



Β' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ
Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

Διευθύντρια:
Καθηγήτρια Φ. Αθανασιάδου - Πιπεροπούλου



19^η Επιστημονική Ημερίδα

Επίκαιρα Θέματα
στην Παιδιατρική

Σάββατο
17 Ιανουαρίου 2009

Θεσσαλονίκη
Ξενοδοχείο Makedonia Palace



Πρακτικά 19^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας
Επίκαιρα Θέματα στην Παιδιατρική



ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί Συνάδελφοι

Με ιδιαίτερη χαρά και τιμή σας καλωσορίζουμε στην 19η Επιστημονική Ημερίδα “Επίκαιρα Θέματα στην Παιδιατρική” η οποία διοργανώνεται από τη Β΄ Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ.

Η ραγδαία εξέλιξη των γνώσεων σε πολλούς τομείς της Ιατρικής αλλά και της ειδικότητας που υπηρετούμε μας υπαγορεύει τη συμμετοχή μας στη συνεχιζόμενη εκπαίδευσή σας σε θέματα που σας απασχολούν και προβληματίζουν στην καθημερινή σας πρακτική.

Επειδή θεωρούμε ότι η επιτυχία της ημερίδας μας βασίζεται στην παρουσία σας, προσβλέπουμε στην ενεργή συμμετοχή σας.

Με συναδερφικούς χαιρετισμούς

Φ. Αθανασιάδου – Πιπεροπούλου
Καθηγήτρια Παιδιατρικής ΑΠΘ
Διευθύντρια Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής



■ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

09.00 - 09.30 ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΔΡΩΝ

09.30 - 10.00 ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Φανή Αθανασιάδου-Πιπεροπούλου

Καθηγήτρια Παιδιατρικής ΑΠΘ

Διευθύντρια Β' Παιδιατρικής Κλινικής

ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ

10.00 - 10.20 ΔΙΑΛΕΞΗ

Έφηβος και καρκίνος

Φανή Αθανασιάδου - Πιπεροπούλου, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

10.30 - 11.30 Α' ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Συντονιστής: **Μαγδαληνή Γκατζόλα, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.**

Παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία της αθηρωμάτωσης

Αρετή Χίτογλου - Μακέδου, Καθηγήτρια Κλινικής Βιοχημείας Α.Π.Θ.

Πόνος στο στήθος στην παιδική ηλικία

Ανδρέας Γιαννόπουλος, Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Η συμβολή του απεικονιστικού ελέγχου στη διερεύνηση του

ουροποιητικού συστήματος

Μαγδαληνή Γκατζόλα, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

11.30 - 11.45 ΣΥΖΗΤΗΣΗ



■ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

12.15 - 12.45 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Φανή Αθανασιάδου - Πιπεροπούλου**

Οι περικυκλωμένοι νέοι (μεταξύ μύθων και πραγματικότητας)
Ιωάννης Πανούσης, Καθηγητής τμήματος Επικοινωνίας και Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

12.45 - 13.30 Β΄ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Συντονιστής: **Μαρία Εμποριάδου**, Αν. Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Διαταραχές ύπνου στην παιδική ηλικία
Ευάγγελος Παύλου, Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας – υπόπνοιας στον ύπνο
Μαρία Εμποριάδου, Αν. Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Ο ρόλος της μελέτης ύπνου στη διάγνωση και θεραπεία του συνδρόμου αποφρακτικής άπνοιας – υπόπνοιας στον ύπνο
Λαμπρινή Δαμνιίδου, Επιστημονική Συνεργάτης Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.

13.30 - 13.45 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

13.45 - 14.15 ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Φανή Αθανασιάδου - Πιπεροπούλου**

Αντισύλληψη και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα στην εφηβική ηλικία
Ισραήλ Ρούσσο, Καθηγητής Παιδιατρικής - Ενδοκρινολογίας Α.Π.Θ.

14.15 ΔΕΞΙΩΣΗ



ΔΙΑΛΕΞΗ

Έφηβος και καρκίνος

Φανή Αθανασιάδου - Πιπεροπούλου, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.



Έφηβος και καρκίνος

Φανή Αθανασιάδου - Πιπεροπούλου

Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Εισαγωγή

Η εφηβεία αποτελεί μία ιδιαίτερη περίοδο της ανθρώπινης ανάπτυξης που χαρακτηρίζεται ως η μετάβαση από την παιδική στην ενήλικη ζωή. Ο έφηβος περνά από την ανωριμότητα της παιδικής ηλικίας στην ωριμότητα της ενηλικίωσης, ενώ συγχρόνως συντελούνται βιολογικές, γνωστικές και ψυχοκοινωνικές διεργασίες. Οι κυριότερες αλλαγές που λαμβάνουν χώρα είναι η είσοδος στην εφηβική ηλικία, η επιτάχυνση της αύξησης και τέλος, η εξέλιξη της γνωστικής και ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης. Ο έφηβος αφενός παλινδρομεί στο παρελθόν αφετέρου οραματίζεται και σχεδιάζει το μέλλον, επομένως η συγκεκριμένη περίοδος αποτελεί φάση μεγάλης αναταραχής. Το 18ο αιώνα ο Γάλλος φιλόσοφος Jean-Jacques Rousseau είχε περιγράψει την εφηβεία σαν "μια άγρια καταιγίδα". Επιπλέον, τον 20ο αιώνα ο Stanley Hall, που θεωρείται ο πατέρας της σύγχρονης προσέγγισης της εφηβικής περιόδου την χαρακτηρίζει ως "μια νέα γέννα" και μια περίοδο "καταιγίδας και άγχους" (storm and stress period). Τέλος, σύμφωνα με σύγχρονες μελέτες αποδεικνύεται ότι η εφηβεία αποτελεί την πιο ταραχώδη περίοδο της ζωής του ανθρώπου.

Το ηλικιακό εύρος της δεν έχει ακριβώς καθοριστεί, αλλά έχει επικρατήσει να εκτείνεται από το 12ο μέχρι το 20ο έτος της ζωής. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει σήμερα σύγχυση όσον αφορά το ηλικιακό εύρος και όριο των ασθενών της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας. Οι Dorland και συν. όρισαν ως εφηβεία την περίοδο μεταξύ του 11ου και του 19ου έτους της ζωής, σε αντίθεση με τους Koehnigsberg και συν. που κατατάσσουν στην εφηβεία κορίτσια ηλικίας 10-18 και αγόρια 13-19 ετών. Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Υγείας (National Institute of Health; NIH) των ΗΠΑ τα άτομα ηλικίας <19 ετών συμπεριλαμβάνονται σε κλινικές μελέτες που αφορούν παιδιά, ενώ οι περισσότερες επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες που αφορούν κακοήθη νοσήματα ορίζουν ως εφηβική περίοδο την ηλικία μεταξύ 15-19 ετών.

Επιδημιολογία

Ο καρκίνος στους εφήβους αποτελεί το συχνότερο χρόνιο νόσημα και σχετίζεται με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Η εφηβεία χαρακτηρίζεται από διαφορετική επιδημιολογία του καρκίνου σε σύγκριση με μικρότερες ή μεγαλύτερες ηλικίες. Η επίπτωση του καρκίνου μεταξύ των εφήβων ανέρχεται περίπου σε 200 περιπτώσεις/1.000.000 (εύρος 75-270) και είναι ανάλογη εκείνης παιδιών ηλικίας 0-4 ετών και μεγαλύτερη από την αντίστοιχη παιδιών ηλικίας 5-9 και 10-14 ετών. Τα εμβρυικού τύπου νεοπλάσματα, που απαντώνται συχνότερα σε παιδιά μικρής ηλικίας, όπως το νευροβλάστωμα, το νεφροβλάστωμα, το ρετινοβλάστωμα, το επενδύμωμα και το ηπατοβλάστωμα είναι εξαιρετικά σπάνια στους εφήβους. Επιπλέον, τα επιθηλιακά νεοπλάσματα του πνεύμονα, του μαστού και του ορθού που απαντώνται συχνότερα στους ενήλικες είναι σπάνια στην εφηβική ηλικία.

Σύμφωνα με δεδομένα της Διεθνούς Ταξινόμησης για τον Παιδικό Καρκίνο (International Classification of Childhood Cancer; ICC) προκύπτει ότι τα λεμφώματα Hodgkin (16.1%),



οι όγκοι από γεννητικά κύτταρα (15.2%) και οι όγκοι του ΚΝΣ (10%) αποτελούν τα συχνότερα κακοήθη νοσήματα της εφηβικής ηλικίας όπως φαίνεται στην Εικόνα 1. Αντίθετα, σε παιδιά ηλικίας <5 ετών η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία (29.1%), οι όγκοι του ΚΝΣ (18%) και το νευροβλάστωμα (13.7%) αποτελούν τα συχνότερα κακοήθη νοσήματα (Εικόνα 1).

Όσον αφορά την επίπτωση και την κατανομή των διαφόρων κακοήθων νοσημάτων στην εφηβική ηλικία καταγράφονται σημαντικές διαφορές σε σύγκριση με παιδιά ηλικίας <15 ετών. Συγκεκριμένα, τα ραβδομυοσαρκώματα αντιπροσωπεύουν το 60% των σαρκωμάτων μαλακών μοριών σε παιδιά μικρότερα των 5 ετών, ενώ η επίπτωσή του ελαττώνεται με την ηλικία με αποτέλεσμα να αποτελούν μόνο το 25% των σαρκωμάτων μαλακών μοριών στους εφήβους.

Η ετήσια επίπτωση της οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας επίσης ελαττώνεται με την ηλικία: μεταξύ παιδιών <5 ετών ανέρχεται σε 58.2 περιπτώσεις /1.000.000 αντιπροσωπεύοντας το 30% του παιδικού καρκίνου στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, ενώ στην εφηβική ηλικία καταγράφεται περίπου 5 φορές χαμηλότερη και αντιπροσωπεύει το 6.4%.

Επιπλέον, καταγράφεται μεγαλύτερη επίπτωση των μη Hodgkin λεμφωμάτων στους εφήβους (7.6%) σε σύγκριση με εκείνη παιδιών ηλικίας <5 ετών (3%).

Τέλος, διαφορές όσον αφορά την επίπτωση καταγράφονται επίσης μεταξύ των 2 φύλων στους εφήβους. Συγκεκριμένα, ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένος είναι συχνότερος στα κορίτσια, ενώ τα κακοήθη νοσήματα των οστών, η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία και τα μη Hodgkin λεμφώματα είναι συχνότερα στα αγόρια.

Πρόγνωση, επιβίωση

Η πρόγνωση των εφήβων με καρκίνο έχει βελτιωθεί σημαντικά τις τελευταίες 3 δεκαετίες και η 5-ετής ελεύθερη νόσου επιβίωση (Event Free Survival; EFS) ανέρχεται σύμφωνα με δεδομένα του ICCC σε 77%. Προκύπτει επομένως ότι είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη παιδιών ηλικίας <5 ετών, που ανέρχεται περίπου στο 65-70%. Η πρόοδος στην αντιμετώπιση και θεραπεία των εφήβων με καρκίνο οφείλεται αφενός στις σύγχρονες διαγνωστικές μεθόδους που βοηθούν στην έγκαιρη διάγνωση, καλύτερη σταδιοποίηση και παρακολούθηση της νόσου και αφετέρου στην εντατικοποίηση των χημειοθεραπευτικών πρωτοκόλλων, στους συνδυασμούς φαρμάκων σε υψηλότερες δόσεις και στον περιορισμό της ακτινοθεραπείας. Το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση και το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των εφήβων και των οικογενειών τους αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες που σχετίζονται με χαμηλά ποσοστά επιβίωσης.

Η υψηλότερη EFS αφορά τα λεμφώματα Hodgkin, τους όγκους από γεννητικά κύτταρα και τον καρκίνο του θυρεοειδούς αδένος και ανέρχεται περίπου στο 90%, σε αντίθεση με την χαμηλή EFS που καταγράφεται στα οστεοσαρκώματα, τα σαρκώματα Ewing και τις οξείες λευχαιμίες. Συγκεκριμένα, η επιβίωση εφήβων με λευχαιμία έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία 35 χρόνια και ανέρχεται σήμερα στο 50%. Η αύξηση του συγκεκριμένου ποσοστού επιβίωσης οφείλεται αφενός στην εφαρμογή εντατικών χημειοθεραπευτικών πρωτοκόλλων και αφετέρου στην ευρύτερη χρήση της μεταμόσχευσης αρχέγονων αιμοποιητικών κυττά-

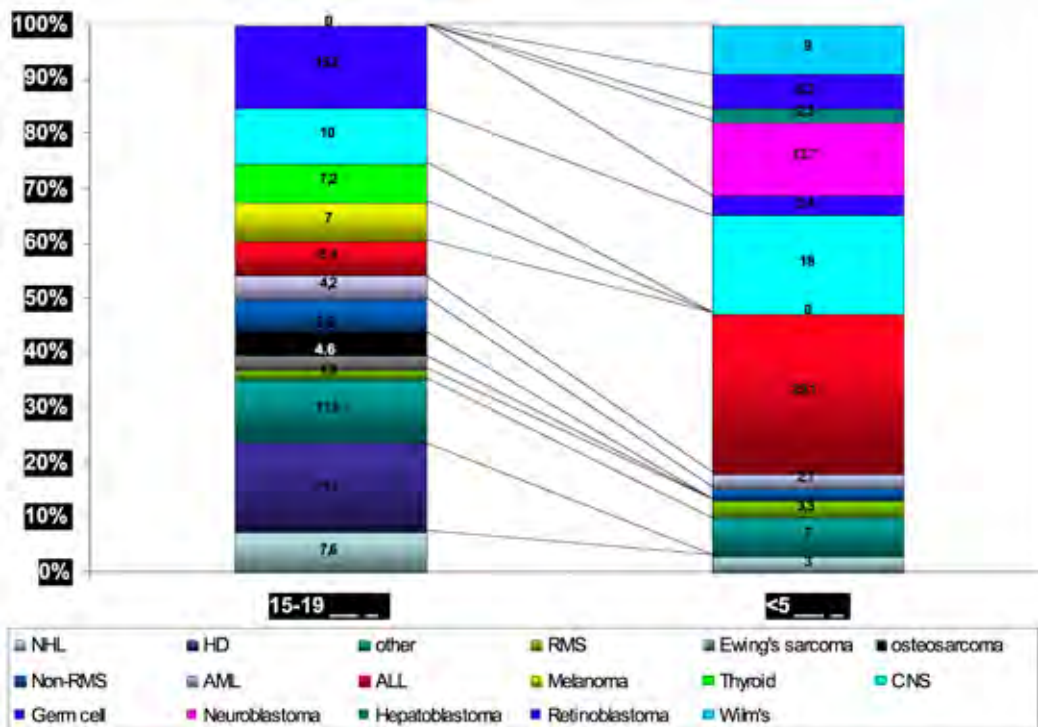


ρων. Η 5-ετής EFS για τα μη Hodgκιν λεμφώματα έχει επίσης βελτιωθεί σημαντικά στους εφήβους και ξεπερνά σήμερα το 70%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό τη δεκαετία 1975-1984 ανερχόταν μόλις στο 55%. Τέλος, όσον αφορά τα σαρκώματα Ewing η επιβίωση αυξήθηκε τις τελευταίες 3 δεκαετίες από 36% σε 56%.

Απώτερες επιπλοκές, ψυχολογικές αντιδράσεις

Σημαντική θέση σήμερα κατέχει η ποιότητα ζωής των εφήβων με καρκίνο. Πρώιμες επιπλοκές από τη χημειοθεραπεία όπως η αλωπεκία, η αύξηση ή η απώλεια βάρους, η ακμή, οι έμετοι, η ναυτία και οι αιμορραγίες αντιμετωπίζονται δυσκολότερα και συνήθως με θυμό, φόβο και άγχος από τους εφήβους σε σύγκριση με παιδιά μικρότερης ηλικίας, λόγω της ιδιαίτερης συναισθηματικής φόρτισης που χαρακτηρίζει την συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Η συνειδητοποίηση της ασθένειας καθώς και των απότερων επιπλοκών της θεραπείας δημιουργούν συχνά αίσθημα μειονεκτικότητας και απόσυρσης στον έφηβο. Ως αποτέλεσμα πολλές φορές οι έφηβοι εμφανίζουν συναισθηματικές αντιδράσεις με κυριότερες την άρνηση, την παλινδρόμηση (επιστροφή σε προηγούμενες φάσεις της ζωής τους), την ανασφάλεια και τη συναισθηματική φόρτιση και ένταση. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι έφηβοι με καρκίνο γνωρίζουν τη σοβαρότητα της νόσου ακόμα και όταν οι γονείς και οι θεράποντες γιατροί τους "προστατεύουν" κρύβοντας την αλήθεια. Ο βασικός στόχος του περιβάλλοντος του εφήβου με καρκίνο οφείλει να μειώσει το άγχος του και να κερδίσει την εμπιστοσύνη του, λαμβάνοντας βέβαια πάντα υπόψη το κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας και την υπάρχουσα οικογενειακή δομή.

Από δεδομένα μελετών προκύπτει ότι οι έφηβοι με καρκίνο εμφανίζουν συχνότερα, μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως η χρήση καπνού και η κατανάλωση οιοπνευματωδών ποτών σε σύγκριση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με καρκίνο. Επιπλέον, οι όψιμες επιπλοκές της θεραπείας με σημαντικότερες τη δυσλειτουργία των γονάδων που εκδηλώνεται με ολιγοσπερμία και/ή στειρότητα και οφείλονται συχνότερα στην εφαρμογή ακτινοθεραπείας και στη χορήγηση αλκυλιωτικών παραγόντων, όπως η κυκλοφωσφαμίδη και η ιφωσφαμίδη, σχετίζονται άμεσα με την ποιότητα ζωής και την εκδήλωση ψυχολογικών διαταραχών των επιζώντων εφήβων. Τέλος, οι έφηβοι σε αντίθεση με παιδιά μικρότερης ηλικίας, λόγω της υψηλής γνωστικής και συναισθηματικής ωριμότητας αντιμετωπίζουν συχνότερα με άγχος και σπανιότερα κατάθλιψη την πιθανότητα θανάτου ή υποτροπής σε όλες τις φάσεις της νόσου.



Εικόνα 1.

Βιβλιογραφία

1. Bleyer W, Tejada H, Murphy S, et al: National cancer clinical trials: Children have equal access; adolescents do not. J Adolesc Health 1997;21:366-373.
2. Bleyer A, O'Leary M, Barr R, et al. Cancer Epidemiology in older adolescents and young adults 15 to 29 years of age, including SEER incidence and survival: 1975-2000. Bethesda, National Cancer Institute, 2006.
3. Bleyer A. Young adult oncology: the patients and their survival challenges. Cancer J Clin 2007;57:242-255.
4. Whyte F. A literature review of adolescence and cancer. Eur J Cancer Care 1997;6:137-146.



Α' ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Συντονιστής: **Μαγδαληνή Γκατζόλα**, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία της αθηρωμάτωσης
Αρετή Χίτογλου - Μακέδου, Καθηγήτρια Κλινικής Βιοχημείας Α.Π.Θ.

Πόνος στο στήθος στην παιδική ηλικία
Ανδρέας Γιαννόπουλος, Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Η συμβολή του απεικονιστικού ελέγχου στη διερεύνηση του
ουροποιητικού συστήματος
Μαγδαληνή Γκατζόλα, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία της αθηρωμάτωσης

Αρετή Χίτογλου - Μακέδου

Καθηγήτρια Κλινικής Βιοχημείας Α.Π.Θ.



Η αθηρωμάτωση των στεφανιαίων αγγείων είναι η συχνότερη αιτία της ισχαιμικής καρδιοπάθειας.

Είναι μία διεργασία μακροχρόνια και πολυπαραγοντική και η δημιουργία της αρχίζει από τις πρώτες ημέρες της ζωής του ανθρώπου και εξελίσσεται κατά την ενηλικίωσή του. Η δυσλειτουργία του ενδοθήλιου αποτελεί την βάση για την πρώιμη εκδήλωση της αθηροσκλήρωσης, που όπως είναι γνωστό εκδηλώνεται κλινικά ως στεφανιαία νόσος ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, νοσήματα που αποτελούν την κύρια αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στο Δυτικό κόσμο. Το ενδοθήλιο δεν έχει ως αποστολή τον παθητικό σχηματισμό του τοιχώματος των αγγείων. Είναι ένας αδένας που εκκρίνει και μεταβολίζει. Τα κύτταρα του ενδοθήλιου παίζουν σημαντικό ρόλο στην διαπερατότητα του αγγειακού τοιχώματος, στη αιμόσταση, στην συγκόλληση των αιμοπεταλίων και λευκών αιμοσφαιρίων μεταξύ τους και με το τοίχωμα των αγγείων, στην ανοσολογική απάντηση σε φλεγμονώδεις μηχανισμούς, στην τροποποίηση των λιπιδίων με την οξειδωση και στην διατήρηση του τόνου των αγγείων. Όλες οι ενδοθήλιο-εξαρτώμενες λειτουργίες ρυθμίζονται από ουσίες αγγειοσυσπαστικές ή αγγειοδιασταλτικές που παράγονται από το ενδοθήλιο. Η αθηροσκλήρωση χαρακτηρίζεται από σταθερή συσώρευση φλεγμονωδών μορίων, σύμπλεγμα λιπιδίων και ινικής. Η δημιουργία και ανάπτυξη της φαίνεται να προάγεται από παράγοντες ενδογενείς και εξωγενείς που διακρίνονται σε λιπιδαιμικούς και μη λιπιδαιμικούς, σε αναστρέψιμους και μη αναστρέψιμους (Πίνακας 1)

Πίνακας 1.

Παράγοντες κινδύνου ΣΝ	Αναστρέψιμοι	Μη αναστρέψιμοι
	↑ ολική χοληστερόλη	- Φύλο
	↑ LDL-χοληστερόλη	- Ηλικία
	↓ HDL-χοληστερόλη	- Οικογενειακό ιστορικό
	↑ τριγλυκερίδια	- ↑ Lp (a)
	- Κάπνισμα - παχυσαρκία	
	- Ομοκυστεΐνη	
	↑ Ινωδογόνο	
	-Υπέρταση - Διαβήτης	
	- Ψυχοκινητικοί- Λοιμώξεις	

Λιπιδαιμικοί παράγοντες κινδύνου ΣΝ Μη λιπιδαιμικοί παράγοντες κινδύνου Ν

↑ ολική χοληστερόλη	Υπέρταση - Διαβήτης - Κάπνισμα - Φύλο
↑ LDL-χοληστερόλη	Ηλικία - Παχυσαρκία - Απουσία άσκησης
↓ HDL- χοληστερόλη	Ινωδογόνο-ψυχοκινητικοί-- Ομοκυστεΐνη
↑ τριγλυκερίδια	Οικογενειακό ιστορικό - Φλεγμονή
↑ Lp (a)	



Οι λιπιδαιμικοί και μη λιπιδαιμικοί παράγοντες κινδύνου ΣΝ είναι ενδογενείς ή εξωγενείς και έχουν στόχο το ενδοθήλιο των αγγείων και την διαταραχή της παραγωγής των διαφόρων παραγόντων που συμβάλλουν στην καλή λειτουργία των κυττάρων του ενδοθηλίου και στον τόνο των αγγείων.

Από τους λιπιδαιμικούς παράγοντες, ο ρόλος της **χοληστερόλης** είναι πολύ σημαντικό σε συνεργασία με τους παράγοντες «κάκωσης» του ενδοθηλίου των αγγείων. Σύμφωνα με τους Ross και Glomset, οι αθηρωματικές αλλοιώσεις αντικατοπτρίζουν μία χρόνια μορφή φλεγμονώδους – ινωδοπαραγωγικής απάντησης του αρτηριακού τοιχώματος στα διάφορα τραύματα, που οδηγεί στην έναρξη της νόσου. (1- 3) Η χοληστερόλη αποτελεί το κύριο δομικό συστατικό των αθηρωματικών πλακών. Κυκλοφορεί στο αίμα με την μορφή των λιποπρωτεϊνών, HDL και LDL. Τυχόν τραυματισμός των αγγείων, επισπεύδει την διείσδυση των λιποπρωτεϊνών ιδιαίτερα των **LDL** στον υποενδοθηλιακό χώρο, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση και ενεργοποίηση και των αιμοπεταλίων στην εκτεθειμένη από τον τραυματισμό περιοχή, την εναπόθεση ιόντων Ca και ινικής. Τα αιμοπετάλια εκκρίνουν αυξητικούς παράγοντες που αυξάνουν τον πολλαπλασιασμό των λείων μυϊκών κυττάρων. (4)

Υψηλά επίπεδα LDL- χοληστερόλης στην κυκλοφορία, οδηγούνται στην διείσυσή τους στον υποενδοθηλιακό χώρο, όπου υφίστανται οξειδωτική τροποποίηση, συνδέονται με τα μακροφάγα και σχηματίζονται τα αφρώδη κύτταρα. Ο βαθμός της οξειδωτικής τροποποίησης εξαρτάται από την ποιότητα του μορίου της LDL χοληστερόλης ως προς το μέγεθος και την πυκνότητα σε αποπρωτεΐνη και χοληστερόλη. Τα μακροφάγα διαθέτουν ειδικούς υποδοχείς για την οξειδωμένη LDL. Η υπερσυγκέντρωση λιπών μέσα στα αφρώδη κύτταρα οδηγεί σε νέκρωση αυτών των κυττάρων και απελευθέρωση της εστεροποιημένης χοληστερόλης, που σχηματίζει μαζί με τα λεία μυϊκά κύτταρα και τον ινώδη ιστό ένα λιπώδη πυρήνα, που σχηματίζει την **λιπώδη γράμμωση**. Με βάση αυτόν τον πυρήνα σχηματίζονται πλάκες που σε συνδυασμό με αιμορραγία και θρόμβωση προκαλούν απόφραξη των αγγείων ελαττώνοντας το εύρος του αυλού του αγγείου.(5)

Τα χαμηλά επίπεδα της **HDL-χοληστερόλη** συνδέονται με την αύξηση του κινδύνου εκδήλωσης της ΣΝ. Η προστασία που προσφέρει η HDL οφείλεται ίσως στο γεγονός ότι οι HDL μεταφέρουν χοληστερόλη από το τοίχωμα των αρτηριών προς το ήπαρ (αντίστροφη μεταφορά χοληστερόλης), αποτελούν αποθήκη πρωτεϊνών που συμβάλλουν στον μεταβολισμό της χοληστερόλης και πιθανόν αποτρέπουν την LDL από οξείδωση.

Η **Lp(a)** αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα εκδήλωσης ΣΝ. Σε ποσά >25 mg/dl έχει αθηρωγόνο, με την LDL που μεταφέρει στο μόριό της και θρομβογόνο δράση γιατί αναστέλλει την διάσπαση του ινώδους.

Οι μη λιπιδαιμικοί παράγοντες αθηρωμάτωσης όπως υπέρταση, διαβήτης, κάπνισμα, φύλο, παχυσαρκία, απουσία άσκησης, ινωδογόνο, ψυχοκινητικοί παράγοντες, ομοκυστεΐνη και φλεγμονή, συμβάλλουν θετικά, επηρεάζοντας τον μεταβολισμό των λιπιδίων, την οξειδωτική τροποποίηση των LDL και τον τόνο των αγγείων με την διαταραχή της παραγωγής των αγγειοδιασταλτικών και αγγειοσυσπαστικών ουσιών.

Υπέρταση

Οι περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η ΣΝ συνδέεται στενά με την αρτη-



ριακή υπέρταση (ΑΥ). Συμπεράσματα της μελέτης Framingham μας δείχνουν ότι η ΑΥ διπλασιάζει τον κίνδυνο ΣΝ ανεξάρτητα από τις τιμές της CH, ενώ η συνύπαρξη ΑΥ, αυξημένης CH και καπνίσματος πολλαπλασιάζει 9 φορές τον κίνδυνο.

Διαβήτης

Καθοριστικός παράγοντας είναι η ινσουλίνη του πλάσματος του διαβητικού ασθενή.

Η έλλειψη ινσουλίνης προκαλεί ελάττωση της στάθμης των HDL στους διαβητικούς τύπου Ι. Σε υπεργλυκαιμικό περιβάλλον αυξάνει ο καταβολισμός της HDL.

Κάπνισμα

Αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου εκδήλωσης της ΣΝ. Θεωρείται περισσότερο θρομβογόνος και λιγότερο αθηρογόνος παράγοντας.

Φύλο

Το ανδρικό φύλο είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου εκδήλωσης ΣΝ έτσι ώστε οι άνδρες να κινδυνεύουν τριπλάσια από τις γυναίκες.

Ηλικία

Η αθηροσκλήρωση αποτελεί εξελικτική νόσο και ο κίνδυνος αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας.

Απουσία άσκησης

Είναι γνωστή η συσχέτιση της HDL και των TG και ότι η καθιστική ζωή παίζει σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό των ανωτέρω λιπιδίων.

Ινωδογόνο

Τα υψηλά επίπεδα ινωδογόνου του πλάσματος θεωρούνται ως ανεξάρτητος παράγοντας εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου, θρομβωτικού αγγειακού επεισοδίου (ΑΕΕ) και περιφερικής αθηροσκληρωματικής αρτηριοπάθειας.

Ο μηχανισμός δράσης των υψηλών επιπέδων του ινωδογόνου στην εκδήλωση ΣΝ είναι αθηρογόνος και θρομβογόνος.

Ψυχοκινητικοί παράγοντες (stress)

Αποτελούν ισχυρό παράγοντα κινδύνου, χωρίς να έχει αποδειχθεί προς το παρόν ότι είναι ανεξάρτητος παράγοντας.

Ομοκυστεΐνη

Ατομα με μεγάλη συγκέντρωση ΟΜΟ στο πλάσμα παρουσιάζουν σε αυξημένη συχνότητα πρώιμη αθηροσκλήρωση και θρομβοεμβολικά επεισόδια.

Το θετικό οικογενειακό ιστορικό, δηλαδή η εμφάνιση στεφανιαίας νόσου στα μέλη μιας οικογένειας πριν από την ηλικία των 55 ετών για άνδρες ή 60 ετών για γυναίκες, αποτελεί έναν εξαιρετικό μήνυμα για την έναρξη της πρόληψης δημιουργίας αθηροσκλήρωσης και εμφάνισης καρδιαγγειακού νοσήματος και στα υπόλοιπα μέλη αυτών των οικογενειών.

Η κληρονομικότητα, αποτελεί ισχυρό παράγοντα δημιουργίας ή εκδήλωσης της νόσου. Ο



συνδυασμός κληρονομικής επιβάρυνσης , περιβάλλοντος και τρόπου ζωής οδηγεί σε εξατομικευμένα αποτελέσματα.(6)

Φλεγμονή

Καθώς η φλεγμονή πιστεύεται να έχει έναν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια των καρδιαγγειακών συμβάντων μετρήσεις των δεικτών φλεγμονής έχουν προταθεί ως καλοί προγνωστικοί δείκτες των ΚΑΝ

Το ήμισυ των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου συμβαίνει σε άτομα που τα λιπίδια του πλάσματος είναι φυσιολογικά. Η CRP είναι πρωτεΐνη οξείας φάσεως και αποτελεί δείκτη φλεγμονώδους επεξεργασίας. Αυξημένα επίπεδα αναφέρονται σε ασθενείς με οξεία ισχαιμία ή έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Δεν είναι απαραίτητη η συνύπαρξη όλων των παραγόντων κινδύνου στον ίδιο οργανισμό για την δημιουργία αθηρωμάτωσης .Η εμφάνισή τους σε διαφορετικές αναλογίες και ένταση σε κάθε οργανισμό δίνει την δυνατότητα της αντιμετώπισης τους εξατομικευμένα.

Η πρόληψη, όπου απαιτείται και ιδιαίτερα από την παιδική ηλικία , με την τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου, ιδιαίτερα με υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση , καταπολέμηση της παχυσαρκίας και φαρμακευτικής αγωγής σε σπάνιες περιπτώσεις , μπορεί να οδηγήσει σε μείωση εμφάνισης των καρδιαγγειακών νοσημάτων σε αυριανούς ενήλικες.

Βιβλιογραφία

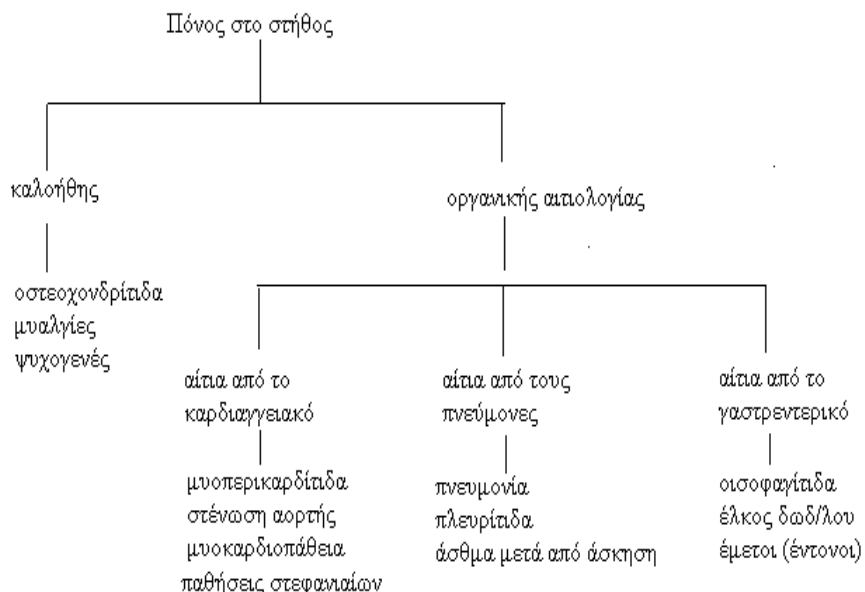
1. Falk E et al. Circulatio 92: 657-671
2. Wilson PW. Et al. Am J Hypertens 7 7S- 12S
3. Ross R.et al. Sciece 180 1332-1339
4. Ganda OP. et al. Cardiol Clin. 23 (2) 153-64
5. Liao JK. Et al. Annu Rev Pharmacol Txicol : 45 89-118
6. Natinal Cholesterol Edycation Program (NCEP) Circulation 17, 106(25) 3143-421.



Πόνος στο στήθος στην παιδική ηλικία

Ανδρέας Γιαννόπουλος
Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Ο πόνος στο στήθος είναι σχετικά συχνό σύμπτωμα (λίγο λιγότερο του 1%) των παιδιών που εξετάζονται εξωτερικά από έναν παιδίατρο. Δημιουργεί φόβο και ανησυχία σε γονείς και παιδιά, ενώ ο παιδίατρος πρέπει γρήγορα να αποκλείσει τον οργανικής αιτιολογίας πόνο στο στήθος που χρειάζεται αντιμετώπιση (σχ.1).¹



Σχ. 1. Αιτίες που προκαλούν πόνο στο στήθος στην παιδική ηλικία.

Στην παιδική ηλικία θεωρείται πολύ σπάνιο να εμφανιστεί πόνος στο στήθος οργανικής αιτιολογίας ως το μοναδικό σύμπτωμα χωρίς άλλα ευρήματα. Ακόμη όμως και στην περίπτωση αυτή η καλή λήψη ιστορικού με αξιολόγηση συμπτωμάτων και η προσεκτική κλινική εξέταση είναι τις περισσότερες φορές αρκετά για τη σωστή διάγνωση.²

Συνήθως έχουμε δύο κατηγορίες παιδιών. Εκείνα με **οξεία, απότομη έναρξη του πόνου που συνήθως θα παρουσιαστούν στα επείγοντα ενός Νοσοκομείου και εκείνα με χρόνιο – υποτροπιάζοντα πόνο** που προγραμματισμένα θα εξεταστούν από παιδίατρο ή καρδιολόγο.³



Αιτίες οξείας έναρξης πόνου στο στήθος (οργανικής αιτιολογίας)

A. Καρδιακά αίτια

1. Περικαρδίτιδα
2. Τραύμα – Αιμοπερικάρδιο
3. Αρρυθμίες
4. Συγγενείς ανωμαλίες στεφανιαίων

B. Μη καρδιακά αίτια

B1. Από τους πνεύμονες

1. Αυτόματος πνευμοθώρακας
2. Πνευμονία – πλευριτική συλλογή
3. Πλευροδυνία

B2. Από το γαστρεντερικό

1. Οξεία οισοφαγίτιδα
2. Ξένο σώμα

Οι πολύ σπάνιες συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων αρτηριών που δεν παρουσιάζουν παθολογικά ευρήματα από την κλινική εξέταση, θα χρειαστούν πολύ καλή αξιολόγηση του ιστορικού και των συμπτωμάτων του παιδιού (χαρακτήρας του πόνου, επέκταση, διάρκεια, σχέση με άσκηση, κλπ.) ώστε πολύ μικρός αριθμός παιδιών να παραπεμφθεί για καρδιολογική εξέταση.⁴

Όλες οι υπόλοιπες περιπτώσεις με καλή κλινική εξέταση καρδιάς και πνευμόνων σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα του παιδιού, το ιστορικό και πιθανόν απλές εργαστηριακές εξετάσεις (α/α θώρακα, ΗΚΓ) εύκολα θα διαγνωστούν.

Αιτίες σε χρόνια – υποτροπιάζοντα πόνο στο στήθος (οργανικής αιτιολογίας)

A. Καρδιακά αίτια

1. Ισχαιμία μυοκαρδίου (π.χ. μυοκαρδίτιδα – μυοκαρδιοπάθεια)
2. Πνευμονική υπέρταση
3. Ανωμαλίες στεφανιαίων - v. Kawasaki
4. Περικαρδίτιδα (κυρίως ιδιοπαθής, αυτοάνοση, μετά εγχείρηση καρδιάς)
5. Αρρυθμίες
6. Πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας

B. Μη καρδιακά αίτια

1. Οστεοχονδρίτιδα
2. Οισοφαγίτιδα



3. Άσθμα μετά από άσκηση
4. Αιμοσφαιρινοπάθεια από δρεπανοκύτταρα

Χρόνιος – υποτροπιάζων πόνος στο στήθος καρδιακής αιτιολογίας αφορά συνήθως παιδιά που παρακολουθούνται από παιδοκαρδιολόγο. Κυρίως είναι παιδιά με περικαρδίτιδα, μυοκαρδιοπάθεια, χειρουργηθείσα καρδιοπάθεια, δυσρυθμίες, ακόμη και πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας, που εμφανίζει το 4% περίπου των παιδιών και που δημιουργεί πόνο στο στήθος σε ποσοστό περίπου 30%.^{5,6} Οι υπόλοιπες περιπτώσεις από διάφορες αιτίες, που προκαλούν πόνο στη θωρακική κοιλότητα (π.χ. οισοφάγος, πνεύμονες, δρεπανοκύτταρα, κλπ.), εύκολα και γρήγορα θα διαφοροδιαγνωσθούν από τον καρδιακή αιτιολογίας πόνο, με καλό ιστορικό και προσεκτική κλινική εξέταση.

Συμπερασματικά: Ο πόνος στο στήθος σε παιδί είναι συνήθως καλοήθης, αθώς, ιδιοπαθής και δεν χρειάζεται καμία θεραπευτική αντιμετώπιση.⁷ Οι ελάχιστες περιπτώσεις οργανικής αιτιολογίας και ειδικά καρδιακής αρχής, που ανησυχούν γονείς και γιατρούς, μπορούν εύκολα και με ακρίβεια να διαγνωσθούν με ένα καλό ιστορικό, σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων και προσεκτική κλινική εξέταση.

Βιβλιογραφία

1. Gessner H.I., Victorica E.B. Pediatric Cardiology. Aproblem Oriented Approach. W. B. Saunders Company 1993:147-151
2. Perry LW. Pinpointing the cause of pediatric chest pain. Contemp Pediatr 1985;2:71-96
3. Emmanouilides C. G. et al. Clinical Synopsis of Moss and Adams. Heart Disease in infants, children and adolescents. Williams and Wilkins, 1988:662-671
4. McNamara DG, Bricker JT, Galimoto FM, et al. 16th Bethesda Conference: Cardiovascular abnormalities in the athlete: recommendatons regarding eligibility for competition. Task Force I: Congenital heart disease. J Am Coll Cardiol 1985;6:1200-1208
5. Γιαννόπουλος Χ. Α. Πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας (MVP) σε νεογνά, βρέφη και παιδιά. Καθορισμός συχνότητας, διαγνωστικών κριτηρίων, αιτιολογικών σχέσεων και προγνωστικών παραγόντων. Διδακτορική διατριβή, Θεσσαλονίκη 2001, αρ 1267
6. Γιαννόπουλος Α., Τσαούσης Γ., Παϊλόπουλος Β., Ελευθεράκης Ν., Παπαδόπουλος Γ., Θανάπουλος Β. «Πόνος στο στήθος καρδιακής αιτιολογίας στα παιδιά», 5^η Επιστημονική Συνάντηση Παιδιάτρων Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, Σάμος, Σεπτέμβριος 2000
7. Selbst SM, Ruddy RM, Clark BJ, et al. Pediatric chest pain: a prospective study. Pediatrics 1988;82:319-323



Η συμβολή του απεικονιστικού ελέγχου στη διερεύνηση του ουροποιητικού συστήματος

Μαγδαληνή Γκατζόλα

Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Η απεικονιστική διερεύνηση του ουροποιητικού είναι, ως γνωστόν, εκτεταμένη και εν μέρει επεμβατική και δαπανηρή. Είναι όμως απαραίτητη για κάθε παιδί με ύποπτο ή γνωστό πρόβλημα του ουροποιητικού του συστήματος. Η διασφάλιση καλής νεφρικής λειτουργίας είναι, φυσικά, ιδιαίτερα σημαντική για κάθε παιδί και βασική προϋπόθεση γι' αυτό αποτελεί η έγκαιρη αποκάλυψη της υποκείμενης ανατομικής ή λειτουργικής διαταραχής.

Οι συγγενείς διαμαρτίες του ουροποιητικού, ένας δυνητικός κίνδυνος επηρεασμού της νεφρικής λειτουργίας, είναι ιδιαίτερα συχνές λόγω της πολύπλοκης και πολυεπίπεδης εμβρυογένεσης αυτού του συστήματος (πρόνεφρος, μεσόνεφρος, μετάνεφρος).

Οι ουρολοιμώξεις, οι πιο συχνές μικροβιακές λοιμώξεις στα παιδιά, εμφανίζουν μεγάλη ετερογένεια στο υποκείμενο ανατομικό τους υπόστρωμα (ΚΟΠ, υδρονέφρωση, εκκολπώματα κ.λ.π.). Η κατάλληλη αντιμετώπισή τους αποτρέπει, κατά το δυνατόν, την ανάπτυξη νεφρικών ουλών, που ενδέχεται να οδηγήσουν σε υπέρταση και νεφρική ανεπάρκεια.

Οι λειτουργικές διαταραχές της ούρησης, συχνότερες στα παιδιά, ευθύνονται για τις συχνές υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, για τον κίνδυνο ανάπτυξης δευτεροπαθούς ΚΟΠ και όλα τα δυσάρεστα επακόλουθα, που τελικά ενδέχεται να επηρεάσουν ανεπανόρθωτα τη νεφρική λειτουργία.

Στις μέρες μας υπάρχουν αρκετές απεικονιστικές εξετάσεις, που η συνεκτίμηση των ευρημάτων τους συμβάλλει στην ορθή διάγνωση.

Το απλό ECHO νεφρών και κύστης-πριν και μετά την ούρηση- το δυναμικό Doppler ECHO νεφρών, το προγεννητικό ECHO, η υπερηχοκυστεογραφία (ECHO-ΚΟΓ), η συμβατική και η ραδιοϊσοτοπική ΚΟΓ, το στατικό (DMSA) και δυναμικό (MAG-₃ ή DTPA) σπινθηρογράφημα νεφρών, η αξονική (CT) και μαγνητική (MRI) τομογραφία και η μαγνητική ουρογραφία (MRU) αποτελούν μια πληθώρα απεικονιστικών δυνατοτήτων στα χέρια του παιδιάτρου. Η συνετή και ορθή επιλογή του είδους της εξέτασης και του χρόνου διενέργειας της αφενός θα θέσει τη διάγνωση και αφετέρου θα εκτιμήσει την πορεία της όποιας υποκείμενης διαταραχής. Κύριος στόχος του παιδιάτρου είναι να επιλέξει τη λιγότερο επεμβατική μέθοδο με τη λιγότερη, δυνατή, ακτινοβολία.



ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Φανή Αθανασιάδου - Πιπεροπούλου**

Οι περικυκλωμένοι νέοι (μεταξύ μύθων και πραγματικότητας)
Ιωάννης Πανούσης, Καθηγητής Εγκληματολογίας, Τμήμα Επικοινωνίας και
Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών



Οι περικυκλωμένοι νέοι (μεταξύ μύθων και πραγματικότητας)

Ιωάννης Πανούσης

Καθηγητής Εγκληματολογίας, Τμήμα Επικοινωνίας και Μέσων Μαζικής
Ενημέρωσης Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

«Στο σκαμνί στα 13 του
γιατί οδηγούσε ποδήλατο χωρίς άδεια»

ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ 16/4/04

A. Εισαγωγικά

Ο δημόσιος διάλογος που αναφέρεται στην (αντι)κοινωνική συμπεριφορά των νέων συχνά εξαντλείται σε γκριζες στατιστικές και σε μαύρες προβλέψεις¹.

Η επίκληση επιχειρημάτων ηθικής τάξης και η σοβούσα ανασφάλεια των ενηλίκων θαμπώνουν τόσο τις θεωρητικές αναλύσεις όσο και τα προτεινόμενα μέτρα διαχείρισης της (όποιας) κρίσης².

Στο όνομα του πραγματικού συμφέροντος του νέου³ θυσιάζουμε το δικαίωμά του σε αυτοπροσδιορισμό και αυτοδιάθεση.

Με βάση χιλιοειπωμένα, αόριστα και ασαφή πλαίσια σύγκρουσης αξιών και ανομίας⁴ δημιουργούμε έναν ασφικτικό κλοιό γύρω από το νέο άνθρωπο και προκαλούμε αυτό το οποίο έχουμε ήδη προαναγγείλει ή και προκαταγγείλει.

Μ' αυτές τις συνταγές αποτυχίας ή εφπυσχασμού ημών των ιδίων όχι μόνο δεν λύνουμε κανένα κοινωνικό (και ιδίως προσωπικό) πρόβλημα των νέων αλλά επιπλέον διαρρηγνύουμε τις σχέσεις εμπιστοσύνης ανάμεσα στις γενιές, στην οικογένεια, στη φιλία, στην κοινότητα.

Η ποινική νομοθεσία που αφορά τους νέους αντί ν' ανοίγει νέους δρόμους στη νομοθεσία των ενηλίκων υιοθετώντας πρωτοποριακά και φιλελεύθερα μέτρα, έχει μετατραπεί σε πεδίο πειραματισμού, δοκιμής μέτρων περισσότερο καταπιεστικών (ή σε κάθε περίπτωση πανοπτικής έμπνευσης και κρυφοκατασταλτικής πρόληψης).

Αυτή την πτυχή της ποινικοπαιδαγωγικής αντιμετώπισης των νέων θα επιχειρήσουμε να φωτίσουμε στο άρθρο αυτό με άξονα τη *μηδενική ανοχή* και την *αναμορφωτική λογική*.

B. Μηδενικά δικαιώματα;

Η μηδενική ανοχή όπως έχει ήδη επισημανθεί από πολλούς εγκληματολόγους⁵ έχει στο στόχαστρο (και) τους νέους κι ως σκοπό την ποινικοποιημένη κοινωνική πειθαρχία.

Παρά τη σχετική προπαγάνδα και (παρα)φιλολογία περί μέτρων μείωσης της εγκληματικό-

1. Βλ. αντί άλλων Γ. Πανούση, Έγκλημα και ανήλικοι: πανόραμα αριθμών και δημοσιευμάτων, σε «Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχοπαθολογία», τ.Δ', Ατραπός, 2002, σ.387

2. οπ. π., σ.399 επ.

3. Πρβλ. Γ. Πανούση, Ανάδοξη οικογένεια και αναμορφωτικά μέτρα ανηλίκων, *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, τ.119, 2001, σ. 93 επ. – Για best interest [συμφέρον παιδιού] βλ. Ν. Κουράκη, Δίκαιο παραβατικών Ανηλίκων, Αθήνα 2004, σ.258- Για intérêt supérieur de l' enfant βλ. Projet de Résolutions Colloque préparatoire au XVIII^e Congrès International de Droit pénal, Vienne 26-28/9/02, AIDP 2004/1, σ.20

4. Βλ. αντί άλλων Robert Cario, Jeunes délinquants. A la recherche de la socialisation perdue, 2ème éd., L'Harmattan, 1999, σ.182 επ.

5. Βλ. μ.ά. Θ. Παπαθεοδώρου, Δημόσια Ασφάλεια και Αντεγκληματική Πολιτική, Νομική Βιβλιοθήκη, 2002, σ.232 επ., Χ. Δημόπουλου, Η παγκοσμιοποίηση του εγκλήματος, Εγκληματολογικά-24, 2003, σ.49, Λ. Vacquant, Οι φυλακές της μιζέριας, Πατάκης, 2001, σ.37- Ν. Κουράκη, οπ.π., σ.277



πτας (τουλάχιστον αυτής του δρόμου) στην πραγματικότητα οι πρακτικές της μη-δενικής ανοχής έχουν κατατείνει στην περι-κύκλωση ομάδων με χαρακτηριστικά διαφορετικά των κρατούντων.

Η καθεστηκυία τάξη δεν *ανέχεται* μια αταξία που δεν προκαλεί η ίδια (ή το σύστημα το οποίο υπηρετεί) και η οποία δεν της αποφέρει κανένα κέρδος, *δεν ανέχεται* να εμπίπτει και αυτή στο πεδίο της κοινωνίας της διακινδύνευσης (αφού τους κινδύνους τους επιφυλάσσει για τους άλλους) και βέβαια *δεν ανέχεται* τη συνύπαρξη (ακόμα και τη χωροταξική) των αποκλειστών με τους αποκλεισμένους⁶.

Η σύνδεση της αστικής βίας με την παραβατικότητα επιβίωσης (ακόμα και των ανηλίκων)⁷ και η ταύτιση της αντεγκληματικής πολιτικής με την εμπέδωση αισθήματος ασφάλειας στους (φιλήσυχους;) πολίτες, η οποία επιτυγχάνεται κυρίως με την υπερποινικοποίηση της φτώχειας και του αποκλεισμού, δεν μπορούσε παρά ν' αναζητήσει αποδιοπομπαίους τράγους κι εξιλαστήρια θύματα (και) στο χώρο των απείθαρχων νέων του δρόμου.

Ο Νόμος και Τάξη κάνουν μεν τα «στραβά μάτια» στα εγκλήματα λευκού κολλάρου, ψιλών καπέλων ή πολιτικής διαφθοράς⁸, έχουν όμως ορθάνοιχτα τα μάτια τους όταν πρόκειται γι' ατίθασους αμφισβητίες.

Οι δράσεις αυτές δεν θεμελιώνονται στην «επικινδυνότητα» που απορρέει από τους «εν ηθικώ κινδύνω ευρισκόμενους ανηλικούς»⁹ αλλά δικαιολογούνται –τουλάχιστον στην κοινή γνώμη– ως κοινωνική άμυνα των εχόντων κατά των διεκδικούντων.

Είναι όμως έτσι τα πράγματα;

Μέσα από το ανοργάνωτο ή οργανωμένο παιχνίδι ο νέος συχνά καταλήγει στην παράβαση, σύμφωνα με δικούς του συμβολισμούς χωρίς όμως θεσμικές και κοινωνικές αναπαραστάσεις εγκλήματος και τιμωρίας¹⁰.

Μπορεί η φυγή¹¹ από το σπίτι ή η αναζήτηση αυτονομίας¹² να σχετίζονται με ορισμένες αξιόποινες πράξεις, όμως η ποινικοποίηση των προεγκληματικών καταστάσεων¹³ δημιουργεί ρωγμές στα συνταγματικά δικαιώματα.

Οι προεγκληματικές καταστάσεις δεν πρέπει υποχρεωτικά να ταυτίζονται με τον προπαραβατικό ανήλικο ούτε να χρεώνονται ατομικά σ' αυτόν¹⁴.

Όσο οι κοινωνικές παράμετροι παραβλέπονται τόσο και η χάραξη αντεγκληματικής πολιτικής θα κινείται άναρχα ανάμεσα σε ηθικολογίες για «ευάλωτα άτομα» και στον ανταποδοτικό/ εκδικητικό παραδειγματισμό απέναντι στον κοινωνικά απείθαρχο, αυτόν τον ανήλικο που «δεν μας μοιάζει» και «δεν μας ακούει».

Από τα *στερημένα παιδιά* προχωρήσαμε στα *αδικημένα παιδιά* και τώρα κινούμαστε στον αστερισμό των *παιδιών σε κίνδυνο*¹⁵ (πιθανόν για να συνδυάσουμε την κατάστασή τους με

6. Βλ. Γ. Πανούση, Το έγκλημα του φτωχού και η φτώχεια ως έγκλημα, 2001, σ.29

7. Βλ. Θ. Παπαθεοδώρου, Οι μεταμορφώσεις της μηδενικής ανοχής –Το νέο σχέδιο νόμου για τη μεταχείριση των ανηλικών παραβατών στη Γαλλία, *ΠοινΔικ* 11/2002, σ.1197

8. Βλ. Γ. Πανούση, Ποιος ο διαφθορεύς του κρατούμενού μας; *ΠοινΔικ* 3/2004, σ.317

9. Βλ. μ.ά. Χ. Δημόπουλου, Η προεγκληματική επικινδυνότητα και τα μέτρα για την αντιμετώπισή της, 1988, σ.285, Γ. Θάνου, Αναμορφωτική μεταχείριση εγκληματιών και σε «ηθικό κίνδυνο» ανηλίκων, *Επιθ. Κοιν. Ερευνών*, 1978, τ.33-34, σ.386

10. Βλ. D. Kalogeropoulos, Conscientisations [en rapport avec la gestion de la Question Criminelle], Τιμητικός Τόμος Α. Μαραγκοπούλου, 2004, σ.509 επ. –βλ. και Γ. Πανούση, Νεανική εγκληματικότητα. Το «παιχνίδι» και η «πρόκληση», σε «Πρόληψη και Αντιμετώπιση της εγκληματικότητας των ανηλίκων. Επανεκπαίδευση-Ένταξη» (επιμ. Λ. Μπεζέ), 1990, σ.62

11. Βλ. Gérard et Béatrice de Beaupuis, L' enfant et le droit, Larousse 1978, σ.137

12. Βλ. Γ. Πανούση, Νεανική εγκληματικότητα, οπ. π., σ.63

13. Βλ. Στρ. Γεωργούλα, Ανήλικοι παραβάτες στην Ελλάδα, *Ελλ.Γραμμ.*, 2000, σ.141 επ.

14. οπ. π., σ.141 επ.

15. Βλ. Elizabeth Swadener, «Σε κίνδυνο» ή «Πού υπόσχομαι;» -Από τις ελλειμματικές εκδοχές για τα «παιδιά της άλλης κατηγορίας»



την κοινωνία της διακινδύνευσης).

Αυτή όμως η ετικέτα «σε κίνδυνο» αφενός παραπέμπει σε αντικειμενικά στοιχεία (φτώχεια, αποκλεισμός, αρνητικό οικογενειακό περιβάλλον) κι αφετέρου προσδίδει στοιχεία προσωπικού πεπρωμένου στο ίδιο το παιδί.

Αντί λοιπόν να κινητοποιηθεί το Κράτος Πρόνοιας προκειμένου να στηρίξει οικογένεια και ανήλικους και να δώσει τη δεύτερη (ή και νιοστή) ευκαιρία στο νέο άνθρωπο για να πάρει με καλύτερους όρους τη μοίρα στα χέρια του¹⁶ αντίθετα ενεργοποιούνται ποινικοσωφρονιστικοί μηχανισμοί (επίσημοι ή και συγκεκαλυμμένοι) για να τον κυνηγήσουν.

Η περιστασιακή ή συγκυριακή δυσ-κοινωνικότητα ή ακόμη και τα λάθη των νέων¹⁷ δεν συνδέονται με τις αστάθειες του κοινωνικού συστήματος, ούτε με την κλίμακα αξιών¹⁸ των ενήλικων. Αποδίδονται στους ίδιους τους νέους και μόνο. Ακόμα κι όταν τα κριτήρια του «κοινωνικά ορθού» αιφνιδώς αλλάζουν για/ από τους ενήλικες, οι νέοι βρίσκονται πάντα περικυκλωμένοι από δυνάμεις *κοινωνικής ρύθμισης* (που συνήθως κινούνται μέσα σε κλίμα «κοινωνικής απορύθμισης»). Δεν τους αφήνεται/ουμε καθόλου και ποτέ χώρο ηθικοπολιτισμικής αυτορύθμισης καθώς ασφυκτιούν μέσα σ' ένα ιεραρχημένο, συστηματοποιημένο, νομιμοποιημένο κανονιστικό κοινωνικό πλαίσιο¹⁹.

Η «υγιής και πολιτισμένη κοινωνία» ενώ διακηρύσσει ότι στηρίζει το μέλλον της στους νέους²⁰ την ίδια ώρα προ-καθορίζει ή δυναμιτίζει την ελευθερία των νέων στο να διαμορφώσουν το μέλλον τους²¹ (κινητοποιώντας μηχανισμούς κοινωνικής πειθαρχίας)²².

Οι διαδικασίες αλληλοσπόρριψης²³ καταλήγουν όπως είναι φυσικό σε περιορισμό των δικαιωμάτων του νέου κι όχι σε ανάληψη ευθύνης από τους κινούντες τα νήματα.

Με το να συνεχίζουμε να δεχόμαστε ότι ο νέος (πρέπει να;) είναι το πρώτο θύμα στις παραβιάσεις των δικαιωμάτων του ανθρώπου²⁴ ή το ν' αντικαθιστούμε τα δικαιώματα από τις ευκαιρίες²⁵ ή να μην τολμάμε να ορίσουμε άλλη ηλικία (από το 18^ο έτος) που να δικαιολογεί διαφορετική αντιμετώπιση ενός εγκλήματος που τέλεσε «ανήλικος»²⁶ αποδεικνύουμε αυτό το μετέωρο θεσμικό βήμα το οποίο δημιουργεί σειρά ερωτημάτων.

Όπως π.χ. αν η ηλικία του δράστη ή η σοβαρότητα του εγκλήματος καθορίζουν την ποινικο-

στις δυνατότητες ουσιαστικών συμμαχιών με παιδιά και οικογένειες, σε «Ανθρώπινη Αξιοπρέπεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός», Εταιρεία Πολιτικού Προβληματισμού Νίκος Πουλαντζάς, Ελληνικά Γράμματα, 1999, σ.133

16. οπ. π., σ.141 επ.

17. Βλ. *Α. Μπεζέ*, Δυσκοινωνικότητα των νέων και δυσκολία προσαρμογής του αναμορφωτικού συστήματος, σε «Πρόληψη και Αντιμετώπιση της εγκληματικότητας των ανηλικών – Επανεκπαίδευση – Ένταξη» (Επιμ. *Α. Μπεζέ*), Ελληνογαλλικό συμπόσιο, 1990, σ.31

18. Βλ. *Ν. Τάση*, Θεωρητικοί και μεταθεωρητικοί προβληματισμοί στην κοινωνιολογία των ανηλικών παραβατών, σε «Πρόληψη...», οπ. π., σ.40 επ. –βλ. και *Ν. Κουράκη*, Έφηβοι παραβάτες και κοινωνία, Μελέτες Ευρωπαϊκής Νομικής Επιστήμης-1, 1999, σ.35 επ.

19. Βλ. *J.Selosse*, Ρουρκοί étudier la délinquance juvénile dans une perspective développementale?, σε «Πρόληψη...», οπ. π., σ.51

20. Βλ. *Αγ. Τρωιάνου-Λουλά*, Οι νέοι και η μέριμνά τους σε μία ειδική αντεγκληματική πολιτική, σε «Αντεγκληματική πολιτική –II», (εκδ. επιμ. *Ν.Κουράκης*), Ποινικά-59, 2000, σ.210

21. Βλ. *Γ. Πανούση*, Έγκλημα και ανήλικοι: Πανόραμα αριθμών και δημοσιευμάτων, σε «Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική ψυχοπαθολογία», (επιμ. *Ν. Πολεμικός, Μ. Καίλα, Φ. Καλαβάσης*), τ.Δ', Ατραπός, 2002, σ.400 επ.

22. Βλ. *Ι. Τσίγκανου*, Ο θεσμικός της οικογένειας ως μηχανισμός άσκησης εγκληματοπροληπτικού ελέγχου στο ελληνικό ποινικό δίκαιο, σε «Αντεγκληματική Πολιτική –II», οπ. π., σ.210 επ. –βλ. και *Χ. Δημόπουλου*, Η προεγκληματική επικινδυνότητα και τα μέτρα για την αντιμετώπισή της, 1988, σ. 225 επ.

23. Βλ. *Ευτ. Φυτράκη*, Ανήλικος παραβάτης: ένα καλά «καμουφλαρισμένο» θύμα, σε «Αντεγκληματική Πολιτική –II», οπ. π., σ.236 επ.

24. Πρβλ. *Π. Νάσκου-Περράκη*, Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού, Τετράδια Διεθνούς Δικαίου-17, 1990, σ.12

25. οπ. π., σ.14

26. Βλ. Στοιχειώδεις Κανόνες των Η.Ε. για την Απονομή Δικαιοσύνης σε Ανήλικους (Κανόνες Πεκίνου), 1985 [άρθρο 2.2.(α)]



δικονομική αρμοδιότητα και την περαιτέρω σωφρονιστική μεταχείριση)²⁷; Αν πρόκειται για νέα μορφή αντεγκληματικής πολιτικής «απόλυτης ασφάλειας» (στο πλαίσιο της μηδενικής ανοχής)²⁸, όπου ο πανοπισμός αντικαθιστά (ή συμπληρώνει;) την κοινωνικοπαιδαγωγική πρόληψη ή αν απλά βγάσουμε εκτός παραγωγής και κοινωνίας τα λειτουργικά απόβλητα²⁹;

Ο σύγχρονος φαύλος κύκλος «επανορθωτικών κυρώσεων» ή μέτρων ασφαλείας (που ονομάζονται «αναμορφωτικά μέτρα») για προληπτική συμμόρφωση³⁰ αγκαλιάζουν θανάσιμα τα δικαιώματα των νέων παρά τις διεθνείς και συνταγματικές ρυθμίσεις.

Γ. Ηλικιακοί κύκλοι ελευθεριών;

Η παιδική ηλικία τελεί υπό την προστασία του Κράτους (άρθρο 21 §1 Σ) το οποίο παίρνει και ειδικά μέτρα για τη νεότητα (άρθρο 21 §3 Σ).

Παρά τη σύγχυση των όρων «νεότητα» και «παιδική ηλικία» και την ασάφεια του νομικού εννοιολογικού περιεχομένου κάθε όρου³¹, ο *ανήλικος* –μαζί με την *ανηλικότητα*– εξακολουθούν να συνιστούν ιδιαίτερη βιο-κοινωνική κατηγορία³² με έννομες συνέπειες.

Η *ειδική νομική θέση* του ανήλικου τον καθιστά αντικείμενο προστασίας από το Δίκαιο χωρίς όμως να χάνει, ως υποκείμενο, τα συνταγματικά του δικαιώματα³³.

Επειδή ο ανήλικος πρέπει να προστατεύεται *και* έναντι του Κράτους³⁴ (ακόμα και μέσω της αυτο-διάθεσης) και κυρίως να «πολεμήσει» τις έννοιες «του πραγματικού συμφέροντος» (που τη χρησιμοποιούν κατά βούλησιν οι ενήλικες) και της «ηθικής εκτροπής» (που τη διαχειρίζεται ο κοινωνικός έλεγχος) ίσως να πρέπει να αναθεωρήσουμε την ελαστικότητα των χρονικών ορίων.

Η Διεθνής Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού, τα οποία εντάσσονται στα δικαιώματα του ανθρώπου, καθοδηγεί και τον εθνικό συνταγματικό νομοθέτη και τον ερμηνευτή³⁵.

Το άρθρο 1 που θέτει ως απώτατο χρονικό όριο προστασίας του παιδιού το 18^ο έτος (έτος ενηλικίωσης –αλλά όχι ποινικής ενηλικίωσης–³⁶), το άρθρο 3 το οποίο προβλέπει και την αποκλειστικότητα του συμφέροντος του παιδιού σε περιπτώσεις όπως π.χ. στη δίκαιη δίκη (άρθρο 40)³⁷, το άρθρο 12 που καθιερώνει το δικαίωμα των ανηλικών στην παροχή έννομης δικαστικής προστασίας προκειμένου να υπερασπίσουν τα δικαιώματά τους (αποδεχόμενο την ικανότητα κρίσης)³⁸, το άρθρο 13 §2 που περιορίζει το δικαίωμα ελευθερίας της

27. Βλ. Θ. Παπαθεοδώρου, Δικαιοσύνη ενηλικών και ανήλικου δράστες: τα έσχατα όρια της «μηδενικής ανοχής» στις ΗΠΑ, *ΠοινΔικ* 1/2000, σ.77

28. οπ. π., σ.79

29. Βλ. Γ. Πανούση, Το έγκλημα του φτωκού..., οπ. π., σ.20 επ.

30. Βλ. Στρ. Γεωργούλα, οπ. π., σ.171

31. Βλ. Στ. Κουτσουμπίνη, Η συνταγματική θέση του ανήλικου, σε «Πρόληψη...», οπ. π., σ.141

32. οπ. π., σ.142

33. οπ. π., σ.145-148

34. οπ. π., σ.146

35. Βλ. Κ. Χρυσόγονου, Η Διεθνής Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού και το Σύνταγμα, σε «Η Διεθνής Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού και η εσωτερική έννομη τάξη», Κέντρο Διεθνούς και Ευρωπαϊκού Οικονομικού Δικαίου, 2002, σ.23- βλ. και Ν.Κουράκη, Δίκαιο..., σ.254 επ.- Δεν αναγνωρίζεται όμως η παιδική ηλικία ως αυτοτελές έννομο αγαθό με φορέα μόνο τον ίδιο τον ανήλικο βλ. Ι. Μανωλεδάκη, Η παιδική ηλικία ως αυτοτελές έννομο αγαθό στο ποινικό δίκαιο, *Νο Β* 1984, τ. 32, σ. 1107, 1113

36. Βλ. Κ. Γάγου, Άρθρο 1 (Ορισμός της έννοιας «παιδί»), σε «Η Διεθνής Σύμβαση...», οπ. π., σ.31 –βλ. και Αγγ. Πιτσελά, Σύστημα δικαιοσύνης για ανήλικους: Πρότυποι κανόνες των Ηνωμένων Εθνών, σε «Αντεγκληματική Πολιτική –III», οπ. π., σ.195- βλ. και Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα (Ν.2462/97)

37. Βλ. Χ. Ανθόπουλου, Άρθρο 3 (Συμφέρον του παιδιού...), σε «Η Διεθνής Σύμβαση...», οπ. π., σ.48 –βλ. και Αγγ. Πιτσελά, οπ. π., σ.195

38. Βλ. Αικ. Σγουρίδου, Άρθρο 12 (Σεβασμός για τις απόψεις του παιδιού), σε «Η Διεθνής Σύμβαση...», οπ. π., σ.118, 119



έκφρασης για τη διαφύλαξη (και) της δημόσιας τάξης (έννοιας ιδιαίτερα «ασαφούς»)³⁹, συγκροτούν ένα πρώτο πλαίσιο αμφιταλαντευόμενων ρυθμίσεων. Το άρθρο 19 που προστατεύει το παιδί από τη βία και την εκμετάλλευση, την κακομεταχείριση και την εγκατάλειψη και που απαγορεύει ακόμα και τη σωματική βία «ως παιδαγωγικό μέτρο»⁴⁰ (όπου όμως πολλές φορές η κατάχρηση σχέσης/ επιμέλειας των γονέων συγκρούεται με την κατάχρηση εξουσίας της επεμβαίνουσας δημόσιας δύναμης), το άρθρο 33 που προστατεύει τα παιδιά από την παράνομη χρήση ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών⁴¹ (μολονότι το «ευάλωτο, εύπλαστο και αδύναμο παιδί» συνιστά τον καλύτερο πελάτη για χώρες που παράγουν τέτοιες ουσίες αλλά ταυτόχρονα έχουν υπογράψει και τη Διεθνή Σύμβαση και μολονότι με το πρόσχημα της προστασίας διευρύνεται επικίνδυνα ο κοινωνικός έλεγχος)⁴² προσδίδουν σε ορισμένες ευαίσθητες περιπτώσεις ένα άρωμα προφύλαξης των νέων, ενώ στην ουσία πρόκειται για κεκαλυμμένο καταλογισμό ευθύνης στους ενήλικες δράστες.

Το άρθρο 37 που αφορά την προσωπική ελευθερία και την απαγόρευση βασανιστηρίων⁴³ δεν φαίνεται ν' αποκλείει τον εγκλεισμό σε ίδρυμα του νέου (και μετέφηβου) που αντιμετωπίζει δυσχέρειες κοινωνικής προσαρμογής⁴⁴ (προπαραβατικός;), ενώ το άρθρο 40 για την ποινική μεταχείριση διακηρύσσει τον παιδαγωγικό (και επανακοινωνικοποιητικό) χαρακτήρα της ποινικής μεταχείρισης⁴⁵. Ενδιαφέρον στο σημείο αυτό έχει η «διεξαγωγή ειδικής έρευνας για.. την ηθική του κατάσταση»⁴⁶ καθώς και οι διαδικαστικές εγγυήσεις για κατηγορούμενους ανήλικους (που εντάσσονται στο πλαίσιο της δίκαιης δίκης)⁴⁷, αν και η ρήτρα «...να μην καθίσταται ύποπτο»⁴⁸ μάλλον δεν λειτουργεί καθόλου (για να μην πω ότι λειτουργεί εναντίον του ανήλικου ως στερεοτυπική αντίδραση των μηχανισμών καταστολής). Το ίδιο ισχύει και για την παραβίαση του τεκμηρίου αθωότητας και του κατασκευασμένου από τα ΜΜΕ στιγματισμού των ανηλικών⁴⁹ που στην πράξη ακυρώνουν τη μη-υποχρέωση του ανήλικου «να ομολογήσει την ενοχή του» [άρθρο 40 §2β (iv)] αφού όλα τεκμαίρονται «βεβαιωμένα» και δισεταυρωμένα.

Έτσι όχι μόνο παραβιάζεται «το δικαίωμα του ανήλικου στην ιδιωτική ζωή» [άρθρο 40 §2β (vii)]⁵⁰ αλλά και διαχέεται ο «ηλεκτρονικός έλεγχος» και σε ολόκληρο το περιβάλλον του. Οι αρχές του τυπικού κοινωνικού ελέγχου τελικά καθίστανται έσοχατο μέτρο⁵¹ όχι για λόγους πολιτικής αλλά διότι οι άτυποι κοινωνικοποιητικοί θεσμοί στιγματίζονται ταυτόχρονα από το έγκλημα του ανήλικου (αν δεν στιγματίζουν αυτοί νωρίτερα τον ανήλικο).

39. Βλ. Θ. Μέλφου, Άρθρο 13 (Ελευθερία έκφρασης...), σε «Η Διεθνή Σύμβαση...», οπ. π., σ.131-132

40. Βλ. Σ. Πάντζαλη, Άρθρο 19 (Προστασία από βία...), σε «Η Διεθνή Σύμβαση...», οπ. π., σ.184-185 –βλ. και άρθρο 34 (Προστασία από σεξουαλική εκμετάλλευση και βία)- βλ. και Ι. Μανωλεδάκη, οπ. π., σ.1110

41. Βλ. Π. Ζαγούρα-Ν. Κουλούρη, Άρθρο 33 (Προστασία από ναρκωτικές ουσίες), σε «Η Διεθνή Σύμβαση...», οπ. π., σ.336

42. Βλ. Ι. Φαρσεδάκη, Παραβατικότητα και κοινωνικός έλεγχος ανηλικών, 1985, σ. 110 επ.

43. Βλ. Αικ. Σγουρίδου, Άρθρο 37 (Προσωπική ελευθερία...), σε «Η Διεθνή Σύμβαση...», οπ. π., σ.384 επ., 386

44. οπ. π., σ.391

45. Βλ. Ε. Σταθουλοπούλου, Άρθρο 40 (Ποινική μεταχείριση), σε «Η Διεθνή Σύμβαση...», οπ. π., σ.413 επ.

46. οπ. π., σ.418 –βλ. και άρθρο 239 §2β ΚΠΔ

47. οπ. π., σ.421

48. Άρθρο 40 § 2(α) ΣΔΠ

49. Πρβλ. Γ. Πανούση, Συμ-βολικές κατασκευές της πραγματικότητας; σε «ΜΜΕ & Πολιτισμός», Εντελέχεια, 2004, σ.82 επ. –βλ. και Ν. Κουράκη, Νεότερες ευρωπαϊκές εξελίξεις στο Δίκαιο της Παραβατικότητας των Ανηλικών, Ποινικόλογος 1/2001, σ.305 –βλ. και Κατευθυντήριες Γραμμές Ριάντ (40-44)

50. Βλ. Ε. Σταθουλοπούλου, οπ. π., σ.434 επ.

51. Βλ. Κατευθυντήριες Γραμμές για την πρόληψη της παραβατικότητας των Ανηλικών (Κατευθυντήριες Αρχές του Ριάντ), 1990, (Ι. παρ. 6)



Η κοινωνική αντίδραση π.χ. σε ανήλικους ευρισκόμενους σε ηθικό κίνδυνο όχι μόνο παραβιάζει τις ατομικές ελευθερίες⁵² αλλά επενδύει την προεγκληματική επικινδυνότητα⁵³ με «ασαφή και επικίνδυνα» ηθοπλαστικά κριτήρια που λειτουργούν εναντίον του ανήλικου (κατά παράβαση της Διεθνούς Σύμβασης που μόνον ευνοϊκότερη μεταχείριση ανέχεται).

Δ. Ανήλικοι παραβάτες χωρίς έγκλημα και χωρίς ποινή;

Υπάρχουν άραγε εγκλήματα (ιδιαίτερα) που τελούν μόνον ανήλικοι, ή υπάρχουν αξιόποινες πράξεις που όταν τελούνται από ανήλικους από-χαρακτηρίζονται; Τελικά υπάρχει έγκλημα ή μη-έγκλημα έξω από το νομικό έγκλημα του ποινικού δικαίου⁵⁴;

Οι παραβάσεις status που συνιστούν εγκλήματα μόνον όταν τελούνται από ανήλικους δεν στενεύουν αλλά διευρύνουν τον ποινικό και κοινωνικό έλεγχο⁵⁵, άρα η ηλικία λειτουργεί σε βάρος του ανήλικου.

Στην περίπτωση αυτή ακόμα και η παραπομπή στην έννοια του «ατελούς εγκλήματος» δεν ωφελεί καθώς ναι μεν αναγνωρίζει την έλλειψη καταλογισμού αλλά προκαλεί ταυτόχρονα και ατελή ασφάλεια δικαίου ως προς την προσφορότερη αντεγκληματική πολιτική⁵⁶.

Τελικά το «έγκλημα» του νέου μετράει περισσότερο ή η ψυχοπνευματική (και κοινωνική) του ολοκλήρωση⁵⁷; Μήπως η ανηλικότητα χρησιμοποιείται άλλοτε ως «μαχητό» κι άλλοτε ως «αμάχητο τεκμήριο» προκειμένου να δικαιολογήσει μία –κοινωνικού συμβολισμού– δικαστική απόφαση;

Τα όρια της ενήλικης νεότητας, ως αυτοτελούς συνταγματικά προστατευόμενου εννόμου αγαθού, φθάνει μέχρι και την ηλικία των 21 έως 25 ή και μέχρι την ηλικία των 30 ετών⁵⁸.

Ποια είναι συνεπώς η έννοια και το περιεχόμενο μιας τόσο «διευρυμένης» ανηλικότητας⁵⁹; Πρόκειται για νομική κατασκευή ή για ψυχοκοινωνική πραγματικότητα⁶⁰;

Η ωρίμανση και η μετωρίμανση⁶¹ αφορούν τις βαθμίδες ανάπτυξης του νέου ή πρόκειται για κλίμακες socially correct συμπεριφορών, όπως π.χ. η έλλειψη κυριαρχίας και καταστολής του θυμού⁶²;

Νομίζω ότι έχουμε πέσει σε μια *διπλή παγίδα*: της ηλικίας (του ανήλικου) και της ετικέτας (του παραβάτη, προπαραβατικού κ.λπ.)⁶³.

Πώς σχετίζονται όμως αυτά με την (υποτιθέμενη) μειωμένη/ ελαττωμένη ποινική ευθύνη; Είναι λιγότερο υπεύθυνοι για περισσότερες όμως πράξεις; Τονώνουμε το αίσθημα ευθύνης μέσω του καταλογισμού ποινικής ευθύνης;

Και ποια είναι η δίκαιη ανταμοιβή (just deserts) όταν καταστέλλουμε στο όνομα της διαπαιδαγώγησης;

52. Βλ. Ν. Κουράκη, Δίκαιο Ανηλικών και Δικαιώματα του Ανθρώπου, Χαριστήρια στον Ι. Δεληγιάννη, 3^ο μέρος, 1992, σ.597

53. Βλ. Ε. Σταθουλοπούλου, οπ. π., σ.421

54. Βλ. Αγγ. Πιτσελά, Η ποινική αντιμετώπιση της εγκληματικότητας των ανηλικών, Θεσ/κη 1996, σ. 29

55. οπ. π., σ.30-31

56. Βλ. Ν. Χωραφά, Ποινικών Δίκαιον, έκδοσις ενάτη, 1978, σ.3

57. Βλ. Αγ. Τρωιάνου-Λουλά, Μετέφηβοι, Ποινικά-51, 1997, σ.27

58. Βλ. Αγγ. Πιτσελά, Η ποινική αντιμετώπιση..., οπ. π., σ.7, 38- Βλ. και ΑΙΡΔ, 2004/1, οπ. π., σ.20

59. Βλ. και Αγ. Τρωιάνου-Λουλά, Μετέφηβοι, σ.23 επ., 117 επ.

60. οπ. π., σ.38

61. οπ. π., σ.99

62. οπ. π., σ.101

63. Βλ. Αγγ. Πιτσελά, Η ποινική αντιμετώπιση..., οπ. π., σ.39



Επειδή ο βαθμός ωριμότητας δεν μπορεί να προσδιορισθεί *ab initio* και επειδή ο ορισμός της ανηλικότητας συνδέεται με τις τρέχουσες κοινωνικοπολιτισμικές αντιλήψεις πρέπει ο *ανήλικος εγκληματίας* να «φωτογραφηθεί» με μηχανή ψηφιακής ακρίβειας για να μη στερηθεί των δικαιωμάτων του ως πολίτης.

Εάν κρίνουμε σκόπιμο να τον ονομάζουμε *ανήλικο παραβάτη* (ακόμη κι αν τέλεσε ανθρωποκτονία) ας το αποφασίσουμε αλλά θεωρώ λαθεμένη την παράλληλη χρήση όρων (παραβάτης, εν ηθικώ κινδύνω, παρεκκλίνων, προπαραβατικός κ.λπ.)⁶⁴ που –δίχως να δημιουργούν ασφαλές πλαίσιο ποινικής ευθύνης ή ανευθυνότητας⁶⁵– επεκτείνουν τον κοινωνικό (προληπτικό-κατασταλτικό) έλεγχο και *πέραν* της τέλεσης εγκλήματος. Αν υιοθετήσουμε τον όρο «ανήλικος παραβάτης» τότε θα πρέπει ν' αποσπάσουμε το δικαίωμα των ανηλικών από τους ποινικούς κώδικες και να διαμορφώσουμε ένα άλλο *corpus* χωρίς ποινικο-σωφρονιστικό χαρακτήρα⁶⁶.

Αν διατηρήσουμε τον όρο «ανήλικος εγκληματίας» τότε θα πρέπει να ορίσουμε επακριβώς τα στοιχεία που σχετίζονται με τα «ειδικά» εγκλήματα των ανηλικών ή τις «ειδικές» ποινές που απειλούνται εναντίον τους⁶⁷.

Το ότι ο ανήλικος δεν είναι ένας *μικρός ενήλικας*, άρα χρειάζεται ένα ειδικό δικαίωμα και μια εξειδικευμένη μεταχείριση⁶⁸, τούτο δεν δικαιολογεί την ποινικοποίηση κάθε παράβασης πολιτισμικών αξιών ή κοινωνικής συμπεριφοράς υπό τον μανδύα της δυσχέρειας κοινωνικής προσαρμογής ή διακινδύνευσης⁶⁹.

Αν η τέλεση οποιασδήποτε αξιόποινης πράξης ταυτίζεται με την ανάπτυξη παραβατικής συμπεριφοράς⁷⁰ τότε έχουμε εφαρμόσει επί των ανηλικών, κατά τον χειρότερο τρόπο, το «τεκμήριο επικινδυνότητας» κι έχουμε στην ουσία τιμωρήσει τον ανήλικο για τον τρόπο που ζουν και συμπεριφέρονται οι γονείς του ή το εγγύτερο περιβάλλον του. Στο όνομα της πράξης αξιολογούμε την προσωπικότητα όχι μόνο του δράστη αλλά και των υπολοίπων οικείων προσώπων⁷¹.

Αυτό που δεν πρέπει να συμβεί είναι να εγκληματοποιούμε όλο και περισσότερο τις κοινωνικές απειθαρχίες των ανηλικών και να ποινικοποιούμε όλο και περισσότερο τα μέτρα διαχείρισης του προβλήματος και να ιδρυματοποιούμε όλο και περισσότερο τη μεταχείρισή τους⁷², αλλά να διακηρύσσουμε ότι όλα αυτά είτε συνιστούν ειδικά μέτρα προστασίας είτε συνάδουν προς το πραγματικό συμφέρον των νέων.

Η *ηθική παρεκτροπή* ως αόριστη έννοια⁷³ πρέπει ν' αξιολογείται σύμφωνα με τα κρατούμενα σε κάθε εποχή και σε κάθε κοινωνία. Όχι μόνον οι συνθήκες που κυοφόρησαν το Ν. 2724/1940 δεν ισχύουν σήμερα αλλά και οι έννοιες «κίνδυνος», «κακή έξη», «εγκατάλει-

64. Βλ. σχετικά Κ. Σπινέλλη, *Ανήλικοι εγκληματίες ή νεαροί παραβάτες; ΠοινΧρ ΚΣΤ'1976*, σ.786 και Στ. Αλεξιάδη, *Εγκληματικότητα ή παραβατικότητα των ανηλικών; ΠοινΧρ ΛΣΤ'1986*, σ.113 επ. –βλ. επίσης Στρ. Γεωργούλα, *Ανήλικοι παραβάτες στην Ελλάδα*, Ελλ. Γράμματα 2000, σ. 169 επ. – και Ν.Κουράκη, *Δίκαιο...*, σ.6 επ.

65. Βλ. Στ. Αλεξιάδη, *Προς απο-εγκληματοποίηση του (ποινικού) δικαίου των ανηλικών; Σε «Πρόληψη...»*, σπ. π., σ.161

66. σπ. π., σ.171-172

67. σπ. π., σ.166 επ. – βλ. και Ι.Μανωλεδάκη, σπ. π., σ. 1114

68. Βλ. αντί άλλων Αγγ. Πιτσελά, *Η ποινική αντιμετώπιση της εγκληματικότητας των ανηλικών*, σ.2 επ., 8

69. Βλ. ειδικότερα Ν. 2298/1995 (άρθρο 17)

70. Βλ. Αγγ. Πιτσελά, σπ. π., σ.16

71. σπ. π., σ.72 – Για την σύνδεση της παιδικής ηλικίας με την “οικογενειακή τάξη” και τη “δημόσια ηθικότητα” βλ. Ι. Μανωλεδάκη, σπ. π., σ.1108

72. Βλ. Ανθ. Χάιδου, *Η μεταχείριση των ανηλικών σύμφωνα με το σχέδιο του «Κώδικα βασικών κανόνων για τη μεταχείριση των κρατούμενων» και το νομοσχέδιο περί «Μονάδων μέριμνας και αγωγής νεότητας»*, σε «Πρόληψη...», σπ. π., σ. 184

73. Βλ. Κ. Σπινέλλη, *Ελληνικό Δίκαιο Ανηλικών Δραστών και Θυμάτων. Ένας κλάδος υπό διαμόρφωση*, Αθήνα, Α.Σάκκουλα, 1992, σ.62 επ.



ψη» ακόμη και «πρόληψη» έχουν αλλάξει περιεχόμενο⁷⁴.

Το κριτήριο της *προεγκληματικής επικινδυνότητας*⁷⁵ και η διαχείρισή του μέσω *ιδρυματικών εγκλεισμών* έχουν οδηγήσει σε ακρότητες, τις οποίες ο μόνος τρόπος να σταματήσουμε είναι να υπερβούμε τις αναχρονιστικές αντιλήψεις και να καταργήσουμε τις αναχρονιστικές δομές.

Ε. Νομοθετικά ημί-μετρα;

Ο πρόσφατος νόμος «Αναμόρφωση της ποινικής νομοθεσίας» (Ν. 3189/17-21/10/2003) επιχειρεί να εναρμονίσει τις αρχές, τη δομή και την εσωτερική συνέπεια του Π.Κ. με τα διεθνή κείμενα, με στόχο πάντα τον περιορισμό του εγκλεισμού των ανηλίκων⁷⁶.

Αλλάζει ο τίτλος του Ογδού Κεφαλαίου του Π.Κ. και αντί «Ανήλικοι Εγκληματίες» χρησιμοποιείται ο όρος «Ειδικές διατάξεις για ανηλίκους»⁷⁷.

Μολονότι είναι προφανές ο στόχος του αποστιγματισμού το γεγονός ότι τα άρθρα αυτά εντάσσονται στον Ποινικό Κώδικα δεν αφήνει πολλά περιθώρια να μιλάμε για «δίκαιο προστασίας και πρόληψης»⁷⁸.

Αυξάνονται σε 12 τα αναμορφωτικά μέτρα και σε 4 τα θεραπευτικά μέτρα⁷⁹ δημιουργώντας ένα τέτοιο σύμ-πλεγμα περιορισμών που εντέλει παρεμβαίνουν καταλυτικά στην προσωπικότητα του νέου. Χαρακτηριστική είναι και η δυνατότητα πρόσθετου αναμορφωτικού μέτρου που σχετίζεται με τον τρόπο ζωής του ανήλικου (άρθρο 12 §2 Π.Κ.)⁸⁰.

Ανήλικοι που βρίσκονται μεταξύ του 8^{ου} έτους συμπληρωμένου και του 13^{ου} έτους συμπληρωμένου είναι ποινικά ανεύθυνοι (δεν καταλογίζονται σε αυτούς οι αξιόποινες πράξεις), αλλά η εξαίρεση του άρθρου 127 ΠΚ, δηλαδή οι περιορισμοί σε ειδικό κατάσταση νέων, εξακολουθεί να ισχύει [το πώς νοείται «περιορισμός» μέχρι και είκοσι χρόνια (άρθρο 54 ΠΚ) μόνον η νεο-λογιστική διάθεση του νομοθέτη μπορεί να το εξηγήσει].

Με τις αλλαγές στους όρους (αντί «παιδί – έφηβος» χρησιμοποιείται ο όρος «ανήλικος», αντί «σωφρονιστικό κατάστημα» χρησιμοποιείται ο όρος «ειδικό κατάστημα κράτησης νέων», αντί «κατάστημα αγωγής» χρησιμοποιείται ο όρος «ίδρυμα αγωγής»)⁸¹ ο νομοθέτης πιστεύει ότι απαλύνει ή αποφορτίζει τον *εγκλεισμό*. Αυτή η προσέγγιση υπάρχει και στο Σωφρονιστικό Κώδικα⁸² και στον «Εσωτερικό Κανονισμό»⁸³ αλλά νομίζω ότι δεν αποτελεί ζήτημα ουσίας. Ο ιδρυματισμός παραμένει όποιο όνομα κι αν δώσουμε στο κλειστό σύστημα και ο κοινωνικός στιγματισμός δεν αίρεται (αντί για «παιδιά των ιδρυμάτων» θα χαρακτηρίζονται π.χ. «παιδιά της μέριμνας»)⁸⁴.

74. οπ. π., σ.63

75. Βλ. Χ. Δημόπουλου, Η προεγκληματική..., οπ. π., σ.201 επ.

76. Βλ. Εισηγητική Έκθεση, ΚΝοΒ τόμος 51/ τευχ.10 /Οκτ. 2003, σ.1725 –βλ. και Ν. Κουράκη, Δύο πρόσφατα σημαντικά κείμενα για το δίκαιο ανηλίκων, *Ποινικολόγος* 1/2003, σ.401- του ίδιου, *Δίκαιο*..., σ.316 επ.

77. Βλ. ΚΝοΒ, οπ. π., σ.1726, 1734

78. οπ. π., σ.1726

79. οπ. π., σ.1726-1727 –βλ. και εύστοχη σχετική επισήμανση Αντ. Μαγγανά, Παραβατική συμπεριφορά ανηλίκων, *ΠοινΔικ* 11/2003, σ.1176

80. Βλ. ΚΝοΒ, οπ. π., σ.1734

81. Βλ. ΚΝοΒ 2003, οπ. π., σ.1727 επ.

82. Βλ. άρθρο 19§2: Τα γενικά καταστήματα διακρίνονται σε Α και Β τύπου, σε Στ. Αλεξιάδη – Γ. Πανούση, *Σωφρονιστικοί κανόνες*, 2002, σ. 185

83. Βλ. Υ.Α. 58819/7.4.2003 «Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Γενικών Καταστημάτων Κράτησης Τύπου Α' και Β'» (αντί για Δικαστικές και Κλειστές Φυλακές)

84. Βλ. και Σωτ. Ευστρατιάδη, Οι νέες διατάξεις για την παραβατικότητα των ανηλίκων –μια καινοτομία στο ποινικό σύστημα πηγή νέων δυσχερειών, *ΠοινΔικ* 11/2003, σ.1179



Ο όρος *νεαροί ενήλικες* (αντί για «μετέφηβοι») του άρθρου 133 ΠΚ κινείται στο ίδιο πλαίσιο. Αφού δεν μπορούμε ν' αλλάξουμε τη φύση και τη λειτουργία των ποινών και των σωφρονιστικών καταστημάτων αρκούμαστε στο να δισκευάζουμε τις ειδικότητες των προς τιμωρία νέων.

Πάντως μέχρι την ηλικία του 21^{ου} έτους ο ανήλικος (;) μπορεί να υφίσταται αναμορφωτικά μέτρα (άρθρο 125 §1 Π.Κ.)⁸⁵.

Με άλλα λόγια μπορούμε να «αναμορφώνουμε» έναν «ανήλικο» από το 8^ο έτος μέχρι το 21^ο έτος (δηλαδή επί 13 χρόνια) κι αν αποτύχει το σύστημα αναμόρφωσης αυτή την αποτυχία τη χρεώνουμε στον «ανήλικο» (είτε με «περιορισμό» είτε με «συμμόρφωση»)⁸⁶.

Τι σχέση έχουν όμως όλα αυτά τα «μέτρα...» με τις ανάγκες του ανήλικου όπως ο ίδιος τις βιώνει⁸⁷;

Πώς συμβιβάζονται τα δικαιώματα του παιδιού με τη μη-ελευθερία του ίδιου του παιδιού να επιλέγει (έστω!) τα μέτρα που είναι πρόσφορα για τη δική του ζωή⁸⁸;

Ένα άλλο χαρακτηριστικό παράδειγμα ημί-μετρων αποτελεί το σχέδιο νόμου που κατάρτισε το Υπουργείο Δικαιοσύνης (επί Υπουργίας Φ. Πετσάλνικου) με τίτλο «Μονάδες Μέριμνας Νέων»⁸⁹.

Πρόκειται για ένα περίπλοκο και γραφειοκρατικό σύστημα το οποίο εκπορεύεται και βασίζεται στη λειτουργία της φυλακής. Όχι μόνον πολλές διατάξεις αποτελούν απλή αντιγραφή (ή προσαρμογή) των αντίστοιχων άρθρων του Ν.2776/99 (Σωφρονιστικός Κώδικας) αλλά και η συνολική σύλληψη έχει –παρά τις διακηρύξεις περί πρόληψης– «κρυφοκατασταλτικό» χαρακτήρα. Το όλο σύστημα διακρίνεται από έναν αναχρονιστικό πατερναλισμό ή και εμπνέεται από Στρατόπεδα Αναμόρφωσης πρώην σοσιαλιστικών χωρών. Από τα 51 άρθρα τα 20 αφορούν διοικητικά θέματα, λες και ο σκοπός του ν/σχ είναι να δημιουργηθεί Υπηρεσία του Υπουργείου Δικαιοσύνης.

Τα ίδια ισχύουν και στα επιμέρους άρθρα του ν/σχ⁹⁰. Το όλο σύστημα έπρεπε να είναι πιο

85. Βλ. ΚΝοΒ 2003, οπ. π., σ.1735

86. Άρθρο 45Α §2 Π.Κ., οπ. π., σ.1738

87. Βλ. και *Μαρ. Τερζόγλου*, Ο Ν.3189/2003 για την αναμόρφωση της ποινικής νομοθεσίας των ανηλίκων, *ΠοινΔικ* 11/2003, σ.1180

88. Πρβλ. *Αλεξ. Κασσίμης*, Να γίνεται σεβαστή η άποψη των παιδιών, *ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΚΥΡΙΑΚΗΣ* 18/4/04 (όπου δίνει συνέντευξη ο Συνήγορος του παιδιού Γ. Μόσχος)

89. Βλ. *Στ. Αλεξιάδη – Γ. Πανούση*, *Σωφρονιστικοί Κώδικες – Συμπλήρωμα*, 2003, σ.81 επ.

90. Βλ. π.χ. ειδικές παρατηρήσεις όπως:

- Άρθρο 3 §3 : Πρόκειται για Διακήρυξη και όχι για νομικό κείμενο
- Άρθρο 7 §1 : Οι φράσεις «όταν αυτό είναι χρήσιμο...» ή «εφόσον συντελεί...» ακυρώνουν την επικοινωνία των έγκλειστων
- Άρθρο 8 §1 : Νοείται «ήπιος καταναγκασμός» στις Στέγες Φιλοξενίας που λειτουργούν σε καθεστώς ελευθερίας; (βλ. και άρθρο 16)
- Άρθρο 8 §4 : Νοείται ένα Επιστημονικό Συμβούλιο να εφαρμόζει μέτρα καταναγκασμού ή και να λειτουργεί ως πειθαρχικό όργανο; (βλ. άρθρο 27 §3)
- Άρθρο 11 : Ο όρος «παραβατική συμπεριφορά» αν δεν οριοθετηθεί θα οδηγήσει σε αυθαίρετες ερμηνείες
- Άρθρο 11 : Το ΚΕΣΜ είναι αντιγραφή του ΚΕΣΦ (άρθρο 8 Ν.2776/99)
- Άρθρο 12 : Το Επιστημονικό Συμβούλιο μοιάζει περισσότερο με διοικητικό όργανο (όπως το Συμβούλιο Φυλακής, άρθρο 10 Ν.2776/99)
- Άρθρο 14 §1 : Ο «άμεσος και σοβαρός κίνδυνος» παραπέμπει σε προεγκληματική επικινδυνότητα και αν δεν διευκρινισθεί θα θέσει τα ατομικά δικαιώματα σε κίνδυνο
- Άρθρο 14 §2 : Η επέμβαση στον «τρόπο ζωής» παραβιάζει τα άρθρα 2 §1 και 5 §1 του Συντάγματος
- Άρθρο 16 : Το καθεστώς της Στέγης Φιλοξενίας είναι αυτό της πλήρους ελευθερίας;
- Άρθρο 22 §3 : Η «διαπαιδαγώγηση» ως ηθική αναμόρφωση έχει ξεπεραστεί
- Άρθρο 23 §2 : Αστυνομικοί και επανένταξη είναι έννοιες μη-συμβατές
- Άρθρο 24 §2 : Πώς νοείται «κλειστό σύστημα επανένταξης»;
- Άρθρο 25 §5 : Ο όρος «υπάλληλος επίβλεψης» ν' αντικατασταθεί με τον όρο «επιμελητής κοινωνικής αγωγής»
- Άρθρο 25 §6 : Ο όρος «καλή χρήση» είναι ασαφής



απλό και να υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (και όχι στο «κατασταλτικό» Υπουργείο Δικαιοσύνης).

ΣΤ. Ο κύκλος κλείνει;

Τα ήθη και οι τρόποι δεν αλλάζουν με νόμους⁹¹ (ιδίως μάλιστα με ποινικές διατάξεις).

Η πρόληψη και το ενδιαφέρον δεν ταυτίζονται με τον πανοπτισμό και την καταστολή⁹².

Ούτε η ποσοτική/ ποιοτική εγκληματικότητα των ανηλίκων⁹³, ούτε η ανθρωπογεωγραφία της⁹⁴ πρέπει να προκαλούν τέτοια ανησυχία και φόβο ώστε να σκεφτόμαστε να απαγορεύσουμε την κυκλοφορία στους εφήβους κατά τη νύκτα (και πάντα βέβαια στις υποβαθμισμένες περιοχές)⁹⁵ ή να διευρύνουμε τον ποινικοσωφρονιστικό έλεγχο (έστω και με το πρόσχημα της «κοινωνικής διαπαιδαγωγικής»).

Ανεξάρτητα από το αν η επιθετικότητα του ανηλίκου τρομάζει, ενώ η από μέρους του απόρριψη των τρεχουσών αξιών της κοινωνίας των ενηλίκων προκαλεί υποψίες για το «ποιόν» της νέας γενιάς, στόχος μας πρέπει να είναι η ενίσχυση των φορέων κοινωνικοποίησης (με την αντίστοιχη απενεργοποίηση των αρνητικών παραγόντων)⁹⁶ και όχι ο στιγματισμός και η περιθωριοποίηση του (εν δυνάμει;) *εχθρού του συστήματος*.

Οι ποιοτικές κοινωνικές σχέσεις του ανηλίκου προσδιορίζουν και το μέγεθος της κοινωνικής αντίδρασης στο πλαίσιο μιας μη-κρατικής εγκληματοπροληπτικής πολιτικής⁹⁷, χωρίς όμως τούτο να σημαίνει ότι «οι κατά παρέκκλιση διαδικασίες» δεν ενέχουν κινδύνους για διεύρυνση του επίσημου κοινωνικού ελέγχου⁹⁸.

Για ν' αποφύγουμε τον ολοκληρωτικό θεσμό του ιδρυματισμού υιοθετούμε έναν εξίσου ολοκληρωτικό πανοπτισμό⁹⁹ ο οποίος βέβαια εξαντλείται σε νέους χαμηλού μορφωτικού, κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου (που είναι αυτοί οι οποίοι και τελικά εγκλείονται και στις φυλακές)¹⁰⁰.

Στο χώρο της ποινικής καταστολής η maximum προστασία των ανηλίκων λογίζεται ως min-

-
- Άρθρο 26 : Τα ΚΕΚ πάλι θυμίζουν φυλακή
 - Άρθρο 27 §1 : Ενώ γράφεται «αποτελούν μόνο...» (δηλ. περιορίζουν) στην πραγματικότητα έχουν μπει όλες οι πιθανές αποκλίσεις»
 - Άρθρο 28 : Η ανα-μόρφωση και η επαν-ένταξη δεν κινούνται στην ίδια κατεύθυνση
 - Άρθρο 29 §4 : Πάλι θυμίζουν φυλακή
 - Άρθρο 31 §7 : Η στολή πάλι θυμίζει φυλακή
 - Άρθρο 31 §9 : Η Γ.Δ. Σωφρονιστικής Πολιτικής πάλι θυμίζει φυλακή
 - Άρθρο 49 : Δεν χρειάζεται Π.Δ. αλλά Υπουργική Απόφαση

91. Βλ. *Marc Preumont*, *Les réactions législatives au sort des enfants après la marche blanche du 20 Octobre 1996*, σε «Une justice en crise: premières réponses», Bruylant, 2002, σ.35

92. Βλ. *Olivier Klees*, *Les réformes de la procédure pénale après la « marche blanche »*, σε «Une justice en crise...», οπ. π., σ.106

93. Βλ. αντί άλλων *Γ. Πανούση*, *Εγκλημα και ανήλικοι*, οπ. π., σ.389 επ.- *Ν. Κουράκη*, *Δίκαιο...*, σ.185 επ.

94. Βλ. *Ρεπορτάζ Ελευθερίας Κόλλια* «Η ανθρωπογεωγραφία της παιδικής εγκληματικότητας» ΒΗΜΑ 21/12/03 (όπου παρουσιάζεται πολύ ενδιαφέρουσα έρευνα του Καθηγητή Ν. Κουράκη και των συνεργατών του)

95. Βλ. *Loic Vacquant*, *Οι φυλακές της μιζέριας*, σ.185

96. Βλ. *Χ. Δημόπουλου*, *Ο ανήλικος ανθρωποκτόνος*, Αθήνα, Α.Σάκκουλα, 1997, σ.260

97. Βλ. *Κ. Σπινέλλη*, «Αντεγκληματική πολιτική» για ανήλικα άτομα -Προβληματισμοί, πρότυπα, προοπτικές, σε «Αντεγκληματική πολιτική -I. [εκδ. επιμ. Ν.Κουράκη], Ποινικά-42, 1994, σ.276-277

98. Βλ. *Ε. Κορμικιάρη*, «Κατά παρέκκλιση διαδικασία» και εναλλακτική μεταχείριση των ανηλίκων παραβατών, σε «Αντεγκληματική...», οπ. π., σ.284 -βλ. και *Αγγ. Πιτσελά*, οπ. π., *Αντεγκληματική Πολιτική III*, σ.197

99. Βλ. *Ε. Κορμικιάρη*, οπ. π., σ.291-βλ. και *Στρ. Γεωργούλα*, «Η παραβατικότητα ανηλίκων ως προβληματική κατάσταση, *Ποιν. Δικ.* 8-9/2003, σ. 987

100. Βλ. *Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου*, *Μ. Καϊάφα-Γκμπάντι*, *Α. Πιτσελά*, *Αντεγκληματική πολιτική και νέοι -Παρουσίαση και Πορίσματα Εμπειρικής Έρευνας*, σε «Αντεγκληματική Πολιτική-III» [εκδ. επιμ. Ν.Κουράκη], Ποινικά-61, 2003, σ.372-373



ιμυμ προστασία των ανηλίκων¹⁰¹.

Έτσι γινόταν τουλάχιστον μέχρι πρόσφατα.

Οι ειδικές τεχνικές κοινωνικής αντίδρασης που εισάγει το ποινικό δίκαιο των ανηλίκων αποτελούσαν ένα *δίκαιο πρωτοπορίας* (*droit d' avant-garde*) που υιοθετούσε αρχές οι οποίες διευρύνονταν αργότερα και στο δίκαιο των ενηλίκων¹⁰². Με το πέρασμα του χρόνου η απόσταση μικρυνε και οι θεσμοί του ποινικού δικαίου των ανηλίκων άρχισαν να εφαρμόζονται και στους ενήλικες¹⁰³, ενώ κρίθηκε χρήσιμη και η δημιουργία μιας ενδιάμεσης βαθμίδας των «νέων ενηλίκων» (*jeunes adultes*) αφού η έννοια της *ηλικιακής ευθύνης* (*responsabilité*) παρέμενε στο κέντρο του ποινικού ενδιαφέροντος¹⁰⁴.

Η διάκριση του *καλού* και του *κακού* και οι δυνατότητες που έχει λόγω ηλικίας ο νέος να προβεί σε τέτοια αξιολόγηση σήμερα διευρύνονται και μαζί τους διευρύνεται και το πεδίο «ποινικής εμπλοκής».

Ούτε όμως «το συμφέρον του ανήλικου», ούτε «η ευημερία του» δικαιολογούν εύκολη προσφυγή σε ποινικά μέτρα¹⁰⁵. Ως *ελάχιστη παρέμβαση*¹⁰⁶ νοούνται μόνο τα κοινωνικά μέτρα γήσιας πρόληψης. Δεν είναι (κατα)νοητό από τη μία να δημιουργούμε το Σύνηγορο του Παιδιού, Παρατηρητήρια και Δίκτυα για τα Δικαιώματα του Παιδιού¹⁰⁷ κι από την άλλη να ενισχύουμε συνεχώς το ποινικό οπλοστάσιο.

Η προσέγγιση του status της ανηλικότητας ως ειδικής σχέσης (εξουσίασης;), ως ειδικής νομικής κατάστασης που δικαιολογούν απαγόρευση ή παρακώλυση ή περιορισμό των ελευθεριών, οι οποίες εμπίπτουν στα συνταγματικά καθορισμένα πεδία προστασίας¹⁰⁸, καταλήγει σε κρυφοκατασταλτικές πρακτικές. Έτσι ο ανήλικος αντί να προστατεύεται από το Ποινικό Δίκαιο καθίσταται ένα εύκολο θύμα των ποινικών μηχανισμών¹⁰⁹. Ακόμα και το κριτήριο του «κινδύνου τέλεσης εγκλήματος» έχει χρησιμοποιηθεί καταχρηστικά και σε βάρος του ανήλικου προκειμένου να του επιβληθεί προσωρινή κράτηση.

Η (ανήλικη) ηλικία δεν μπορεί να θεμελιώνει ένα *ιδιώνυμο τεκμήριο υποψίας ή ενοχής* που στρέφεται κυρίως εναντίον ομάδων υψηλής επικινδυνότητας¹¹⁰.

Από «μείζων λόγος προστασίας»¹¹¹ η ανηλικότητα υποβαθμίστηκε σε χώρο άσκησης πειραμάτων ή ισορροπιών που αφορούν τις συνέπειες της κοινωνικής ανισότητας όπως αυτή μορφοποιείται σε «ηθική παρεκτροπή» ανηλίκων¹¹².

Η ανηλικότητα πρέπει να πάψει να είναι «κοινωνικό δημιούργημα και κατασκευάσμα» που

101. Βλ. Αικ. Σγουριδού, Άρθρο 37, οπ. π., σ.386

102. Βλ. Ρ. Cournat, Quelle évolution pour le droit pénal des mineurs, σε «Πρόληψη...», οπ. π., σ.110-111

103. οπ. π., σ.112

104. Βλ. J. Pradel, Les sanctions applicables au mineur délinquant en droit français, σε «Πρόληψη...», οπ. π., σ.121

105. Βλ. Κ. Σπινέλλη, οπ. π., σ.36-37

106. οπ. π., σ.37 –βλ. και Κανόνες Πεκίνου [1.3] [1.4]

107. Βλ. αντί άλλων Ν. Κουράκη, Νεότερες ευρωπαϊκές εξελίξεις..., οπ. π., σ.308-βλ. και Στρ. Γεωργούλα, «Η παραβατικότητα, οπ. π., σ.988 επ.

108. Βλ. Δ. Τσάτσου, Συνταγματικό Δίκαιο, τ. Γ': Θεμελιώδη Δικαιώματα, Ι, Γενικό Μέρος, 1988, σ.234

109. Βλ. Αγγ. Πιτσιλά, Η ποινική αντιμετώπιση..., οπ. π., σ.57

110. Βλ. Θ. Παπαθεοδώρου, Δικαιοσύνη ανηλίκων, οπ. π., σ.80

111. Πρβλ. Π. Παραρά, Σύμβαση 1975 – Corpus, Ι, άρθρο 1-50, 1982, σ.322

112. Βλ. Κ.Δ.Σπινέλλη –Σ.Λούτση, Κοινωνική ανισότητα και «ηθική παρεκτροπή» ανηλίκων, σε «Αφιέρωμα στη Μνήμη Ηλία Δασκαλάκη», Πάντειο, 1991, σ.608

113. Βλ. Ν.Κουράκη, Δίκαιο..., σ.3

114. Βλ. Ν.Κουράκη, Νεότερες ευρωπαϊκές εξελίξεις..., οπ. π., σ.303



άλλοτε χρησιμοποιείται για ν' αναγνωρίσει δικαιώματα και άλλοτε για να στερήσει (σύμφωνα πάντοτε με τα συμφέροντα των ενηλίκων).

Στο χώρο των εγκληματολογικών επιστημών, ως επιστημών της κατανόησης και της συνώμης, θεωρώ αναγκαία τη συστηματοποίηση σε ενιαίο κείμενο ενός κώδικα κοινωνικής πρόληψης και αλληλεγγύης προς τους ανήλικους (δράστες και θύματα) που θα εκ-φεύγει του πεδίου βολής του Ποινικού Κώδικα.¹¹³

Ήθα προσδιορίσουμε την πλήρη ποινική υπευθυνότητα στην ηλικία των 16 ή 17 χρονών¹¹⁴ ή θ' απεγκληματοποιήσουμε και θ' αποποινικοποιήσουμε πλήρως τις πράξεις των ανηλίκων (μέχρι και τα 18 χρόνια συμπληρωμένα). Όλες οι άλλες ενδιάμεσες/ συμβιβαστικές λύσεις είναι βέβαιο ότι (θα) λειτουργούν πάντα σε βάρος του ανήλικου, αφού οι δικαστές θα προτιμούν τις ποινές (προκειμένου να ψυχάσουν τη «διεγερμένη» κοινή γνώμη) από τα μέσα διαπαιδαγώγησης (που αξιολογούνται/ αποδίδουν σε πολύ μεταγενέστερο χρόνο).

Τα παιδιά ως «κοινωνικές περιπτώσεις» (cas sociaux) εντάσσονται μέσα στην πολιτική ασφάλειας με συνέπεια τα ποινικά μέτρα να μην υπολείπονται πολύ των (ανα)μορφωτικών παρεμβάσεων, αφού η επίκληση της «ευθύνης» μπορεί οποιαδήποτε στιγμή να γείρει την πλάστιγγα προς την πλευρά της καταστολής¹¹⁵.

Η πλέον πρόσφορη λύση θα ήταν, μετά την έκδοση της απόφασης περί ενοχής, ν' αναστέλλεται πάντοτε η επιβολή ποινής¹¹⁶, δηλ. να υιοθετηθεί ο χωρισμός της δίκης δε δύο φάσεις. Επειδή δεν πιστεύω στο ποινικο-παιδαγωγικό δικαίο (droit pénal-éducatif)¹¹⁷ νομίζω ότι το «ποινικό δικαίο» μπορεί ν' αρκείται στο ν' απαγγέλλει την ενοχή και το σύστημα (ανα)μόρφωσης – (επαν)ένταξης θ' αναλαμβάνει –με δική του ευθύνη– την εν ελευθερία έκτιση της «ποινής».

Ούτε η διαπαιδαγώγηση σε κλειστά ιδρύματα είναι αποτελεσματική, ούτε η *εποπτευόμενη ελευθερία* επιτρέπεται να μεταλλάσσεται σε πανοπτισμό (επί του ίδιου και των οικειών του). Το ποινικό δικαίο των ανηλίκων δεν οριοθετείται με σαφήνεια απέναντι στο δικαίο πρόνοι-ας ανηλικών¹¹⁸.

Η προτεραιότητα στη διαπαιδαγώγηση και οι παιδαγωγικές κυρώσεις τελικά ισοσταθμίζονται από την αυστηροποίηση των διαδικασιών¹¹⁹.

Έτσι π.χ. οι παιδαγωγικές κυρώσεις (sanctions éducatives) που επιβάλλονται σε παιδί νεότερο των 10 ετών (απαγόρευση παρουσίας σε χώρους και επαφής με ανθρώπους) αν δεν τηρηθούν το οδηγούν σε ίδρυμα, ενώ όταν ο ανήλικος εγκλείεται σε κέντρο διαπαιδαγώγησης αναστέλλονται οι οικογενειακές παροχές¹²⁰.

Η όποια επιβλεπόμενη αγωγή (σε ιδρύματα και αναμορφωτικά καταστήματα)¹²¹ ή κοινωνική αγωγή¹²² μάλλον κινούνται στο "υπόγειο της δικαιοσύνης"¹²³ αφού ο στιγματισμός κατισοχύει της (όποιας) αλληλεγγύης. Μολονότι η ωρίμανση των νέων είναι άτακτη ταυτίζεται –εκ του πονηρού;– με την επιθετικότητα ή την επικινδυνότητα ή την ηθική χαλαρότητα ώστε να νομιμοποιεί μέτρα μηδενικής ανοχής¹²⁴.

115. Βλ. R. Cario, *οπ. π.*, σ.65

116. *οπ.π.*, σ.141 –βλ. και Γ.Πανούση, Η εξαστομείωση της κυρώσεως στο γαλλικό δικαίο, Διογένης, 1978, σ.92 επ.

117. Βλ. R. Cario, *οπ. π.*, σ.278–βλ. Ν. Κουράκη, Δικαίο ..., σ.2

118. Για το νέο γαλλικό νόμο 2002-1138 της 9/9/2002 βλ. Isabelle Miguel, Νέα νομοθεσία στη Γαλλία για τους ανήλικους παραβάτες, Ποινικολόγος 5/2003, σ. 2219 επ.

119. Βλ. διατάξεις άρθρων 13 και 17 γαλλικού νόμου του 2002

120. Βλ. Βασ. Ιωαννίδη-Ψυχολογού, Ο θεσμός των αναμορφωτικών καταστημάτων/ ιδρυμάτων Αγωγής, Αθήνα 2001, σ. 96 επ.

121. Βλ. Αγγ. Πιτσελά, Η κοινωνική αγωγή στο πεδίο της ποινικής δικαιοσύνης, Θεσ/κη, 2004, σ.29 επ.

122. *οπ. π.*, σ.183

123. Βλ. "Ανώριμοι" έως τα 25, επιμ. Ρ. Βρανά, ΝΕΑ 4/6/04

124. Βλ. L. Vacquant, *οπ. π.*, σ.19,32.- Θ Παπαθεοδώρου, *οπ. π.*, σ. 234 επ.- Ν. Κουράκη, *οπ. π.*, σ.167



Η αρνητική πρόγνωση της παραβατικής συμπεριφοράς του ανηλίκου, δηλαδή μιας ρευστής προσωπικότητας εν τω γίνεσθαι σχετίζεται περισσότερο με τις αντιλήψεις ή τις φοβίες των ενηλίκων παρά με τις συνειδητές εκτροπές των νεαρών δραστών.

Ανάμεσα λοιπόν στο soft law και το hard law δεν μπορεί να στέκεται ένας νόμος ή ένας δικαστής αλλά τα δικαιώματα του εμπλεκόμενου¹²⁵.

Αν η ανοικτή κοινωνία της ανοχής το αντέχει, πρέπει για τις («αξιόποινες») πράξεις των ανηλίκων (δηλαδή στα ατελή εγκλήματα λόγω ηλικίας), να μην επιβάλλει ποινές (όπως και να τις ονομάζει κατ' ευφημισμό) και να μην εγκλείει τους δράστες σε ιδρύματα¹²⁶. Μόνον «εν ελευθερία» μπορούμε να διαπραγματευθούμε με τους νέους ένα καλύτερο πλαίσιο συμβίωσης. Ένα μέρος αυτής της ευθύνης θα αναλάβει το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον, ένα η κοινότητα (μαζί με το σχολείο) και ένα η Πολιτεία (με θεσμούς στήριξης και αλληλεγγύης), δηλαδή αυτοί οι ίδιοι φορείς που έχουν «περικυκλώσει» τους νέους και συχνά διαμορφώνουν τις αρνητικές συνθήκες ή και προκαλούν τις εκ-ρήξεις τους, πολλές από τις οποίες είναι, ή λέμε ότι είναι, εγκλήματα.

125. Βλ Ν. Κουράκη, οπ. π., σ.5

126. Όσον αφορά τα αποτρόπαια ή σοβαρά εγκλήματα που τελούν οι ανήλικοι π.χ. μαζικές ανθρωποκτονίες ή σατανιστικές θυσίες, γι' αυτά και μόνον γι' αυτά, θα μπορούσαν –μετά από πραγματογνωμοσύνη ειδικών– ανήλικοι να δικασθούν ως ενήλικες



Β' ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Συντονιστής: **Μαρία Εμποριάδου**, *Αν. Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.*

Διαταραχές ύπνου στην παιδική ηλικία
Ευάγγελος Παύλου, *Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ.*

Σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας – υπόπνοιας στον ύπνο
Μαρία Εμποριάδου, *Αν. Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.*

**Ο ρόλος της μελέτης ύπνου στη διάγνωση και θεραπεία του συνδρόμου
αποφρακτικής άπνοιας – υπόπνοιας στον ύπνο**
Λαμπρινή Δαμιανίδου, *Επιστημονική Συνεργάτης Β' Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.*



Διαταραχές ύπνου στην παιδική ηλικία

Ευάγγελος Παύλου

Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Εισαγωγή-Ορισμοί

Ως ύπνος ορίζεται η αναστρέψιμη κατάσταση ελαττωμένης εγρήγορης και διατήρησης της ικανότητας απάντησης στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Ο ύπνος αποτελεί μια σύνθετη και απαραίτητη εγκεφαλική λειτουργία για την παγίωση γνώσεων και πληροφοριών που λήφθηκαν κατά τη διάρκεια της ημέρας. Έλλειψη ύπνου έχει σοβαρές συνέπειες στην πνευματική και σωματική απόδοση των ασθενών ενώ μπορεί να αποτελέσει αιτία ατυχημάτων και τραυματισμών, διαταραχών συμπεριφοράς και διαταραχών μνήμης¹.

Οι διαταραχές ύπνου διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες²:

α) Διαταραχές έναρξης και διατήρησης του ύπνου ή «δυσυπνίες» οι οποίες επιμέρους διακρίνονται σε ενδογενείς (προερχόμενες από τον ίδιο τον ασθενή), εξωγενείς (προκαλούνται από εξωγενείς παράγοντες) και τέλος σε διαταραχές του κυρκαδίου ρυθμού. Οι συχνότερες δυσυπνίες είναι οι εξής:

- n άρνηση κατάκλισης,
- n διαταραχή έναρξης ύπνου
- οι τελετουργικές συνήθειες πριν τον ύπνο,
- n πρώιμη νυκτερινή αφύπνιση
- n ημερήσια υπερβολική υπνηλία.

β) Παραϋπνίες οι οποίες αποτελούν ακούσια κινητικά ή αυτονομικά φαινόμενα που εμφανίζονται αποκλειστικά ή συνήθως κατά τη διάρκεια του ύπνου και τον διαταράσσουν. Τυπικά παραδείγματα αποτελούν:

- ο νυκτερινός τρόμος,
- n υπνοβασία,
- n υπνολαλία,
- οι ρυθμικές ακούσιες κινήσεις κατά τον ύπνο (head banging),
- ο τριγμός δοντιών,
- το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών (restless leg syndrome),
- n νυκτερινή ενούρηση.

γ) Διαταραχές ύπνου που συνοδεύουν νοτικές διαταραχές, νευρολογικές διαταραχές και άλλες παθολογικές καταστάσεις

Τα τελευταία χρόνια έχουν οριστεί δυο νέα χρόνια σύνδρομα διαταραχής των κυρκαδίου ρυθμού που εμφανίζουν αρκετά χαρακτηριστικά των διαταραχών που προαναφέρθηκαν και για τα οποία έχει προταθεί από αρκετούς ερευνητές ότι πιθανόν να εμφανίζουν γενετική βάση με πολυμορφισμούς των γονιδίων που διέπουν τη λειτουργία των κυρκαδίων ρυθμών³.



Τα σύνδρομα αυτά είναι:

Το σύνδρομο καθυστέρησης φάσης ύπνου (Delayed Sleep Phase Syndrome – DSPS) το οποίο χαρακτηρίζεται από επίμονη (>6 μήνες) δυσχέρεια έναρξης ύπνου και αφύπνισης σε κοινωνικά αποδεκτή ώρα. Οι ασθενείς αυτοί από τη στιγμή που θα κοιμηθούν παραμένουν σε ύπνο συνολικά ικανοποιητικό χρόνο σε αντίθεση με τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια αϋπνία και εμφανίζουν δυσχέρεια έναρξης ύπνου, παραμονής σε κατάσταση ύπνου αλλά και μειωμένο συνολικό χρόνο ύπνου.

Το σύνδρομο πρώιμης φάσης ύπνου (Advanced Sleep Phase Syndrome- ASPS) χαρακτηρίζεται από επίμονη πρώιμη απογευματινή υπνηλία και ύπνο (μεταξύ 18:00 και 21:00) με πρώιμη αφύπνιση στις πρώτες πρωινές ώρες (μεταξύ 03:00 και 05:00). Το σύνδρομο αυτό αφορά συνήθως ηλικιωμένα άτομα ή ασθενείς με κατάθλιψη.

Ιδιαίτερες κλινικές οντότητες αποτελούν το σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας κατά τον ύπνο που συζητείται σε επόμενο κεφάλαιο και η ναρκοληψία που αποτελεί σπάνια αλλά εξαιρετικά ενδιαφέροντα δυσυπνία.

Φυσιολογία του ύπνου

Μελέτες ύπνου (πολύ-υπνογραφία) με σύγχρονη καταγραφή της ηλεκτρικής εγκεφαλικής δραστηριότητας, των οφθαλμικών κινήσεων και του μυϊκού τόνου κατά τη διάρκεια του ύπνου, καθόρισαν και την ονομαζόμενη αρχιτεκτονική του ύπνου, η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία 2 βασικών φάσεων ύπνου: του ύπνου των ταχέων κινήσεων των οφθαλμών (Rapid Eye Movement Sleep –REM) και του ύπνου άνευ ταχέων κινήσεων οφθαλμών (Non Rapid Eye Movement Sleep-NREM)⁴.

Ο REM ύπνος χαρακτηρίζεται από αυξημένη φλοιϊκή ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου και εμφάνιση ονείρων με συνοδό πλήρη έλλειψη μυϊκού τόνου, αυξημένη συχνότητα ακούσιων οφθαλμικών κινήσεων και αυξημένη δραστηριότητα των αναπνευστικών και στυτικών οργάνων. Η συνολική διάρκεια του REM ύπνου στους ενήλικες είναι περίπου το 20-25% της συνολικής διάρκειας του ύπνου και το πρώτο στάδιο REM ύπνου εμφανίζεται 70 με 100 minutes μετά την έναρξη του ύπνου και διαρκεί περίπου 5 λεπτά. Ο ύπνος REM αποτελεί το 50% περίπου του συνολικού ύπνου ενός τελειόμνητου νεογνού και μειώνεται στο 20-25% στην ηλικία των 2 χρόνων.

Ο NREM ύπνος χαρακτηρίζεται από ελάχιστη ηλεκτρική εγκεφαλική δραστηριότητα και εμφανίζει 4 επιμέρους στάδια, εκ των οποίων τα δυο τελευταία (III και IV) ονομάζονται «ύπνος των βραδών κυμάτων». Στο στάδιο I παρατηρούνται ταχείες ακούσιες μυϊκές συσπάσεις γνωστές ως «καλοήθης μυόκλονος του ύπνου» και το στάδιο αυτό αποτελεί ουσιαστικά το στάδιο μετάβασης από την εγρήγορση στον ύπνο και αναφέρεται και ως στάδιο του «ελαφρού ύπνου». Από το στάδιο I έως το IV έχουμε την παράλληλη μετάβαση σε βαθύτερο ύπνο με σύγχρονη ελάττωση της εγκεφαλικής δραστηριότητας. Ο ουδός αφύπνισης είναι χαμηλότερος στο στάδιο I και υψηλότερος στο στάδιο IV όπου η αφύπνιση του παιδιού είναι εξαιρετικά δύσκολη.



Τα στάδια του ύπνου (I, II, III, και IV του NREM και ο REM ύπνος) εναλλάσσονται κυκλικά κατά τη διάρκεια του ύπνου με τον κάθε πλήρη κύκλο να διαρκεί περίπου 50 λεπτά στα βρέφη και 90-110 λεπτά στους ενήλικες. Ο ύπνος των βραδένων κυμάτων υπερισχύει στο πρώτο 1/3 του συνολικού ύπνου ενώ ο REM ύπνος αυξάνει κατά το δεύτερο μισό του ύπνου.

Η εναλλαγή του ύπνου και της εγρήγορσης κατά τη διάρκεια του 24ωρου ρυθμίζεται από ένα εσωτερικό βιολογικό ρολόι το οποίο ονομάζεται κυρκάδιο ρολόι (από το λατινική ρίζα *circa* = about =περίπου και *deim* = day = ημέρα). Το βιολογικό αυτό ρολόι εμφανίζει περίπου 25ωρους κύκλους και θεωρείται ότι η θέση του βρίσκεται στους υπερχιασματικούς πυρήνες (**suprachiasmatic nucleus**) του υποθαλάμου. Κύριος εξωγενής ρυθμιστικός παράγοντας του κυρκάδιου ρολοιού είναι το φως και το σκοτάδι. Τα φωτεινά ερεθίσματα μεταβιβάζονται διαμέσου των φωτούποδοχέων του αμφιβλοστροειδή και των οπτικών νεύρων στους υπερχιασματικούς πυρήνες του υποθαλάμου. Οι πυρήνες αυτοί ρυθμίζουν με τη σειρά τους την έκκριση της ορμόνης μελατονίνης από την επίφυση. Τα επίπεδα της μελατονίνης χαρακτηριστικά αυξάνονται κατά τη νύκτα και ελαττώνονται κατά τη διάρκεια της ημέρας και φαίνεται πως επιδρούν καθοριστικά στην έλευση του νυκτερινού ύπνου.

Η φυσιολογική διάρκεια του ύπνου ποικίλει ηλικιακά. Στη νεογνική ηλικία κυμαίνεται από 16 έως και 20 ώρες, στη βρεφική ηλικία από 13 έως και 15 ώρες, στη προσχολική ηλικία από 12 έως και 13 ώρες, στη σχολική ηλικία 11-12 ώρες και τέλος στην εφηβική ηλικία περιορίζεται περίπου στις 9 ώρες.

Επιδημιολογία των διαταραχών ύπνου

Υπολογίζεται ότι περίπου το 25% των υγιών κατά τα άλλα παιδιών θα εμφανίσει μέχρι την ενηλικίωση του κάποια διαταραχή ύπνου, ήπια ή σοβαρή, παροδική ή χρόνια. Οι περισσότερες από αυτές παρατηρούνται συχνότερα στα 4 πρώτα χρόνια ζωής⁴. Ημερήσια υπερβολική υπνηλία εμφανίζουν το 17-21% των παιδιών σχολικής και εφηβικής ηλικίας^{5,6}. Σε παιδιά με νοτική υστέρηση διαταραχές ύπνου εμφανίζονται σε ποσοστό μέχρι και 80%, ενώ στα αυτιστικά παιδιά το ποσοστό αυτό υπολογίζεται σε 50-70%⁷. Επιδημιολογικές μελέτες τέλος αναφέρουν ότι το 7-10% του γενικού πληθυσμού της Βόρειας Ευρώπης και των ΗΠΑ πιθανόν να εμφανίζουν συμπτωματολογία του συνδρόμου των υπερκινητικών ποδιών και στο 2-3% των περιπτώσεων επηρεάζεται σημαντικά η ποιότητα ζωής^{8,9}.

Προδιαθεσικοί-αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης διαταραχών ύπνου

Παράγοντες από το παιδί: χρόνια νοσήματα (κακοήθειες, άσθμα, συστηματικά νοσήματα, νευρομυϊκά νοσήματα, εγκεφαλική παράλυση, γενετικά σύνδρομα, επιληψία, νοτική υστέρηση, διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας κ.α), φαρμακευτική αγωγή (αντιισταμινικά, δ-διεγέρτες, αντιεμετικά κ.α)

Παράγοντες από το οικογενειακό περιβάλλον: κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο γονέων, χρόνια νοσήματα γονέων, διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις γονέων, διαζευγμένες ή μονογονεϊκές οικογένειες κ.α

Περιβαλλοντικοί παράγοντες: έλλειψη χώρου και ησυχίας, ιδιαίτερο ψυχρό ή ζεστό περιβάλλον, ύπνος στο ίδιο κρεβάτι με τους γονείς, παρουσία τηλεόρασης στο παιδικό δωμάτιο κ.α



Διαγνωστική προσέγγιση

Στην καθημερινή κλινική πράξη, ο παιδίατρος δε θα πρέπει να παραλείπει να αναζητά την παρουσία διαταραχών ύπνου στους μικρούς ασθενών που πιθανόν δεν αξιολογήθηκαν σωστά και δεν αναφέρονται ως πρόβλημα από τους γονείς. Ερωτήματα που θα πρέπει να υποβάλλονται σε όλους τους γονείς είναι τα εξής:

- δυσκολεύεται το παιδί να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένο τις ώρες που πρέπει;
- εμφανίζει υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας;
- εμφανίζει επεισόδια αφύπνισης ή άλλων «παραϋπνιών» κατά τη διάρκεια του ύπνου;

Η κλινική προσέγγιση ενός παιδιού με αναφερόμενη διαταραχή ύπνου θα πρέπει να αρχίζει πάντα με τη λήψη ενός λεπτομερούς ατομικού και οικογενειακού ιστορικού. Σε περίπτωση μικρών ασθενών η απομύζηση πληροφοριών γίνεται από τους γονείς ενώ σε μεγαλύτερα παιδιά θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια απόσπασης όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών από τους ίδιους τους ασθενείς. Η περιγραφή του προβλήματος θα πρέπει να γίνεται λεπτομερώς ενώ σε περιπτώσεις κυρίως παραϋπνιών βοηθάει πολύ και η βιντεοσκόπηση του επεισοδίου από τους γονείς. Το ημερήσιο πρόγραμμα ύπνου και δραστηριοτήτων του ασθενούς θα πρέπει να περιγράφεται λεπτομερώς. Παράγοντες αιτιολογικοί ή επιβαρυντικοί από το ίδιο το παιδί, όπως και το οικογενειακό αλλά και ευρύτερο περιβάλλον (π.χ σχολείο) θα πρέπει να αναζητούνται επιμελώς.

Σε αρκετές περιπτώσεις που η διάγνωση είναι δυσχερής ή επί υποψίας υποκείμενης επιληπτικής διαταραχής ή επί ενδείξεων του συνδρόμου αποφρακτικής άπνοιας και υπόπνοιας κατά τον ύπνο ή του συνδρόμου ανήσυχων ποδιών θα πρέπει να γίνεται περαιτέρω έλεγχος με μελέτη ύπνου (πολύ-υπνογραφία) κατά την οποία γίνεται σύγχρονη καταγραφή της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου, των οφθαλμικών κινήσεων, της μυϊκής δραστηριότητας και της αναπνευστικής λειτουργίας⁵.

Γενικές αρχές υγιεινής του ύπνου^{6,7}

A) Περιβάλλον ύπνου:

- οικείο προς το παιδί περιβάλλον (το δωμάτιο του),
- άνετο κρεβάτι και με σωστές για την ηλικία του παιδιού διαστάσεις
- σωστή θερμοκρασία δωματίου
- ήσυχο και αρκετά σκοτεινό δωμάτιο με ή χωρίς την παρουσία μικρής έντασης φωτεινής πηγής
- αποφυγή χρήσης του κρεβατιού και του ύπνου ως τιμωρία
- αποφυγή ύπνου στο ίδιο κρεβάτι ή ίδιο δωμάτιο με τους γονείς

B) Ημερήσιο πρόγραμμα και πρόγραμμα ύπνου

- σταθερό αλλά και σχετικά ελαστικό ωράριο ύπνου και αφύπνισης (αργίες, διακοπές)
- τοποθέτηση του παιδιού στο κρεβάτι όταν ακόμη είναι ξύπνιο
- ημερήσια άθληση αρκετές ώρες προ του νυκτερινού ύπνου και σωματική ευεξία
- ελάττωση της φυσικής δραστηριότητας και του παιχνιδιού προ του ύπνου
- αποφυγή ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας
- αποφυγή αναψυκτικών που περιέχουν καφεΐνη
- αποφυγή βαριών γευμάτων προ του ύπνου



Παραϋνίες της παιδικής ηλικίας

A) Προ ή κατά την έναρξη του ύπνου:

Καλοήθης υπναγωγικός μυόκλονος του ύπνου: ακούσιο τίναγμα του σώματος κατά την έλευση του ύπνου. Θεωρείται μη παθολογική κατάσταση.

Υπναγωγικές ψευδαισθήσεις: σπανίως μπορεί να αποτελούν εκδήλωση ναρκοληψίας

Ρυθμική κινητική διαταραχή του ύπνου: στερεότυπες επαναλαμβανόμενες κινήσεις της κεφαλής, του αυχένα και μεγάλων μυϊκών ομάδων με συχνότητα 0.5-2 Hz που εμφανίζονται λίγο πριν ή κατά τη διάρκεια του ύπνου και διαρκούν λίγα λεπτά έως και ώρες. Η συχνότερη μορφή είναι οι ρυθμικές κινήσεις της κεφαλής κατά την κατάκλιση (head banging), που εμφανίζεται στη βρεφική ηλικία (περίπου στον 8^ο μήνα) και μπορεί να εμφανίζονται και μέχρι την ηλικία των 4 χρόνων. Η συχνότητα τους ποικίλει από 3,13% μέχρι 15,2% των παιδιών αυτής της ηλικίας και απαντούν 3 φορές συχνότερα στα αγόρια. Επίσης εμφανίζονται συχνότερα σε νοητικά υστερημένα και αυτιστικά παιδιά⁷.

Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών: χαρακτηρίζεται από αίσθημα κνησμού, αιμωδιών ή άλγους των κάτω άκρων κατά την κατάκλιση και ακατανίκητη ανάγκη συνεχούς κίνησης τους. Στο 1/3 των ασθενών υπάρχει οικογενειακό ιστορικό και πιθανολογείται ο αυτοσωματικός κυρίαρχος τρόπος μετάδοσης. Η διάγνωση στηρίζεται σε κλινικά κυρίως κριτήρια τα οποία αρχικά θεσπίστηκαν για ενήλικες ασθενείς (πίνακες 1 και 2)^{8,9}. Η παθοφυσιολογία του συνδρόμου παραμένει άγνωστη και η αντιμετώπιση του, επί επιμονής των συμπτωμάτων και επηρεασμού της ποιότητας ζωής των ασθενών, περιλαμβάνει την εξασφάλιση των κανόνων υγιεινής ύπνου και σε επίμονες περιπτώσεις ακόμη και φαρμακοθεραπεία σε ενήλικους κυρίως ασθενείς. Έχουν αναφερθεί ικανοποιητικά αποτελέσματα με τη χορήγηση βενζοδιαζεπίνης (κλοναζεπάμης), γκαμπαμπεντίνης, κλονιδίνης και ντοπαμινεργικών παραγόντων¹⁰.

Πίνακας 1: Διαγνωστικά κριτήρια συνδρόμου ανήσυχων ποδιών σε ενήλικες ασθενείς

Ελάχιστα κριτήρια που απαιτούνται για τη διάγνωση:

1. Επιθυμία για κίνηση των άκρων ιδίως των ποδιών που συνοδεύεται από παραισθησίες/δυσαισθησίες
2. Υπερκινητικότητα
3. Τα συμπτώματα επιδεινώνονται ή εμφανίζονται αποκλειστικά κατά την ανάπαυση και υποχωρούν με την έναρξη της κινητικότητας
4. Τα συμπτώματα επιδεινώνονται τη νύκτα

Πίνακας 2: Διαγνωστικά κριτήρια συνδρόμου ανήσυχων ποδιών σε παιδιά

Διαγνωστικά κριτήρια συνδρόμου ανήσυχων ποδιών

1. το παιδί εκπληρώνει τα 4 κριτήρια των ενηλίκων και επιπλέον...
2. μπορεί να περιγράψει μόνο του τις αισθητικές διαταραχές των άκρων
 - ή
 1. το παιδί εκπληρώνει τα 4 κριτήρια των ενηλίκων και επιπλέον...
 2. εκπληρώνει 2 από τα 3 επόμενα:
 - α) διαταραχές ύπνου
 - β) γονιός ή συγγενής με διάγνωση συνδρόμου ανήσυχων ποδιών
 - γ) τυπικά ευρήματα στη πολύ-υπνογραφία με περισσότερες από 5 κινήσεις /ώρα ύπνου.



Β) Κατά τη διάρκεια του NREM ύπνου:

Τριγμός δοντιών: αν διαρκεί πολύ μπορεί να προκαλέσει πρωινή κεφαλαλγία.

Περιοδικές κινήσεις άκρων κατά τον ύπνο (Periodic limb movements in sleep): χαρακτηρίζεται από σύντομες (διάρκειας 1-2 δευτερολέπτων) στερεοτυπικές μυϊκές συσπάσεις και κινήσεις των κάτω άκρων κυρίως, που διαταράσσουν τον ύπνο του ασθενούς και του προκαλούν ημερήσια υπνηλία. Η διάγνωση τίθεται με μελέτη ύπνου και καταγραφή περισσότερων από 5 επεισόδια ανά ώρα και εφόσον βέβαια συνυπάρχει ημερήσια υπνηλία. Παρατηρείται συχνότερα σε παιδιά με σύνδρομο υπερκινητικής διαταραχής και παρορμητικότητας και μπορεί να συνδυάζεται και με το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών. Η αντιμετώπιση τους είναι παρόμοια με το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών⁷.

Νυκτερινός τρόμος: αποτελεί διαταραχή του NREM ύπνου που αφορά παιδιά ηλικίας 3-8 χρονών με συχνότητα εμφάνισης περίπου 3%. Τα επεισόδια χαρακτηρίζονται από αιφνίδια έναρξη με τον μικρό ασθενή να φωνάζει και να κλαίει απαρνηγόρητος χωρίς να είναι σε θέση να ανακτήσει πλήρως το επίπεδο συνείδησης του και χωρίς να αναγνωρίζει τους γονείς του που προσπαθούν μάταια να τον καθησυχάσουν. Συνυπάρχουν εφίδρωση, ταχυκαρδία και γρήγορη αναπνοή και το όλο επεισόδιο μπορεί να έχει διάρκεια δευτερολέπτων έως και 10 λεπτά περίπου. Χαρακτηριστικά δεν υπάρχει ανάμνηση του περιστατικού το επόμενο πρωί.. Η διάγνωση τίθεται συνήθως εύκολα από το ιστορικό ενώ σε περιπτώσεις που τα επεισόδια επαναλαμβάνονται κατά τη διάρκεια της νύκτας ή δεν δύναται να δοθεί αξιόπιστη περιγραφή από τους γονείς συνιστάται περαιτέρω διερεύνηση για τον αποκλεισμό πιθανής επιληπτικής διαταραχής. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τον αποκλεισμό θέσης τρομακτικών σκηνών στην τηλεόραση η ακρόασης ανάλογων ιστοριών ή παραμυθιών και επιβεβαίωση των κανόνων υγιεινής του ύπνου. Οι γονείς θα πρέπει να καθησυχάζονται και θα πρέπει να αποφεύγουν την προσπάθεια αφύπνισης του παιδιού κατά τη διάρκεια του επεισοδίου. Η προγραμματισμένη αφύπνιση για λίγα λεπτά του ασθενούς, 10-15 λεπτά προ του αναμενόμενου επεισοδίου και για χρονικό διάστημα λίγων ημερών έχει προταθεί ως αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος ενώ σε επίμονες περιπτώσεις συνιστάται και βραχείας διάρκειας φαρμακοθεραπεία με μια μικρή δόση βενζοδιαζεπίνης προ του ύπνου¹¹.

Υπνοβασία: εμφανίζεται σε παιδιά ηλικίας 4-8 ετών και με συχνότητα μέχρι και 17%. Τα επεισόδια έχουν διάρκεια μέχρι και 10 λεπτά και η αποφυγή κάποιου ατυχήματος και τραυματισμού του παιδιού θα πρέπει να αποτελεί το κύριο μέλημα γονιών και ιατρών. Δε συστήνεται προσπάθεια αφύπνισης του ασθενούς αφού μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλη σύγχυση και ευερεθιστότητα του ασθενούς. Είναι προτιμότερο να περιμένουν την αυτόματη διακοπή του επεισοδίου και να οδηγήσουν το παιδί στο κρεβάτι του με ασφάλεια. Προγραμματισμένη αφύπνιση του ασθενούς 15-30 λεπτά προ του αναμενόμενου επεισοδίου και για 1 μήνα περίπου, μπορεί οδηγήσει σε υποχώρηση της κατάστασης. Σε επιμονή των επεισοδίων και κυρίως όταν η ασφάλεια του ασθενούς δε μπορεί να εξασφαλιστεί συνιστάται η χορήγηση βενζοδιαζεπινών προ του ύπνου.

Γ) Κατά τη διάρκεια του REM ύπνου:

Νυκτερινοί εφιάλτες: τυπικά εμφανίζονται αργά τη νύχτα όταν η διάρκεια του REM ύπνου είναι αυξημένη. Το παιδί συνήθως έχει ανάμνηση του «κακού» ονείρου το οποίο και μπορεί να διηγηθεί στους γονείς του.



Δ) Παραϋνίες που εμφανίζονται σε διάφορα στάδια του ύπνου

Υπνολαλία: είναι ιδιαίτερα συχνή και δεν αποτελεί πρόβλημα για τον ίδιο τον ασθενή. Δε χρήζει αντιμετώπισης.

Νυκτερινή ενούρηση: αφορά παιδιά ηλικίας μεγαλύτερης των 5 ετών και διακρίνεται σε πρωτοπαθή αν δεν έχει επιτευχθεί ποτέ ο έλεγχος της κύστης από το παιδί και δευτεροπαθής αν εμφανιστεί μετά από χρονικό διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών κατά το οποίο ο μικρός ασθενής παρέμεινε στεγνός το βράδυ. Θεωρείται ότι οφείλεται σε δυσαναλογία της χωρητικότητας της ουροδόχου κύστης και του όγκου των ούρων που παράγονται κατά τη νύκτα, νυκτερινή πολουουρία λόγω ανεπαρκούς έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης ή και σε μη δυνατότητα αφύπνισης όταν γεμίζει η ουροδόχος κύστη κατά τη διάρκεια της νύκτας. Ανάλογα με την υποκείμενη αιτιολογία η αντιμετώπιση της περιλαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή με δεσμοπρεσσίνη (επί νυκτερινής πολουουρίας και φυσιολογικής λειτουργικής χωρητικότητας κύστης), αντιχολινεργικά (οξυβουτινίνη-επί μειωμένης λειτουργικής χωρητικότητας κύστης ή υπερδραστήριο εξωστήρα), τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (με πολλαπλό τρόπο δράσης), συμπεριφορικές μεθόδους όπως ημερολόγια ενούρησης και τέλος τα ξυπνητήρια ενούρησης^{13, 14}.

Παθολογικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από υπερβολική υπνηλία

Ναρκοληψία

Αποτελεί μια σπάνια διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από χρόνια υπερβολική ημερήσια υπνηλία, η οποία είναι ανεξάρτητη των δραστηριοτήτων του ασθενούς και της διάρκειας του νυκτερινού ύπνου. Η διαταραχή αυτή εμφανίζεται στο 50% των περιπτώσεων σε ηλικία μικρότερη των 15 ετών αλλά η διάγνωση τίθεται συνήθως με καθυστέρηση 10 έως και 15 χρόνων. Μήνες ή χρόνια μετά την έναρξη της μπορεί να εμφανιστούν και επεισόδια καταπληξίας (παροδική, μερική ή ολική απώλεια μυϊκού τόνου συνήθως μετά από κάποια συναισθηματική έξαρση χαράς ή λύπης), επεισόδια παράλυσης κατά τον ύπνο και υπναγωγικές ψευδαισθήσεις (οπτικές ή ακουστικές)¹⁵. Η διάγνωση τίθεται με μελέτη ύπνου κατά την οποία γίνεται εμφανής η πρόωπη (εντός λίγων λεπτών) εμφάνιση του REM ύπνου ο οποίος υπό φυσιολογικές συνθήκες θα έπρεπε να εμφανιστεί μετά από 80-100 λεπτά NREM ύπνου. Επίσης η ανεύρεση του ανοσοφαινότυπου HLA DQB1*0602 στους ασθενείς αυτούς υποστηρίζει σημαντικά τη διάγνωση. Στην παιδική ηλικία η ναρκοληψία θα πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκεται από καταστάσεις όπως επιληψία, αντίδραση μετατροπής, ψύχωση κ.α. Η παθοφυσιολογία της έχει σχετιστεί με την έλλειψη (γενετικής ή αυτοάνοσης αιτιολογίας) της ορεξίνης/υποκρετίνης, ορμόνης του υποθαλάμου η δράση της οποίας σχετίζεται με τη διατήρηση της εγρήγορσης. Τελευταία η μέτρηση των επιπέδων της ορμόνης αυτής στο ENY αναφέρεται ως η πιο αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος. Η ναρκοληψία απαιτεί χρόνια αγωγή με διεγερτικά του ΚΝΣ όπως η μοδαφινίλη (Modafinil) και η μεθυλφαινιδάτη¹⁶.

Σύνδρομο Kleine-Levin

Αφορά συνήθως αγόρια της εφηβικής ηλικίας και χαρακτηρίζεται από περιοδική εμφάνιση υπνηλίας και ύπνου (μέχρι και 20 ώρες ημερησίως) για διάστημα εβδομάδων ή μηνών. Συνδυάζεται με υπερφαγία που οδηγεί σε παχυσαρκία και διαταραχές συμπεριφοράς (υπερσεξουαλικότητα, κατάθλιψη, κ.α)¹⁷. Η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη.



Βιβλιογραφία

1. Stores G. A clinical guide to sleep disorders in children and adolescents. Cambridge University Press 2001:25-32.
2. American Academy of Sleep Medicine: International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and Coding Manual. Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2001.
3. Okawa M, Uchiyama M. Circadian rhythm sleep disorders: Characteristics and entrainment pathology in delayed sleep phase and non-24 sleep-wake syndrome. *Sleep Med Rev* 2007,11: 485-496.
4. Owens JA. Sleep problems. In: Parker S, Zuckerman B, Augustyn M, eds. *Developmental and behavioral pediatrics*, 2nd ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 317-321.
5. Kothare SV, Kaleyias J. The clinical and laboratory assessment of the sleepy child. *Semin Pediatr Neurol* 2008,15:61-69
6. Moore M, Meltzer LJ. The sleepy adolescent: causes and consequences of sleepiness in teens. *Ped Resp Rev* 2008, 9:114-121.
7. Stores G. Episodic disturbances of sleep (parasomnias). In: Stores G, Wiggs L, eds. *Sleep disturbance in children and adolescents with disorders of development: its significance and management*, 1st ed, Cambridge: Mac Keith Press, 2001:38-43.
8. Gamaldo CE, Benbrook AR, Allen RP, Jeremiah AS, Henning WA, Early CJ. Childhood and adult factors associated with restless legs syndrome (RLS) diagnosis. *Sleep Medicine* 2007;8:716-722.
9. Ilen RP, Picchiatti D, Hening WA, et al. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless leg syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institute of Health. *Sleep Med* 2003, 4:101-119.
10. Muhle H, Neumann A, Lohmann-Hedrich K, Lohnau T, et al. Childhood-onset Restless Legs Syndrome: clinical and genetic features of 22 families. *Movement Disorders* 2008, 23:1113-1121.
11. Mason TB, Pack A. Sleep terrors in childhood. *The Journal of Pediatrics* 2005, 147: 388-392.
12. Pelayo R, Dubik M. Pediatric sleep pharmacology. *Semin Pediatr Neurol* 2008;15:79-90.
13. Γκατζόλα-Καράβελι Μ. Θεραπευτική προσέγγιση της νυκτερινής ενοούρησης. *Πρακτικά 15^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας, Β' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ.*, 2004: 45-49.
14. Lane W, Robson M. Current management of nocturnal enuresis. *Curr Opin Urol* 2008,18:425-430.
15. Serra L, Montagna P, Mignot E, Lugaresi E, Plazzi G. Cataplexy features in childhood narcolepsy. *Movement Disorders* 2008;23:858-865.
16. Peterson PC, Husain AM. Pediatric narcolepsy. *Brain & Development* 2008,30:609-623.
17. Arnulf I, Lin L, Gadoth N, File G, Lecendreux M, et al. Kleine-Levin syndrome: a systematic study of 108 patients. *Ann Neurol* 2008, 63:482-492.



Σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας – υπόπνοιας στον ύπνο

Μαρία Εμποριάδου

Αν. Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ.

Με τον όρο αποφρακτικού τύπου διαταραχές της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου στα παιδιά, συγκαταλέγεται μία ομάδα καταστάσεων, το πρωτοπαθές ροχαλητό, το σύνδρομο αυξημένης αντίστασης του ανώτερου αεραγωγού, το σύνδρομο αποφρακτικού υποαερισμού και το σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας - υπόπνοιας στον ύπνο (ΣΑΑΥ). Όλες αυτές οι καταστάσεις αποτελούν εκδηλώσεις του ίδιου παθοφυσιολογικού μηχανισμού, με διαφορετική όμως βαρύτητα, και για αυτό συχνά υπάρχει αλληλοκάλυψη των συμπτωμάτων, γεγονός που δυσχεραίνει το διαχωρισμό τους.

Στους ενήλικες το ΣΑΑΥ αναγνωρίστηκε και μελετήθηκε από πολύ νωρίς, σε αντίθεση με τα παιδιά, που η πρώτη μελέτη ήρθε μόλις το 1976 από τον Guilleminault και τους συνεργάτες του. Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί σημαντικά το ενδιαφέρον των μελετητών, καθώς έχει αναγνωριστεί η αυξημένη συχνότητα του συνδρόμου και στην παιδική ηλικία και οι απώτερες επιπλοκές του.

Το ΣΑΑΥ στον ύπνο στα παιδιά χαρακτηρίζεται από διαλείπουσα μερική ή πλήρη απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού (αποφρακτική υπόπνοια ή αποφρακτική άπνοια αντίστοιχα). Η διακοπή ή ελάττωση της ροής του αέρα είναι δυνατόν να συνοδεύεται από υποαερισμό των πνευμόνων και υποξαιμία ή και να επηρεάζει τη φυσιολογική αρχιτεκτονική του ύπνου. Ο όρος *αποφρακτικού τύπου διαταραχές της αναπνοής στον ύπνο* περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων από το πρωτοπαθές ροχαλητό και το σύνδρομο αυξημένης αντίστασης του ανώτερου αεραγωγού μέχρι το σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας-υπόπνοιας στον ύπνο.

Το *ροχαλητό (ρεγχασμός)* είναι το συχνότερο και χαρακτηριστικότερο σύμπτωμα του ΣΑΑΥ στη διάρκεια του ύπνου, το οποίο οφείλεται στη μερική απόφραξη του φάρυγγα. Πρόκειται για ήχο που παράγεται κατά τη διάρκεια της εισπνοής. Μπορεί να είναι χαμηλής συχνότητας, όταν προκαλείται από δονήσεις της σταφυλής, της μαλακής υπερώας, της γλώσσας και των άλλων μαλακών μοριών της εισόδου του στοματοφάρυγγα ή υψηλότερης συχνότητας, όταν η υπερτροφία των αμυγδαλών και των αδενοειδών παρεμποδίζει την κίνηση της μαλθακής υπερώας.

Άπνοια: Είναι η απουσία ροής αέρα από την μύτη και το στόμα για διάστημα τουλάχιστον δύο αναπνευστικών κύκλων. Η άπνοια κεντρικού τύπου (κεντρική άπνοια) χαρακτηρίζεται από την απουσία αναπνευστικής προσπάθειας, ενώ η άπνοια αποφρακτικού τύπου (αποφρακτική άπνοια) από τη συνεχιζόμενη αναπνευστική προσπάθεια χωρίς όμως ροή αέρα. Στη μεικτού τύπου άπνοια συνυπάρχουν κεντρικού και αποφρακτικού τύπου στοιχεία χωρίς να παρεμβάλλεται ανάμεσά τους φυσιολογική αναπνοή. Η άπνοια αποφρακτικού τύπου θεωρείται κλινικά σημαντική, άσχετα από την παρουσία αποκορεσμού ή αφύπνισης. Η άπνοια κεντρικού τύπου είναι κλινικά σημαντική, εφόσον ακολουθείται από αποκορεσμό της αιμοσφαιρίνης κατά 3% ή περισσότερο ή από αφύπνιση. Επίσης αξιολογείται όταν



διαρκεί περισσότερο από 20 sec άσχετα από την παρουσία αφύπνισης ή αποκορεσμού.

Υπόπνοια: Ελάττωση του εύρους της κυματομορφής της ροής αέρα κατά 50% ή περισσότερο σε σχέση με το εύρος που παρατηρείται στο μεγαλύτερο μέρος του ύπνου για διάστημα τουλάχιστον δύο αναπνευστικών κύκλων. Ως κλινικά σημαντικές θεωρούνται οι υπόπνοιες με διάρκεια μεγαλύτερη εκείνης που έχουν δύο αναπνευστικοί κύκλοι εφόσον συνοδεύονται από αποκορεσμό της αιμοσφαιρίνης κατά τουλάχιστον 3% ή από αφύπνιση.

Πρωτοπαθές ροχαλητό: Ο όρος αυτός περιγράφει την παρουσία ροχαλητού χωρίς άπνοια ή υπόπνοια, υπερκαπνία, υποξαιμία, μεγάλο αριθμό αφυπνίσεων, διαταραχή της αρχιτεκτονικής του ύπνου ή συμπτώματα στη διάρκεια της ημέρας.

Αρκετά παιδιά με ΣΑΑΥ εμφανίζουν αυξημένο έργο αναπνοής κατά την διάρκεια του ύπνου. Η *εργώδης αναπνοή* περιλαμβάνει εισσολκές των μεσοπλευριών διαστημάτων, χρήση των επικουρικών αναπνευστικών μυών και παράδοση προς τα έξω κίνηση του θωρακικού κλωβού κατά τη διάρκεια της εισπνοής. Φυσιολογικά τόσο το θωρακικό όσο και το κοιλιακό τοίχωμα κινούνται ταυτόχρονα προς τα μέσα ή προς τα έξω. Οι άπνοιες γίνονται αντιληπτές από τους γονείς ως *βραχείες παύσεις της αναπνοής*. Επιπλέον το ΣΑΑΥ μπορεί να συνοδεύεται από ανήσυχο ύπνο, αφυπνίσεις, λήψη ασυνήθιστων θέσεων, υπερβολική εφίδρωση και στοματική αναπνοή. Κατά τη διάρκεια της ημέρας, τα παιδιά με ΣΑΑΥ είναι δυνατό να παρουσιάζουν υπνηλία, υπερκινητικότητα και διαταραχές της συμπεριφοράς.

Οι διαταραχές της αναπνοής στον ύπνο εμφανίζονται σε όλες τις ηλικίες, από την νεογενική ως την εφηβική. Η συχνότητα του καθ' ἑξιν ροχαλητού (> 3 νύκτες/εβδομάδα) υπολογίζεται σε 3,2% έως 12,1%, ενώ η συχνότητα του ΣΑΑΥ σε 0,7-2,9%. Σε μελέτη που έγινε στη Θεσσαλία σε 3680 άτομα ηλικίας 1-18 ετών διαπιστώθηκε ιστορικό καθ' ἑξιν ροχαλητού στο 4,2% των παιδιών και η συχνότητα ΣΑΑΥ ήταν 4,3%.

Παθογένεια του ΣΑΑΥ

Το ΣΑΑΥ είναι το αποτέλεσμα συνδυασμού ανατομικών και νευρομυϊκών παραγόντων. Ο φαρυγγικός αεραγωγός σε αντίθεση με τη μύτη, το λάρυγγα και την τραχεία, δεν υποστηρίζεται από οστά ή χόνδρους, αλλά σχηματίζεται κυρίως από μαλακούς ιστούς. Κατά την εισπνοή η σύσπαση του διαφράγματος δημιουργεί αρνητική (αναρροφητική) πίεση στο φαρυγγικό αεραγωγό. Η αρνητική αυτή πίεση γίνεται ακόμη αρνητικότερη, όταν συνυπάρχει αυξημένη αντίσταση του ανώτερου αεραγωγού (υπερτροφία φαρυγγικής αμυγδαλής, υπερτροφία αμυγδαλών, ρινίτιδα) και έτσι δημιουργείται τάση σύμπτωσης των τοιχωμάτων του φάρυγγα. Στην τάση αυτή αντιτίθενται μια σειρά από μύες (γενειογλωσσικός, γενειοϋοειδής, στερνοϋοειδής, στερνοθυρεοειδής, θυρεοειδής), ο τόνος των οποίων εξασφαλίζει τη βατότητα του αεραγωγού. Όταν όμως στη διάρκεια του ύπνου (και ειδικά στη φάση REM) ο τόνος των μυών που διατηρούν τον φαρυγγικό αεραγωγό ανοικτό ελαττωθεί, η αρνητική εισπνευστική πίεση μπορεί να οδηγήσει σε μερική ή πλήρη απόφραξη με αποτέλεσμα την ελάττωση ή την πλήρη διακοπή της ροής αέρα (αποφρακτική υπόπνοια ή αποφρακτική άπνοια, αντίστοιχα). Η κλασική γνώση είναι ότι το ΣΑΑΥ έχει τον υψηλότερο επιπολασμό στις ηλικίες 2-8 ετών, επειδή τότε ο φαρυγγικός λεμφαδενικός ιστός αναπτύσσεται σε όλα τα παιδιά σε



Βάρος του αυλού του ανώτερου αεραγωγού. Ανάλυση οβελιαιών τομών μαγνητικής τομογραφίας εγκεφάλου σε 189 παιδιά και ενήλικες χωρίς κλινικές ενδείξεις υπερτροφίας αδενοειδών έδειξε ότι η φαρυγγική αμυγδαλή έχει το μέγιστο μέγεθός της στις ηλικίες 7-10 ετών και το ελάχιστο στην ηλικία των 60 ετών. Στη μελέτη αυτή, δεν αξιολογήθηκε η σχέση μεγέθους αδενοειδών και αυλού του ανώτερου αεραγωγού. Σε μία δεύτερη μελέτη, με μαγνητική τομογραφία παιδιών χωρίς ροχαλητό φάνηκε ότι η αύξηση του φαρυγγικού λεμφαδενικού ιστού είναι σύμμετρη με εκείνη του αυλού του αεραγωγού. Επομένως, η υπερτροφία των παρίσθμιων και της φαρυγγικής αμυγδαλής είναι παθολογικό φαινόμενο, που παρατηρείται σε υποομάδα παιδιών τα οποία και εμφανίζουν ΣΑΑΥ (Πίνακας 1,2). Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί στη βιβλιογραφία όσον αφορά την περιγραφή της αύξησης του λεμφαδενικού ιστού του φάρυγγα στα πρώτα χρόνια της ζωής, οι μελέτες που έχουν μέχρι σήμερα δημοσιευθεί είναι ολιγάριθμες. Επιπλέον καμία από αυτές δεν έχει περιγράψει τη μεταβολή του μεγέθους των αδενοειδών και των αμυγδαλών κατά την παιδική ηλικία σε ασθενείς με αποφρακτική άπνοια στον ύπνο χρησιμοποιώντας τεχνικές αξονικής ή μαγνητικής τομογραφίας. Επομένως, η κλασική γνώση ότι ο λεμφαδενικός ιστός του φάρυγγα σε παιδιά με ροχαλητό παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αύξησή του μεταξύ 2 και 8 ετών είναι κατά βάση εμπειρική.

Παθогένεια του ΣΑΑΥ και Παχυσαρκία

Είναι γνωστό ότι η παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την παρουσία αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο στους ενήλικες, μολονότι ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός είναι μέχρι σήμερα αδιευκρίνιστος. Αντίθετα, στην παιδιατρική βιβλιογραφία, η συσχέτιση ανάμεσα στο δείκτη μάζας σώματος και στο δείκτη απνοιών-υποπνοιών ποικίλλει από πολύ ισχυρή ως πολύ ασθενής. Από μελέτη σε Ελληνόπουλα προκύπτει ότι στις ηλικίες ≤ 6 ετών, τα παχύσαρκα ή υπέρβαρα παιδιά έχουν τον ίδιο κίνδυνο για αποφρακτική διαταραχή της αναπνοής στον ύπνο συγκρινόμενα με τα παιδιά φυσιολογικού σωματικού βάρους. Αυτό πιθανόν οφείλεται στον κυρίαρχο ρόλο που διαδραματίζει κατά την προσχολική ηλικία η υπερτροφία αδενοειδών και αμυγδαλών στην απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού. Ο κίνδυνος όμως για τα υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά αρχίζει να αυξάνει καθώς η ηλικία του παιδιού γίνεται μεγαλύτερη. Στοιχεία από την προοπτική παιδιατρική μελέτη του Cleveland δείχνουν ξεκάθαρα ότι στα 13-16 έτη της ζωής οι παχύσαρκοι ή υπέρβαροι έφηβοι έχουν αυξημένο κίνδυνο για αποφρακτική άπνοια συγκρινόμενοι με τους εφήβους φυσιολογικού βάρους.

Με τα θέματα του ύπνου και της αναπνοής ασχολούνται όλο και περισσότερες ιατρικές ειδικότητες και τα παιδιά που χρειάζονται διάγνωση και θεραπεία αυξάνονται συνεχώς. Η ιατρική του ύπνου γνωρίζει αλματώδη εξέλιξη και η μελέτη της γίνεται όλο και πιο αναγκαία. Η διοργάνωση συνεδρίων, σεμιναρίων και άλλων μετεκπαιδευτικών εκδηλώσεων, εντάσσονται στην προσπάθεια για τη θεωρητική και πρακτική ενημέρωση των ιατρών, στις εξελίξεις της ιατρικής του ύπνου. Η δραστηριότητα σε θέματα οργάνωσης και λειτουργίας των εργαστηρίων ή μονάδων μελέτης ύπνου στα παιδιά έχει ήδη ξεκινήσει και θα συνεχιστεί, μέχρι να επιτευχθεί ο στόχος της ενημέρωσης των παιδίατρων και άλλων ειδικοτήτων ιατρών.

Συμπεράσματα

Το ροχαλητό στα παιδιά δεν είναι πάντα καλοήθες και είναι δυνατόν να συνοδεύεται από ση-



μαντικές επιπλοκές. Για αυτό το λόγο, όλα τα παιδιά θα πρέπει να ελέγχονται στις τακτικές παιδιατρικές επισκέψεις για ιστορικό ροχαλπού κατά το νυκτερινό ύπνο και εκείνα που εμφανίζουν το σύμπτωμα καθ' έξιν να διερευνώνται περαιτέρω. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του ΣΑΑΥ βελτιώνει την ποιότητα ζωής του παιδιού και ενδεχομένως προλαμβάνει την ανάπτυξη επιπλοκών. Η υπερτροφία της φαρυγγικής και των παρίσθμιων αμυγδαλών αλλά και η παχυσαρκία είναι τα συχνότερα αίτια του συνδρόμου.

Πίνακας 1. Καταστάσεις που σχετίζονται με την παρουσία ΣΑΑΥ

Υπερτροφία αδenoειδών εκβλαστήσεων	Κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες
Παχυσαρκία	Αχονδροπλασία
Αφρικο- Αμερικάνοι	Εγκεφαλική πάρεση
Αλλεργική ρινίτις	Μυελομνιγγοκήλη
Άσθμα	Νευρομυϊκές διαταραχές
Μικρογναθία	Βλεννοπολυσακχαριδώσεις
Σύνδρομο Down	Δρεπανοκυτταρική αναιμία
Μακρογλωσσία	Ξένο σώμα

ΣΑΑΥ: Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας - Υπόπνοιας

Πίνακας 2. Καταστάσεις που σχετίζονται με την παρουσία του ΣΑΑΥ στα βρέφη

Προωρότητα
Λοίμωξη
Διαταραχή στην οξυγόνωση
Προβλήματα ΚΝΣ (ενδοκράνια αιμορραγία, ασφυξία, δομικές ανωμαλίες εγκεφάλου)
Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση
Μεταβολικές διαταραχές (υπογλυκαιμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διαταραχές λιπαρών οξέων, μεταβολική οξέωση)
Αστάθεια θερμοκρασίας
Φάρμακα

ΣΑΑΥ: Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας – Υπόπνοιας, ΚΝΣ: Κεντρικό Νευρικό Σύστημα



Βιβλιογραφία

1. Brouillette RT, Fernbach SK, Hunt CE. Obstructive sleep apnea in infants and children. *J Pediatr* 1982; 100:31-40
2. Brooks LJ. Diagnosis and Evaluation of Obstructive Sleep Apnea in Children. *Ann Acad Med Singapore* 2008;37:701-5.
3. Staevska MT, Mandajieva MA, Dimitrou VD. Rhinitis and Sleep Apnea. *Curr Allergy & Asthma Rep*, 2004;4:193-9.
4. Ferber R, Kryger M. Principles and Practice of Sleep Medicine in the child. Harvard University, Boston, Massachusetts: W.B. Saunders Company, 1995
5. Guilleminault C, Winkle R, Korobkin R, Simmons B. Children and nocturnal snoring: evaluation of the effects of sleep related respiratory resistive load and daytime functioning. *Eur J Pediatr* 1982; 139:165-171
6. Lu LR, Peat JK, Sullivan CE. Snoring in preschool children: prevalence and association with nocturnal cough and asthma. *Chest* 2003; 124:587-593
7. Castronovo V, Zucconi M, Nasetti L, et al. Prevalence of habitual snoring and sleep-disordered breathing in preschool-aged children in an Italian community. *J Pediatr* 2003; 142:377-382
8. Rosen CL, Larkin EK, Kirchner HL, et al. Prevalence and risk factors for sleep-disordered breathing in 8- to 11-year-old children: association with race and prematurity. *J Pediatr* 2003; 142:383-389
9. Kaditis AG, Finder J, Alexopoulos EI, et al. Sleep-disordered breathing in 3,680 Greek children. *Pediatr Pulmonol* 2004; 37:499-509
10. Remmers JE, deGroot WJ, Sauerland EK, Anch AM. Pathogenesis of upper airway occlusion during sleep. *J Appl Physiol* 1978; 44:931-938
11. Vogler RC, Li FJ, Pilgram TK. Age-specific size of the normal adenoid pad on magnetic resonance imaging. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2000; 25:392-395
12. Arens R, McDonough JM, Corbin AM, et al. Upper airway size analysis by magnetic resonance imaging of children with obstructive sleep apnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167:65-70
13. Lam YY, Chan EY, Ng DK, et al. The correlation among obesity, apnea-hypopnea index, and tonsil size in children. *Chest* 2006; 130:1751-1756
14. Kaditis AG, Alexopoulos EI, Hatzi F, et al. Adiposity in relation to age as predictor of severity of sleep apnea in children with snoring. *Sleep Breath* 2008; 12:25-31



Ο ρόλος της μελέτης ύπνου στη διάγνωση και θεραπεία του συνδρόμου αποφρακτικής άπνοιας - υπόπνοιας (ΣΑΑΥ) στον ύπνο

Λαμπρινή Δαμανίδου

Επιστημονική Συνεργάτης Β' Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.

Από την αρχική αναγνώριση και περιγραφή του Συνδρόμου Αποφρακτικής Άπνοιας - Υπόπνοιας (ΣΑΑΥ) στον ύπνο στα παιδιά, το 1976 από τον Guilleminault και τους συνεργάτες του, έγινε κατανοητό ότι συσχετίζεται με σοβαρές απώτερες επιπλοκές. Οι κυριότερες από αυτές αφορούν στο καρδιαγγειακό σύστημα, στην ανάπτυξη και στο μεταβολισμό. Τα τελευταία χρόνια σπάνια παρατηρούνται περιπτώσεις σοβαρών επιπλοκών λόγω της έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης της διαταραχής.

Υψηλότερες τιμές αρτηριακής πίεσης (και σπανιότερα υπέρταση) έχουν περιγραφεί στα παιδιά με ΣΑΑΥ, η οποία φαίνεται να διατηρείται και κατά την εγρήγορση. Ακόμη και σε παιδιά με πρωτοπαθές ροχαλητό, έχουν βρεθεί υψηλότερες τιμές αρτηριακής πίεσης σε σχέση με φυσιολογικά παιδιά. Το ιστορικό ροχαλητού όμως, δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για υψηλή αρτηριακή πίεση στο γενικό πληθυσμό παιδιών. Αρκετές αναφορές περιπτώσεων στη βιβλιογραφία περιγράφουν παιδιά με σοβαρό ΣΑΑΥ, τα οποία εμφάνισαν δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια (πνευμονική καρδιά), λόγω νυκτερινών επεισοδίων υποξαιμίας, υπερκαπνίας και σύσπασης του πνευμονικού αγγειακού δικτύου, που οδηγούν σε αύξηση του έργου της δεξιάς κοιλίας. Με το πέρασμα του χρόνου δυνητικά μπορεί να εμφανιστεί υπερτροφία του κοιλιακού τοιχώματος, διάταση της δεξιάς κοιλίας, μείωση του κλάσματος εξώθησης της δεξιάς κοιλίας, πνευμονική υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια και πνευμονική καρδιά. Επίσης η αποφρακτική διαταραχή της αναπνοής στον ύπνο κατά την παιδική ηλικία συσχετίζεται με μεταβολές, που είναι δυνατόν να τα προδιαθέτουν στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά την ενηλικίωση τους.

Το ΣΑΑΥ κατά την παιδική ηλικία έχει συσχετισθεί, επίσης, με μεταβολικές διαταραχές (υψηλότερες τιμές χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων & αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη), χρόνια φλεγμονή (υψηλότερες τιμές C-αντιδρώσας πρωτεΐνης), μεταβολές του τοιχώματος των αγγείων και του μυοκαρδίου. Χαρακτηριστική είναι η μειωμένη ανάπτυξη των παιδιών με ΣΑΑΥ και οι μηχανισμοί με τους οποίους εξηγείται είναι οι εξής: α) μειωμένη έκκριση αυξητικής ορμόνης και ινσουλινο-εξαρτώμενου αυξητικού παράγοντα-1 (IGF-1), β) μειωμένη πρόσληψη θερμίδων λόγω ανορεξίας/ δυσφαγίας σε παιδιά με υπερτροφία αδενοειδών εκβλαστήσεων, γ) αυξημένη κατανάλωση ενέργειας από την εργώδη αναπνοή κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η διέγερση του συμπαθητικού, που προκαλείται από τα επεισόδια άπνοιας, έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των κατεχολαμινών του πλάσματος, της κορτιζόλης και της συγκέντρωσης της ινσουλίνης.

Τέλος, η αυξημένη συχνότητα *νευροαναπτυξιακών διαταραχών*, όπως μαθησιακές δυσκολίες, μειωμένη σχολική επίδοση, προβλήματα συμπεριφοράς, ελλειμματική προσοχή, ημερήσια υπνηλία και υπερκινητικότητα, είναι μια ακόμη επιπλοκή του ΣΑΑΥ στα παιδιά. Υπάρχουν ενδείξεις, ότι εκτός από τα παιδιά με ΣΑΑΥ, και εκείνα με πρωτοπαθές ροχαλητό έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών της συμπεριφοράς και της ανάπτυξης. Είναι άγνωστο εάν οι διαταραχές αυτές είναι πλήρως αναστρέψιμες μετά τη θεραπεία.



Διάγνωση

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτή η ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του συνδρόμου. Οι διαγνωστικές μέθοδοι που έχουν αναπτυχθεί, στοχεύουν στην ανίχνευση ασθενών με αποφρακτικού τύπου διαταραχές της αναπνοής στον ύπνο, οι οποίοι και έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης επιπλοκών.

Οι μέθοδοι που έχουν αξιολογηθεί με επάρκεια είναι το ιστορικό και η φυσική εξέταση, η παλμική οξυμετρία, η καρδιοαναπνευστική μελέτη νυκτερινού ύπνου στο σπίτι και η πλήρης πολυκαταγραφική μελέτη. Το *ιστορικό* και η *φυσική εξέταση* δεν μπορούν να διαχωρίσουν τα παιδιά με ΣΑΑΥ από εκείνα με πρωτοπαθές ροχαλητό, αλλά αποτελούν τη δοκιμασία διάλογής για τα άτομα που πρέπει να υποβληθούν σε έλεγχο για ΣΑΑΥ στο εργαστήριο ύπνου. Η *σφυγμική οξυμετρία* αποτελεί μία αξιόπιστη δοκιμασία διάλογής, επειδή το θετικό της αποτέλεσμα είναι προγνωστικό για παθολογική πολυκαταγραφική μελέτη. Σε περίπτωση όμως αρνητικού αποτελέσματος, δεν αποκλείεται η ανεύρεση παθολογικών ευρημάτων στην πολυκαταγραφική μελέτη ύπνου. Η *καρδιοαναπνευστική μελέτη στο σπίτι* είναι μια μέθοδος οικονομικότερη από εκείνη του εργαστηρίου ύπνου, αλλά υποεκτιμά τον αριθμό των αποφρακτικών υποπνοιών και υπερεκτιμά τις κεντρικού τύπου άπνοιες. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την εφαρμογή της μεθόδου στην κλινική πράξη (εικόνα 1).

Έτσι μέχρι σήμερα, ο ακρογωνιαίος λίθος στη διάγνωση του συνδρόμου παραμένει η *πολυκαταγραφική μελέτη* σε όλη την διάρκεια του νυκτερινού ύπνου. Είναι η μόνη μέθοδος που ποσοτικοποιεί τις ανωμαλίες του αερισμού και του ύπνου, και αποτελεί την μέθοδο αναφοράς για τη διάγνωση του ΣΑΑΥ, την εκτίμηση της βαρύτητας και τη διαφοροδιάγνωση του από το πρωτοπαθές ροχαλητό. Μπορεί να πραγματοποιηθεί με ευκολία σε παιδιά κάθε ηλικίας, εφόσον είναι διαθέσιμος κατάλληλος εξοπλισμός και εκπαιδευμένο προσωπικό. Στη διάρκεια της μελέτης παρακολουθούνται: οι αναπνευστικές κινήσεις, η ροή του αέρα από τη μύτη και το στόμα, ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης με οξυγόνο, το τελοεκπνευστικό CO₂, το ηλεκτροκαρδιογράφημα, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, το ηλεκτροοφθαλμογράφημα και το ηλεκτρομυογράφημα της υπογενειδίου περιοχής και της κνήμης. Η συνδυασμένη ανάλυση των προηγούμενων παραμέτρων οδηγεί σε ακριβές διαγνωστικό αποτέλεσμα (εικόνα 2).

Στα παιδιά δεν έχουν τεθεί ακόμα με βεβαιότητα κριτήρια, που να δηλώνουν τα φυσιολογικά και παθολογικά όρια. Έτσι υπάρχει δυσχέρεια στην εξαγωγή συμπερασμάτων, καθώς διάφορα κέντρα χρησιμοποιούν διαφορετικές τιμές αναφοράς. Τα πιο αποδεκτά και ευρέως χρησιμοποιημένα όρια στα παιδιά είναι:

1) **Δείκτης άπνοιας (Apnea Index-AI)** = ο αριθμός των επεισοδίων αποφρακτικής, κεντρικής και μικτής άπνοιας σε διάστημα ≥ 2 αναπνευστικών κύκλων, εκφραζόμενο σε επεισόδια ανά ώρα.

Η διάγνωση του συνδρόμου τίθεται, όταν $AI > 1/\text{ώρα}$.

2) **Δείκτης άπνοιας-υποάπνοιας (Apnea-Hypopnea Index-AHI)** = το συνολικό άθροισμα επεισοδίων αποφρακτικής, κεντρικής και μικτής άπνοιας και υπόπνοιας, εκφραζόμενο σε επεισόδια ανά ώρα.

$AHI > 1/\text{ώρα}$ είναι διαγνωστικό του συνδρόμου. Το ΣΑΑΥ διαχωρίζεται σε ήπιο όταν $1 < AHI \leq 5/\text{ώρα}$, μέτριο $5 < AHI \leq 10/\text{ώρα}$ και βαρύ $AHI > 10/\text{ώρα}$.



3) **Αποφρακτική υπόπνοια** = μείωση της ροής του αέρα $\geq 50\%$ και συνοδός πτώση του κορεσμού της οξυαιμοσφαιρίνης $\geq 3\%$ ή $\text{SaO}_2 < 92\%$ και/ ή αφυπνίσεις.

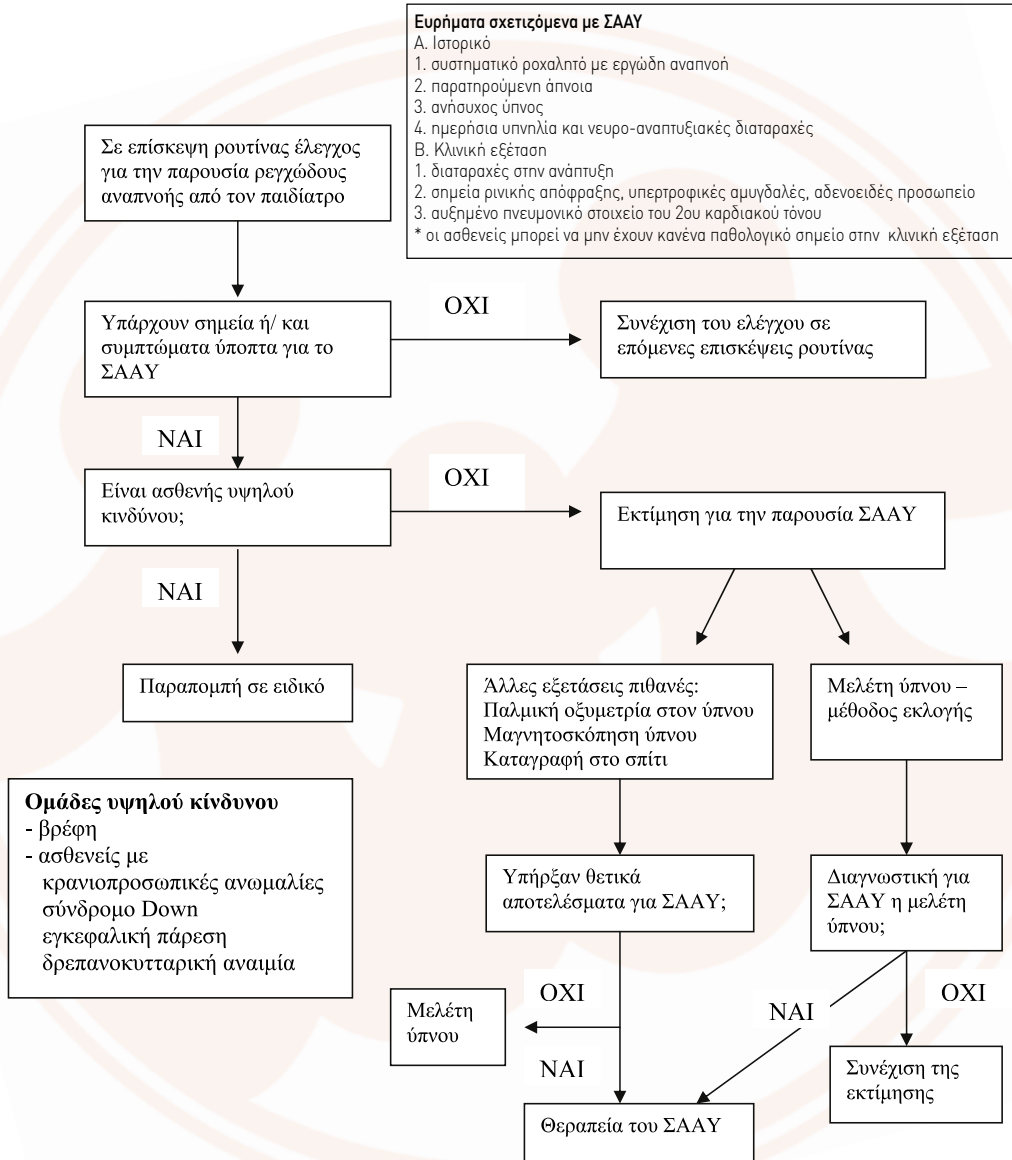
Θεραπεία

Ως κύριο εργαλείο για την διάγνωση του ΣΑΑΥ στα παιδιά θεωρείται η πολυκαταγραφική μελέτη στο εργαστήριο ύπνου. Ο βασικός δείκτης, που χρησιμοποιείται για τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, είναι ο *AHI*. Η θεραπεία εκλογής, για την αντιμετώπιση του μέτριου-σοβαρού ΣΑΑΥ ($\text{AHI} > 5$ επεισόδια/ ώρα) στα παιδιά με υπερτροφία αδενοειδών ή/ και αμυγδαλών, είναι η συνδυασμένη αμυγδαλεκτομή και αδενοειδεκτομή. Μετά την επέμβαση παρατηρείται υποχώρηση των κλινικών συμπτωμάτων και βελτίωση των ευρημάτων της πολυκαταγραφικής μελέτης ύπνου. Η αποτελεσματικότητα της επέμβασης σχετίζεται και με τη βαρύτητα της διαταραχής προεγχειρητικά. Η παρουσία παχυσαρκίας είναι αρνητικός προγνωστικός παράγοντας, όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της αμυγδαλεκτομής/ αδενοτομής. Όμως, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι ακόμη και τα παχύσαρκα παιδιά παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση μετεγχειρητικά και επιπλέον παρατηρείται σημαντική ελάττωση του επιπέδου της ολικής χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων.

Τα τοπικά ρινικά κορτικοστεροειδή έχουν χορηγηθεί σε παιδιά με ήπιο ΣΑΑΥ με θετικά αποτελέσματα. Χορηγούμενα για διάστημα 4-6 εβδομάδων, βελτιώνουν τα συμπτώματα και τα ευρήματα της πολυκαταγραφικής μελέτης, ενώ τα ευεργετικά τους αποτελέσματα φαίνεται ότι οφείλονται σε μείωση του μεγέθους των αδενοειδών εκβλαστήσεων αλλά και της χρόνιας φλεγμονής του ρινικού βλεννογόνου. Η θεραπεία με μοντελουκάστη για 16 εβδομάδες φαίνεται να προκαλεί σημαντική βελτίωση με μείωση του μεγέθους των αδενοειδών εκβλαστήσεων, παρά ταύτα χρειάζονται περισσότερες μελέτες για να καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα. Τέλος, η χρήση θετικής ρινικής πίεσης ενδείκνυται στα παιδιά με συνεχιζόμενα συμπτώματα αποφρακτικής άπνοιας και ευρήματα στην πολυκαταγραφική μελέτη ύπνου παρά την αμυγδαλεκτομή/ αδενοτομή ή/ και τη χρήση ρινικών κορτικοστεροειδών.

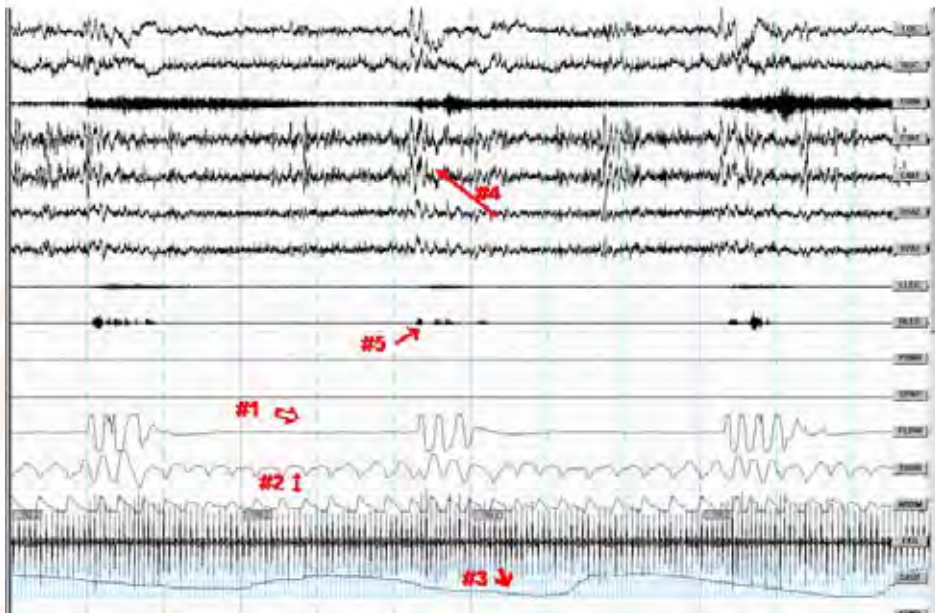
ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ Η ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΝΟΥ ΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ:

1. Σε παιδιά με ρεγχώδη αναπνοή κατά τη διάρκεια του ύπνου, για τη διαφοροδιάγνωση του ΣΑΑΥ από τη πρωτοπαθή ρεγχώδη αναπνοή (πρωτοπαθές ροχαλητό).
2. Σε παιδιά στα οποία χρειάζεται να εκτιμηθεί η βαρύτητα του συνδρόμου, για να αποφασιστεί η περαιτέρω θεραπεία και επομένως και η αναγκαιότητα της χειρουργικής αντιμετώπισης.
3. Σε παιδιά με πολύ βαριά κλινική συμπτωματολογία και σημαντική απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού στη φυσική εξέταση, ώστε να ανιχνευθούν εκείνα με αυξημένη πιθανότητα διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών καθώς και υπολειμματικής νόσου μετά το χειρουργείο.
4. Επανάληψη μελέτης ύπνου στην ανωτέρω υποομάδα για τον καθορισμό ανάγκης επιπλέον θεραπευτικής αντιμετώπισης.
5. Παιδιά με νευρομυϊκά νοσήματα, γενετικές και κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες



ΣΑΑΥ: Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας στον Ύπνο

Εικόνα 1. Αλγόριθμος για την εκτίμηση του συνδρόμου της αποφρακτικής άπνοιας-υπόπνοιας στα παιδιά.



Εικόνα 2. Πολυκαταγραφική μελέτη ύπνου σε παιδί 12 χρόνων. Απεικονίζεται η διακοπή της αναπνευστικής ροής (#1) (αποφρακτική άπνοια), που συνοδεύεται με παράδοση κινητικότητα του θώρακα και της κοιλιάς (#2). Χαρακτηριστικά σημεία μετά το τέλος της άπνοιας είναι η πτώση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης (#3), η αυξημένη εγκεφαλική δραστηριότητα (#4)(αφύπνιση) και η κίνηση του ποδιού (#5).

LOC: Αριστερός οφθαλμός, ROC: δεξιός οφθαλμός, Chin: Ηλεκτρομυογράφημα στο πηγούνι, C3-A2, C4-A1, O1-A2, O2-A1: Ηλεκτροεγκεφαλογραφικές απαγωγές, LLEG: Αριστερό κάτω άκρο RLEG: Δεξιό κάτω άκρο, PSNR: Ροχαλιτό, Flow: Ρινική Ροή, THOR: Κίνηση Θώρακα, ABDM: Κίνηση κοιλιακών μυών, EKG: ηλεκτροκαρδιογράφημα, S_{pO_2} : κορεσμός οξυαιμοσφαιρίνης

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Brouillette RT, Fernbach SK, Hunt CE. Obstructive sleep apnea in infants and children. *J Pediatr* 1982; 100:31-40
2. Kaditis AG, Alexopoulos EI, Kostadima E, et al. Comparison of blood pressure measurements in children with and without habitual snoring. *Pediatr Pulmonol* 2005; 39:408-414
3. Amin RS, Kimball TR, Bean JA, et al. Left ventricular hypertrophy and abnormal ventricular geometry in children and adolescents with obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165:1395-1399
4. Nieminen P, Lopponen T, Tolonen U, Lanning P, Knip M, Lopponen H. Growth and biochemical markers of growth in children with snoring and obstructive sleep apnea. *Pe-*



- diatrics 2002;109:e55
5. O'Brien LM, Mervis CB, Holbrook CR, et al. Neurobehavioral implications of habitual snoring in children. *Pediatrics* 2004; 114:44-49
 6. American Thoracic Society. Standards and indications for cardiopulmonary sleep studies in children. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153:866-878
 7. Muzumbar H, Arens R. Diagnostic Issues in Pediatric Obstructive Sleep Apnea. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2008;5:263-73.
 8. American Thoracic Society. Medical Section of the American Lung Association. Standards and Indications for Cardiopulmonary Sleep Studies in Children. *Am Respir Crit Care Med* 1996;153:866-78
 9. Mitchell RB, Kelly J. Outcome of adenotonsillectomy for obstructive sleep apnea in obese and normal-weight children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 137:43-48
 10. Goldbart AD, Veling MC, Goldman JL, Li RC, Brittan KR, Gozal D. Glucocorticoid receptor subunit expression in adenotonsillar tissue of children with obstructive sleep apnea. *Pediatr Res* 2005; 57:232-236
 11. Goldbart AD, Goldman JL, Veling MC, Gozal D. Leukotriene Modifier Therapy for Mild Sleep-disordered Breathing in Children. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;172:364-70



ΔΙΑΛΕΞΗ

Πρόεδρος: **Φανή Αθανασιάδου - Πιπεροπούλου**

Αντισύλληψη και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα στην εφηβική ηλικία
Ισαάκ Ρούσσο, Καθηγητής Παιδιατρικής - Ενδοκρινολογίας Α.Π.Θ.



Αντισύλληψη και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα στην εφηβική ηλικία

Ισραήλ Ρούσσο

Καθηγητής Παιδιατρικής - Ενδοκρινολογίας Α.Π.Θ.

Τις τελευταίες δεκαετίες, με εξαίρεση ίσως τα τελευταία λίγα χρόνια έχει παρατηρηθεί μία εντυπωσιακή αύξηση των σεξουαλικά δραστήριων εφήβων και μία ακόμη εντυπωσιακότερη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Σχετική έρευνα στις Η.Π.Α. έδειξε ότι το 40% περίπου των εφήβων είχε την πρώτη του σεξουαλική επαφή σε ηλικία μικρότερη των 14 χρόνων. Στη χώρα μας τα πράγματα φαίνεται να είναι καλύτερα. Πρόσφατη μελέτη δείχνει ότι το 6,3 % των εφήβων είχε την πρώτη του σεξουαλική επαφή σε ηλικία μικρότερο των 16 χρόνων και το 12,5% στην ηλικία των 16 χρόνων, ενώ το 60% είχε την πρώτη σεξουαλική εμπειρία πριν την ενηλικίωση. (Πίνακας 1). Στο ερώτημα αν κάνουν χρήση αντισυλληπτικών ή προφυλακτικού οι θετικές απαντήσεις ήταν 7% και 63% αντίστοιχα.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που διαμορφώνουν τη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων εκτός της αναπτυσσόμενης αναπαραγωγικής τους ικανότητας. Η τάση τους να μιμηθούν τους ενήλικες, η έντονη προβολή από τα μέσα ενημέρωσης διάφορων σεξουαλικών προτύπων και η απουσία πληροφόρησης αποτελούν ορισμένους από τους πιο σημαντικούς.

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Πίνακας 2) τείνουν να λάβουν επιδημική μορφή. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο το 25% των σεξουαλικά ενεργών εφήβων θα μολυνθεί από κάποιο από αυτά. Και το πρόβλημα γίνεται εντονότερο από το γεγονός ότι ένα σημαντικό ποσοστό από τους έφηβους αυτούς θα παραμείνει ασυμπτωματικό, συμβάλλοντας έτσι αποφασιστικά στη διατήρηση της υψηλής συχνότητας των σεξουαλικών νοσημάτων μεταξύ των εφήβων. Το στοιχείο αυτό τονίζει την ανάγκη του συστηματικού προληπτικού ελέγχου σε όλους τους σεξουαλικά δραστήριους εφήβους.

Στο σημείο αυτό δικαιωματικά θα πρέπει να γίνει ιδιαίτερη αναφορά στον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), κυρίως λόγω της δυνατότητας πλέον εμβολιασμού έναντι ορισμένων τύπων του ιού και συγκεκριμένα των τύπων 6, 11, 16 και 18. (Πίνακας 3). Υπάρχουν περισσότεροι από 100 τύποι του ιού, από τους οποίους οι 30-40 σχετίζονται με την πρωκτική και τη γεννητική περιοχή. Από αυτούς τα 2/3 θεωρούνται υψηλού κινδύνου για την πρόκληση καρκινικών αλλοιώσεων και το υπόλοιπο 1/3 χαμηλού κινδύνου. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος πιο συχνός καρκίνος μεταξύ των γυναικών ηλικίας 15-44 χρόνων, με την επίπτωσή του στην Ευρώπη να υπολογίζεται στις 33.000 καινούργιες περιπτώσεις και 15.000 θανάτους ανά έτος. Οι τύποι 16 και 18 ευθύνονται για το 75% του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και για το 95% του καρκίνου του αιδοίου και του κόλπου, ενώ οι τύποι 6 και 11 για το 90% των γεννητικών κονδυλωμάτων.

Στη χώρα μας η συνιστώμενη ηλικία έναρξης εμβολιασμού των κοριτσιών είναι εκείνη μεταξύ 12 και 15 χρόνων, πριν δηλαδή γίνουν σεξουαλικά ενεργή.

Ωστόσο ο ιός HPV ευθύνεται και για καρκίνους του πέους, του πρωκτού και του στόματος, πράγ-



μα που θέτει το ερώτημα αν θα πρέπει ο εμβολιασμός να επεκταθεί και στα αγόρια.

Εξίσου σημαντικό με το πρόβλημα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι και αυτό της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Η συχνότητά της στις Η.Π.Α. έχει φθάσει σε τέτοια επίπεδα, ώστε πολλοί ασχολούμενοι με το θέμα να συστήνουν προληπτικό έλεγχο για πιθανή εγκυμοσύνη, σ' όλες τις υψηλού κινδύνου έφηβες, πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση, ακτινολογική εξέταση ή διενέργεια κάποιων εμβολιασμών.

Στη χώρα μας οι διακοπές των ανεπιθύμητων κυήσεων υπολογίζονται στις 60.000-80.000 το χρόνο, αριθμός από τους υψηλότερους στην Ευρώπη, αφού μία στις πέντε Ελληνίδες καταφεύγει σε άμβλωση. Και βέβαια το υψηλό αυτό ποσοστό αμβλώσεων δε μπορεί να μη σχετίζεται με τον ένα ή άλλο τρόπο με το πολύ υψηλό επίσης ποσοστό υπογονιμότητας που παρατηρείται στη χώρα μας.

Υπάρχουν δύο τρόποι για να βρεθεί διέξοδος στο πρόβλημα της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Ο ένας είναι η αποχή από κάθε σεξουαλική δραστηριότητα ή τουλάχιστον η μετάθεσή της σε μεγαλύτερη ηλικία, κάτι όμως που είναι δύσκολο να επιτευχθεί και ο δεύτερος συνίσταται στην ανελλιπή χρήση μιας αποτελεσματικής μεθόδου αντισύλληψης.

Η αντισύλληψη ως τρόπος ελέγχου των γεννήσεων και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι τόσο παλιά όσο και η γενετήσια λειτουργία, με τα σπερματοκτόνα να αποτελούν πιθανώς την αρχαιότερη μορφή τους. Στην Αίγυπτο του 1850 π.Χ. τα πρώτα σπερματοκτόνα παρασκευάζονταν από μέλι και κόπρανα κροκοδείλου. Τα σημερινά σπερματοκτόνα κυκλοφορούν σε διάφορες μορφές, όπως αφρός, υπόθετα, κρέμα κ.λπ. Τα πλεονεκτήματά τους είναι ότι αποτελούν μία εξαρτώμενη από την ίδια την έφηβη αντισυλληπτική μέθοδο, τοποθετούνται εύκολα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους, ενώ έχει αποδειχθεί ότι δε συνδέονται με την πρόκληση συγγενών ανωμαλιών στο έμβρυο.

Τα γυναικεία προφυλακτικά με τη σημερινή μορφή τους πρωτοκυκλοφόρησαν μόλις το 1994. Στα πλεονεκτήματά τους περιλαμβάνεται το γεγονός ότι αποτελούν μία εξαρτώμενη από την ίδια τη γυναίκα μέθοδο και στα μειονεκτήματά τους η μη αποδεκτή αισθητική τους.

Τα ανδρικά προφυλακτικά πρωτοαναπτύχθηκαν την περίοδο της «Αναγέννησης» και κατασκευάζονταν από λινό ύφασμα, κύστεις ζώων και έντερα αιγοπροβάτων και μόλις μετά το 1880 από ελαστικό. Τα προφυλακτικά αυτά δρουν μηχανικά, ελαττώνοντας σημαντικά τον κίνδυνο ιογενών και μικροβιακών λοιμώξεων από τα κολπικά, τραχηλικά και πρωκτικά υγρά ή βλάβες. Παρ' όλα αυτά η πιθανότητα μόλυνσης των σημείων που δεν είναι καλυμμένα παραμένει υπαρκτή.

Όλα αυτά όμως τα προφυλακτικά γνώρισαν μια κατακόρυφη κάμψη της δημοτικότητάς τους στις αρχές του 1960, με κύρια αιτία την εμφάνιση των νέων ορμονικών μεθόδων αντισύλληψης.

Τα από του στόματος χορηγούμενα ορμονικά αντισυλληπτικά περιέχουν οιστρογόνα και προγεσταγόνα και δρουν εμποδίζοντας την ωορρηξία ενώ παράλληλα καθιστούν παχύρρευστη την τραχηλική βλέννα, εμποδίζοντας έτσι την είσοδο του σπέρματος στην κοιλότητα



της μήτρας. Στις ανεπιθύμητες ενέργειές τους περιλαμβάνονται ναυτία, έμετοι, επώδυνη τάση των μαστών και ημικρανίες. Η πιο επίφοβη όμως ανεπιθύμητη ενέργειά τους είναι ότι αυξάνουν τον κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

Μιλώντας όμως κανείς για αντισύλληψη δε θα μπορούσε να μην αναφερθεί και στην «επείγουσα αντισύλληψη», η οποία φαίνεται να μην είναι ευρέως γνωστή, μολονότι υπάρχει εδώ και 40 τουλάχιστον χρόνια.

Σαν «επείγουσα» χαρακτηρίζεται η αντισύλληψη εκείνη που εφαρμόζεται μετά τη σεξουαλική επαφή και συνίσταται στη χορήγηση τις πρώτες 24 ώρες και πάντως όχι μετά τις 72 ώρες από την επαφή, 200 μg οιστραδιόλης μαζί με 1 mgg προγεσταγόνου, διηρημένα σε δύο δόσεις με μεσοδιάστημα 12 ωρών.

Το πρόβλημα όμως με όλα τα ορμονικά αντισυλληπτικά είναι ότι ενώ είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά στην πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, αντίθετα δεν προσφέρουν καμία προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Έτσι με την επιδημική εμφάνιση του AIDS το 1985 άρχισε και η επάνοδος στην επικαιρότητα των μηχανικών μέσων αντισύλληψης.

Στη χώρα μας το ενδεχόμενο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης δε φαίνεται να απασχολεί τόσο πολύ τους νέους, σε αντίθεση με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Αυτό έδειξε έρευνα μεταξύ μαθητών λυκείου, οι οποίοι σε ποσοστό 63% είπαν ότι χρησιμοποιούν προφυλακτικό (Πίνακας 4).

Και βέβαια η ύπαρξη και μόνο τόσων πολλών μεθόδων δείχνει ότι ακόμη και σήμερα δεν υπάρχει ο ένας και μοναδικός εκείνος τρόπος που θα οδηγούσε σε δραματική μείωση της συχνότητας της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Πίνακας 1. Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής

< 16 χρόνων	6,3%
16 χρόνων	12,5%
17 χρόνων	18,4%
18 χρόνων	22,1%

Πίνακας 2. Συχνότεροι σεξουαλικά μεταδιδόμενοι λοιμώδεις παράγοντες

- Γονόκοκκος
- Απλούς έρπης
- Τρεπόννημα το ωχρό
- HIV
- Ηπατίτιδα Β
- Χλαμύδια
- Τριχομονάδα
- Candida
- Ιός ανθρώπινων θηλωμάτων



Πίνακας 3. Εμβόλια έναντι του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων

Διδύναμο	Έναντι των τύπων 16 και 18
Τετραδύναμο	Έναντι των τύπων 6, 11, 16 και 18

Πίνακας 4. Τρόποι αντισύλληψης που χρησιμοποιούν οι νέοι ηλικίας 16-20 χρόνων

Προφυλακτικό	63%
Διακοπόμενη επαφή	17%
Ορμονικά αντισυλληπτικά	7%
Ενδομήτριες συσκευές	1%
Δε λαμβάνουν αντισυλληπτικά μέτρα	12%

Βιβλιογραφία

1. Arbyn M, Antier P, Ferlay J. Burden of cervical cancer in the 27 member states of the European Union : estimates for 2004. *Ann Oncol* 2007; 18: 1423-1425
2. Ault KA. Future II Study Group. Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like-particle vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3, and adenocarcinoma in situ : a combined analysis of four randomised clinical trials. *Lancet* 2007; 369: 1861-1868
3. Brown TR, Cromer AB. The pediatrician and the sexually active adolescent. Sexual activity and contraception. In : *Pediatric Clinics of North America*, Philadelphia : WB Saunders Co, 1997: 44: 1379-1390
4. Clifford GM, Rana RK, Franceschi S, Smith JS, Gough G, Pimenta JM. Human papillomavirus genotype distribution in low-grade cervical lesions : Comparison by geographic region and with cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14:1157-1164
5. Gold AM. Prescribing and managing oral contraceptive pills and emergency contraception for adolescents. In *Pediatric Clinics of North America*. Philadelphia : WB Saunders Co, 1999: 46:695-718
6. McCabe E, Colup S, Lee AC. Making the female condom a reality for adolescents. *J Pediatric Adolesc Gynecol* 1997; 10: 115-123
7. Neal W, Coopey SM. New contraceptive options for adolescents. *Compr Ther* 1996; 23:439-445
8. Pagliusi SR, Teresa AM. Efficacy and other milestones for human papillomavirus introduction. *Vaccine* 2004; 23:569-578
9. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. Cancer incidence in five continents Vol VIII. International Agency for Research on Cancer (WHO). International Association of Cancer Registries : IARC Scientific Publications 2002; 606-611
10. Sikand A, Fisher M. The role of barrier contraceptives in prevention of pregnancy and disease in adolescents. *Adolesc Med State Art Rev* 1992; 3: 15-32
11. Villa LL. Overview of the clinical development and results of a quadrivalent HPV (types 6, 11,16,18) vaccine. *Int J Infect Dis* 2007; 11:517-525



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις παρακάτω εταιρείες
για τη συμβολή τους στη διοργάνωση της ημερίδας

BAXTER HELLAS

ELPEN

GSK

SCHERING PLOUGH

WYETH HELLAS

BIANEΞ

ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ LILLY



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Φανή Αθανασιάδου-Πιπεροπούλου σελ. 3

Επιστημονικό Πρόγραμμα σελ. 4

ΔΙΑΛΕΞΗ

Έφηβος και καρκίνος

Φανή Αθανασιάδου - Πιπεροπούλου, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ. σελ. 7

Α΄ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία της αθηρωμάτωσης

Αρετή Χίτογλου - Μακέδου, Καθηγήτρια Κλινικής Βιοχημείας Α.Π.Θ. σελ. 11

Πόνος στο στήθος στην παιδική ηλικία

Ανδρέας Γιαννόπουλος, Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ. σελ. 15

Η συμβολή του απεικονιστικού ελέγχου στη διερεύνηση του ουροποιητικού συστήματος

Μαγδαληνή Γκατζόλα, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ. σελ. 18

ΔΙΑΛΕΞΗ

Οι περικυκλωμένοι νέοι (μεταξύ μύθων και πραγματικότητας)

Ιωάννης Πανούσης, Καθηγητής Εγκληματολογίας, Τμήμα Επικοινωνίας και Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών σελ. 20

Β΄ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Διαταραχές ύπνου στην παιδική ηλικία

Ευάγγελος Παύλου, Λέκτορας Παιδιατρικής Α.Π.Θ. σελ. 34

Σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας – υπόπνοιας στον ύπνο

Μαρία Εμποριάδου, Αν. Καθηγήτρια Παιδιατρικής Α.Π.Θ. σελ. 42

Ο ρόλος της μελέτης ύπνου στη διάγνωση και θεραπεία του συνδρόμου αποφρακτικής άπνοιας – υπόπνοιας στον ύπνο

Λαμπρινή Δαμιανίδου, Επιστημονική Συνεργάτης Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ. σελ. 47

ΔΙΑΛΕΞΗ

Αντισύλληψη και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα στην εφηβική ηλικία

Ισραέλ Ρούσσο, Καθηγητής Παιδιατρικής Α.Π.Θ. σελ. 54

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ σελ. 58