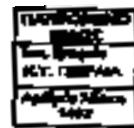




Ερευνα για τη

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ



ΑΡ. ΚΑ. ΕΝΤ. 172/1006 ΠΕΙΡΑΙΑΣ

Τριμηνιαία Εφημερίδα Ιατρικής Πληροφόρησης

ΚΩΔΙΚΟΣ: 4161

ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2009 • ΑΡ. ΤΕΥΧΟΥΣ 58

ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Η χρήση από το στόμα φαρμάκων στην αντιμετώπιση των πολυκυστικών ωθηκών, όσον αφορά την πρόκληση ωοθυλακιωρρηξίας είναι το ζητούμενο από τις γυναίκες. Η χορήγηση της μετφορμίνης ήρθε εδώ και μια δεκαετία να φέρει στη πολύφερνη νύφη την λύση που η κιτρική κλομιφαίνη πολλές φορές αρνείτο να δώσει. Η απάντηση πρέπει να δοθεί μέσω διπλής - τυφλής μεθοδολογίας όπου κάθε φάρμακο χορηγείται ξεχωριστά για 3 - 6 κύκλους, χωρίς επιπρόσθετα φάρμακα όπως HCG για πρόκληση ωοθυλακιωρρηξίας και με φυσική επαφή. Η μελέτη της Palomba και συν. (2005) σε 100 ζευγάρια έδειξε ότι η μετφορμίνη εμφάνισε υπεροχή σε σχέση με την κιτρική κλομιφαίνη μετά από 6 μήνες θεραπείας. Τα αντίθετα αποτελέσματα μας έδωσε μια μελέτη της Moll και συν. το 2006 σε 225 ζευγάρια, όπου φάνηκε ότι ο συνδυασμός μετφορμίνης / κλομιφαίνης δεν υπερέχει της κλομιφαίνης μόνης της. Τα αντικρουόμενα αποτελέσματα ανάγκασαν τους Legro και συν. το 2007 σε μια μεγάλη πολυκεντρική μελέτη όπου περιλήφθηκαν 626 ζευγάρια.

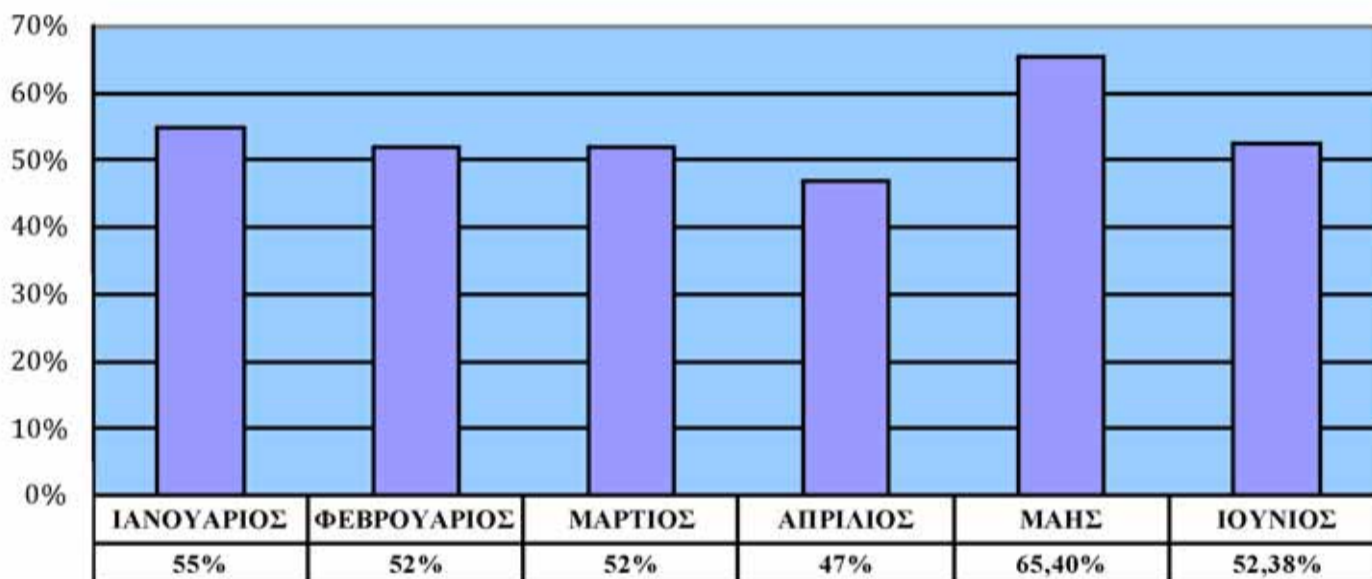
Τα συνολικά ποσοστά κυήσεων μετά από 6 μήνες θεραπείας ήταν: 7% για την μετφορμίνη μόνη της, 23% για τη κλομιφαίνη μόνη της και 27% για τον συνδυασμό μετφορμίνης και κλομιφαίνης.

Ο συνδυασμός μετφορμίνης / κλομιφαίνης στην τρίτη αυτή μελέτη δούλεψε καλύτερα σε γυναίκες υπέρβαρες με δείκτη σωματικού βάρους μεγαλύτερο του 35. Αυτό που έδειξε η μελέτη αυτή με βάση τα ανά κύκλο αποτελέσματα, ήταν ότι η κλομιφαίνη είχε 10,2% κυήσεις σε σχέση με το 5,1% της μετφορμίνης. Αν τα αποτελέσματα ιδωθούν με βάση τους ωοθυλακιωρρηκτικούς κύκλους τότε ήταν ακόμη καλύτερα για την κλομιφαίνη (29,9% προς 13%). Δυστυχώς όλες αυτές οι καλά σχεδιασμένες μελέτες δεν απάντησαν (γιατί δεν το έθιξαν) στο ερώτημα αν τα φάρμακα αυτά αυξάνουν τις πολλαπλές κυήσεις ή τα ποσοστά των αποβολών. Μόνο στην τελευταία μελέτη οι συγγραφείς εντοπίζουν μια μη σημαντική και απρόσμενη τάση η μετφορμίνη να παρουσιάζει αυξημένο ποσοστό αποβολών α' τριμήνου.

Αρκουλής Θεοδόσης
Μαιευτήρας - Γυναικολόγος
Υπεύθυνος Κέντρου
Εξωσωματικής
Γονιμοποίησης Πειραιά
"ΜΙΤΩΣΗ"

ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΝΕΧΙΖΟΥΝ ΝΑ ΒΕΛΤΙΩΝΟΝΤΑΙ ΧΑΡΙΣ ΣΕ ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΥΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΠΕΙΡΑΙΑ "ΜΙΤΩΣΗ" ΓΙΑ ΤΟ Α' ΕΞΑΜΗΝΟ ΤΟΥ 2009, ΓΙΑ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΗΛΙΚΙΕΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ



ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΩΑΡΙΩΝ, ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑΣ ΕΜΒΡΥΩΝ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗΣ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ, ΥΓΡΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ ΠΟΥ ΜΑΣ ΠΑΡΕΧΕΙ Η ΝΕΑ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ.



ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ ΜΕ ΣΠΕΡΜΑ ΔΟΤΗ

Michael De Brucker, Patrick Haentjens, Jan Evenepoel, Paul Devroey, John Collins, and Herman Tournaye.
Human Reproduction, Vol.24, No.8 pp.1891-1899,2009.

Η αναβολή της απόκτησης παιδιού, αποτελεί μια κοινωνική τάση η οποία έχει οδηγήσει σε αύξηση της συχνότητας θεραπειών υπογονιμότητας οφειλόμενων σε ηλικιακό παράγοντα. Ωστόσο, υπάρχει μια ηλικιακά εξαρτώμενη μείωση των ποσοστών επιτυχίας των θεραπειών αυτών.

Ο στόχος της παρούσας μελέτης, ήταν η ανάλυση των συνολικών ποσοστών γεννήσεων σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε σπερματέγχυση με σπέρμα δότη σύμφωνα με την ηλικία τους, καθώς επίσης και η ανάλυση της πιθανής επίδρασης που είχαν η πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας και οι ενδείξεις της σπερματέγχυσης με σπέρμα δότη, στα ποσοστά γεννήσεων.

Εξετάστηκε το αποτέλεσμα της σπερματέγχυσης με χρήση κρυοσυντηρημένου σπέρματος δότη, σε 1654 γυναίκες οι οποίες υποβλήθηκαν συνολικά σε 6630 κύκλους σπερματέγχυσης με σπέρμα δότη. Καμιά από τις ασθενείς δεν είχε γεννήσει ποτέ ενώ <10% αυτών είχαν μείνει έγκυες στο παρελθόν. Οι ενδείξεις για σπερματέγχυση με σπέρμα δότη ήταν ο παράγοντας σοβαρής ανδρικής υπογονιμότητας, η επιθυμία ομοφυλόφιλων ζευγαριών για απόκτηση παιδιού ή η επιθυμία ανύπαντρων γυναικών να γίνουν μητέρες. Αν και οι ασθενείς είχαν φυσιολογικούς έμμηνους κύκλους, κάποιες υποβλήθηκαν σε ήπια ωοθηκική υπερδιέγερση. Όλες οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μία μοναδική σπερματέγχυση η οποία διεξήχθη 36-44 ώρες μετά τη χορήγηση 5000 μονάδων ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης παρουσία 1-3 ωοθυλακίων 17mm. Η σπερματέγχυση έγινε με κρυοσυντηρημένο σπέρμα δότη με τουλάχιστον 1 x 10⁶ προοδευτικών; κινούμενων σπερματοζωαρίων. Η επεξεργασία του σπέρματος έγινε με διαβάθμιση πυκνότητας, ενώ από το απόγευμα της ίδιας ημέρας συστάθηκε στις ασθενείς η λήψη 3 x 200mg φυσικής προγεστερόνης.

Έγινε σύγκριση των συνολικών ποσοστών γεννήσεων για 4 ηλικιακές υπο-ομάδες (20-29, 30-34, 35-37, 37-39 και 40-45 ετη). Συνολικά, κατά τη διάρκεια της μελέτης: πιο συχνά η σπερματέγχυση με σπέρμα δότη ζητούνταν από ομοφυλόφιλα ζευγάρια, η κιτρική κλομφαίνη χρησιμοποιήθηκε περισσότερο για την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας ενώ οι περισσότερες ασθενείς ήταν μεταξύ 30 και 35 ετών. Με την πρόοδο της ηλικίας, αυ-

ξάνονταν και τα αιτήματα απόκτησης παιδιού από μέρους των ανύπαντρων γυναικών, ενώ μειώνονταν τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια που υποβάλλονταν σε προσπάθεια. Σε λιγότερο από 3% των γυναικών δεν στάθηκε εφικτό να καταγραφεί το αποτέλεσμα

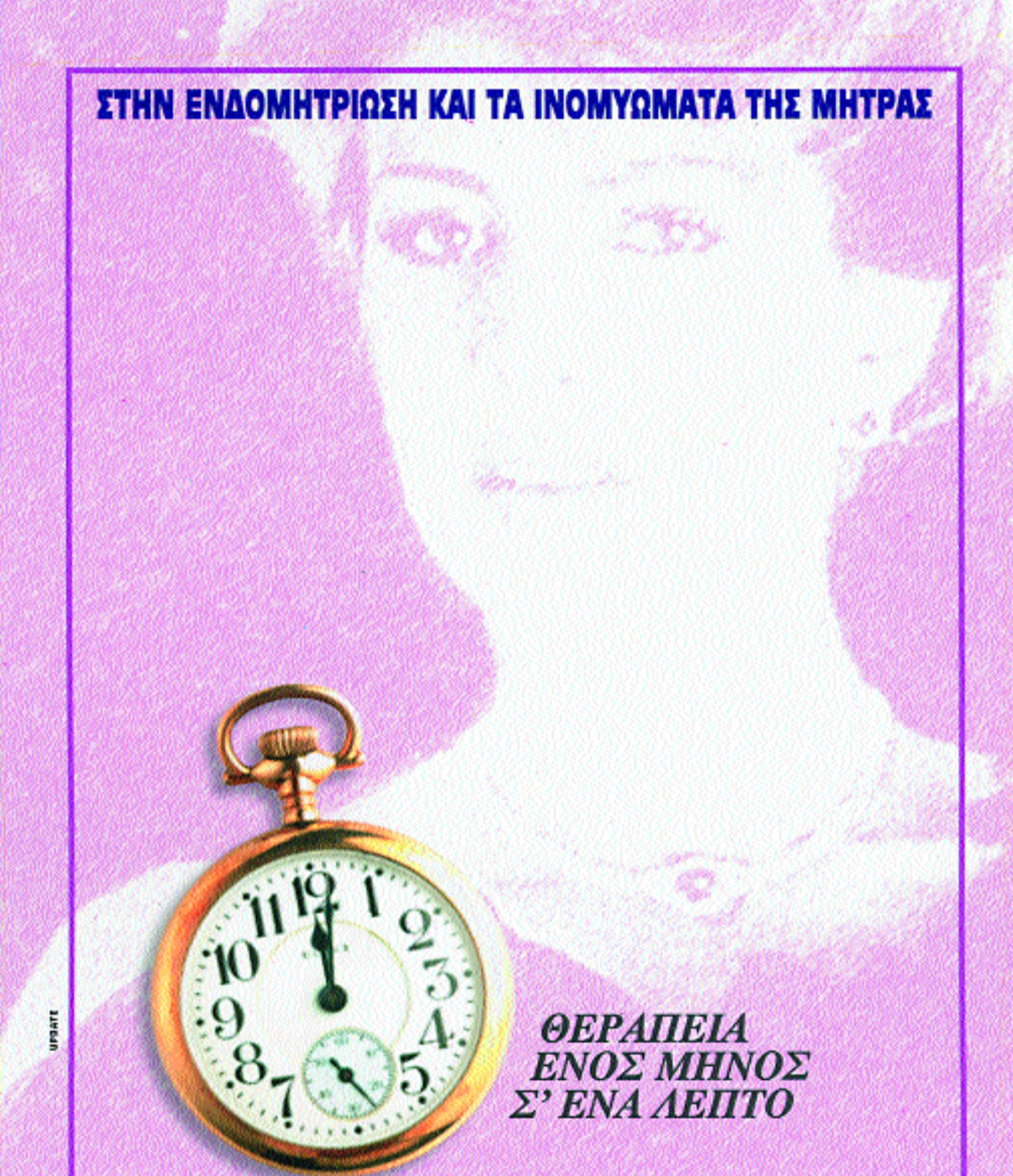
Συνολικά, σημειώθηκαν 928 κυήσεις (14% ανά κύκλο και 19% μέσο ποσοστό γεννήσεων στον 1ο κύκλο), 1020 γεννήσεις παιδιών από τα οποία τα 89 ήταν δί-

δυμα, 75 ασθενείς έλαβαν κιτρική κλομφαίνη, σε 11 χορηγήθηκαν γοναδοτροπίνες ενώ μόνο 3 δεν έλαβαν καμία φαρμακευτική αγωγή. Στις γυναίκες 40-45 ετών, δεν σημειώθηκε καμιά δίδυμη κύηση. Ενδομήτριος θάνατος σημειώθηκε σε 2 κυήσεις, ενώ 3 γυναίκες απέκτησαν τρίδυμα.

Η ηλικία ήταν ο μόνος παράγοντας που είχε σημαντική και ανεξάρτητη επίδραση στο ποσοστό επιτυχίας. Συνολικά, οι μεγαλύτερες γυναίκες, είναι λιγότερο

πιθανό να ολοκληρώσουν μια επιτυχημένη κύηση. Αν και η μελέτη αυτή επιβεβαιώνει την επίδραση που έχει η ηλικία της γυναίκας στην γέννηση παιδιού από σπερματέγχυση με σπέρμα δότη, παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτα ποσοστά γεννήσεων ακόμα και στις ομάδες προχωρημένης αναπαραγωγικής ηλικίας. Επομένως, η ηλικία είναι ο σημαντικότερος περιοριστικός παράγοντας για την επιτυχία των θεραπειών αναπαραγωγής.

ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ



**ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΕΝΟΣ ΜΗΝΟΣ
Σ' ΕΝΑ ΛΕΠΤΟ**

**DARONDA
DEPOT® 3.75 mg**
ΟΞΙΚΗ ΛΕΥΠΡΟΛΙΔΗ

ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ ΕΝΑΝΤΙ ΟΡΛΙΣΤΑΤΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΑΝΩΟΡΡΗΚΤΙΚΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

M.Metwally, S.Amer, T.C.Li, and W.L.Ledger Human Reproduction, Vol.24, No4, pp.966-975, 2009

Αυξημένος αριθμός γυναικών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία πάσχουν από παχυσαρκία. Η κύρια θεραπεία της παχυσαρκίας και των σχετιζόμενων με αυτήν αναπαραγωγικών διαταραχών, όπως η ανωορρηξία και η υπογονιμότητα, είναι η ελάττωση του σωματικού βάρους που επιτυγχάνεται κυρίως με αλλαγές στην διατροφή και αύξηση της σωματικής δραστηριότητας.

Δευτερεύουσες προσεγγίσεις του προβλήματος συνιστούν η

χορήγηση μετφορμίνης ή ορλιστάτης. Η μετφορμίνη έχει χορηγηθεί σε ανωορρηκτικές ασθενείς με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Αρχικές μελέτες, ανέφεραν ότι αύξησε το ποσοστό ωορρηξίας στο 46%, ενώ πιο πρόσφατες μελέτες αναφέρουν χαμηλότερα ποσοστά ωορρηξίας. Ο ακριβής μηχανισμός μέσω του οποίου η μετφορμίνη ασκεί τις επιδράσεις της, είναι ακόμη αβέβαιος. Για τις ασθενείς που δεν δύνανται να χάσουν βάρος μόνο με αλλαγές του τρόπου ζωής

τους, εναλλακτική λύση συνιστά η λήψη φαρμάκων κατά της παχυσαρκίας, όπως η ορλιστάτη. Η ορλιστάτη, είναι ένας γαστρικός και παγκρεατικός αναστολέας της λιπάσης που ελαττώνει την εντερική απορρόφηση λίπους κατά 30%. Στην άνωθεν αναφερθείσα μελέτη, στόχος ήταν η σύγκριση της επίδρασης των δύο φαρμάκων στα ποσοστά ωορρηξίας καθώς και στα επίπεδα των ανδρογόνων σε παχύσαρκες, ανωορρηκτικές ασθενείς με ή χωρίς πολυκυστικές ωοθήκες.

Στην μελέτη συμμετείχαν 40 γυναίκες που πληρούσαν τα εξής κριτήρια: ηλικία 18-40 ετών, δείκτης μάζας σώματος $>$ ή $=$ 30, ανωορρηξία. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν: ασθενείς με αντενδείξεις για οποιαδήποτε από τα φάρμακα (ρηνική ή ηπατική βλάβη, σύνδρομο κακής απορρόφησης, χολοστάση), διαβήτης, εγκυμοσύνη, θηλασμός.

Αρχικά χορηγήθηκαν 500mg μετφορμίνης 1 φορά την ημέρα μετά το γεύμα για μία εβδομάδα προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η γαστροεντερική ενόχληση, και ακολούθησε χορήγηση 500mg 2 φορές την ημέρα για 4 εβδομάδες. Η ορλιστάτη χορηγήθηκε σε καθορισμένη δόση 120mg 2 φορές την ημέρα. Στις γυναίκες που πήραν ορλιστάτη, συστάθηκε η έναρξη δίαιτας χαμηλής σε λιπαρά ($<$ 5%). Και στις δύο ομάδες έγινε σύσταση καθημερινής σωματικής άσκησης. Η λήξη της κλινικής μελέτης ορίστηκε στους 3 μήνες θεραπείας, επίτευξης ωορρηξίας ή πτώση του δείκτη μάζας σώματος $<$ 30.

Οι ασθενείς εκδήλωσαν μεγαλύτερη ανοχή στην ορλιστάτη, σε αντίθεση με την μετφορμίνη, όπου 2 ασθενείς διέκοψαν τη θεραπεία εξαιτίας γαστροεντερικών διαταραχών μη ανατρέψιμων με προσωρινή μείωση της δόσης. Τα ποσοστά ωορρηξίας ήταν 40% και 25% για την μετφορμίνη και την ορλιστάτη αντίστοιχα. Κατά τη διάρκεια της μελέτης, το σύνολο του πληθυσμού εμφάνισε σημαντική μείωση στον μέσο δείκτη μάζας σώματος και στην περιφέρεια της μέσης, καθώς επίσης και σημαντική μείωση στην τεστοστερόνη, την FAI και την ανδροστενδιόνη σε διάστημα 12 εβδομάδων.

Η μετφορμίνη επέφερε παρόμοια μείωση βάρους με εκείνη της ορλιστάτης, η οποία ως φάρμακο κατά της παχυσαρκίας έχει δείξει σε άλλες μελέτες ότι προκαλεί μεγαλύτερη μείωση βάρους από τη μετφορμίνη. Ωστόσο, οι γαστροεντερικές παρενέργειες που επιφέρει, οδηγούν στην προτίμηση της δεύτερης. Η μετφορμίνη επέφερε υψηλότερα ποσοστά ωορρηξίας και εγκυμοσύνης, χωρίς όμως να υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά, πιθανώς λόγω μικρού μεγέθους του δείγματος καθώς και σύντομης διάρκειας της θεραπείας. Τέλος, παρατηρήθηκε μείωση στην ολική τεστοστερόνη του ορού και βελτίωση του FAI, και με τα δύο φάρμακα, αν και στην περίπτωση της ορλιστάτης, τα αποτελέσματα ήταν περισσότερο άμεσα.



GROUP PLS01-0-40

Για καλά νέα!
Puregon®



Νέο
Puregon cartridge 900IU

Φωτογραφίστε την επιτυχία



ORGANON ΕΛΛΑΣ Α.Ε.Ε., Λ. Βουλιαγμένης 122, Ελλάδα 167 77, Τηλ.: 210 96 96 900, Fax: 210 96 48 508
www.organon.gr, e-mail: hellas@organon.gr

ΔΩΡΕΑ ΕΜΒΡΥΩΝ Ή ΔΩΡΕΑ ΓΑΜΕΤΩΝ ΞΕΧΩΡΙΣΤΑ

Dr Reza Omani Samani, Reproductive BioMedice Online, Vol.19 Suppl. 1.2009 29-33

Μέχρι σήμερα, πάνω από δύο εκατομμύρια νεογνά έχουν γεννηθεί παγκοσμίως με την τεχνολογία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Για πολλά ζευγάρια, δεν υπάρχει άλλη θεραπεία από την ανάμιξη ενός τρίτου ατόμου. Η δωρεά σπέρματος είναι από τις πιο συνηθισμένες και παλαιότερες διαδικασίες σε αντίθεση με την δωρεά ωαρίων που είναι σχετικά καινούργια. Η πρώτη επιτυχημένη δωρεά ωαρίων έγινε το 1984 και την ίδια χρονιά καταγράφηκε και η πρώτη δωρεά εμβρύου. Με τον όρο δωρεά εμβρύου εννοούμε την δωρεά κρυοσυντηρημένων πλεοναζόντων γονιμοποιημένων ωαρίων ενός υπογόνιμου ζευγαριού ενώ με τον όρο δωρεά γαμετών εννοούμε πως ένα γόνιμο και υγιές ζευγάρι δωρίζει τα ωάρια και τα

σπερματοζωάρια του και αφού επιτευχθεί εξωσωματική γονιμοποίηση τότε δωρίζονται τα έμβρυα πλέον σε ένα υπογόνιμο ζευγάρι.

Σε πολλές χώρες της Ανατολής η υπογονιμότητα ενός ζευγαριού θεωρείται μια δύσκολη κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα μέσα στην οικογένεια ή ακόμη και σε διαζύγιο του ζευγαριού. Ο Ισλαμισμός, αν και απαγορεύει την έκθεση των γεννητικών οργάνων της γυναίκας ακόμη και στον ίδιο τον ιατρό εν τούτοις όταν πρόκειται για θέματα γονιμότητας επιτρέπεται και θεωρείται νόμιμο. Στο Ιράν επιτρέπεται και με τον νόμο η δωρεά εμβρύων, σε αντίθεση με την δωρεά γαμετών, η οποία απαγορεύεται. Ένα από τα πλεονεκτήματα της δωρεάς

γαμετών είναι πως οι δότες μπορεί να είναι υγιή άτομα, νεαρής ηλικίας και με πιθανότητα ιστορικού γεννήσεως ενός φυσιολογικού παιδιού. Αντίθετα, στην δωρεά εμβρύων, η οποία προέρχεται από ένα υπογόνιμο ζευγάρι υπάρχει η πιθανότητα το έμβρυο να πάσχει από μια, γενετικής φύσεως, διαταραχή. Σε περιπτώσεις δωρεάς εμβρύων προτιμούνται κυρίως φρέσκα έμβρυα και όχι τόσο κρυοσυντηρημένα διότι εκτός του ότι κατά την απόψυξη, ένα μικρό ποσοστό των εμβρύων δεν επιβιώνει, αναφέρεται και σημαντική μείωση των πιθανοτήτων κήσεως κατά την χρήση κρυοσυντηρημένων εμβρύων. Όμως, δωρίζοντας ένα ζευγάρι τα γονιμοποιημένα ωάρια του, ταυτόχρονα συνεπάγεται πως μειώνονται και τα αποθέματά τους σε

περίπτωση αποτυχίας της παρούσας προσπάθειας και προσπάθειας στο μέλλον. Επίσης, υπάρχουν ζευγάρια που δεν επιθυμούν να δωρίσουν τα έμβρυά τους λόγω της κουλτούρας μέσα στην οποία ζουν ή λόγω θρησκείας ή ακόμα και επειδή τα πιστεύω τους είναι ενάντια στην δωρεά. Ο αριθμός αυτών των ζευγαριών διαφέρει από χώρα σε χώρα και στην Αυστραλία φτάνει το 90%.

Σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται η καταβολή αμοιβής για την διάθεση των εμβρύων, γι' αυτό άλλωστε καλείται και δωρεά. Οι βιολογικοί γονείς των εμβρύων, δηλαδή οι δωρητές, είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τα παιδιά αυτά και μπορούν να τα διεκδικήσουν ανά πάσα ώρα και στιγμή, χωρίς κανέναν νόμο να μπορεί να τους το απαγορεύσει. Κανένα συμβόλαιο δεν μπορεί να αποτρέψει κάτι τέτοιο καθώς οι δεσμοί αυτοί μεταξύ των δωρητών και των εμβρύων θεωρούνται και είναι φυσικοί δεσμοί. Γι' αυτό σε περιπτώσεις δωρεάς κρίνεται αναγκαίο να υπάρχει εμπιστευτικότητα και εχεμύθεια από το ιατρικό προσωπικό. Τέλος, ένα ακόμη μειονέκτημα της δωρεάς εμβρύων είναι και το γεγονός ότι δεν γίνεται ο απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος στο ζευγάρι, με αποτέλεσμα τα έμβρυα που δωρίζονται να θεωρούνται ελλιπώς αξιολογημένα και όχι απολύτως υγιή. Στο Ιράν, ο νόμος επιτρέπει μόνο την δωρεά εμβρύων αρκεί αυτά να προέρχονται από νόμιμα παντρεμένο ζευγάρι. Όσο αφορά την δωρεά γαμετών ξεχωριστά, στο Ιράν ακόμη απαγορεύεται καθώς υπάρχουν πολλά ηθικά, νομικά και θρησκευτικά ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν ακόμη.

Altermon[®]
Highly Purified Lyophilized Urofollitropin (FSH)



**Αξιόπιστα αποτελέσματα
για πραγματοποιήσιμα όνειρα!**



Έρευνα για τη ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Τριμηνιαία Έκδοση Ιατρικής
Πληροφόρησης

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ - ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ:

Μαρία Μητροπούλου
Σαχτούρη 24 - Πειραιάς
Τηλ.: 210-4528.399

ΣΤΟΙΧΕΙΟΘΕΣΙΑ - ΕΚΤΥΠΩΣΗ

Γ. Μουρούσια - Μ.Ε. Μουρούσια Ο.Ε.
Κολοκοτρώνη 144 - Πειραιάς
Τηλ.: 210-4182.591 - 210-
4532.911

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΥΛΗΣ:

Αρκουλής Θεοδόσης
Μαιευτήρας - Χειρουργός -
Γυναικολόγος