρημα της νόσου).

Δυσκολία στην ακτινολογική διάγνωση, παρατηρείται σε ποσοστό 25%, με τον πνευμοθώρακα και τον υδροθώρακα, ως πιο κοινές λανθασμένες διαγνώσεις [19].

Η τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα βοηθάει στην διαπίστωση της θέσης του στομάχου, διότι φαίνεται να πορεύεται από τον οισοφάγο προς τον στόμαχο, ο οποίος εκτείνεται εντός του θώρακα! Αυτή η τεχνική σε συνδυασμό με τον ακτινολογικό έλεγχο με σκιαστικό του ανώτερου πεπτικού συστήματος, βοηθούν στη σωστή διάγνωση της αριστερής ΣΔΚ [19].

Διαφορική Διάγνωση

Η βλάβη των πνευμόνων που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής, μπορεί να διαφοροδιαγνωστεί από:

1. Την Κυστική Αδενωματοειδή Δυσπλασία των Πνευμόνων
2. Το Ενδολοβιακό Πνευμονικό Απόλυμα
3. Τις Διάχυτες Πνευμονικές Κύστεις
4. Τη Βρογχογενή Κύστη

Οι συγγενείς αυτές ανωμαλίες, μπορεί να εμφανιστούν σε προγεννητικό υπερηχογράφημα (σπανιότερα) ή σε α/α θώρακα (μετά τη γέννηση), ως κυστικά μορφώματα στην περιοχή του θώρακα. Όμως, η φυσαλίδα του στομάχου φαίνεται κάτω από το διάφραγμα, και η ανατομία της κοιλιάς είναι κατά φύση. Μεταγενέστερα, η CT θώρακα μπορεί να θέσει τη διάγνωση.

Μετά τη γέννηση, η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει:

1. Τον πνευμοθώρακα
2. Την δεξιοκαρδία και
3. Την λαρυγγοτραχειακή απόφραξη

Αντιμετώπιση της ΣΔΚ

*** Προγεννητική Αντιμετώπιση**

Εφόσον, τεθεί η διάγνωση της ΣΔΚ προγεννητικά, θα πρέπει να γίνει αμνιοπαρακέντηση για τον προσδιορισμό του καρυοτύπου και να αναζητηθούν υπερηχογραφικά άλλες συγγενείς ανωμαλίες.

Επειδή το 50% των τελειομήνων νεογνών με ΣΔΚ, έχουν παθολογικά χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Α, συμπεραίνεται ότι η χορήγηση βιταμίνης Α στην έγκυο κατά το 2ο τρίμηνο της κύησης, πιθανά να βελτίωνε την ανάπτυξη των πνευμόνων του εμβρύου, και την παραγωγή του επιφανειοδραστικού παράγοντα.

Το πλεονέκτημα της προγεννητικής διάγνωσης της ΣΔΚ, είναι ότι διατίθεται αρκετός χρόνος, για ενημέρωση των γονέων, για την αντιμετώπισή της και την πρόγνωση [20].

Ο τοκετός θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σε ειδικό μαιευτικό νεογνολογικό κέντρο, όπου θα παρέχεται η δυνατότητα υποστήριξης ου νεογνού, αμέσως μετά τη γέννηση. Σε μια πρόσφατη μεγάλη πολυκεντρική μελέτη σε 357 νεογνά με ΣΔΚ, διαπιστώθηκε ότι η πλέον κατάλληλη ηλικία κύησης που πρέπει να διενεργείται ο τοκετός, είναι μεταξύ 37—38 εβδομάδες κύησης. Όσον αφορά το είδος του τοκετού, προτιμάται η καισαρική τομή. Αυτό οφείλεται στο γεγονός, ότι η επιβίωση των νεογνών με ΣΔΚ, χωρίς χρήση ECMO, ήταν 60% μετά από καισαρική τομή και μόνο 47% μετά από φυσιολογικό τοκετό [21].

***Προεγχειρητική Αντιμετώπιση**

Στο παρελθόν, η ΣΔΚ θεωρούνταν επείγουσα κατάσταση στην οποία είχε απόλυτη ένδειξη η άμεση χειρουργική αποκατάσταση. Αυτή η αντιμετώπιση, έχει επαναπροσδιοριστεί, λόγω της κατανόησης της σημασίας της πνευμονικής υπέρτασης και της πνευμονικής υποπλασίας στην εξέλιξη της νόσου.

Το νεογνό πρέπει να διασωληνώνεται αμέσως μετά τη γέννησή του, και να του χορηγείται οξυγόνο, με τη χαμηλότερη πίεση (PIP), χορηγώντας συγχρόνως την κατάλληλη τελοεκπνευστική πίεση (PEEP) [22]. Ιδανική θεωρείται η χρήση Neopuff, στην αίθουσα τοκετού [23].

Η νοσηλευτική παρέμβαση σε αυτό το αρχικό στάδιο αντιμετώπισης κρίνεται αναγκαία. Ο νοσηλευτής νεογνολογικής μονάδας σε συνεργασία με τον γιατρό οφείλει να συνδράμει στην παροχή των πρώτων βοηθειών ακολουθώντας συγκεκριμένα βήματα. Συγκεκριμένα:

1. Γίνεται η επιλογή του Νο τραχειοσωλήνα σωστής διαμέτρου ανάλογα με το μήκος και βάρος του νεογνού [24].
2. Προσδιορίζεται το μήκος που θα τοποθετηθεί ο τραχειοσωλήνας. (Μετράται το μήκος από το ακρόμνιο έως το στόμα).
3. Τοποθετείται το νεογνό σε ύπτια θέση με μικρή έκταση της κεφαλής [25] .
4. Σερβίρεται το λαρυγγοσκόπιο στον γιατρό αφού προηγουμένως έχει ελεγχθεί η λειτουργία του [26].
5. Απαγορεύεται η χρήση μάσκας—ambu.
6. Ελέγχεται η λειτουργία του αναπνευστήρα και τοποθετούνται τα επιθυμητά στοιχεία με βάση τις προαναφερόμενες προδιαγραφές (οξυγόνο, χαμηλή πίεση(PIP), κατάλληλη τελοεκπνευστική πίεση (PEEP), αναπνοές και χρόνος εισπνοής [24, 25].
7. Μετά την διασωλήνωση και αφού ελεγχθεί με τα ακουστικά ο επιτυχής αερισμός των πνευμόνων, στερεώνεται ο τραχειοσωλήνας με σωστή τεχνική στο κατάλληλο μήκος.
8. Συνδέεται το νεογνό στον αναπνευστήρα.

Στη συνέχεια τοποθετείται άμεσα ορογαστρικός καθετήρας και γίνεται συνεχώς αναρρόφηση του στομάχου, ώστε να ελαττωθεί η ποσότητα του αέρα μέσα στην κήλη, και συγχρόνως να μειωθεί η συμπίεση των πνευμόνων [27, 28, 29].

Η σωστή τοποθέτηση του ορογαστρικού καθετήρα επιτυγχάνεται με τα ακόλουθα βήματα:

1. Μετράται το μήκος από την άκρη του στόματος έως την άκρη του ωτός και από εκεί έως την ξιφοειδή υπόφυση [30].
2. Τοποθετείται ο ορογαστρικός στην αρίθμηση που αντιστοιχεί στη μέτρηση.
3. Με μια αποστειρωμένη σύριγγα γίνεται αναρρόφηση του περιεχομένου του στομάχου. Η παρουσία γαστρικών υγρών και αέρα μαρτυρά την επιτυχή θέση του καθετήρα [30, 31].
4. Το σωστό μήκος τόσο του ορογαστρικού όσο και του τραχειοσωλήνα ελέγχονται και πιστοποιούνται με ακτινογραφία [30, 31, 32].

Ο μηχανικός αερισμός αποτελεί τη βάση της αντιμετώπισης της ΣΔΚ. Προτιμάται η εφαρμογή του «ήπιου» μηχανικού αερισμού "gentle ventilation", η οποία ελάττωσε εντυπωσιακά την συχνότητα του πνευμοθώρακα (από 43% στο 2%), και αύξησε την επιβίωση (από 50% στο 90%). Στις περιπτώσεις ανθεκτικής αναπνευστικής ανεπάρκειας και παραμένουσας πνευμονικής υπέρτασης, η στρατηγική του «ήπιου μηχανικού αερισμού» που εφάρμοσε πρώτος ο J. Wung [33], μπορεί να εφαρμοστεί καλύτερα με τον «υψίσυχνο ταλαντωσικό αερισμό (HFOV)», δεδομένου ότι έτσι επιτυγχάνονται καλύτερα:

1. Μικρότεροι ισπνεόμενοι όγκοι αέρα (Vτ)
2. Μεγαλύτερη στρατολόγηση κυψελίδων (recruitment).

Επίσης, συχνά προτιμάται ο συνδυασμός του HFOV με τη χορήγηση εισπνεόμενου μονοξειδίου του αζώτου (NO), διότι διατηρεί σταθερή την οξυγόνωση του εγκεφάλου. Η χρήση εξωσωματικής μεμβράνης οξυγόνωσης (ECMO) είναι απαραίτητη για τα νεογνά με μεγάλη ΣΔΚ και σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια [34-37]. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί πως η χορήγηση φαρμάκων σε νεογνά που έχει εφαρμοσθεί η μέθοδος ECMO θα πρέπει να γίνεται με πολύ μεγάλη προσοχή. Αναφερόμενες έρευνες διακυβεύουν ότι μπορεί να σημειωθούν αρκετές παρενέργειες σε αυτή την ομάδα πληθυσμού [36-37].

Η χρήση των ινότροπων φαρμάκων (ντοπαμίνης και ντομπουταμίνης), είναι απαραίτητη για την υποστήριξη του κυκλοφορικού συστημάτος. Βελτιώνουν την καρδιακή παροχή, ελαττώνοντας τη συστηματική αρτηριακή πίεση και περιορίζοντας τη διαφυγή αίματος από αριστερά προς τα δεξιά και έτσι μειώνουν έμμεσα την αυξημένη πίεση στα πνευμονικά αγγεία [35].

Η χορήγηση επιφανειοδραστικού παράγοντα, μπορεί όχι μόνο να αντιμετωπίσει την ανεπάρκειά του, αλλά και να βελτιώσει την ευενδοτότητα του πνεύμονα. Ακόμα, βοηθά στη μείωση των πνευμονικών αγγειακών αντιστάσεων βελτιώνοντας έτσι τη ροή του αίματος σε αυτά [36].

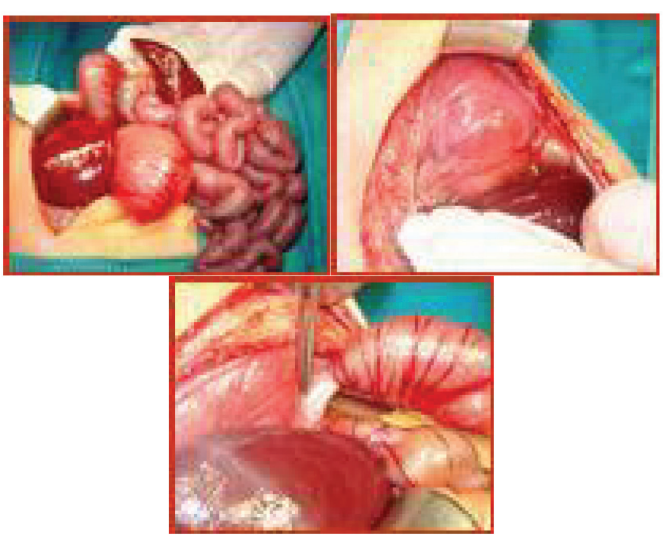
*Χειρουργική Αντιμετώπιση

Σήμερα, θεωρείται ότι ο κατάλληλος χρόνος για χειρουργική αποκατάσταση της ΣΔΚ, επέρχεται μετά τη σταθεροποίηση του νεογνού. Η χειρουργική τεχνική που προτιμάται στα περισσότερα παιδοχειρουργικά κέντρα, αποβλέπει στη διόρθωση της ΣΔΚ διακοιλιακά, μέσω μιας υποπλεύριας τομής. Το πρώτο βήμα μετά τη διάνοιξη της κοιλιάς είναι η τοποθέτηση όλων των κοιλιακών σπλάγχνων στην περιτοναΐκή κοιλότητα. Τα μικρά ελλείμματα του διαφράγματος κλείνονται με την συμπλησίαση των χειλέων του. Στα μεγάλα ελλείμματα χρησιμοποιούνται κρημνοί από μύες του κοιλικού τοιχώματος ή συνθετικά πλέγματα. Αρκετές φορές τα πλέγματα αυτά, σχετίζονται με επιπλοκές :

1. Ρήξη και υποτροπή της κήλης
2. Διαρροή περιτοναϊκού υγρού και αίματος
3. Δημιουργία επίμονου υδροθώρακα

Θεωρείται πάντα απαραίτητη η τοποθέτηση θωρακικού σωλήνα, για να μην υπάρξει ενεργή διαφυγή αέρα ή αιμορραγία [40].

Η ενδομήτρια χειρουργική αποκατάσταση της εμβρυϊκής διαφραγματοκήλης, έχει αποδειχθεί απογοητευτική, και δεν αποτελεί επιλογή στην αντιμετώπιση.



Εικόνες Συγγενούς Διαφραγματοκήλης Χειρουργηθείσας

Ο ρόλος του νοσηλευτή, νοσηλεύτριας, που εργάζεται σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών, είναι πολύ σημαντικός, τόσο στην προεγχειρητική, όσο και στη μετεγχειρητική φροντίδα του νεογνού. Συγκεκριμένα:

Προεγχειρητική Φροντίδα

Κατά την προεγχειρητική φροντίδα:

1. Ο νοσηλευτής ενημερώνει τους γονείς του νεογνού για το είδος του χειρουργείου, την διάρκεια της επέμβασης και τις τυχόν επιπλοκές που μπορούν να προκληθούν [41].
2. Ελέγχει και εξασφαλίζει τουλάχιστον 2 κεντρικές ενδοφλέβιες γραμμές για την χορήγηση των απαιτούμενων υγρών.
3. Ελέγχει τα ζωτικά σημεία του νεογνού και επιτρέπει την μεταφορά του στο χειρουργείο μόνο και εφόσον εάν η κλινική του κατάσταση είναι σταθερή [41, 42].
4. Ετοιμάζει την ενδοφλέβια φαρμακευτική αγωγή που θα χρησιμοποιηθεί κατά την διάρκεια του χειρουργείου και ελέγχει την θερμοκοιτίδα μεταφοράς και τον αναπνευστήρα για την πλήρη και σωστή λειτουργία τους [41, 42, 43].
5. Αφού μεταφερθεί το νεογνό στο χειρουργείο, γίνεται η προετοιμασία του, μετεγχειρητικά, χώρου παραλαβής του.

Ειδικότερα:

1. Ελέγχεται η λειτουργικότητα της θερμοκοιτίδας, {θερμοκρασία, υγρασία), καθώς και η λειτουργικότητα του αναπνευστήρα.
2. Εξασφαλίζεται η χρήση οξυμέτρου και παλμογράφου για την συνεχή παρακολούθησή του [41, 42].
3. Τοποθετούνται αντλίες για την χορήγηση των ενδοφλέβιων υγρών και εξασφαλίζεται η ύπαρξη παροχής οξυγόνου, αντλίας αναρρόφησης και πιεσόμετρου για την λήψη των ζωτικών σημείων του νεογνού αμέσως μετά την παραλαβή του [41, 42].

Μετεγχειρητική Φροντίδα

Αμέσως μετά την παραλαβή του νεογνού από το χειρουργείο ο νοσηλευτής μονάδας:

1. Ζυγίζει το νεογνό και καταγράφει με ακρίβεια το βάρος του μετά το χειρουργείο.
2. Τοποθετεί το νεογνό στη θερμοκοιτίδα και γίνεται άμεση σύνδεση με τον αναπνευστήρα και το monitor.
3. Ελέγχει τις φλεβικές γραμμές για την σωστή λειτουργικότητα τους και συνδέει την συνεχή έγχυση υγρών σε αυτές.
4. Λαμβάνει τα ζωτικά σημεία του νεογνού (σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση), κάθε δύο ώρες, τουλάχιστον για το πρώτο 48ωρο [41, 42].
5. Ελέγχει το σημείο χειρουργικής τομής για τυχόν αιμορραγία και κατά συνέπεια προλαμβάνει καταστάσεις καταπληξίας (κατάπτωσης του κυκλοφορικού συστήματος) που μπορεί να προέλθουν από αυτή. Σε μη ορατή αιμορραγία, σημεία που μαρτυρούν την καταπληξία είναι σφυγμός μικρός και συχνός, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, πτώση αρτηριακής πιέσεως και θερμοκρασίας, δέρμα και βλεννογόνοι ψυχροί [42, 43].
6. Ελέγχει την διούρηση και τα σημεία διάτασης του στομάχου και αποσυμφορίζει το νεογνό με συχνές αναρροφήσεις του περιεχομένου του στομάχου από το τοποθετημένο Levin [41, 44, 45].
7. Παρακολουθεί για σημεία πόνου στο νεογνό που συνήθως εμφανίζονται τόσο με συμπεριφεριολογικά χαρακτηριστικά, (εκφράσεις προσώπου, κλάμα, ικανότητα ύπνου, κινήσεις σώματος), όσο και με φυσιολογικά χαρακτηριστικά (διαταραχές στην ομαλή λειτουργία του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης, των αναπνοών και του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης του αίματος [46, 47, 48, 49]. Σε περίπτωση εντοπισμού της ύπαρξης του πόνου εφαρμόζει άμεσα ανακουφιστικά μέτρα, που κυμαίνονται από την εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος έως και στην χορήγηση αναλ-

γητικών και καταπραϋντικών φαρμάκων [49, 50, 51, 52.]
8. Συμπαρίσταται στην οικογένεια με την διαρκής ενημέρωση για την κατάσταση του νεογνού και την ενθάρρυνση για συχνές επισκέψεις.

Πρόγνωση και Νοσηρότητα

Η πρόγνωση εξαρτάται από τα προγεννητικά ευρήματα, τα οποία σηματοδοτούν τη σοβαρότητα της ΣΔΚ. Αυτά αποτελούν τη βάση της ενημέρωσης και προγεννητικής καθοδήγησης των γονέων.
Η έκβαση εξαρτάται από τους παρακάτω παράγοντες:
1. Την παρουσία συνοδών ανωμαλιών
2. Την ηλικία κύησης στην οποία συνέβη η πρόπτωση των ενδοκοιλιακών σπλάγχνων εντός του θώρακα
3. Η ποσότητα των σπλάγχνων η οποία προσπίπτει εντός του θώρακα, και
4. Ο βαθμός της πνευμονικής υποπλασίας και των καρδιαγγειακών αλλαγών, που έχει συντελεστεί.

Πτωχοί προγνωστικοί δείκτες θεωρούνται:
1. Η διάγνωση πριν την 25η εβδομάδα κύησης
2. Η παρουσία του στομάχου εντός του θώρακα (η επιβίωση είναι μεγαλύτερη από 90%, εάν το στομάχι είναι κάτω από το διάφραγμα)
3. Το πολύυδράμνιο, το οποίο οφείλεται στην πίεση που υφίσταται ο οισοφάγος, λόγω του μεγάλου ενδοθωρακικού όγκου
4. Η πρόπτωση του ήπατος (όταν το ήπαρ δεν συγκαταλέγεται στα όργανα που προπίπτουν, τότε η πρόγνωση θεωρείται καλύτερη)
5. Ο ύδρωπας, καθώς και
6. Ο λόγος LRH (πνεύμονα προς κεφαλή του εμβρύου) < 1, (σχετίζεται με θνητότητα 100%), ενώ LRH > 1,4, (σχετίζεται με επιβίωση 100%). Ο λόγος LRH προσδιορίζεται κατά το υπερηχογράφημα του εμβρύου.

Το προγεννητικό υπερηχογράφημα καρδιάς του εμβρύου, μπορεί να αναγνωρίσει συνοδές ανωμαλίες, όπως υποπλασία της αριστερής κοιλίας και αυξημένος όγκος αίματος στην πνευμονική αρτηρία, που θεωρούνται παράγοντες πτωχής έκβασης.
Ο απεικονιστικός έλεγχος του εμβρύου με μαγνητική τομογραφία, πλεονεκτεί [53].
Εκτιμάται ότι τα παιδιά που επιβιώνουν κατά τη νεογνική περίοδο, έχουν συνήθως φυσιολογική αύξηση και ανάπτυξη. Λιγότερο από το 1/3 των εμβρύων με ΣΔΚ, που έχουν διαγνωστεί προγεννητικά, θα επιβιώσει χωρίς αυξημένη νοσηρότητα. Η νοσηρότητα σε ορισμένες περιπτώσεις οφείλεται σε ανατομικά αίτια και είναι αναπόφευκτη, ενώ σε άλλες αποτελεί συνέπεια των θεραπευτικών χειρισμών, και είναι δυνατόν να περιοριστεί στο μέλλον. Τα νεογνά που έχουν επιζήσει μετά από χρήση ECMO, φαίνεται πως έχουν σημαντική μακροπρόθεσμη πνευμονική δυσλειτουργία, νευρολογικές διαταραχές και διαταραχές στην ανάπτυξη [54, 55, 56, 57].

Απώτερα Προβλήματα

Τα νεογνά με ΣΔΚ, που επιβιώνουν, είναι δυνατό να παρουσιάσουν στο μέλλον, τα εξής προβλήματα:

1. Ορθοπεδικά προβλήματα

Οι ανωμαλίες του σκελετού, όπως η ασυμμετρία και οι παραμορφώσεις του θώρακα (σκαφοειδής θώρακας), καθώς και η σκολίωση, αποτελούν από τα πιο συνηθισμένα ορθοπεδικά προβλήματα που εμφανίζονται κυρίως σε μεγάλες ΣΔΚ, και σχετίζονται με την αύξηση των ενδοκοιλιακών και ενδοθωρακικών πιέσεων κατά την χειρουργική αποκατάσταση.

2. Αναπνευστικά προβλήματα

Η αναπνευστική ανεπάρκεια αποτελεί την πιο σημαντική αιτία νοσηρότητας. Το 1/3 των ασθενών με ΣΔΚ, έχει κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας, που παρατηρούνται συχνότερα στα νεογνά που παρέμειναν σε μηχανικό αερισμό για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Μετά τη χειρουργική αποκατάσταση, παρατηρείται σημαντική βελτίωση της ανάπτυξης και της λειτουργίας των πνευμόνων, που θεωρείται ιδιαίτερα εμφανής, μετά τους πρώτους 6 μήνες της ζωής. Οι δείκτες της πνευμονικής λειτουργίας, βελτιώνονται σημαντικά με την αύξηση της ηλικίας, του ύψους και του βάρους των ασθενών. Συχνές λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος εμφανίζονται στο 24% των ασθενών με ήπια έως μέτριου βαθμού πνευμονική υποπλασία.

3. Θρέψη και Ανάπτυξη

Οι διαταραχές της ανάπτυξης, οφείλονται στις αυξημένες ενεργειακές απαιτήσεις (αυξημένο έργο αναπνοής σε χρόνια πνευμονική νόσο) και στη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ), που αναφέρεται στο 89% των ασθενών. Παρατηρούνται συχνότερα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, που παρουσίασαν προβλήματα εντός των πρώτων 6 ωρών από τη γέννηση, και σε ασθενείς που απαιτήθηκε η εφαρμογή ECMO. Η διάταση του οισοφάγου, σχετίζεται με την εγγενή δυσκινησία του οργάνου, που αντανακλά την καθυστερημένη κένωση του γαστρικού περιεχομένου. Δημιουργούνται μακροπρόθεσμα προβλήματα από το γαστρεντερικό, όπως χρόνια οισοφαγίτιδα και καθυστερημένη εντερική κένωση. Προτείνεται διατροφή πλούσια σε θερμίδες και φαρμακευτική αντιμετώπιση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης με Η2-αποκλειστές, ως θεραπευτικά μέτρα.

4. Νευροαναπτυξιακή Εξέλιξη

Τα νεογνά με ΣΔΚ βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο υποξικής – ισχαιμικής εγκεφαλοπάθειας. Τα νεογνά με σοβαρή πνευμονική υποπλασία αντιμετωπίζουν κίνδυνο υποξαιμίας, οξέωσης και πτωχού αερισμού. Εγκεφαλική παράλυση έχει παρατηρηθεί στο 4-9% των ασθενών. Άλλες νευροαναπτυξιακές επιπλοκές είναι οι σπασμοί, οι μαθησιακές δυσκολίες, η απώλεια της ακοής και η καθυστέρηση απόκτησης κινητικών δεξιοτήτων [58].

Έκβαση

Τα νεογνά που απαίτησαν θεραπευτική αντιμετώπιση μέσα στις πρώτες 6 ώρες τις ζωής τους, παρουσιάζουν θνητότητα σε ποσοστό 45%, ενώ αυτά που χρειάστηκαν αντιμετώπιση μετά τις πρώτες 6 ώρες ζωής, παρουσιάζουν σχεδόν μηδενική θνητότητα. Η συνύπαρξη συνοδών ανωμαλιών μπορεί να χειροτερεύει την πρόγνωση. Στη διεθνή βιβλιογραφία, τα ποσοστά επιβίωσης σε σχέση με την εντόπιση της ΣΔΚ ποικίλλουν. Όταν η βλάβη εντοπίζεται στο αριστερό ημιθωράκιο, η επιβίωση ανέρχεται σε 78%, όταν εντοπίζεται στο δεξιό ανέρχεται στο 21%,ενώ σε αμφοτερόπλευρη εντόπιση φθάνει το 1%.
Είναι αποδεκτό ότι τα παιδιά με ΣΔΚ που έχουν επιβιώσει, ζουν μια φυσιολογική ζωή.
Ωστόσο, σχετικές δυσλειτουργίες, όπως καθυστέρηση στη θρέψη και την ανάπτυξη, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, μυοσκελετικές ανωμαλίες και αναπνευστικά προβλήματα, παραμένουν σε πολλούς από αυτούς.
Η προγεννητική διάγνωση επιτρέπει την σωστή εκτίμηση του εμβρύου για πιθανές επιπρόσθετες ανωμαλίες, καθώς και την ενημέρωση των γονέων για τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και την πρόγνωση. Η επικοινωνία με τους γονείς, πρέπει να αρχίζει από τη στιγμή της προγεννητικής διάγνωσης και να συνεχίζεται σε όλη την παιδική ηλικία.

Βιβλιογραφία

1. Ladd WE , Gross RE. Congenital diaphragmatic hernia. N Engl J Med 1940; 223 :917-925.

2. Kays DW ,Langham MR Jr , Ledbetter DJ , et al. Detrimental effects of standard medical therapy in congenital diaphragmatic hernia. Ann Surg 1999; 230:340-351.

3. Pober BR. Overview of epidemiology, genetics , birth defects and chromosome abnormalities associated with CDH. Am J Med Part C Semin Med Genet 2007; 145C:158-171

4. Skari H, Bjornland K, Frenckner B, Friberg LG, Heikkinem M, Hurme T et al.Congenital diaphragmatic hernia in Scandinavia fromm 1995 to 1998: predictors of mortality. J Pediatr Surg 2002;37:1269-1275.

5. Dott MM, Wong LY, Rasmussen SA. Population-based study of gongenital diaphragmatic hernia :Risk factors and survival in Metropolitan Atlanta, 1968-1999. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 2003;67:261-267.

6. Grazizno JN. Cardiac anomalies in patients with congenital diaphragmatic hernia and their prognosis: a report from the Congenital Diafragmatic Hernia Study group. J Pediatr Surg 2005;40:1045-1050.

7. Harmath A, Hajdu J, Csaba A, Hauzman E, Pete B, Gorbe E, et al.Associated malformation in congenital diaphragmatic hernia cases in the last 15 years in a tertiary referral institute. A J Med Genet 2006;A:2298-2304.

8. Hartman E. Gary. Συγγενής Διαφραγματοκήλη .

9. Allan DW , Greer JJ. Embryogenesis of the phrenic nerve and diaphragm in the fetal. J Comp Neurol 1997;382:459-468

10. Tibboel D, Gaag AV.Etiologic and genetic factors in congenital diaphragmatic hernia. Clin Perinatol 1996;23:689-699.

11. Wilcox DT ,Irish MS ,Holm BA ,Glick PL.Animal models in congenital diaphragmatic hernia. Clin Perinatol 1996;23:813-822.

12. Glick PL ,Leach CL ,Besner GE ,Equan EA ,Morin FC ,Robinson LK ,et al.Pathophysiology of congenital diaphragmatic hernia III:exogenous surfactant therapy for the high-risk neonate with CDH. J Pediatr Surg 1992;27:866.

13. Weber TR ,Tracy T ,Bailey PV ,Lewis JE.Congenital diaphragmatic hernia beyond infancy. Am J Surg 1991;162:643-646.

14. Adzick NS ,Harrison MR ,Glick PL ,Villa RL ,Finkbeiner W.Experimental pulmonary hypoplasia and oligohydramnios: relative contributions of lung fluid and fetal breathing movements. J Pediatr Surg 1984;19:658-665.

15. Major D ,Cadenas M ,Fournier L ,et al.Retinol status of newborn infants with congenital diaphragmatic hernia. Pediatr Surg Int 1998;13:547-549.

16. Gallot D ,Boda C ,Ughetto S ,Perthus I ,Robert-Gnansia E. ,Francannet C ,et al.Prenatal detection and outcome of gongenital diaphragmatic hernia:a French registry-based study. Ultrasound Obstet Gynecol 2007;29:276-283.

17. Game E ,Haeusler M ,Barisic I ,Gjergia R ,Stoll C ,Clementi M. Congenital diaphragmatic hernia;evaluation of prenatal diagnosis in 20 European regions. Ultrasound Obstet Gynecol 2002;19:329-333.

18. Muratore C ,Utter S ,Jaksic T ,Lund D ,Wilson J.Nutritional morbidity in survivors of congenital diaphragmatic hernia. J Pediatr Surg 2001;36:1171-1176.

19. Baglaj M, Dorobisz U.Late presenting congenital diaphragmatic hernia in children: a literature review. Pediatr Radiol 2005;35:478-488.

20. Stevens TP.Congenital Diaphragmatic Hernia Study Group. What is the optimal Gestation Age (GA) to elective deliver term infants known to have CDH? E-PAS 2007:617935.4.

21. Frenckner BP, Lally PA, Hintz SR, et al.Prenatal diagnosis of congenital diaphragmatic hernia: how should the babies be delivered? J Pediatr Surg 2007;42:1533-1538.

22. Lockridge T, Caldwell AD, Jason P. Neonatal surgical emergencies: stabilization and management. J Gynecol Neonatal Nurs. 2002; 31 (3): 328-339.

23. Garcia A. Stolar CJ. Congenital diaphragmatic hernia and protective ventilation strategies in pediatric syrgery. Syrg. Clinical North Am. 2012 June; 92(3) 659-668.Epub. 2012 April 26.

24. Khodayar Raiw-Bahrami,Endatracheal Intubation {253-269]. In Mhairi G. Macdonald, Jayashree Ramasethu. Atlas of Procedures in Neonatology (Third Edition).2002, Lippincott Williams and Wilkins.

25. Naumovski L, Scaffer K, Fleisher B. Ingestion of a laryngoscope light bulb during delivery room resuscitation. Pediatrics 1991; 87:581-588.

26. Sutherland PD, Quinn M. Nellcor Stat Cap differentiates esophageal from tracheal intubation. Arch Dis Child Fetal Neonat Ed 1995;73:184F..

27. Katz AL, Wiswell TE, Baumgact S.Contemporary controversies in the management of congenital diaphragmatic hernia. Clin Perinatol 1998;25:219-248.

28. Kinsalla LP, Abma SH. Resent developments in the pathophysiology and treatment of persistent pulmonary hypertension of the newborn. J Pediatr 1995;126:853-64.

29. Luckridge T., Coldwell A.D., Jason P.Neonatal surgical emergencies: stabilization and management. J.Obstet.Gynecol Neonatal Nurs. 2002, May-June;31(3):328-329.

30. Sehnert N. Jayashree Ramasethu. Gastric and Transpyloric Tubes [309-316] in Mhairi G. Macdonald, Jayashree Ramasethu. Atlas of Procedures in Neonatology (Third Edition).2002, Lippincott Williams and Wilkins.

31. Daga SR, Lunkad NG, Daya AS et al. Orogastric versus nasogastric feeding of newborn babies. Trop Doct 1999; 29:242.

32. Gharpure V, Meert K.D, Sarnaik AP, et al. Indicators of postpyloric feeding tube placement in children. Crit Care Med 2000; 28:2962.
33. Wung JT, James LS, Kilchevsky E, et al.Managment of infants with severe respiratory failure and persistence of the fetal circulation without hyperventilation. Pediatrics 1985;76:488-494.
34. Baumgart S, Hirschl RB, Butler SZ, Coburn CE, Spitzer AR.Diagnosis-related criteria in the consideration of extracorporeal membrane oxygenation in neonates previously treated with high frequency jet ventilation. Pediatr 1992;89:491-494.
35. O"Tool SJ, Karamnukian HL, Morin FC, Holm BA, Egan EA, Azizkhan RG,et al.Surfactant decreases pulmonary blood flow in the fetal lamb model of congenital diaphragmatic hernia. J Pediatr Surg 1996;31:507-511.
36. Lotze A, Mitchell BR, Bulas DI, Zola EM, Shalwitz RA, Gunkel JH.Multicenter study of surfactant (beractant) use in the treatment of term infants with severe respiratory failure. Survanta in Term Infants Study Group. J Pediatr 1998;132:40-47.
37. Reyes C, Chang LK, Waffarn F, et al.Delayed repair of congenital diaphragmatic hernia with early high-frequency oscillatory ventilation during preoperative stabilization. J Pediatr Surg 1998;33:1010-1016.
38. Buck ML. Pharmacokinetic changes during extracorporeal membrane oxygenation:implications for drug therapy of neonates. Clin Pharmacokinet. 2003;42(5):403-17.
39. Ann Arbor MI. Neonatal ECMO Registry of the extracorporeal Life Support Organization (ELSO), January, 2000.
40. Naik S,Creenough A, Zhang Y, Davenport M.Prediction of morbidity during infancy after repair of congenital diaphragmatic hernia. J Pediatr 1996;31:1651-1654.
41. Μαλγαρινού Μ.Α, Κωσταντινίδου Σ.Φ. Γενικές Αρχές για τη Νοσηλευτική Φροντίδα του Χειρουργικού Ασθενούς(241-263), στην Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Α'. Φεβρουάριος 1990, Εκδόσεις Η Τάβιθα.
42. Stevie Boyd. Surgical Aspects of neonatal intensive care nursing (358-362) In Boxwell Glenys. Neonatal Intensive Care Nursing, 2000, Routledge.
43. Gavilanes A, Heineman E, Herpers M ee al. Use of NICU as a safe place for surgery. Archives of Disease in Childhood: fetal and Neonatal Edition 1997;76: F51-F53.
44. Davenport M. Advances in management of congenital diaphragmatic hernia. King's College Hospital, Neonatal Study Day, 1999.
45. Theorell C.J. Congenital diaphragmatic hernia: a physiological approach to management. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing 1990;3(3):66-79.
46. Grunau RV, Johston CC, Craig KO. Neonatal facial and cry responses to invansive and non-invansive procedures. Pain 1990;42:295-305.
47. Spragrud L.J, Piira T, von Baeyer CL.Children's self-report of pain intensity: The Faces Pain Scale Revised. Am J Nurs 2003; 103:62-64.
48. Bulloch B, Tenenbein M. Validation of 2 pain scales for use in the pediatric emergency department. Pediatrics 2002; 110:1-6.
49. Δούσης Ε. Αξιολόγηση του οξέος πόνου στα παιδιά (31-50). Στο Μάτζιου-Μεγαπάνου Β, Κυρίτση Ε. Οξύς πόνος στα παιδιά. Νοσηλευτική προσέγγιση. 2007 Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
50. Committee of Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2000-2001. The assessment and management of acute pain in infantw, children and adolescentw. Pediatrics 2001; 108:793-797.
51. Verghese ST, Hannallah RS. Postoperative pain management in children. Anesthesiol Clin North Am 2005; 23:163-184.
52. Αυγερινοπούλου-Βλάχου Αάπασία. Φαρμακευτική Αντιμετώπιση Οξέως Παιδιατρικού πόνου.(53-62). Στο Μάτζιου-Μεγαπάνου Β, Κυρίτση Ε. Οξύς πόνος στα παιδιά. Νοσηλευτική προσέγγιση. 2007 Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
53. Hatch EL Jr, Kendall J, Blumhagen J.Stomach position as an in utero predictor of neonatal outcome in left – sided diaphragmatic hernia.J Pediatr Surg 1992;27:778-779.
54. Donnelly LF, Sakurai M, Klosterman LA, Delong DM, Strife JL.Correlation between findings on chest radiography and survival in neonates with congenital diaphragmatic hernia. AJR Am J Proentgenol 1999;173:1589-1593.
55. Bos AP, Hussain SM, Hazebroek FWJ ,Tibboel D, Meradji M, Molenaar.Radiografic evidence of bronchopulmonary dysplasia in high-risk congenital diaphragmatic hernia survivors. Pediatr Pulmonol 1993;15:231-234.
56. Safari A., Symnes A.R., O Brien K., Chiang M., Skarsgard E.D., Chiu P.P;Canadian Pediatric Surgery Network. Multi-institutional follow up of patients with congenital diaphragmatic hernia reveals-severe disability and variations in practice. J. Pediatr. Surg. 2012 May;47{5}:836-841.
57. Rocha G., Arevedo I., Pinto H. Following of the survivors of congenital diaphragmatic hernia. Early Human Dev. 2012 Apr. 88(4):255-258. Epub. 2011 Sept. 23.
58. Danzer E., Hedrick HL. Neurodevelopmental and neurofunctional outcomes in children with congenital diaphragmatic hernia. Early Human Dev. 2011 Sept. 87(9):625-632. Epubl. Jun 2011.