Medilife

Καλοκαίρι - Φθινόπωρο 2007 | τεύχος 08

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.
ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ 9, Τ.Κ. 115 21 ΑΘΗΝΑ
ΕΛΤΑ Hellenic Post
ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 1938/2004 Κ.Ε.Μ.Π.ΑΘ.
ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΤΕΥΧΟΣ
Κ.Ε.Μ.Π.ΑΘ.
Αριθμός Τεύχους: 4402

Check-up:
Πρόληψη Υγείας

Γονιδιακή Διατροφή:
ο εξατομικευμένος τρόπος διατροφής

Δυσκοιλιότητα
στα παιδιά

Μελάνωμα:
Νεότερα Δεδομένα

Ο καρκίνος του μαστού
στις γυναίκες σήμερα

Ο θυρεοειδής με απλά λόγια

editorial

Πόλλυ Ζησοπούλου
Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems

Αγαπητοί αναγνώστες,

Πάντα συνεπείς στο έργο που αφορά στην υγεία μας, συνεχίζουμε την προσπάθειά μας για υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας έχοντας πλέον πιστοποιηθεί επίσημα και από τον ΕΛΟΤ.

Συγκεκριμένα, πιστοποιήθηκε ότι το Σύστημα Διαχείρισης της Ευρωκλινικής Αθηνών αναφορικά με την ανάπτυξη και την παροχή υπηρεσιών υγείας στη Μονάδα Εντατικής θεραπείας, στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο και στο Ενδοσκοπικό Τμήμα αξιολογήθηκε και είναι σύμφωνο με τις απαιτήσεις του προτύπου ΕΛΟΤ **EN ISO 9001:2000.**

Η πιστοποίηση αυτή έρχεται να επιβεβαιώσει την παροχή άριστων υπηρεσιών υγείας από την Ευρωκλινική Αθηνών, καθώς και να την ανταμείψει που τηρεί τις δεσμεύσεις της απέναντι στους ασθενείς.

περιεχόμενα

Medilife

Καλοκαίρι - Φθινόπωρο 2007/τεύχος 08

Μόνιμες στήλες
6 News & Events

Inside Life
22 Προσωπικό Ασφαλείας & Επείγοντα Περιστατικά Ευρωκλινικής Αθηνών

Travel
110 Σπέτσες: Με αρχοντικό αέρα

112 Πάτμος: Το Νησί της Αποκάλυψης

Fitness
114 Δέκα καλοί λόγοι για να κάνετε γιόγκα

Ιατρική
24 Ο θυρεοειδής αδένας με απλά λόγια

28 Πρωτοπαθής Υπερπαραθυρεοειδισμός

32 Γονιδιακή Διατροφή: Ο εξατομικευμένος τρόπος διατροφής

36 Check-up: Πρόληψη Υγείας

40 Αντιμετώπιση παθήσεων του λάρυγγα με λέιζερ

58 Ο καρκίνος του μαστού σήμερα

60 Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου

62 Κληρονομικότητα και καρκίνος του παχέος εντέρου

64 Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση: Υπάρχει οριστική λύση

68 Μελάνωμα: Νεότερα Δεδομένα

71 Παχυσαρκία

72 Σύνδρομο Αποφρακτικών Απνοιών-Υποπνοιών στον ύπνο και Πολυϋπνογραφία ή Μελέτη Ύπνου

76 Σύγχρονες εξελίξεις στην ορθοπαιδική αθλητιατρική και στην αρθροσκοπική χειρουργική

80 Αρθροσκόπηση

82 10 μύθοι και 10 αλήθειες για τη λαπαροσκοπική χειρουργική

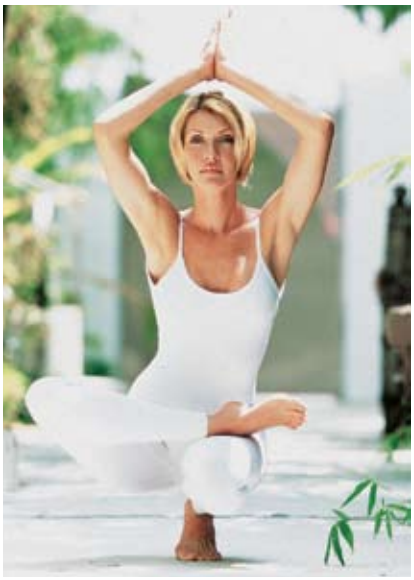
84 Ανάπλαση πτερυγίου ωτός με χρήση αυτογενούς πλευρικού χόνδρου

86 Ουροδυναμικός έλεγχος και ακράτεια

88 Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (ΣΕΕ) – Σπαστική Κολίτιδα

90 Η χρησιμότητα της σπιρομέτρησης

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ ΕΞΩΦΥΛΛΟΥ: HELLAS PRESS – **ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ:** APEIRON, IML IMAGE GROUP, VISUAL HELLAS, HELLAS PRESS, PHOTOSTOCK



92 Ακτίνες λέιζερ: Τελικά μπορούμε να πετάξουμε τα γυαλιά μας;

94 Αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς: Τι μέλλει γενέσθαι;

96 Χειρουργική αποκατάσταση των βλεφάρων σε ιδιαίτερες παθολογικές καταστάσεις

98 (SLT) Selective Laser Trabeculoplasty – Μια νέα μέθοδος για τη θεραπεία του γλαυκώματος

Παιδιατρικό ένθετο

42 Η δυσκοιλιότητα στα παιδιά

44 Προσέγγιση παιδιού με υποτροπιάζουσες λοιμώξεις

50 Διαγνωστική προσέγγιση σπασμών σε βρέφη και παιδιά

54 Εκκριτική ωτίτιδα στα παιδιά: Συντηρητική ή χειρουργική αντιμετώπιση;

56 Η πρόληψη των οφθαλμικών τραυμάτων στα παιδιά

Ιατρική & τεχνολογία

79 Αυτοφθορισμός: Πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα

Υγεία & διατροφή

100 Διατροφή ενόψει των διακοπών: Έξι απλά βήματα για να φροντίσετε το σώμα σας

104 Η σημασία του ασβεστίου στον οργανισμό

Medilife
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Αθανασιάδου 9 (Πάροδος Δ. Σούτσου), 115 21, Αθήνα
Τηλ.: 210-6416600, Fax: 210-6416555
Τηλέφωνο Διεύθυνσης Marketing: 210-6416180
Τηλέφωνο Άμεσης Ανάγκης: 1011

Υπεύθυνη Έκδοσης: Χριστίνα Ταμπουρέα, Διευθύντρια Marketing και Επικοινωνίας
Επιμέλεια Ύλης: Χριστίνα Κοροβέση
Συντονισμός Ύλης: Έφη Σοφιανού
Επιστημονική Επιτροπή
Υπεύθυνος: Εμμανουήλ Ζαχαριάδης, Διευθυντής Πνευμονολογικού Τμήματος
Μέλη:
Χ. Σκορδής, Διευθυντής Κλινικής Αθλητικών Κακώσεων
Ν. Νασιακόπουλος, Δ/ντής Β' Γαστρεντερολογικής Κλινικής
Κ. Κουμάκης, Διευθυντής Α' Νευρολογικής Κλινικής
Γ. Κουντούρης, Διευθυντής Ω.Ρ.Λ. Κλινικής
Δ. Αλεξάκης, Επιμελητής Α' Ορθοπαιδικής Κλινικής
Καθηγητής Μ. Φιλιππάκης, Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής Ευρωκλινικής Αθηνών, Διευθυντής Χειρουργικού Τομέα
Ιωάννης Ζιούνας, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής

Παραγωγή-Έκδοση: IKO PRESS S.A.
Γενικός Διευθυντής: Μιχάλης Καρής
Εντεταλμένος Σύμβουλος: Δημήτρης Αργυρόπουλος
Δημιουργικός Σχεδιασμός - Επιμέλεια Έκδοσης: Corporate Publications Division
Διευθυντής: Νικόλαος Παπαβασιλείου
Μαρίνου Αντύπα 41-45, 141 21, Νέο Ηράκλειο, τηλ.: 210-2705300, fax: 210-2705199
Creative Art Director: Μαρκέλλα Κοπάκη
Art Directors: Σέβη Κοπάκη, Παντελής Σιδερίδης
Δημιουργικό: Αλέκα Βαλσαμάκη, Βίκυ Κουμπαρέλου, Ήρα Λάζου, Κατερίνα Νίκα, Γρηγορία Σκουρλή
Υπεύθυνη Επιμέλειας Κειμένων: Μαράια Γαλιατσάτου
Επιμέλεια Κειμένων: Ελένη Καλογερά, Βασιλική Παππά
Photo Research Director: Γραμματική Μαντάκη
Photo Research Editor: Ειρήνη Γουρουνά
Διεύθυνση Διαφήμισης: Μαρία Καζάντζα
Υπεύθυνη Διαφήμισης: Ζωή Ζαχαριάδου
Υποδοχή Διαφήμισης: Μελίνα Πετρουλά, τηλ.: 210-270 5371
Διεύθυνση Παραγωγής: Αντώνης Σταυρίδης
Υπεύθυνος Παραγωγής: Βασίλης Γαβαλάς
Ποιοτικός Έλεγχος Εκτύπωσης - Βιβλιοδεσίας Βαγγέλης Γουρουνάς
Παραγωγή: Λευτέρης Νικόπουλος, Ελίνα Κορκατζή, Μάκης Κουτσανδρέας
Imaging Director: Αλέξης Βαλούρδος
Imaging Specialist: Γιώργος Κλαρομένος
Image Proccessing: Στέλιος Δημητροκάλης, Χριστίνα Μάνου, Ηλιάνα Μπόβολη, Αίμη Μπούσιου, Δάφνη Παπαδάκη, Γιάννης Σπαθούλας
Imaging Systems: Λία Πρίντεζη, Χρήστος Σιμίτας, Στέλιος Σοφιανός, Μαρία Χασάπη
Υπεύθυνος Τελικού Ελέγχου Μακέτας: Βασίλης Δρανδάκης
Τελικός Έλεγχος Μακέτας: Μιχάλης Μπαξεβάνης
Ηλεκτρονικό Μοντάζ & Φιλμογράφηση: Αντώνης Αρμάος, Γιάννης Μούγιος, Βασίλης Νάκος

Το περιοδικό διατίθεται δωρεάν

Από αριστερά: Η κυρία Δ. Παπαχρήστου, Διοικητική Διευθύντρια Ευρωκλινικής Αθηνών, ο κ. Β. Αγγελακόπουλος, Διοικητικός Διευθυντής Αθηναϊκής Κλινικής, η κυρία Ντ. Τόμπρου, Διευθύντρια Ανθρώπινου Δυναμικού Medicom Systems, η κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems και ο κ. Δ. Κεχαγιάς, Διοικητικός Διευθυντής Ευρωκλινικής Παίδων.

Συνάντηση Στελεχών Ομίλου Κλινικών Ευρωκλινικής στο Ινστιτούτο Pasteur

Την Πέμπτη 25 Ιανουαρίου 2007 πραγματοποιήθηκε η ετήσια συνάντηση στελεχών της Ευρωκλινικής Αθηνών, της Αθηναϊκής Κλινικής και της Ευρωκλινικής Παίδων στο αμφιθέατρο του Ινστιτούτου Pasteur.

Τα θέματα που συζητήθηκαν ήταν ο οικονομικός απολογισμός του 2006 και ο προϋπολογισμός του 2007, η ανάπτυξη κλινών και η επίτευξη στόχων για το 2007, καθώς και η καλύτερη οργάνωση και ο συντονισμός των υπηρεσιών.
Στη συνάντηση συμμετείχαν περίπου 100 άτομα, συμπεριλαμβανομένων όλων των διευθυντών, των προϊσταμένων και των υπεύθυνων τμημάτων και των τριών κλινικών. Εισηγήσεις πραγματοποιήθηκαν από τη Διευθύνουσα Σύμβουλο κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου, από τους διευθυντές των κλινικών και από όλους τους υπεύθυνους δαπανών. Η συνάντηση έκλεισε με δείπνο στο χώρο του Ινστιτούτου Pasteur.

Η Ευρωκλινική Αθηνών, η Αθηναϊκή Κλινική και η Ευρωκλινική Παίδων βραβεύουν τους υπαλλήλους τους!

Η Διοίκηση των κλινικών, συνεχίζοντας για 2η χρονιά το θεσμό αναγνώρισης των υπαλλήλων της, βράβευσε τους καλύτερους του 2006.
Οι υπάλληλοι που διακρίθηκαν ξεχώρισαν για την εξαιρετική απόδοσή τους και την ποιότητα της εργασίας τους, καθώς επίσης για το ήθος τους και τη συνολική προσφορά τους.

Α' Εξάμηνο 2006

Ευρωκλινική Αθηνών

Ανδρέου Βάσω: Διοικητική Υπηρεσία, Γραμματεία Υπερήχων
Μιχαλοπούλου Μιχαλίτσα: Νοσηλευτική Υπηρεσία, Χειρουργείο

Αθηναϊκή Κλινική

Κούτρα Λίντα: Νοσηλευτική Υπηρεσία, Όροφος Νοσηλείας

Ευρωκλινική Παίδων

Γεωργαντά Αντωνία: Νοσηλευτική Υπηρεσία, ΤΕΠ

Β' Εξάμηνο 2006

Ευρωκλινική Αθηνών

Σοφιανού Έφη: Διοικητική Υπηρεσία, Διεύθυνση Marketing & Επικοινωνίας
Καλοδημίδου Ασημίνα: Νοσηλευτική Υπηρεσία, Όροφος Νοσηλείας

Αθηναϊκή Κλινική

Μπραϊμάκου Αναστασία: Νοσηλευτική Υπηρεσία, Όροφος Νοσηλείας

Ευρωκλινική Παίδων

Γεωργίου Κωνσταντίνα: Διοικητική Υπηρεσία, Γραμματεία Ορόφου

1. Από αριστερά: Η κυρία Ν. Πετράκη, Νομικός Σύμβουλος Medicom Systems, ο κ. Α. Ψαρουδάκης, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Αθηνών και η κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems.

2. Από αριστερά: Ο κ. Μανώλης Μαρκόπουλος, Οικονομικός Διευθυντής Medicom Systems, η κυρία Κωνσταντίνα Κώστα από την Οικονομική Ανάλυση Medicom Systems, η κυρία Ντάλια Τόμπρου, Διευθύντρια Ανθρώπινου Δυναμικού Medicom Systems, η κυρία Φρόσω Αγγελοπούλου, Υπεύθυνη Ποιοτικού Ελέγχου Medicom Systems, η κυρία Χριστίνα Ταμπουρέα, Διευθύντρια Marketing & Επικοινωνίας Medicom Systems, ο κ. Σπύρος Ζάννος, Διευθυντής Βιοϊατρικής Τεχνολογίας Medicom Systems, ο κ. Δημήτρης Κασβής, Προϊστάμενος Μηχανογράφησης Medicom Systems, και η κυρία Μαρίνα Μαζαράκη, Προϊσταμένη Οικονομικής Ανάλυσης Medicom Systems.

3. Από αριστερά: Ο Καθηγητής κ. Ευτύχιος Βορίδης, Πρόεδρος της Ευρωκλινικής Αθηνών, με την κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλο Medicom Systems.

4. Από αριστερά: Ο κ. Λ. Γιαζτζόγλου, Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών, ο κ. Ν. Γκούμας, Προϊστάμενος Αιμοδυναμικού & Αγγειογραφικού Τμήματος Ευρωκλινικής Αθηνών, και ο κ. Σ. Κοροβέσης, Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών.

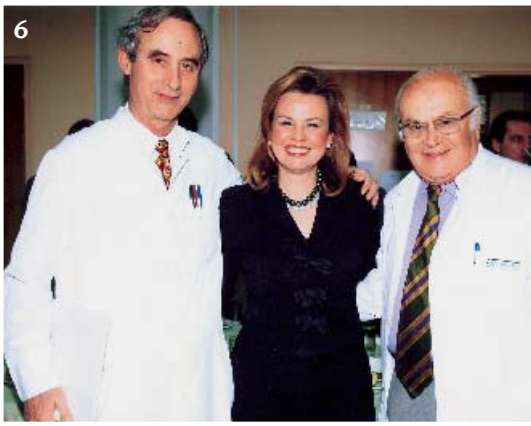
Από αριστερά: Ο Καθηγητής κ. Ευτύχιος Βορίδης, Πρόεδρος Ευρωκλινικής Αθηνών, η κυρία Σοφία Φαραζή από τη Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού Medicom Systems, η κυρία Ντάλια Τόμπρου, Διευθύντρια Ανθρώπινου Δυναμικού Medicom Systems, και η κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems.

5. Από αριστερά: Η κυρία Ολυμπία Τσατσαράγκου, Προϊσταμένη Λογιστηρίου Ασθενών Ευρωκλινικής Αθηνών, η κυρία Παναγιώτα Ιωάννου, Διευθύνουσα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Αθηνών, ο κ. Ιωάννης Χλωρογιάννης, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών, η κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, και ο κ. Μανώλης Μαρκόπουλος, Οικονομικός Διευθυντής Medicom Systems.

Από αριστερά: Η κυρία Χριστίνα Ταμπουρέα, Διευθύντρια Marketing & Επικοινωνίας Medicom Systems, η κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, και ο κ. Μανώλης Μαρκόπουλος, Οικονομικός Διευθυντής Medicom Systems.

Πρωτοχρονιάτικη Πίτα

Τρεις διαφορετικές εκδηλώσεις διοργάνωσαν φέτος οι κλινικές του ομίλου Medicom Systems για την κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας.
Η Διευθύνουσα Σύμβουλος κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου τόνισε: «Η Ευρωκλινική Αθηνών, η Αθηναϊκή Κλινική και η Ευρωκλινική Παίδων ενισχύουν σημαντικά το προφίλ τους παρουσιάζοντας κέρδη, επενδύοντας και καινοτομώντας».
Το 2006 ήταν μια χρονιά κερδοφορίας για τον όμιλο, αφού αύξησε τα έσοδά του κατά 19,36%. Επίσης, το σύνολο των ασθενών (εσωτερικών και εξωτερικών) αυξήθηκε κατά 17,21%.
Το 2007 προβλέπεται να είναι μία ακόμη πιο δημιουργική χρονιά, αφού η διοίκηση έχει προγραμματίσει την ανανέωση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και την επέκταση των εγκαταστάσεων επενδύοντας σημαντικά ποσά.



6. Η κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, με τους κ. Γεώργιο Παναγιωτόπουλο, Διευθυντή Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Ευρωκλινικής Αθηνών, και τον κ. Νικόλαο Παπανικολάου, Διευθυντή Α' Γυναικολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών.

7. Η κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, με τον Καθηγητή κ. Παναγιώτη Λαγό, Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων.

8. Από αριστερά: Η κυρία Φαίδρα Φάτσιου, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Αθηναϊκής Κλινικής, ο κ. Παναγιώτης Αντωνίου, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Αθηναϊκής Κλινικής, η κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, ο κ. Βασίλης Αγγελακόπουλος, Διοικητικός Διευθυντής Αθηναϊκής Κλινικής, και η κυρία Ντάλια Τόμπρου, Διευθύντρια Ανθρώπινου Δυναμικού Medicom Systems.

1

2

5η Επιστημονική Ημερίδα Ευρωκλινικής Παίδων

Το Σάββατο 31 Μαρτίου 2007, για 5η συνεχή χρονιά, πραγματοποιήθηκε η Επιστημονική Ημερίδα της Ευρωκλινικής Παίδων υπό την αιγίδα της Ελληνικής Ακαδημίας Παιδιατρικής. Ο τίτλος της ημερίδας ήταν «Σύγχρονα Παιδιατρικά Θέματα» και την παρακολούθησαν περισσότεροι από 450 παιδίατροι αλλά και ιατροί άλλων ειδικοτήτων, οι οποίοι είχαν την ευκαιρία να ακούσουν και να συζητήσουν ενδιαφέροντα θέματα της σύγχρονης παιδιατρικής επιστήμης.

Θέματα που αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια της ημερίδας:

* Σχέσεις με το άλλο φύλο και σεξουαλική ζωή αγοριών με καρδιολογικά προβλήματα.
* Μυκητιάσεις του δέρματος στα παιδιά.
* Διαγνωστική προσέγγιση σπασμών στη βρεφική και παιδική ηλικία.
* Παιδί με καθυστερημένη ήβη.
* Γαστρεντερίτιδα από Rota-ιό και πρόληψη.
* Εμβόλιο κατά του HPV – θέσεις και προβληματισμοί.
* Πρόληψη της πνευμονιοκοκκικής νόσου. Πού βρισκόμαστε και προς τα πού βαδίζουμε.
* Ψυχοσεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών μας.
* Η επίδραση του περιβάλλοντος στην αναπτυξιακή εξέλιξη των παιδιών.
* Η πρόληψη της υποξικής ισχαιμικής εγκεφαλοπάθειας με υποθερμία.
* Κλινική εικόνα απόφραξης αεραγωγών: Παθοφυσιολογική ερμηνεία.
* Αλλεργία στο γάλα αγελάδας. Διαγνωστικά και θεραπευτικά διλήμματα.
* Διαγνωστική προσέγγιση νεογνικής χολόστασης.
* Πλαστική χειρουργική στα παιδιά.
* Η συμβολή της λαπαροσκόπησης στο οξύ κοιλιακό άλγος στα παιδιά.
* Η αξιολόγηση της χωλότητας στα παιδιά.
* Χειρουργική αποκατάσταση της δυσπλασίας της ανάπτυξης των γονάδων.

1. Από αριστερά: Ο κ. Μανώλης Μαρκόπουλος, Οικονομικός Διευθυντής Medicom Systems, η κυρία Χριστίνα Ταμπουρέα, Διευθύντρια Marketing & Επικοινωνίας Medicom Systems, η κυρία Δέσποινα Παπαχρήστου, Διοικητική Διευθύντρια Ευρωκλινικής Αθηνών, ο Καθηγητής κ. Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων, η κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, και ο κ. Δημήτρης Κεχαγιάς, Διοικητικός Διευθυντής Ευρωκλινικής Παίδων.

2. Από αριστερά: Η κυρία Θεοδώτα Λιακοπούλου, Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, ο Καθηγητής κ. Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων, και η κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems.

3. Η κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, με τη Διεύθυνση Marketing Medicom Systems.

4. Από αριστερά: Η κυρία Χριστίνα Κάσσου, Παιδίατρος Ευρωκλινικής Παίδων, η κυρία Κατερίνα Αγραφιώτη, Παιδίατρος Ευρωκλινικής Παίδων, η κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, και η κυρία Θεοδώτα Λιακοπούλου, Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων.

3

4

Χαιρετισμός του Καθηγητή κ. Παναγιώτη Λαγού, Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων, στην 5η Επιστημονική Ημερίδα της Ευρωκλινικής Παίδων.

Ο Καθηγητής κ. Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων.

Αγαπητές κυρίες, αγαπητοί κύριοι

Βρίσκομαι σήμερα στην πολύ ευχάριστη θέση να χαιρετίσω την **5η Επιστημονική Ημερίδα της Ευρωκλινικής Παίδων.**

Νιώθω υπερήφανος, γιατί, όταν σκέφθηκα πριν από πέντε χρόνια να ξεκινήσω με τη βοήθεια των συνεργατών της κλινικής τις επιστημονικές αυτές συναντήσεις, ομολογώ ότι είχα τις προσωπικές μου φοβίες για το κατά πόσο θα ήταν επιτυχείς, **καθώς ήταν η πρώτη φορά που μια ιδιωτική παιδιατρική κλινική ξεκινούσε τέτοιου είδους επιστημονικές συγκεντρώσεις.**

Σήμερα βλέπω με την παρουσία σας ότι δεν είχα άδικο. Η κλινική μάς προσέφερε, εκτός από την κλινική δουλειά, και επιστημονική, και αυτό μας δίνει κουράγιο να συνεχίσουμε και στο μέλλον.

Η 5η Επιστημονική Ημερίδα της Ευρωκλινικής Παίδων καλύπτει με τις εισηγήσεις των συναδέλφων ένα ευρύ φάσμα της παιδιατρικής. Τα δε θέματα είναι και πρακτικού ενδιαφέροντος, ούτως ώστε να προσφέρουν στον παιδίατρο λύσεις για τα καθημερινά προβλήματα που αντιμετωπίζει στο ιατρείο.

Περιληπτικά θα ήθελα να αναφέρω ορισμένα, όπως τις μυκητιάσεις του δέρματος, που το καλοκαίρι είναι πιο έντονες, τους σπασμούς στα βρέφη και στα παιδιά και το τι θα πρέπει να προσφέρει ο παιδίατρος ως πρώτη βοήθεια. Επίσης το πώς θα αντιμετωπίσει ένα παιδί –αγόρι ή κορίτσι– με καθυστερημένη ήβη και πού πρέπει να το παραπέμψει. Μια άλλη ομάδα θεμάτων αφορά στα νέα εμβόλια, όπως αυτό της γαστρεντερίτιδας από Rota-ιό, το σημαντικό εμβόλιο που προστατεύει από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και όχι μόνο και το εμβόλιο του πνευμονιόκοκκου, που προστατεύει τα παιδιά από πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις. Θέματα επιστημονικού ενδιαφέροντος είναι η πρόληψη της ισχαιμικής εγκεφαλοπάθειας με υποθερμία, η απόφραξη των αεραγωγών, η αλλεργία στο γάλα αγελάδας και η νεογνική χολόσταση.

Γενικού ενδιαφέροντος θέματα είναι η ψυχοσεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών και το πολύ επίκαιρο θέμα της επίδρασης του περιβάλλοντος στην αναπτυξιακή τους εξέλιξη.

Η ημερίδα θα κλείσει με χειρουργικά θέματα πλαστικής, λαπαροσκόπησης, αξιολόγησης της χωλότητας και χειρουργικής αποκατάστασης της δυσπλασίας των γονάδων. Η ανάπτυξη των θεμάτων θα πραγματοποιηθεί από επιστήμονες κύρους, οι οποίοι διαθέτουν μεγάλη εμπειρία στα θέματα που θα αναπτύξουν.

Θα ήθελα να σας πω δυο λόγια για την πορεία της κλινικής:

Τον Σεπτέμβριο του 2003 ξεκινήσαμε δειλά δειλά τη λειτουργία της Ευρωκλινικής Παίδων, με μια ομάδα πολύ αξιόλογων –ομολογουμένως– συναδέλφων.

Το μόνιμο πλέον ιατρικό προσωπικό έχει φθάσει τους 85 –των δε συνεργατών συναδέλφων έχει ξεπεράσει τους 600– και εμπλουτίζεται συνεχώς με νέους συναδέλφους, έμπειρους και υψηλού επιστημονικού επιπέδου. Τους περισσότερους τους γνωρίζετε, γιατί έχουν πανελλήνια εμβέλεια.

Βέβαια, δεν αρκεί το ιατρικό προσωπικό να είναι αυτό που είναι. Όπως όλοι γνωρίζετε, μια κλινική δεν μπορεί να αποδώσει χωρίς ικανό νοσηλευτικό προσωπικό – και το νοσηλευτικό μας προσωπικό είναι έμπειρο και εξειδικευμένο στα παιδιά.

Δεν θα ήθελα, όμως, να παραλείψω και το διοικητικό και όλο το λοιπό προσωπικό που δίνει καθημερινά τις μάχες του και το μέγιστο των δυνατοτήτων του. Από τη θέση αυτή θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους και έναν έναν ξεχωριστά.

Πριν κλείσω, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη Διοίκηση της Medicom Systems και ιδιαίτερα τη Διευθύνουσα Σύμβουλο, κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου, η οποία βρίσκεται κοντά μας συνεχώς και δίνει λύσεις στα προβλήματά μας.

Τέλος, ευχαριστώ όλους εσάς, τους συνεργάτες της κλινικής, για την εμπιστοσύνη που μας δείχνετε. Χωρίς εσάς δεν θα φθάναμε στο σημείο που βρισκόμαστε σήμερα.

10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ασφαλιστικών Συμβούλων

Στις 27 και 28 Απριλίου 2007 πραγματοποιήθηκε με μεγάλη επιτυχία το 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ασφαλιστικών Συμβούλων στο Ζάππειο Μέγαρο υπό την αιγίδα του υπουργείου Ανάπτυξης. Προσωπικότητες από τον πολιτικό, τον ασφαλιστικό και τον δημοσιογραφικό χώρο είχαν την ευκαιρία να συναντηθούν και να ανταλλάξουν απόψεις για το παρόν και το μέλλον της ασφάλειας στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Η Ευρωκλινική Αθηνών φρόντισε για την ασφάλεια των συνέδρων με την παρουσία έμπειρου νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού και ασθενοφόρου.

Κοινωνική προσφορά και ευαισθησία

Η Ευρωκλινική Αθηνών, αποδεικνύοντας για μια ακόμη φορά τον ανθρώπινο χαρακτήρα της, ανταποκρίθηκε άμεσα στο αίτημα του Συλλόγου Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες διαθέτοντας ένα ασθενοφόρο για την αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών κατά τη διάρκεια της μεγάλης ανοιξιάτικης εκδήλωσης «Το Πανηγύρι της Αγάπης 2007», που πραγματοποιήθηκε και φέτος με μεγάλη επιτυχία στην Πλατεία Κοτζιά, στις 2 Ιουνίου 2007.
Η εκδήλωση τελέστηκε υπό την αιγίδα της Βουλής των Ελλήνων και υποστηρίχθηκε από τους Δήμους Αθηναίων, Άνω Λιοσίων, Νέας Φιλαδέλφειας και Αιγάλεω.

Η Ευρωκλινική Αθηνών «παίζει τένις»

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε για 2η συνεχή χρονιά το Business Tennis Open Athens 2007. Το τουρνουά έλαβε χώρα στην Αθήνα, στις Ολυμπιακές Εγκαταστάσεις Αντισφαίρισης του Ο.Α.Κ.Α., από τις 4 έως τις 6, από τις 11 έως τις 13 και από τις 18 έως τις 20 Μαΐου 2007. Έλαβαν μέρος πάνω από 400 ερασιτέχνες αθλητές και παρακολούθησαν τους αγώνες περισσότεροι από 3.000 θεατές.

Σκοπός αυτής της μοναδικής διοργάνωσης δεν ήταν μόνο η γνωριμία και η επικοινωνία στελεχών επιχειρήσεων που αγαπούν το τένις, αλλά και η επιθυμία να «χαμογελάσουν» συνάνθρωποί μας που το έχουν ανάγκη, μια και μέρος των εσόδων διατέθηκε στο Σύλλογο «Το Χαμόγελο του Παιδιού».
Η **Ευρωκλινική Αθηνών** και το **Κέντρο Ελάχιστα Επεμβατικής Ορθοπαιδικής Χειρουργικής Αρθρίτιδας & Αθλητικών Κακώσεων**, με Διευθυντή τον κ. **Δημήτριο Τσούκα**, ανέλαβε και φέτος την ιατρική φροντίδα των αθλητών.

Η Ευρωκλινική πάντα κοντά στον αθλητισμό

Για μία ακόμη χρονιά, ο Δήμος Ηρακλείου Αττικής σε συνεργασία με την Αθλητική Επιχείρηση και το Αθλητικό Κέντρο διοργάνωσε το 17ο Πανελλήνιο Φεστιβάλ Γενικής Γυμναστικής, που από φέτος απέκτησε διεθνή εμβέλεια, αφού συμμετείχαν και ομάδες από την Πορτογαλία, την Ολλανδία, την Ισπανία, τη Δανία και την Ιταλία.
Ήταν μία ακόμη διοργάνωση υψηλού επιπέδου, που καθιέρωσε το φεστιβάλ του Δήμου Ηρακλείου ως το κορυφαίο της Ελλάδας.

Στη φετινή διοργάνωση έλαβαν μέρος 140 φορείς, των οποίων οι αθλητές ξεπέρασαν τους 3.000.
Η οργανωτική επιτροπή του φεστιβάλ ευχαρίστησε την Ευρωκλινική Αθηνών για τη διάθεση ασθενοφόρου και επιστημονικού προσωπικού, που ενέπνεαν σε όλους όσοι συμμετείχαν αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας.
Επίσης, ευχαρίστησε την Ευρωκλινική για την άμεση ανταπόκριση και δράση του πληρώματος όταν μια μικρή αθλήτρια παρουσίασε μετά τους αγώνες οξύ προκάρδιο άλγος και χρειάστηκε να διακομισθεί στην Ευρωκλινική Παίδων.
Η νοσηλεία και φροντίδα της μικρής αθλήτριας προσφέρθηκαν αφιλοκερδώς.

ΕΛΟΤ
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ
ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000
SINCERT

Πιστοποίηση στην Ευρωκλινική Αθηνών

Ο ΕΛΟΤ πιστοποίησε ότι το Σύστημα Διαχείρισης της Ευρωκλινικής Αθηνών αναφορικά με την ανάπτυξη και παροχή υπηρεσιών υγείας στη **Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**, στο **Αιμοδυναμικό Εργαστήριο** και στο **Ενδοσκοπικό Τμήμα** αξιολογήθηκε και είναι σύμφωνο με τις απαιτήσεις του Προτύπου **ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000**.

Ομιλία κ. Δημητρίου Τσούκα στη 2η Διεθνή Έκθεση «Πρόληψη - Υγεία 2007»

Ο κ. **Δημήτριος Τσούκας**, Διευθυντής Ορθοπαιδικής Κλινικής της Ευρωκλινικής Αθηνών, συμμετείχε στη 2η διοργάνωση της εκδήλωσης **«Πρόληψη - Υγεία 2007»**, όπου ανέπτυξε το θέμα «Σύγχρονες Εξελίξεις στην Ορθοπαιδική Αθλητιατρική Χειρουργική». Η πρωτοποριακή αυτή εκδήλωση είχε στόχο την ενημέρωση για καλύτερη ποιότητα ζωής. Συμμετείχαν διακεκριμένοι επιστήμονες, επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας και διάφοροι οργανισμοί. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν την ευκαιρία να ενημερωθούν αλλά και να συζητήσουν θέματα που βρίσκονται στην κορυφή του ενδιαφέροντος και της ιατρικής επικαιρότητας.

ΠΡΟΛΗΨΗ • ΥΓΕΙΑ 2007
www.prolipsi-igia.gr

Καλό Ταξίδι

Αναμνήσεις από τον Πελοπίδα Βρυζάκη

Ο Πελοπίδας Βρυζάκης έφυγε νέος από κοντά μας. Ους οι θεοί φιλούσιν! Αν και οι θεοί τού δώρισαν και νου και χαρακτήρα. Με «προίκα» το κοφτερό μυαλό του σπούδασε συγκεντρώνοντας διακρίσεις και μετεκπαιδεύθηκε στη Γαλλία, στην ορθοπαιδική, μια ειδικότητα που είχε ήδη αποκτήσει στην Ελλάδα. Η μετεκπαίδευση αυτή είχε ως επιστέγασμα και άλλες διακρίσεις που δεν κατακτώνται εύκολα.

Έτσι κατέκτησε, στις σωστές τους αναλογίες, αυτά που διακρίνουν έναν ώριμο γιατρό: την τέχνη του και την επιστημονική καταξίωση.

Φέροντας τα στοιχεία που αρμόζουν στον καλό γιατρό, ξεκίνησε τη δράση του εφαρμόζοντας τα κεκτημένα του και παράλληλα αναζητώντας το καλύτερο, πράγμα που χαρακτηρίζει κάθε εμπνευσμένο ασκληπιάδη.

Έδρασε σε κρατικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία, αλλά τελικά επέλεξε τον ιδιωτικό τομέα επειδή ένιωθε την ανάγκη να επιλέγεται από τον ασθενή και όχι να του επιβάλλεται. Άλλωστε, η εσωτερική του παρόρμηση του υπαγόρευε όχι μόνο να θεραπεύει, αλλά και να παραστέκεται στις δύσκολες στιγμές των ασθενών.

Για όλους εμάς αποτελούσε παράδειγμα αισιοδοξίας, ευθυμίας και φιλικής επικοινωνίας. Γι' αυτό άφησε ένα μεγάλο κενό σε φίλους, συναδέλφους και ασθενείς. Και δεν θέλω ούτε να σκεφθώ το κενό που θα νιώθει η αγαπημένη του Μάντυ.

Ε. Βορίδης

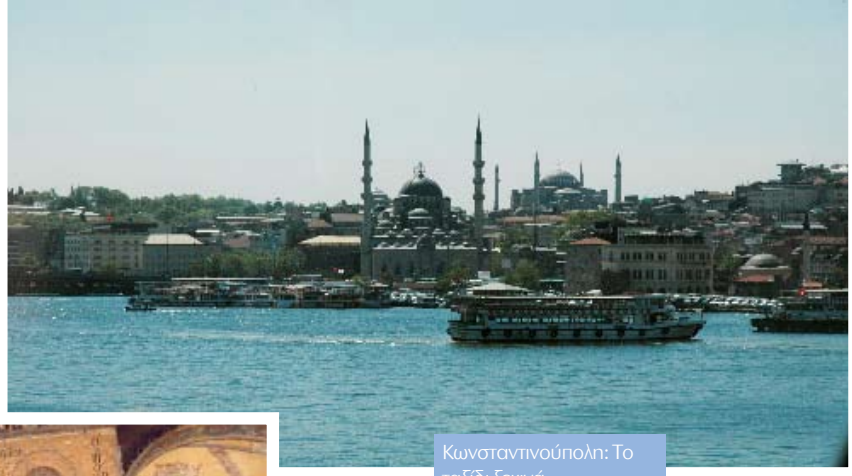
5η Διεθνής Ημερίδα και Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Γαστρεντερολογίας

Η 5η Διεθνής Ημερίδα και το Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Γαστρεντερολογίας πραγματοποιήθηκαν με μεγάλη επιτυχία την Παρασκευή 2 Φεβρουαρίου 2007 στην Αίγλη Ζαππείου, στην Αθήνα, με συμμετοχή 200 συνέδρων.

Η ημερίδα, που οργανώνεται τακτικά από το 1999 με πρωτοβουλία του Διευθυντή της Α' Γαστρεντερολογικής Κλινικής της Ευρωκλινικής Αθηνών, Δρ. Μάριου Ζ. Πάνου, αναγνωρίζεται από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Συνεχόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (UEMS) και τα Βασιλικά Κολέγια της Βρετανίας, ενώ έχει καθιερωθεί ως μία από τις σημαντικότερες εκπαιδευτικές δραστηριότητες της γαστρεντερολογικής κοινότητας στην Ελλάδα, δίνοντας τη δυνατότητα σε Έλληνες γαστρεντερολόγους, χειρουργούς και ακτινολόγους να έρθουν σε επαφή με προσκεκλημένους ομιλητές παγκοσμίου κύρους, πρωτοπόρους στα θέματα που αναπτύσσουν. Φέτος η ημερίδα διοργανώθηκε σε συνεργασία με το Royal London Hospital και το Πανεπιστήμιο του Leccester της Βρετανίας, τελώντας υπό την αιγίδα της Βιοϊατρικής Εταιρείας Διεθνούς Ελληνισμού (World Hellenic Biomedical Association) και της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας. Συμμετοχές υπήρξαν από όλη την Ελλάδα, την Κύπρο και τη Βρετανία. Ομιλητές ήταν οι Dr J. de Caestecker, Dr I. Karoumpalis, Dr J. Meenan και Dr M. Scott. Τα θέματα της φετινής ημερίδας αφορούσαν την κινητικότητα του πεπτικού (pHμετρία/μανομετρία οισοφάγου, impedance, κινητικότητα στομάχου, λεπτού και παχέως εντέρου, SmartPill – νέες μέθοδοι), καθώς και την ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία ή EUS (οισοφάγος, στόμαχος, πάγκρεας, χοληφόρα). Στο πλαίσιο των εκπαιδευτικών σκοπών της ημερίδας εντάσσεται και η προσφορά δύο υποτροφιών αξίας 600.000 ευρώ η κάθε μία, για έρευνα ή εκπαίδευση σε διακεκριμένα κέντρα του εξωτερικού.

Πάνω: Ο κ. Μάριος Πάνος, Διευθυντής Α' Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, και ο Καθηγητής κ. Ευτύχιος Βορίδης, Πρόεδρος Ευρωκλινικής Αθηνών.

Κάτω: Ο κ. Μάριος Πάνος, Διευθυντής Α' Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών.



Κωνσταντινούπολη: Το ταξίδι ξεκινά.

1

2

3

Στο χαρέμι του ανακτόρου Τοπ Καπί.

4

5

Στο ξενοδοχείο Ciragan για τσάι με θέα τον Βόσπορο.

3η Ημερίδα Στελεχών της Ευρωκλινικής Αθηνών στην Κωνσταντινούπολη

Μια πανέμορφη πόλη που μερικές μέρες μόνο δεν φτάνουν για να την ανακαλύψεις. Μια από τις ιστορικότερες πόλεις του κόσμου, η καρδιά του ορθόδοξου χριστιανισμού, το κέντρο του ελληνικού στοιχείου για περισσότερα από χίλια χρόνια, καθώς υπήρξε πρωτεύουσα του Βυζαντίου. Υπάρχουν τόσοι πολλοί τρόποι να περιγράψει κανείς την Κωνσταντινούπολη και άπειροι λόγοι για να την επισκεφθεί.
Εκεί πραγματοποιήθηκε η καθιερωμένη ετήσια ημερίδα στελεχών της Ευρωκλινικής Αθηνών και η επιλογή αποδείχθηκε εξαιρετική. Το ταξίδι στην Κωνσταντινούπολη περιλάμβανε ολοήμερες συναντήσεις όπου συζητήθηκαν όλα τα επίκαιρα θέματα που αφορούσαν στη λειτουργία της κλινικής και στον κλάδο της υγείας. Τις υπόλοιπες ημέρες είχαν όλοι την ευκαιρία να περπατήσουν στους καταπράσινους κήπους της πόλης και να επισκεφθούν την Αγία Σοφία, το περίφημο ανάκτορο Τοπ Καπί, το μεγαλοπρεπές παλάτι Dolma Bahce, τη Μονή της Χώρας με τα καλύτερα ψηφιδωτά στον κόσμο και το Πατριαρχείο. Απόλαυσαν πολίτικα αρώματα και γεύσεις και διασκέδασαν σε ανατολίτικους ρυθμούς, από τους οποίους δεν έλειπε ο παραδοσιακός χορός της κοιλιάς.

Στη βεράντα του σουλτάνου με θέα τον Βόσπορο.

1. Όλοι μαζί στην Αγία Σοφία, το αρχιτεκτονικό θαύμα του Ανθέμιου και του Ισίδωρου.

2. Με φόντο την Αγία Σοφία που δεσπόζει με τους τέσσερις μιναρέδες της.

3. Περιήγηση στο περίφημο ανάκτορο Τοπ Καπί.

4. Όλοι μαζί έξω από το παλάτι Dolma Bahce.

5. Βόλτα στους κήπους της Κωνσταντινούπολης.

6. Τα υπέροχα σπίτια στα παράλια του Βοσπόρου.

7,8, 9. Κρουαζιέρα στον Βόσπορο.

Η κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου ανοίγει την ημερίδα.

10, 11. Στιγμιότυπα από την ημερίδα.

12. Το Οικουμενικό Πατριαρχείο στο Φανάρι.

13. Στο παζάρι.

14-26. Νυχτερινή έξοδος. Διασκέδαση με πολύ κέφι και χορό!

19

20

21

Πολίτικα αρώματα, γεύσεις και διασκέδαση σε ανατολίτικους ρυθμούς.

22

23

24

25

26

Έρευνα αγοράς από την Alternative Research Solutions για την **Ευρωκλινική Αθηνών**

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Η διοίκηση της Ευρωκλινικής Αθηνών αναζητά πάντα την τελειότητα στις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει. Η έρευνα αποτελεί κάθε φορά ένα ισχυρό εργαλείο για να γνωρίζουμε ανά πάσα στιγμή τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών αλλά και τις πιθανές αδυναμίες μας, με κύριο στόχο να γινόμαστε καλύτεροι.

Τα αποτελέσματα για τη συνολική εικόνα της κλινικής –corporate identity–, τα οποία δημοσιεύσαμε στο προηγούμενο τεύχος του *Medilife*, έδειξαν ότι η **αναγνωρισιμότητα** της Ευρωκλινικής έχει αγγίξει το **77%** και ότι βρίσκεται **στην πρώτη θέση** σε ό,τι αφορά:

- **Την υψηλή ποιότητα**
- **Την άμεση και ανθρώπινη εξυπηρέτηση**
- **Τον σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, που αποτελεί και ένα από τα πρώτα κριτήρια για την επιλογή ιδιωτικής κλινικής**

Έρευνα Ικανοποίησης Εξωτερικών Ασθενών

Σε ό,τι αφορά το δεύτερο σκέλος της έρευνας, το οποίο ανέλυσε την ικανοποίηση των εξωτερικών ασθενών της Ευρωκλινικής Αθηνών από το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, τα αποτελέσματα έδειξαν:

1) Οι γιατροί –με πρώτες τις ειδικότητες του **καρδιολόγου** και του **καρδιοχειρουργού**– αξιολογούνται υψηλότερα με ποσοστό ικανοποίησης που ξεπερνά το 88%. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές «παίρνουν άριστα»:

- **Στην προσοχή και στο ενδιαφέρον που δείχνουν στον ασθενή**
- **Στην αίσθηση φιλικότητας και σιγουριάς που εμπνέουν στον ασθενή**
- **Στην ενημέρωση και πληροφόρηση που προσφέρουν σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς**
- **Στην ιατρική φροντίδα που παρέχουν**

2) Οι εξωτερικοί ασθενείς είναι πολύ ικανοποιημένοι από το διοικητικό προσωπικό, με ποσοστό ικανοποίησης 89%. Τα κριτήρια αξιολόγησης ήταν η **άμεση εξυπηρέτηση**, η **ευγένεια** και η **φιλικότητα**.

Το ποσοστό ικανοποίησης αφορούσε τα εξής τμήματα: Καρδιολογικό, Ακτινολογικό, Υπερήχων, Εξωτερικά Ιατρεία και Τμήμα Υποδοχής.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι το ποσοστό ικανοποίησης σε σχέση με το διοικητικό προσωπικό του τμήματος **check-up** φθάνει το **92%.** Επίσης, το ποσοστό **επανεπισκεψιμότητας** ξεπερνά το **86%.**

Διεύθυνση Marketing & Επικοινωνίας

Ανοδική πορεία και **φιλόδοξα επενδυτικά σχέδια** πάντα με στόχο την απόλυτη ικανοποίηση των ασθενών

Οι εταιρείες του ομίλου μας –Ευρωκλινική Αθηνών, Αθηναϊκή Κλινική, Ευρωκλινική Παίδων– παρουσιάζουν πλέον τα οικονομικά τους στοιχεία σύμφωνα με τα Διεθνή Πρότυπα Χρηματοοικονομικής Πληροφόρησης (Δ.Π.Χ.Π.).

Το 2006 ήταν ακόμη ένα έτος κερδοφορίας για τις κλινικές του ομίλου της Ευρωκλινικής. Τα πολύ καλά οικονομικά αποτελέσματα των εταιρειών του ομίλου μας για το 2006 αποδεικνύουν την εμπιστοσύνη των ασθενών σε μας.

Οι οικονομικές καταστάσεις των εταιρειών του ομίλου διατίθενται στην ιστοσελίδα μας www.euroclinic.gr.

Η εμπιστοσύνη αυτή μας τιμά και ταυτόχρονα μας δίνει τη δυνατότητα να οραματιζόμαστε ακόμη καλύτερες υπηρεσίες υγείας για τον άνθρωπο.

Πάντα με στόχο την απόλυτη ικανοποίηση των ασθενών, για την περίοδο 2007-2010 έχουν προγραμματιστεί τα παρακάτω φιλόδοξα επενδυτικά σχέδια: Στην Ευρωκλινική Αθηνών έχουν ήδη ξεκινήσει οι εργασίες για την επέκταση των νοσηλευτικών ορόφων, αυξάνοντας τη δύναμη των κλινών κατά 22 – στην πλειονότητά τους μονές. Η Αθηναϊκή Κλινική θα επεκταθεί σε νέες κτηριακές εγκαταστάσεις και θα αυξήσει τις κλίνες της κατά 32, γεγονός που θα της δώσει τη δυνατότητα να προσφέρει στους ασθενείς της ακόμη πιο αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας.

Η ενημέρωση σώζει, η άποψή σας βοηθά!

Αν η υγεία θεωρείται το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου, τότε η επαρκής ενημέρωση στα θέματα υγείας αποτελεί το βασικό εχέγγυο πως το αγαθό αυτό θα διαφυλαχθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Σε αυτήν την πολύτιμη μάχη της ενημέρωσης σε θέματα υγείας, το *Medilife* δίνει το «παρών». Όμως, για πληρέστερα και σφαιρικότερα αποτελέσματα χρειάζεται και τη δική σας συμβολή. Συμπληρώστε, λοιπόν, το παρακάτω ερωτηματολόγιο και βοηθήστε μας να γίνουμε καλύτεροι. Συμβάλετε με τη δική σας άποψη και τη δική σας γνώμη στο να γίνει η δουλειά μας ακόμη πιο αποδοτική. Κερδισμένη πάντα προσπαθούμε να βγαίνει η υγεία. Άρα και εσείς.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1 Η ενημέρωση σε θέματα υγείας μπορεί να αποτελέσει την καλύτερη πρόληψη: **Συμφωνώ** ❑ **Διαφωνώ** ❑

2 Πώς αξιολογείτε την ενημέρωση του περιοδικού; **Άριστη** ❑ **Πολύ καλή** ❑ **Ικανοποιητική** ❑ **Μη ικανοποιητική** ❑

3 Πώς αξιολογείτε τη συνολική εικόνα του περιοδικού; **Άριστη** ❑ **Πολύ καλή** ❑ **Ικανοποιητική** ❑ **Μη ικανοποιητική** ❑

4 Τα άρθρα είναι κατανοητά και δεν μπερδεύουν τον αναγνώστη με δύσκολους ιατρικούς όρους: **Συμφωνώ** ❑ **Διαφωνώ** ❑

Παράδειγμα μη κατανοητού άρθρου: . . . . . .

5 Πιστεύω ότι πιο χρήσιμα είναι τα άρθρα σχετικά με την: **Ιατρική** ❑ **Υγεία γενικά** ❑ **Ομορφιά** ❑ **Διατροφή** ❑ **Όλα τα παραπάνω** ❑

6 Επιπλέον θέματα που θα ήθελα να διαβάσω για να είμαι ενημερωμένος/η σε ό,τι αφορά την υγεία μου (Προτείνετε ένα θέμα άρθρου που θα σας ενδιέφερε):

Ιατρικά (ενηλίκων): . . . . . .

Ομορφιά: . . . . . .

Παιδιατρικά: . . . . . .

Διατροφή: . . . . . .

Νέες επιστημονικές εξελίξεις: . . . . . .

Άλλα θέματα: . . . . . .

7 Ιατρικές ειδικότητες από τις οποίες θα προτιμούσα να διαβάζω άρθρα:

Αγγειοχειρουργοί ❑	**Ενδοκρινολόγοι** ❑	**Ορθοπαιδικοί** ❑	**ΩΡΛ** ❑
Αναισθησιολόγοι ❑	**Θωρακοχειρουργοί** ❑	**Ουρολόγοι** ❑	**Αιματολόγοι** ❑
Αλλεργιολόγοι ❑	**Καρδιολόγοι** ❑	**Οφθαλμίατροι** ❑	**Ακτινολόγοι** ❑
Γαστρεντερολόγοι ❑	**Καρδιοχειρουργοί** ❑	**Παθολόγοι** ❑	**Διαιτολόγοι** ❑
Γενικοί χειρουργοί ❑	**Νευρολόγοι** ❑	**Πλαστικοί χειρουργοί** ❑	**Ψυχίατροι** ❑
Γναθοχειρουργοί ❑	**Νευροχειρουργοί** ❑	**Πνευμονολόγοι** ❑	**Βιοπαθολόγοι**
Γυναικολόγοι ❑	**Νεφρολόγοι** ❑	**Μαστολόγοι** ❑	**– μικροβιολόγοι** ❑
Δερματολόγοι ❑	**Ογκολόγοι** ❑	**Ρευματολόγοι** ❑	**Πυρηνική ιατρική** ❑

8 Ποια από τα παρακάτω περιοδικά υγείας, ιατρικής, διατροφής κ.λπ. διαβάζετε;

Ε Ιατρικά ❑ ***Αρμονία*** ❑ ***VITA*** ❑

Prevention ❑ ***Popular Medicine*** ❑ ***Health & Style*** ❑

9 Είστε ήδη συνδρομητής; **ΝΑΙ** ❑ **ΟΧΙ** ❑

10 Άλλες παρατηρήσεις/σχόλια: . . . . . .

. . . . . .

Όνομα: . . . . . **Επίθετο:** . . . . . .

Επάγγελμα: . . . . . **Διεύθυνση:** . . . . . .

Ημ/νία γεννήσεως: . . . . . **Τηλέφωνο:** . . . . . .

Παιδιά: 1 ❑ **2** ❑ **3 και άνω** ❑

Σας ευχαριστούμε θερμά

Χριστίνα Ταμπουρέα
Διευθύντρια Marketing και Επικοινωνίας

Μπορείτε να στείλετε το ερωτηματολόγιο στην παρακάτω διεύθυνση:
Ευρωκλινική Αθηνών, Αθανασιάδου 3-5, Αθήνα
Υπόψη κυρίας Έφης Σοφιανού
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210-6416180
(Αν ήδη βρίσκεστε στο χώρο της κλινικής, μπορείτε να αφήσετε το ερωτηματολόγιο στη ρεσεψιόν)

Medilife

Προσωπικό Ασφαλείας Ευρωκλινικής Αθηνών

1. Από αριστερά οι κύριοι: Κωνσταντίνος Παπαευθυμίου, Αριστείδης Τσίχλης, Νικόλαος Κοσμάς, Άγγελος Σιδέρης, Νικόλαος Χαμόδρακας, Νικήτας Γιάνναρης, Γιώργος Ψαρράς, Στάμος Πανέτας.

2. Ο κ. Στάμος Πανέτας, Προϊστάμενος Ασφαλείας και Ασθενοφόρων.

3. Ένα από τα ασθενοφόρα της κλινικής.

Οι πρώτοι που θα συναντήσετε ερχόμενοι στην Ευρωκλινική Αθηνών είναι οι άνθρωποι της ασφάλειας. Ξεχωρίζουν λόγω της στολής τους και αμέσως εμπνέουν αίσθημα εμπιστοσύνης. Πάντα με το χαμόγελο, είναι έτοιμοι να σας βοηθήσουν, να σας καθοδηγήσουν και να σας εξυπηρετήσουν. Ο κ. Στάμος Πανέτας, Προϊστάμενος Ασφαλείας και Ασθενοφόρων, μας μίλησε για το σημαντικό έργο της Υπηρεσίας Ασφαλείας.

Από πόσα άτομα αποτελείται το προσωπικό ασφαλείας και ποιους χώρους καλύπτει και επιβλέπει;

Το τμήμα της Υπηρεσίας Ασφαλείας αποτελείται από 13 άτομα, τα δύο εκ των οποίων βρίσκονται στο χώρο του πάρκινγκ του νοσοκομείου. Καλύπτουμε όλους τους χώρους του νοσοκομείου και τα γραφεία της νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας σε 24ωρη βάση.

Ποιες είναι οι αρμοδιότητες της Υπηρεσίας Ασφαλείας;

Αποστολή μας είναι η προστασία των ασθενών και της περιουσίας τους εντός της κλινικής, η προστασία των επισκεπτών, των υπαλλήλων και των εγκαταστάσεων της κλινικής. Επίσης η προστασία από πυρκαγιά, δολιοφθορά και κλοπή συγκαταλέγονται στα καθήκοντά μας. Η αποφυγή των παραπάνω δυσάρεστων γεγονότων επιτυγχάνεται μέσω των συχνών ελέγχων που γίνονται στους προαναφερθέντες χώρους και, σε μεγάλο ποσοστό, μέσω της παρακολούθησης από κάμερες ασφαλείας που διαθέτει η υπηρεσία.

Άλλο ένα σημαντικό κομμάτι της υπηρεσίας μας είναι αυτό των ασθενοφόρων. Η κλινική καλύπτεται από ασθενοφόρα νέας τεχνολογίας, τα οποία φροντίζουμε να είναι πάντα έτοιμα και κατάλληλα εξοπλισμένα για να εξυπηρετήσουν οποιοδήποτε περιστατικό. Τα ασθενοφόρα καλύπτουν όλη την Ελλάδα και οι οδηγοί τους βρίσκονται πάντα σε ετοιμότητα για να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε κατάσταση.

Έχετε εκπαιδευθεί ειδικά για όλα τα παραπάνω;

Οι δύο αυτοί τομείς –ασφάλεια και ασθενοφόρα– απαιτούν συνεχή εκπαίδευση για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά και σωστά. Αξίζει να αναφέρουμε ότι το αρμόδιο τμήμα της κλινικής εξετάζει σε τακτά διαστήματα προτάσεις σεμιναρίων σε θέματα ασφαλείας και πυρασφάλειας, τα οποία και παρακολουθούμε. Επίσης, σε συνεργασία με τη νοσηλευτική υπηρεσία, ετοιμάζουμε ένα σεμινάριο Α' Βοηθειών εγκεκριμένο από το ΕΚΑΒ και μαθήματα ασφαλούς οδήγησης από έμπειρο εκπαιδευτή με οχήματα τύπου ασθενοφόρου.

Ποιες είναι οι ιδιαιτερότητες ενός νοσοκομείου σε ό,τι αφορά την ασφάλεια και πώς τις αντιμετωπίζετε;

Η Ευρωκλινική Αθηνών, εδώ και κάποια χρόνια, συγκαταλέγεται στα καλύτερα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας, με επιστημονικά καταρτισμένους ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό. Συνεπώς δεχόμαστε καθημερινά δεκάδες επισκέπτες, κάτι που συνεπάγεται μεγάλη κινητικότητα εντός και εκτός της κλινικής. Η ασφάλεια σε ένα νοσοκομείο είναι ευαίσθητο θέμα και πρέπει να αντιμετωπίζεται υπεύθυνα από όλους μας. Απαραίτητες για την αντιμετώπιση οποιασδήποτε κατάστασης είναι η ικανότητα, η επαγρύπνηση, η ευγένεια και η πειθαρχία, καθώς και το ενδιαφέρον και η αγάπη για τη δουλειά μας.

Χωρίς αμφιβολία, είστε όλοι από τους ανθρώπους της πρώτης γραμμής. Τι σημαίνει αυτό ακριβώς;

Πράγματι είμαστε οι πρώτοι που θα κληθούμε να αντιμετωπίσουμε οποιοδήποτε πρόβλημα παρουσιαστεί στους χώρους ευθύνης μας. Έτσι, αντιμετωπίζουμε κάθε περιστατικό, επείγον ή μη, με την απαιτούμενη λεπτότητα, με σωστή συμπεριφορά, με ικανότητα αλλά και με την ευγένεια που διακρίνει κάθε υπάλληλο της Υπηρεσίας Ασφαλείας.

Ποιο είναι το συχνότερο πρόβλημα που καλείστε να αντιμετωπίσετε και ποια η λύση του;

Είναι το κλείσιμο της εισόδου των ασθενοφόρων από αυτοκίνητα επισκεπτών. Αν και επισημαίνουμε ότι πρόκειται για ράμπα ασθενοφόρων, εκείνοι απαντούν με τη συνηθισμένη φράση «σε πέντε λεπτά φεύγω». Φυσικά, τις περισσότερες φορές τα «πέντε λεπτά» είναι πολύ περισσότερα. Αν οι επισκέπτες ακολουθήσουν τις οδηγίες μας, θα εξυπηρετηθούν καλύτερα χωρίς να δημιουργήσουν προβλήματα στους ασθενείς.

1

Επείγοντα Περιστατικά

Στην Ευρωκλινική Αθηνών αντιμετωπίζονται πάνω από 8.000 επείγοντα περιστατικά ετησίως. Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) απαρτίζεται από έμπειρο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που είναι διαθέσιμο 24 ώρες το 24ωρο, επτά ημέρες την εβδομάδα. Για την ομάδα των νοσηλευτών και το σημαντικό τους έργο μάς μίλησε η κυρία Σοφία Ηλιοπούλου, Προϊσταμένη του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών και Εξωτερικών Ιατρείων.

Ποια περιστατικά χαρακτηρίζονται επείγοντα;
Επείγον είναι κάθε περιστατικό που χρήζει άμεσης και γρήγορης αντιμετώπισης. Ο διαχωρισμός τίθεται με βάση το βαθμό άμεσης απειλής για την ανθρώπινη ζωή. Όσοι έρχονται στο ΤΕΠ, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, θα πρέπει να δίνουν τα στοιχεία τους, οι ίδιοι ή οι συνοδοί τους, στη γραμματεία του ΤΕΠ και κατόπιν να εισέρχονται στο αντίστοιχο τμήμα.

Από πόσα άτομα αποτελείται το Τμήμα Επειγόντων;
Αποτελείται από 17 νοσηλευτές και έξι τραυματιοφορείς.

Πόσο σημαντική είναι η προσφορά του νοσηλευτικού προσωπικού;
Το νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογεί κάθε περιστατικό, παρεμβαίνει άμεσα, καλεί τον ιατρό της αντίστοιχης ειδικότητας και κατευθύνει τους ασθενείς στα διάφορα υποστηρικτικά τμήματα για την έγκαιρη και γρήγορη αντιμετώπιση του προβλήματός τους.

Για ποιους λόγους να προτιμήσει κανείς τα Επείγοντα της Ευρωκλινικής;
Για το έμπειρο προσωπικό, που είναι πάντα έτοιμο να προσφέρει άμεση, γρήγορη και πάνω απ' όλα ποιοτική αντιμετώπιση. Ακόμη, επειδή η Ευρωκλινική έχει την κατάλληλη υποδομή για να αντιμετωπίσει κάθε είδος περιστατικού.

Υπάρχει κάποιο περιστατικό που έχει χαραχτεί στη μνήμη σας;
Ένα περιστατικό που θα μείνει χαραγμένο στη μνήμη μου αφορά ένα κύριο 40 ετών περίπου, ο οποίος ήρθε με σκοπό να κάνει μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου λόγω κάποιας κινητικής δυσλειτουργίας των κάτω άκρων. Ενώ βρισκόταν στο καροτσάκι, στο χώρο των ΤΕΠ, παρουσίασε επιληπτική κρίση με βολβοστροφή και έντονη βραδυκαρδία. Αμέσως ο τραυματιοφορέας τον σήκωσε στα χέρια και τον ξάπλωσε στο κρεβάτι. Τοποθετήσαμε αεραγωγό, ενώ η ομάδα ανάνηψης είχε ήδη προσέλθει στο ΤΕΠ και αντιμετώπισε με πλήρη επιτυχία το περιστατικό. Ο συντονισμός ολόκληρης της ιατρονοσηλευτικής ομάδας ήταν άψογος και η παρέμβαση άμεση.

Υπάρχουν κάποιες συμβουλές που θα θέλατε να δώσετε σε κάποιον που έρχεται στην Ευρωκλινική;
Θα τον συμβουλεύαμε να έχει μαζί του ταυτότητα, κάρτα ασφάλειας, να γνωρίζει τους όρους του συμβολαίου του και ποιες εξετάσεις τού καλύπτει. Επίσης, αν κάποιος επιθυμεί να κάνει μια απλή εξέταση και δεν χρειάζεται επείγουσα αντιμετώπιση, μπορεί να απευθύνεται στη γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων και όχι στο ΤΕΠ.

2

1. Από αριστερά οι κυρίες: Ροδόκλια Ζώντου, Μαρία Κουτσιαρή, Σοφία Ηλιοπούλου, Ειρήνη Λεβεντάκη, Βέρα Τζίμα.

2. Η κυρία Σοφία Ηλιοπούλου, Προϊσταμένη Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών και Εξωτερικών Ιατρείων.

ιατρική

Γεώργιος Σακελλαρίου
Γενικός Χειρουργός, **Ευρωκλινική Αθηνών**

ο θυρεοειδής με απλά λόγια

Η συγγραφή ενός εκλαϊκευμένου επιστημονικού θέματος δεν είναι εύκολο εγχείρημα. Αφενός ο συγγραφέας δεν μπορεί να παραβλέψει τους όποιους επιστημονικούς όρους υπάρχουν και αφετέρου το κείμενο θα πρέπει να είναι πλήρως κατανοητό από όσο το δυνατόν περισσότερους αναγνώστες. Άλλωστε, αν δεν πληρούται ο τελευταίος όρος, το κείμενο χάνει παντελώς την αξία και το σκοπό του.

Τι είναι ο θυρεοειδής αδένας, πού βρίσκεται και σε τι χρησιμεύει;

Ο θυρεοειδής είναι ένας ενδοκρινής αδένας, έχει σχήμα πεταλούδας και βρίσκεται ακριβώς κάτω από τον κρικοθυρεοειδικό χόνδρο ή το λεγόμενο «μήλο του Αδάμ». Εκκρίνει την ορμόνη θυροξίνη και είναι υπεύθυνος, κατά κύριο λόγο, για την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού μας ελέγχοντας το μεταβολισμό. Προβλήματα με το θυρεοειδή επηρεάζουν τη ζωή του πάσχοντος, αλλά σχεδόν όλα θεραπεύονται με φάρμακα, ακτινοβολία ή χειρουργική επέμβαση.

Τι είναι η βρογχοκήλη;

Κάθε διόγκωση του θυρεοειδούς ονομάζεται βρογχοκήλη.

Πώς μπορώ να καταλάβω ότι κάτι δεν πάει καλά με το θυρεοειδή μου;

Μια διόγκωση στην πρόσθια τραχηλική χώρα, που ακολουθεί τις κινήσεις της κατάποσης, συχνές εξάψεις, απώλεια βάρους χωρίς προηγούμενη δίαιτα, αύξηση βάρους, εύκολη κόπωση, τρόμος χειρών, καρδιακή αρρυθμία κ.ά. αποτελούν τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα. Ειδικά το τελευταίο μπορεί να είναι και το πρώτο σύμπτωμα σε νεαρά ή και μέσης ηλικίας άτομα. Επίσης μπορεί να είναι τυχαίο γεγονός - εύρημα, απότοκο μιας άλλης εξέτασης, π.χ., υπερηχογραφήματος καρωτίδας.

Τι πρέπει να κάνω; Πώς να χειριστώ το θέμα;

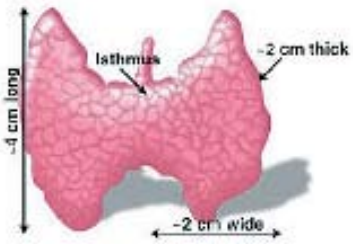
Θα πρέπει να επισκεφθείτε ενδοκρινολόγο, που θα σας κατευθύνει σε σχέση με τις εξετάσεις που θα κάνετε. Στο σημείο αυτό, πολλοί ασθενείς κάνουν το λάθος και κατά το check up πραγματοποιούν εξετάσεις θυ-

ρεοειδούς μόνον αίματος (ορμονολογικές). Το φυσιολογικό τους αποτέλεσμα τους καθησυχάζει, ενώ ο θυρεοειδής μπορεί να παρουσιάζει όζους (ανατομικές ανωμαλίες) που διαπιστώνονται μόνο με υπερηχογράφημα θυρεοειδούς. Έτσι, εξετάσεις αίματος και υπερηχογράφημα αποτελούν τις αρχικές και κύριες εξετάσεις για τον έλεγχο του θυρεοειδούς.

Τι είναι ο όζος;

Πρόκειται για μια ανατομική ανωμαλία κατά την οποία εμφανίζονται μικροί ή μεγάλοι ογκόμορφοι σχηματισμοί που ονομάζονται όζοι. Οι όζοι μπορεί να είναι ένας ή περισσότεροι. Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους είναι καλοήθεις και δεν συνοδεύονται από λειτουργικές διαταραχές. Η διαπίστωση της ύπαρξής τους γίνεται μετά από υπερηχογραφικό έλεγχο. Ένα καλό, ίσως αστείο, αλλά πολύ απλό παράδειγμα για να κατανοήσουμε τη μορφή του όζου είναι να τον παρομοιάσουμε με τους σβώλους στο κουρκούτι ή με τα αμύγδαλα στο σαρακοστιανό χαλβά.

Ο θυρεοειδής είναι ένας ενδοκρινής αδένας σε σχήμα πεταλούδας. Βρίσκεται κάτω από το λεγόμενο «μήλο του Αδάμ». Σχεδόν όλα τα προβλήματα που σχετίζονται με το θυρεοειδή θεραπεύονται με φάρμακα, ακτινοβολία ή χειρουργική επέμβαση.



Ποιες είναι οι παθήσεις του θυρεοειδούς;

Οι παθήσεις του θυρεοειδούς μπορεί να είναι λειτουργικές, ανατομικές ή και τα δύο. Μια υποκατηγορία παθήσεων είναι οι θυρεοειδίτιδες, οι οποίες συνήθως ανήκουν στην κατηγορία των λειτουργικών. Όταν λέμε λειτουργικές, εννοούμε εκείνες που έχουν κλινική εικόνα είτε υπερλειτουργίας είτε υπολειτουργίας του θυρεοειδούς. Στις πρώτες ανήκει ο υπερθυρεοειδισμός, με συχνότερη αιτία

τη νόσο του Graves, και ο υποθυρεοειδισμός, με συχνότερη τη θυρεοειδίτιδα Hashimoto. Οι όζοι υπάγονται στις ανατομικές ανωμαλίες.

Τι είναι ο υποθυρεοειδισμός; Ποια τα συμπτώματά του και ποια η θεραπεία του;

Κατά τον υποθυρεοειδισμό ο θυρεοειδής δεν παράγει αρκετή θυροξίνη. Η πιο συχνή αιτία γι' αυτό είναι, όπως προαναφέρθηκε, η θυρεοειδίτιδα Hashimoto. Άλλες αιτίες είναι η λήψη ανεπαρκούς ποσότητας ιωδίου, με αποτέλεσμα ο θυρεοειδής να μην μπορεί να παράξει θυροξίνη, η ύπαρξη προβλημάτων με την υπόφυση ή η κακή ρύθμιση του θυρεοειδούς ύστερα από θυρεοειδεκτομή.

Στα πλέον κοινά συμπτώματα συγκαταλέγονται: αίσθηση κόπωσης και κρύου, μυϊκοί πόνοι, αργή εγκεφαλική σκέψη, δυσκοιλιότητα, συχνότερες περίοδοι εμμήνου ρήσης με αυξημένη ποσότητα αίματος, αύξηση του βάρους, ξηρά μαλλιά, νύχια και δέρμα, καθώς και κατάθλιψη.

Η θεραπεία του υποθυρεοειδισμού γίνεται με τη χορήγηση από τον ενδοκρινολόγο ποσότητας θυροξίνης ανάλογης των μεταβολικών αναγκών του πάσχοντος.

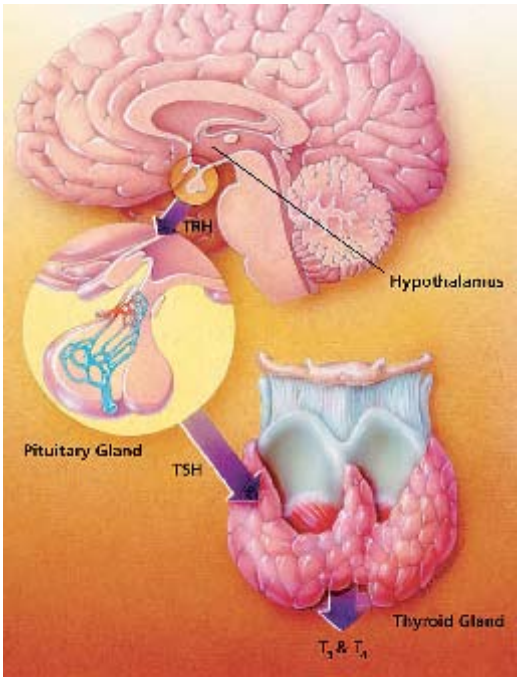
Τι είναι ο υπερθυρεοειδισμός; Ποια τα συμπτώματά του και ποια η θεραπεία του;

Ο υπερθυρεοειδισμός εκδηλώνεται κυρίως με τρόμο των χεριών, νευρικότητα και ευερεθιστότητα. Επίσης, με αίσθημα θερμού, καρδιακής ταχυαρρυθμίας, μυϊκής αδυναμίας, εύκολης κόπωσης, συχνότερες κενώσεις του εντέρου, σπανιότερες περιόδους εμμήνου ρήσης με μειωμένη ποσότητα αίματος, τριχόπτωση και τέλος απώλεια βάρους χωρίς το άτομο να ακολουθεί κάποια δίαιτα. Κύρια αιτία είναι η νόσος Graves. Επιπλέον, ένας όζος μπορεί να υπερλειτουργεί και να είναι αυτός υπαίτιος για τον υπερθυρεοειδισμό (τοξικό αδένωμα). Η θεραπεία του υπερθυρεοειδισμού γίνεται φαρμακευτικά, με ακτινοβολία ραδιενεργού ιωδίου και, τέλος, χειρουργικά, με ολική ριζική θυρεοειδεκτομή.

Ποια είναι η αντιμετώπιση των όζων;

Η θεραπεία μπορεί να είναι φαρμακευτική ή χειρουργική. Είναι πιθανό να ανακαλύψουμε στο θυρεοειδή αδένα έναν ή περισσότερους όζους. Συνήθως δεν γνωρίζουμε την αιτία δημιουργίας τους. Τις περισσότερες φορές σχετίζονται με υπερλειτουργία ή υπολειτουργία του αδένα και ο ασθενής, όπως προαναφέρθηκε, το ανακαλύπτει τυχαία.

Η ολική ριζική θυρεοειδεκτομή είναι μια λεπτή επέμβαση με πολύ μικρή τομή, σχεδόν ανώδυνη μετεγχειρητικά και με νοσηλεία μόνο μίας ημέρας.



Πώς γίνεται η εκτίμηση της κατάστασης ενός ασθενούς με πρόβλημα θυρεοειδούς;

Με καταγραφή του ιστορικού του, κλινική εξέταση, εξετάσεις αίματος και υπερηχογράφημα. Το αν θα γίνει σπινθηρογράφημα, βιοψία με βελόνα (FNA) ή ανοσολογικές εξετάσεις, είναι στην αρμοδιότητα του ενδοκρινολόγου, στον οποίο και θα πρέπει να προσφεύγει κάθε ασθενής.

Πότε οδηγείται ο ασθενής στο χειρουργείο;

Όταν παρουσιάζει κακοήθεια ή υπόνοια κακοήθειας, μεγάλη πολυοζώδη βρογχοκήλη, πολύ μεγάλο μονήρη όζο, δύσκολα ρυθμιζόμενο υπερθυρεοειδισμό και σε όποιες άλλες περιπτώσεις κρίνει απαραίτητο ο ενδοκρινολόγος.

Είναι δύσκολο και επικίνδυνο χειρουργείο;

Είναι μια λεπτή επέμβαση η οποία θα πρέπει να γίνεται από έμπειρους χειρουργούς, ούτως ώστε να μη δημιουργούνται στον ασθενή προβλήματα που θα τον ταλαιπωρήσουν και θα λυθούν δύσκολα.

Τι ακριβώς αφαιρείται κατά το χειρουργείο;

Αφαιρείται ολόκληρος ο θυρεοειδής (ολική ριζική θυρεοειδεκτομή). Η αφαίρεση μόνο του όζου ή των όζων είναι λανθασμένη. Όπως, επίσης, λάθος είναι η μερική αφαίρεση του θυρεοειδούς. Ως χειρουργός εξειδικευμένος στη χειρουργική των ενδοκρι-

νών αδένων, προχωρώ σε μερικές λεπτομέρειες της επέμβασης όπως γίνεται από την ομάδα μου στην Ευρωκλινική Αθηνών. Σε κάθε περίπτωση –πλην ορισμένων εξαιρέσεων– η επέμβαση θα πρέπει να είναι αυτή της ολικής ριζικής θυρεοειδεκτομής. Πρόκειται για μια λεπτή σε χειρισμούς επέμβαση η οποία θα πρέπει να πραγματοποιείται από έμπειρο και εξειδικευμένο χειρουργό ούτως ώστε να μην προκύψουν επιπλοκές, όπως αιμορραγία, διαταραχές της φωνής από κάκωση των νεύρων των φωνητικών χορδών ή διαταραχές του ασβεστίου λόγω τραυματισμού ή αφαίρεσης των παραθυρεοειδών σωματίων.

Η τομή είναι πολύ μικρή, εν αντιθέσει με τις τεράστιες –σαν κολιέ– τομές της κλασικής μεθόδου που πολλοί χειρουργοί προτιμούν και σήμερα και οι οποίες καταλαμβάνουν τα τρία τέταρτα της προσθίας επιφάνειας του τραχήλου. Έχει μήκος 3-3,5 εκ., επιδιώκουμε να γίνεται επάνω σε ρυτίδα και όσο γίνεται πιο ψηλά για τέλειο αισθητικό αποτέλεσμα. Η επέμβαση γίνεται με ειδική νευροχειρουργική λαβίδα χωρίς τη χρήση ραμμάτων. Ο τράχηλος του ασθενούς δεν βρίσκεται σε υπερέκταση κατά τη διάρκεια της επέμβασης και στο τέλος γίνεται διήθηση του τραύματος με ειδικά φάρμακα. Όλα τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα να είναι η επέμβαση σχεδόν ανώδυνη μετεγχειρητικά. Η επέμβαση διαρκεί περίπου μιάμιση ώρα. Η παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο διαρκεί μόνο μία ημέρα.

Τα παραθυρεοειδή σωμάτια πρέπει να αφαιρούνται κατά την επέμβαση;

Σε καμία περίπτωση. Κύριο μέλημα του χειρουργού είναι η προστασία και η διατήρησή τους, ούτως ώστε ο ασθενής να μην έχει μετεγχειρητικώς προβλήματα με τη ρύθμιση του ασβεστίου του αίματος.

Για κάθε απορία σας μπορείτε να απευθύνεστε στο e-mail: SakellariouG@gmail.com

Γιατί πολλές φορές μετά το χειρουργείο υπάρχει βραχνάδα στη φωνή;

Αυτό οφείλεται τις περισσότερες φορές σε νευροαπραξία και προέρχεται κατά κύριο λόγο από τραυματισμό των νεύρων των φωνητικών χορδών λόγω των χειρισμών κατά την επέμβαση.

Χορηγείται σε όλους τους ασθενείς ραδιενεργό ιώδιο μετά το χειρουργείο;

Μόνο σε όσους έχουν ορισμένο είδος κακοήθειας και εφόσον το κρίνει ο ενδοκρινολόγος λαμβάνοντας υπόψη του πολλές παραμέτρους.

Θα παχύνω μετά το χειρουργείο;

Ο ασθενής δεν παχαίνει ούτε αδυνατίζει μετά την αφαίρεση του θυρεοειδούς, αρκεί να λαμβάνει την κατάλληλη –ως προς την ποιότητα και ως προς την ποσότητα– φαρμακευτική αγωγή.

Θα αλλάξει η ζωή μου μετά το χειρουργείο όσο θα ακολουθώ τη φαρμακευτική αγωγή;

Σε καμία περίπτωση. Η ζωή θα συνεχιστεί με απόλυτα φυσιολογικούς ρυθμούς. Οι γυναίκες, για παράδειγμα, θα μπορούν άνετα να προχωρήσουν σε εγκυμοσύνη, χωρίς να φοβούνται ότι θα παρουσιάσουν κάποιο πρόβλημα. Επίσης, η σεξουαλική ζωή δεν θα αλλάξει, ανεξάρτητα από το φύλο του ασθενούς.

ιατρική

Έλλη Παπαδόδημα
Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Κέντρου Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη και Μεταβολισμού, **Ευρωκλινική Αθηνών**

Πρωτοπαθής Υπερπαραθυρεοειδισμός

Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός είναι μια «αθόρυβη», «σιωπηρή» και παραγνωρισμένη ενδοκρινοπάθεια που αφορά τους παραθυρεοειδείς αδένες. Οι αδένες αυτοί, όπως συμβαίνει και με όλους τους άλλους αδένες, κάποιες φορές αρχίζουν να υπερλειτουργούν εκκρίνοντας περισσότερη ορμόνη απ' όση χρειάζεται ο οργανισμός. **Η ορμόνη που εκκρίνουν οι παραθυρεοειδείς αδένες ονομάζεται παραθορμόνη.**

Πριν από λίγα χρόνια νομίζαμε ότι η πάθηση αυτή ήταν πολύ σπάνια και η διάγνωσή της μπορούσε να γίνει μόνον όταν τα συμπτώματά της γίνονταν πολύ σοβαρά. Τα τελευταία, όμως, χρόνια, ο συχνός έλεγχος –κυρίως στις γυναίκες– για την οστεοπόρωση οδήγησε στην ανακάλυψη ολοένα και περισσότερων περιστατικών με αυξημένη παραθορμόνη. Έτσι, σήμερα η διάγνωση της ενδοκρινοπάθειας αυτής γίνεται πολύ συχνότερα, με αποτέλεσμα ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός να είναι η τρίτη πιο συχνή ενδοκρινοπάθεια μετά το διαβήτη και τις θυρεοειδοπάθειες. Είναι πιο συχνή στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες (3/1) και η ηλικία της εμφάνισής της είναι τα 50-70 χρόνια.

Τι είναι όμως οι παραθυρεοειδείς αδένες;

Είναι τέσσερις (καμιά φορά περισσότεροι) πολύ μικροί αδένες, που βρίσκονται μπροστά στο λαιμό, ακριβώς πίσω από τον θυρεοειδή αδένα. Σπάνια κάποιος απ' αυτούς μπορεί να βρεθεί σε άλλη θέση (έκτοπα). Οι αδένες αυτοί εκκρίνουν την **παραθορμόνη** που είναι υπεύθυνη, μαζί με τη **βιταμίνη D**, για τη διατήρηση της ισορροπίας του **ασβεστίου** στο αίμα και στους άλλους ιστούς του σώματος (ομοιόσταση ασβεστίου).

Στην περίπτωση του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού ένας ή περισσότεροι απ' αυτούς τους αδενίσκους για κάποιο λόγο μεγαλώνουν, υπερλειτουργούν και εκκρίνουν περισσότερη παραθορμόνη, με αποτέλεσμα την αύξηση του ασβεστίου στο αίμα.

Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός είναι μια «αθόρυβη» και παραγνωρισμένη ενδοκρινοπάθεια που αφορά τους παραθυρεοειδείς αδένες.

Οι αιτίες που κάνουν τους παραθυρεοειδείς να μεγαλώνουν είναι πολλές. Φαίνεται, όμως, πως η κύρια διαταραχή εντοπίζεται στο γεγονός ότι έχει χαλάσει ένας πολύ ευαίσθητος ρυθμιστικός μηχανισμός που υπάρχει ανάμεσα στο ασβέστιο και την παραθορμόνη, κάτι σαν **«θερμοστάτης»** δηλαδή. Φυσιολογικά, η έκκριση της παραθορμόνης ρυθμίζεται αυστηρά από το ασβέστιο του αίματος. Αν το ασβέστιο ελαττωθεί, εκκρίνεται περισσότερη παραθορμόνη, ενώ όταν αυξηθεί, ελαττώνεται η έκκριση της παραθορμόνης. Στον πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό χαλάει αυτός ο «θερμοστάτης» και οι παραθυρεοειδείς δεν αντιλαμβάνονται την αύξηση του ασβεστίου στο αίμα και συνεχίζουν να παράγουν παραθορμόνη. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε μεγαλύτερη αύξηση του ασβεστίου, αφού η ορμόνη αυτή αυξάνει το ασβέστιο στο αίμα με κάθε τρόπο. Έτσι, η αυξημένη παραθορμόνη δρα στα **οστά** και αυξάνει την οστική απορρόφηση κινητοποιώντας το ασβέστιο προς το αίμα, το **έντερο** και αυξάνει την απορρόφηση του ασβεστίου στα **νεφρά**, όπου προκαλεί στην αρχή κατακράτηση ασβεστίου και αργότερα (όταν έχει αυξηθεί πολύ το ασβέστιο στο αίμα) μεγάλη αποβολή ασβεστίου στα ούρα και νεφρολιθίαση.

Το αυξημένο πια ασβέστιο προκαλεί σοβαρά προβλήματα σε όλες τις λειτουργίες του οργανισμού, αφού αυτό είναι ο κύριος ρυθμιστής της απαραίτητης ηλεκτρικής ενέργειας για το νευρικό

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

Κλασικά Συμπτώματα

Κόπωση	Υπέρταση
Αδυναμία	Καρδιολογικά προβλήματα
Εξάντληση	Νεφρολιθίαση
Κατάθλιψη	Οστεοπόρωση
Δίψα	Φαιοί όγκοι
Πολυουρία	Ουρική Αρθρίτιδα
Νυκτουρία	Ελκοπάθεια
Δυσκοιλιότητα	Παγκρεατίτιδα
Μυοσκελετικοί πόνοι	Νευροψυχικές εκδηλώσεις

Η ανεπάρκεια της βιταμίνης D εμπλέκεται στην υπερέκκριση της παραθορμόνης και προκαλεί πτώση του ασβεστίου.

σύστημα και τους μυς, γι' αυτό και η συγκέντρωσή του στο αίμα πρέπει να διατηρείται σε αυστηρά καθορισμένα όρια (8,5 - 10,2 mg/dl).

Μια άλλη αιτία που εμπλέκεται στην υπερέκκριση της παραθορμόνης **είναι η ανεπάρκεια της βιταμίνης D**, η οποία προκαλεί πτώση του ασβεστίου και συνεχή διέγερση των παραθυρεοειδών για παραγωγή παραθορμόνης, με αποτέλεσμα την υπερπλασία των παραθυρεοειδών. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι ανεπάρκεια της βιταμίνης D παρατηρείται σε μεγάλο ποσοστό κυρίως στα ηλικιωμένα άτομα, ακόμη και σε χώρες με σημαντική ηλιοφάνεια, όπως η χώρα μας. Αυτός είναι ο κύριος λόγος που, όταν προσδιορίζουμε ασβέστιο και παραθορμόνη στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, βρίσκουμε αυξημένη παραθορμόνη και φυσιολογικό ή και χαμηλό ασβέστιο στο αίμα. Όταν, λοιπόν, ο ένας από τους παραθυρεοειδείς μεγαλώνει, τότε έχουμε ένα **αδένωμα** παραθυρεοειδούς – αυτή είναι και η συχνότερη αιτία του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού. Σπάνια μπορεί να έχουμε δύο ή περισσότερους παραθυρεοειδείς μεγαλύτερους, δηλαδή **πολλαπλά αδενώματα**, κάποιες φορές όμως έχουμε **υπερπλασία** όλων των παραθυρεοειδών. Πολύ σπάνια μπορεί να έχουμε **καρκίνο** των παραθυρεοειδών.

Τα συμπτώματα που εμφανίζει ένας ασθενής που πάσχει από πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό οφείλονται κατά κύριο λόγο στην υπερασβεστιαιμία και αφορούν νεφρούς, οστά, καρδιαγγειακό, γαστρεντερικό, κεντρικό νευρικό σύστημα κ.ά. (πίνακας 1)

Η θορυβώδης εμφάνιση με νεφρολιθίαση, αιματουρία, κολι-

κούς των νεφρών, πόνους στο στομάχι, κατάγματα, έντονη μυϊκή αδυναμία, δυσκοιλιότητα, σοβαρές νευροψυχικές διαταραχές κ.ά. ήταν η τυπική κλινική εικόνα ασθενούς με πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό. Αυτά που αναφέρονται στον πίνακα 1 είναι τα κλασικά συμπτώματα ενός ασθενούς με πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό. Σήμερα, όμως, το **80%** των ασθενών στους οποίους ανακαλύπτουμε αυξημένη **παραθορμόνη** και **ασβέστιο** δεν έχουν συμπτώματα, παρά το ότι έχουν πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό. Αυτό κατά πάσα πιθανότητα συμβαίνει επειδή η μέτρηση του ασβεστίου και της παραθορμόνης έχει γίνει ρουτίνα και επιτρέπει την πολύ πρώιμη διάγνωση της πάθησης. Παρ' όλα αυτά, και σ' αυτούς τους ασθενείς μπορεί, με πολύ προσεκτική κλινική εξέταση, να διαπιστώσουμε ήπια, συνηθισμένα, κοινότυπα ενοχλήματα που συνήθως περνούν απαρατήρητα και δεν αξιολογούνται. Τέτοια ενοχλήματα είναι: απώλεια ενέργειας, αίσθημα συνεχούς κόπωσης, κακουχία, αδιαφορία, αδυναμία συγκέντρωσης, διαταραχές της μνήμης, αϋπνία, υπνηλία, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, νευρικότητα, μυαλγίες, μϋική αδυναμία, ελάττωση της σεξουαλικής δραστηριότητας, κεφαλαλγία, υπέρταση, αρρυθμίες, γαστρικές ενοχλήσεις, λέπτυνση και πτώση των μαλλιών, νεφρολιθίαση, οστεοπενία, οστεοπόρωση, κατάγματα κ.λπ. Τα ενοχλήματα αυτά εξαφανίζονται μετά τη θεραπεία.

Η **διάγνωση** του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού γίνεται με τη μέτρηση του **ασβεστίου** και της **παραθορμόνης** στο αίμα. Από τη στιγμή, όμως, που θα γίνει αυτή η διάγνωση, θα πρέπει να εντοπίσουμε τη βλάβη και να διαπιστώσουμε αν πρόκειται για αδένωμα, πολλαπλά αδενώματα ή υπερπλασία. Το υπερηχογράφημα των παραθυρεοειδών, το σπινθηρογράφημα, η αξονική και η μαγνητική τομογραφία του τραχήλου είναι εξετάσεις που μπορεί να αποκαλύψουν τι συμβαίνει με τους παραθυρεοειδείς αδένες – αλλά όχι πάντα.

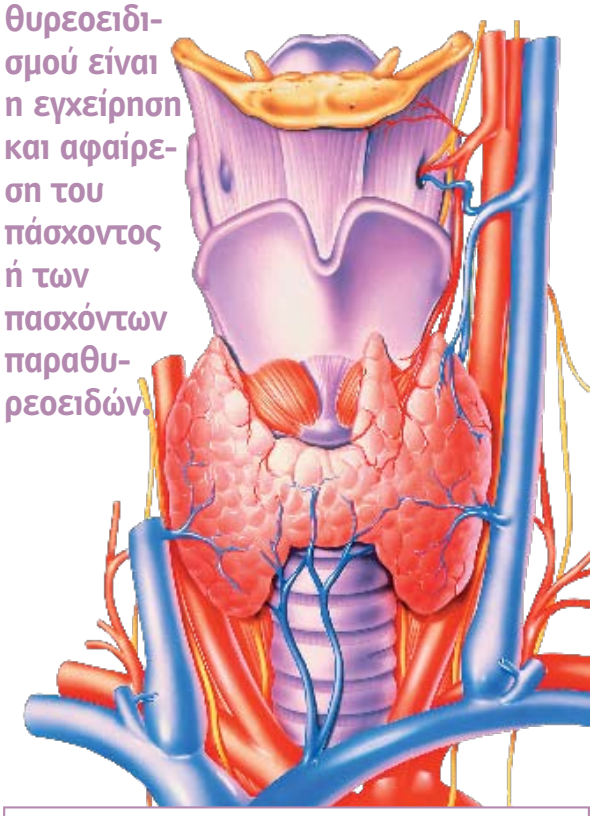
Η κλασική αντιμετώπιση και **θεραπεία** του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού είναι η **εγχείρηση** και αφαίρεση του πάσχοντος ή των πασχόντων παραθυρεοειδών. Επειδή πριν από την εγχείρηση δεν είναι πάντα εύκολο να εντοπισθεί ποιος ή ποιοι από τους παραθυρεοειδείς πάσχουν, ο **ρόλος** ενός πολύ εξειδικευμένου και έμπειρου **χειρουργού** είναι καθοριστικός.

Για τις περιπτώσεις όμως του **«ασυμπτωματικού»** πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού δεν είναι πάντα απαραίτητη η εγχείρηση. Αυτό που χρειάζεται είναι **παρακολούθηση** και φαρμακευτική αγωγή που στοχεύει στη διατήρηση φυσιολογικών τιμών ασβεστίου στο αίμα.

Φάρμακα που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για το σκοπό αυτό είναι η καλσιτονίνη, τα διφωσφονικά και πιθανώς τα ασβεστιομιμητικά, τα οποία χορηγούνται στον δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό και έχουν δοκιμαστεί με ικανοποιητικά αποτελέσματα και στον πρωτοπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό.

Ένα πολύ σημαντικό μέτρο είναι να δοθούν σωστές οδηγίες στους ασθενείς, όπως το να πίνουν πολλά υγρά ώστε να αποφεύγεται η αφυδάτωση που προκαλεί η υπερασβεστιαιμία, να αποφεύγουν φάρμακα που αυξάνουν το ασβέστιο, όπως κάποια διουρητικά, και να διατηρούνται σε καλή φυσική κατάσταση με κάποια δραστηριότητα. Σημαντική είναι επίσης η μέτρια πρόσληψη –όχι η αποφυγή– ασβεστίου (750 mg/ημέρα), καθώς και βιταμίνης D (400 IU VitD/ημέρα).

Η κλασική αντιμετώπιση και θεραπεία του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού είναι η εγχείρηση και αφαίρεση του πάσχοντος ή των πασχόντων παραθυρεοειδών.



ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ

Πρωτοπαθής Υπερπαραθυρεοειδισμός

Αιτιολογία

Αδένωμα	80%-85%
Υπερπλασία	15%-20%
Πολλαπλά αδενώματα	1%
Καρκίνωμα	0,5%
Έκτοπη θέση Θυρεοειδής, θύμος, μεσοθωράκιο, περικάρδιο, πλάγια τραχηλική χώρα	10%

ιατρική

Κωνσταντίνος Ξένος
Διευθυντής Κέντρου Γονιδιακής Διατροφής και Έρευνας της Θρέψης, **Ευρωκλινική Αθηνών**

Γονιδιακή Διατροφή: Ο εξατομικευμένος τρόπος διατροφής

- Πόσο μπορεί να ευεργετηθείτε από την αύξηση της κατανάλωσης πολυακόρεστων λιπαρών (βρίσκονται στα φυτικά έλαια, όπως ηλιέλαιο, σογιέλαιο, στις μαργαρίνες, στα λιπαρά ψάρια και σε ορισμένα λαχανικά);

- Ποια είναι η προδιάθεσή σας σε καρδιαγγειακά προβλήματα; Μπορεί να αυξηθεί ανεξήγητα η «κακή» χοληστερόλη ή τα τριγλυκερίδιά σας; Τι είδους διατροφικές συστάσεις απαιτούνται;

- Πώς ο οργανισμός σας «διαχειρίζεται» την ομοκυστεΐνη, ουσία που μπορεί να φθείρει τα αγγεία; Ποιές διατροφικές παρεμβάσεις χρειάζονται;

- Χρειάζεται ενίσχυση η αντιοξειδωτική σας άμυνα;

- Μήπως οι ανάγκες σας για συγκεκριμένες βιταμίνες και ιχνοστοιχεία είναι πάνω από τον μέσο όρο;

- Διατρέχετε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης οστεοπόρωσης στο μέλλον; Ποια προληπτική στρατηγική πρέπει να χαράξετε;

- Είστε «ευαίσθητοι» στην κατανάλωση αλατιού;

Η κοινή συνισταμένη στην απάντηση των παραπάνω, αλλά και άλλων καίριων ερωτημάτων, βρίσκεται στη γονιδιακή προδιάθεση του κάθε ατόμου και πιο συγκεκριμένα σε παραλλαγές του γενετικού κώδικα.
Ο συχνότερος τύπος τέτοιων παραλλαγών είναι ο μονονουκλεοτιδικός πολυμορφισμός ή **SNP (single nucleotide polymorphism).**
Ο μονονουκλεοτιδικός πολυμορφισμός ή, με μια πιο φιλοσοφική ερμηνεία, «η πολυτέλεια της ύπαρξης σε πολλές διαφορετικές μορφές», αφορά στην αντικατάσταση ενός μονού νουκλεοτιδίου εντός της αλληλουχίας του DNA.
Οποιοιδήποτε δύο άνθρωποι έχουν γενετικές αλληλουχίες όμοιες κατά 99,9%. Όμως το 0,1% που απομένει ευθύνεται για όλες τις διαφορές μεταξύ τους, από το χρώμα των οφθαλμών έως την προδιάθεση για σοβαρές ασθένειες.
Οι περισσότερες από τις διαφορές αυτές αποτυπώνονται στους μονονουκλεοτιδικούς πολυμορφισμούς (SNPs).
Σήμερα, που η επιστήμη της γενετικής μπορεί και ανευρίσκει τέτοιου είδους πολυμορφισμούς αποκωδικοποιώντας το DNA, ο διαιτολόγος έχει στα χέρια του μια σειρά ιδιαίτερα χρήσιμων πληροφοριών, προκειμένου να συντάξει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα διατροφής, βασισμένο, εκτός όλων των άλλων, και στη γονιδιακή προδιάθεση του ατόμου.

Διατροφική Γονιδιωματική (Nutritional Genomics)

Η διατροφική γονιδιωματική εξετάζει τις πολύπλευρες επιρροές της διατροφής στο ανθρώπινο γονιδίωμα. Η επιστήμη αυτή θεωρεί τα θρεπτικά συστατικά των τροφών ως ερεθίσματα που αναγνωρίζονται από τους αισθητήρες του κυττάρου και επηρεάζουν τα γονίδια, την πρωτεϊνική έκφραση και συνεπώς το μεταβολισμό.

Η επιστήμη της διατροφικής γενετικής εξετάζει τη σημασία της γενετικής παραλλαγής μεταξύ των ανθρώπων τόσο στην αλληλεπίδραση διατροφής και ασθένειας όσο και στις διατροφικές απαιτήσεις.

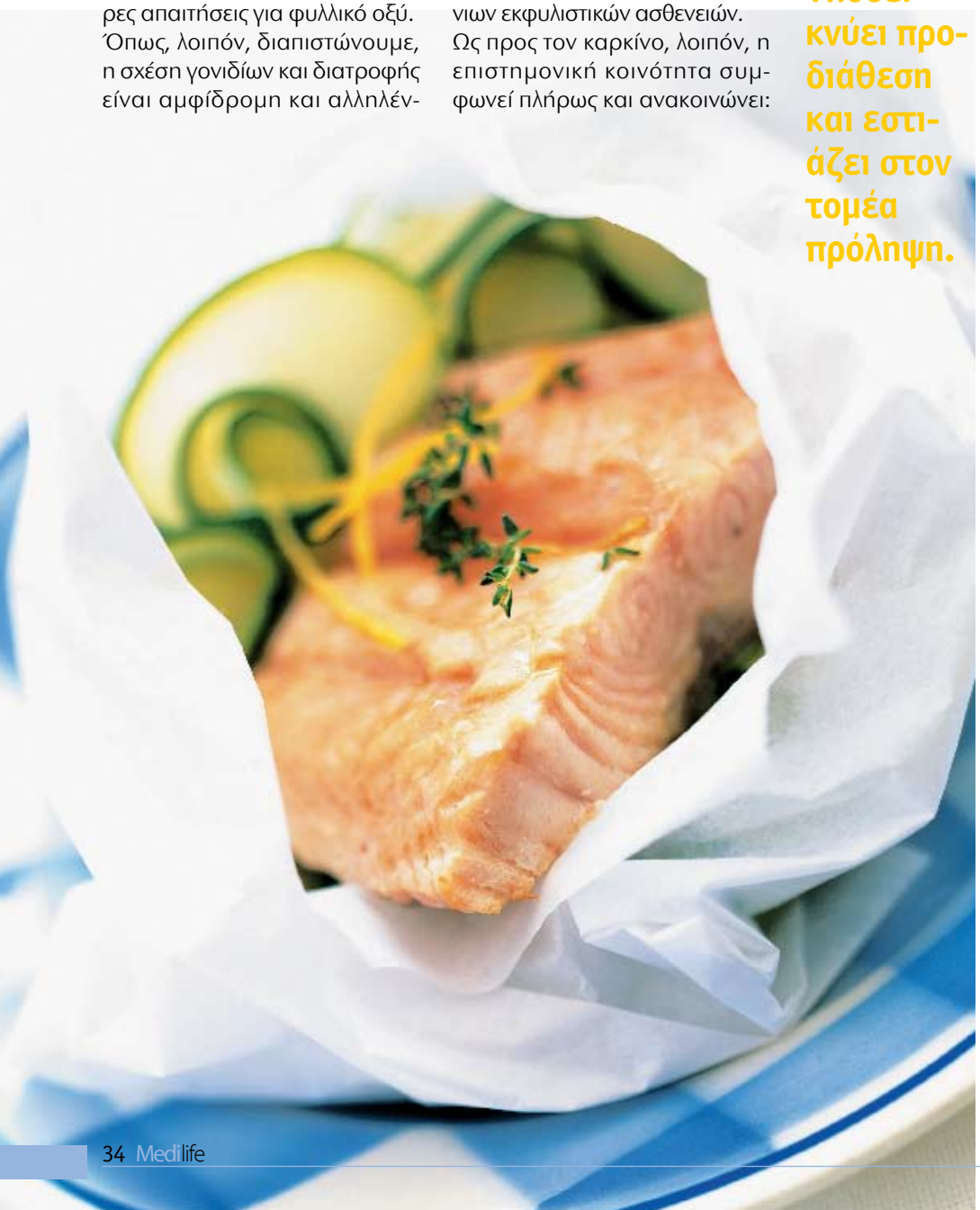
Η μοριακή δομή των συστατικών της τροφής καθορίζει τον τρόπο επιρροής στο κύτταρο. Έτσι, συστατικά με παρόμοια δομή επιδρούν εντελώς διαφορετικά στις κυτταρικές λειτουργίες. Για παράδειγμα, **τα λιπαρά οξέα των τροφών** διαφοροποιούν τις επιδράσεις τους ανάλογα με το βαθμό κορεσμού τους. Έτσι, ενώ τα ω-3 λιπαρά οξέα, που βρίσκονται στα ιχθυέλαια, έχουν θετικές επιδράσεις στην καρδιακή αρρυθμία, τα κορεσμένα –λίπος κρέατος και γαλακτοκομικών– δεν έχουν.

Διατροφική Γενετική (Nutritional Genetics)

Η επιστήμη της διατροφικής γενετικής εξετάζει τη σημασία της γενετικής παραλλαγής μεταξύ των ανθρώπων **α)** στην αλληλεπίδραση διατροφής και ασθέ-

νειας και **β)** στις διατροφικές απαιτήσεις:
α) Άτομα με τον πολυμορφισμό null στο GSTT1 γονίδιο έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες για καρκίνο του ήπατος όταν καταναλώνουν φυστικοβούτυρο με αφυλατοξίνη, από ό,τι τα άτομα που δεν εμφανίζουν το συγκεκριμένο πολυμορφισμό.
2) Άτομα με συγκεκριμένο πολυμορφισμό του γονιδίου MTHFR έχουν πιθανόν υψηλότερες απαιτήσεις για φυλλικό οξύ.
Όπως, λοιπόν, διαπιστώνουμε, η σχέση γονιδίων και διατροφής είναι αμφίδρομη και αλληλένδετη. Κάποιες παραλλαγές του γενετικού κώδικα προσδιορίζουν συγκεκριμένες διατροφικές απαιτήσεις για έναν οργανισμό, την ίδια στιγμή που τα θρεπτικά συστατικά της τροφής αναγνωρίζονται από αισθητήρες των κυττάρων και επηρεάζουν τα γονίδια, την πρωτεϊνική έκφραση και το μεταβολισμό.
Κορυφαίες μελέτες αποδεικνύουν αυτήν τη σχέση εξετάζοντας την αιτιοπαθογένεια πολλών χρόνιων εκφυλιστικών ασθενειών.
Ως προς τον καρκίνο, λοιπόν, η επιστημονική κοινότητα συμφωνεί πλήρως και ανακοινώνει:

Κάθε τεστ διατροφικής γενετικής και γονιδιωματικής δεν δείχνει ασθένειες. Υποδεικνύει προδιάθεση και εστιάζει στον τομέα πρόληψη.



"Genes load the gun, but you pull the trigger" – τα γονίδια φορτίζουν το όπλο (της εκδήλωσης καρκίνου) αλλά τελικώς εμείς (μέσω διατροφής, συνηθειών, έκθεσης σε ακτινοβολίες, κάπνισμα κ.λπ.) τραβάμε τη σκανδάλη...
Σήμερα, με τα δεδομένα ενός σχετικά απλού και αναίμακτου τεστ μοριακής ανάλυσης του DNA, μπορούμε να ενισχύσουμε το διαιτολόγιο ενός ατόμου που παρουσιάζει συγκεκριμένο πολυμορφισμό **στο γονίδιο MTHFR** με βιταμίνες B12, B6 και φυλλικό οξύ, προστατεύοντας **την καρδιαγγειακή του υγεία,** να δώσουμε πλειάδα διατροφικών συστάσεων στο άτομο που παρουσιάζει συγκεκριμένο πολυμορφισμό στο **γονίδιο VDR**, προφυλάσσοντας έτσι την **οστική του υγεία**, να θωρακίσουμε με φυσικά διατροφικά αντιοξειδωτικά κάποιον με γενετική παραλλαγή στο **γονίδιο MnSOD** και να κάνουμε πάρα πολλές ακόμη θετικές διατροφικές (και όχι μόνον) παρεμβάσεις, με βάση το γονιδιακό προφίλ του καθενός.
Παράλληλα, οι πληροφορίες που μπορεί να εκμαιευθούν από ένα τέτοιο τεστ πολυμορφισμών για την εκπόνηση βέλτιστων διατροφικών οδηγιών σε περιπτώσεις παχυσαρκίας, είναι εξίσου σημαντικές.
Αξίζει να τονισθεί πως κάθε τεστ διατροφικής γενετικής και γονιδιωματικής **δεν δείχνει ασθένειες. Υποδεικνύει προδιάθεση** και εστιάζει στον τομέα **πρόληψη** και συγκεκριμένα σε γενετικές παραλλαγές του ατόμου, που, βάσει επιστημονικών μελετών, επιδέχονται διατροφικές παρεμβάσεις ικανές να προσφέρουν καλύτερη υγεία.

ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΜΗΜΑ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΓΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΒΑΣΕΙ ΜΟΡΙΑΚΩΝ ΑΝΑΛΥΣΕΩΝ ΤΟΥ DNA.

Η ραγδαία εξελισσόμενη επιστήμη της γενετικής στο επίπεδο της διατροφικής γενετικής και της διατροφικής γονιδιωματικής πολύ σύντομα θα αποτελεί σημείο αναφοράς για την ολοκληρωμένη προσέγγιση ενός ασθενούς και για τη διεκπεραίωση ενός διαιτολογίου.

Το τμήμα Γονιδιακής Διατροφής και Έρευνας της Θρέψης έχει δύο βασικούς τομείς ενασχόλησης:

Την εκπόνηση διαιτολογίων για ποικίλους στόχους, όπως η απώλεια βάρους, η πρόληψη και αντιμετώπιση υπερλιπιδαιμιών, η πρόληψη και αντιμετώπιση μεταβολικού συνδρόμου, η αντιμετώπιση χρόνιων φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου κ.λπ., βάσει εξατομικευμένων μοριακών αναλύσεων του DNA.

Την ειδική προσέγγιση και αντιμετώπιση περιπτώσεων όπου ο ασθενής χρειάζεται θρεπτική υποστήριξη με τη μορφή εντερικής, παρεντερικής ή από του στόματος διατροφής για ταχύτερη και ολοκληρωμένη ανάρρωση.

Τμήμα Γονιδιακής Διατροφής και Έρευνας της Θρέψης στην Ευρωκλινική Αθηνών

Το πρώτο σε ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα

Διευθυντής Τμήματος Γονιδιακής Διατροφής & Έρευνας Θρέψης:
Κωνσταντίνος Ξένος,
Κλινικός Διαιτολόγος M.Sc., M.Sc. in Nutritional Medicine – University of Surrey, Μέλος Δ.Σ. Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων-Διατροφολόγων

Υπεύθυνος Μοριακής Ανάλυσης DNA:
Μάριος Καμπούρης,
PhD, FACMG, Ιατρική & Μοριακή Γενετική, Επίκουρος Καθηγητής Γενετικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Yale, ΗΠΑ

Τηλέφωνο επικοινωνίας για περισσότερες πληροφορίες και ραντεβού: 210-6416020

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Αθανασιάδου 9 – Πάροδος Σούτσου, Αθήνα, τηλ.: 210-6416600, fax: 210-6416555
τηλ. ΑΜΕΣΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ: 1011
e-mail: services@euroclinic.gr • www.euroclinic.gr

Imako

ιατρική

Κωνσταντίνος Χαλκιάς
Παθολόγος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, **Αθηναϊκή Κλινική**

Check up ή αλλιώς Πρόληψη Υγείας

Σε ποιες εξετάσεις θα πρέπει να υποβάλλεται κανείς και τι θα πρέπει να προσέχει για να διατηρεί την υγεία του σε κάθε ηλικία;

Οι περισσότεροι από εμάς επισκεπτόμαστε το γιατρό μας αφού παρουσιαστεί κάποιο νέο πρόβλημα υγείας, με σκοπό τη διάγνωση και τη θεραπεία. Άλλοι, πάλι, παρακολουθούνται τακτικά, αλλά μόνο για το χειρισμό ήδη γνωστών τους παθήσεων. Πόσοι, όμως, πραγματικά επισκέπτονται το γιατρό και διενεργούν τη δέουσα σειρά κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων με στόχο να διατηρήσουν την υγεία τους στο ανώτερο δυνατό επίπεδο;

• **Ξεκινώντας από την παιδική ηλικία,** τα παιδιά προσχολικής ηλικίας ανοσοποιούνται στην πλειοψηφία τους με βάση το εθνικό πρόγραμμα υποχρεωτικών εμβολίων έναντι των βασι-

κών παιδικών ασθενειών (ιλαρά, ερυθρά, παρωτίτιδα, πολυομυελίτιδα, τέτανο, κοκκύτη, διφθερίτιδα, μηνιγγίτιδα, αιμόφιλο, ηπατίτιδα Β, φυματίωση), και ελέγχονται κλινικά για την ανάπτυξη και τις δεξιότητές τους. Θα πρέπει, όμως, ο προληπτικός έλεγχος να συνεχιστεί και **κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας (6-14 ετών),** 1-2 φορές το χρόνο, παράλληλα με την παροχή συμβουλών υγιεινής διατροφής (όχι περιττό αλάτι, ζάχαρη, έτοιμες ή συντηρημένες τροφές) και άθλησης, ώστε να αποφευχθεί η παιδική παχυσαρκία.
Επίσης θα πρέπει να γίνονται τακτικές επισκέψεις στον οδοντίατρο (προληπτική υγιεινή δοντιών, έλεγχος οδοντοφυΐας, φθορίωση) και να πραγματοποιείται λεπτομερέστατος έλεγχος όρασης και ακοής.

• **Στην ηλικία των 14-20 ετών, στα χρόνια της εφηβείας και της ενηλικίωσης,** όπου και τυπικά η ευθύνη της ιατρικής παρακολούθησης περνά από τον παιδίατρο στον οικογενειακό γιατρό ή παθολόγο, θα πρέπει επιπλέον:
▲ Να γίνεται έλεγχος της πληρότητας του εμβολιασμού,
▲ να εξατομικεύονται οι παράγοντες κινδύνου με βάση το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό,
▲ να ελέγχεται ακόμη πιο στενά το βάρος, η αρτηριακή πίεση και η χοληστερίνη,
▲ να δίδονται συμβουλές κατά του καπνίσματος,
▲ να γίνεται συζήτηση για την πρόληψη των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων,
▲ να ελέγχεται στα κορίτσια η έμμηνος ρύση και τέλος
▲ να ελέγχεται και στα δύο φύλα η εμφάνιση των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, ώστε να προλαμβάνονται ορμονικές διαταραχές σε πρώιμα στάδια.

• **Στην ηλικία των 20-40 ετών** οι ανακύπτουσες παθήσεις συνήθως έχουν ηχηρά συμπτώματα και οι ασθενείς οδηγούνται μόνοι στο γιατρό τους. Ωστόσο, κάθε 2-3 χρόνια θα πρέπει να γίνεται πρωτίστως έλεγχος για αυξημένη χοληστερίνη και αρτηριακή υπέρταση, και δευτερεύοντως για αναιμία, αυξημένο σάκχαρο αίματος και καλή λειτουργικότητα ήπατος και νεφρών.
Οι άνδρες, αν στην παιδική ηλικία είχαν κρυψορχία, θα πρέπει να ελέγχονται από ουρολόγο για πιθανή ανάπτυξη κακοήθειας στους όρχεις – από τους συνηθέστερους, δυστυχώς, όγκους σε

Ας προστατεύσουμε με κάθε διαθέσιμο επιστημονικό μέσο το ύψιστο αγαθό της υγείας.

αυτήν την ομάδα πληθυσμού.
Οι γυναίκες θα πρέπει να υποβάλλονται σε Test Pap και ψηλάφηση μαστών από γυναικολόγο, ενώ θα πρέπει ήδη να ελέγχεται το διαιτολόγιό τους για την ποσότητα προσλαμβανομένου ασβεστίου και φυλλικού οξέος. Τέλος, θα πρέπει να ελέγχεται η ανοσοποίησή τους στην ερυθρά, ώστε να προλαμβάνονται ανεπιθύμητα συμβάντα κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης.
Από πλευράς εμβολίων και για τα δύο φύλα, οφείλουμε να επαναλαμβάνουμε κάθε 10 χρόνια το εμβόλιο Td (διφθερίτιδας - τέτανου) και της ηπατίτιδας Β (αν κριθεί απαραίτητο) και να ελέγχουμε την ανοσοποίηση έναντι της ανεμοβλογιάς.
Ας σημειωθεί ότι δεν έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης ούτε η ακτινογραφία θώρακος σε τακτική βάση, ούτε η προληπτική διενέργεια καρκινικών δεικτών, όπως πολλοί πιστεύουν.
Αντίθετα αξίζουν ιδιαίτερα ο έλεγχος και η αποφυγή του καπνίσματος, της κατάχρησης αλκοόλ, της έλλειψης κίνησης ή άθλησης και της παχυσαρκίας. Ιδιαίτερη σημασία έχει και η ενημέρωση για τη χρήση ασφαλών πρακτικών στη σεξουαλική μας ζωή.

Αποκτήστε σχέση εμπιστοσύνης με κάποιο γιατρό, ώστε να παίρνετε προληπτικά συμβουλές καλής υγείας.

• **Κατά την ηλικία των 40-65 ετών,** λόγω πλέον και της συσσώρευσης των παραγόντων κινδύνου για το καρδιαγγειακό σύστημα αλλά και των άλλων νοσημάτων «φθοράς», ο έλεγχος είναι καλό να γίνεται κάθε χρόνο, καθώς προβλήματα όπως η αρτηριακή υπέρταση, η υπερχοληστεριναιμία και ο σακχαρώδης

διαβήτης συνήθως «σιωπούν» μέχρι να εκδηλωθούν οι επιπλοκές τους.
Επιπλέον αυτών που ισχύουν για τις μικρότερες ηλικίες –ιδίως για όσους είναι άνω των 50 ετών–, θα πρέπει να γίνεται προληπτικός έλεγχος κοπράνων για μικροσκοπική απώλεια αίματος και επί ενδείξεων κολονοσκόπηση.
Οι άνδρες, ιδίως όσοι είναι άνω των 50 ετών, θα πρέπει να ελέγχουν τον προστάτη τους τόσο με δακτυλική εξέταση όσο και με τον εργαστηριακό προδιορισμό του προστατικού αντιγόνου (PSA).
Οι γυναίκες θα πρέπει να υποβάλλονται σε μαστογραφία (από 40-50 ετών κάθε 2-3 χρόνια, από 50-75 ετών κάθε χρόνο). Κατά την εμμηνόπαυση θα πρέπει να γίνεται τακτικός έλεγχος οστικής πυκνότητας για την πρώιμη διάγνωση και θεραπεία της οστεοπόρωσης (κάθε 2-3 έτη επί φυσιολογικών τιμών και κάθε έτος επί οστεοπενίας).
• Τέλος, **στην ηλικία άνω των 65 ετών,** θα πρέπει να εντατικοποιηθεί ο έλεγχος όρασης και ακοής, να δίδεται προσοχή στη λήψη φαρμάκων ώστε να ελέγχεται η πιθανότητα ανεπιθύμητων ενεργειών και αλληλεπιδράσεών τους και τέλος να γίνονται εμβολιασμοί ετησίως για τη γρίπη και κάθε 3-5 έτη για τον πνευμονιόκοκκο.

Σε κάθε ηλικία, όμως, θα πρέπει να θυμόμαστε ότι, όταν ο οργανισμός μας μάς προειδοποιεί με κάποιο σύμπτωμα (πόνο, πυρετό, διόγκωση, αλλαγή συνηθειών φαγητού, κενώσεων και ουρήσεων, ακούσια πρόσληψη ή απώλεια βάρους, επίμονο αίσθημα παλμών και εφίδρωση), θα πρέπει να τον ακούμε προσεκτικά και να μην το αποδίδουμε στο στρες και την ένταση, παρά μόνον αφού έχουμε αποκλείσει την οργανική προέλευσή του.

Όταν ο οργανισμός μας μάς προειδοποιεί με κάποιο σύμπτωμα, δεν θα πρέπει να το αποδίδουμε στο στρες, παρά μόνον αφού έχουμε αποκλείσει την οργανική προέλευσή του.

Σε κάθε περίπτωση είναι σκόπιμο να αποκτήσουμε σχέσεις εμπιστοσύνης με κάποιο γιατρό, ώστε να μπορούμε και προληπτικά να πάρουμε συμβουλές καλής υγείας και να καλυφθούμε άμεσα σε διαγνωστικό και θεραπευτικό επίπεδο σε περίπτωση προβλήματος.
Έτσι, σε πνεύμα συνεργασίας με το γιατρό μας, θα είμαστε πλέον απόλυτα σίγουροι πως χρησιμοποιούμε όλα τα διαθέσιμα από την επιστήμη μέσα για να προστατεύσουμε σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο το ύψιστο αγαθό της υγείας, το οποίο, όταν απουσιάζει από τη ζωή μας, κάνει όλα τα άλλα αγαθά που μπορεί να κατέχουμε να φαντάζουν μηδαμινά και ανούσια.

Αν επιθυμείτε να λαμβάνετε δωρεάν το Medilife, δεν έχετε παρά να συμπληρώσετε το παρακάτω δελτίο στοιχείων και να το ταχυδρομήσετε. Μπορείτε επίσης να κάνετε ένα χρήσιμο δώρο στους φίλους σας συμπληρώνοντας το έξτρα δελτίο με τα στοιχεία του παραλήπτη και τα δικά σας και το Medilife θα αποστέλλεται δωρεάν στο σπίτι τους.

ΔΕΛΤΙΟ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ
ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΟΥ:
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ .....
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ .....
Τ.Κ. .....
ΠΕΡΙΟΧΗ .....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ .....
ΥΠΟΓΡΑΦΗ .....

ΔΕΛΤΙΟ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΔΩΡΟ
ΔΩΡΟ ΓΙΑ:
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ .....
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ .....
Τ.Κ. .....
ΠΕΡΙΟΧΗ .....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ .....

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ MARKETING & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ, Τ.Θ. 141 62, ΑΘΗΝΑ

ιατρική

Νικόλαος Μαραγκός
Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος τ. Αναπλ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Διευθυντής Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής, **Ευρωκλινική Αθηνών**

Αντιμετώπιση παθήσεων του λάρυγγα με λέιζερ

Ο λάρυγγας, ως όργανο της αναπνοής, είναι εκτεθειμένος σε πολλούς εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες που προκαλούν καλοήθεις και κακοήθεις όγκους. Οι καλοήθεις όγκοι εντοπίζονται συχνότερα στις φωνητικές χορδές (πολύποδες φωνητικών χορδών) και προκαλούν βραχνάδα. Συνήθως εμφανίζονται μετά από μακροχρόνια υπερβολική χρήση της φωνής (από τραγουδιστές, εκπαιδευτικούς, πωλητές κ.λπ.), ως επαγγελματική νόσος – τα τυπικά κομβία των αοιδών. Το κάπνισμα, μια χρόνια φλεγμονή των παραρρινίων (ιγμορίτιδα), εισπνεόμενοι ερεθιστικοί ή αλλεργικοί παράγοντες, η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, αλλά και μικροτραυματισμοί, όπως αυτοί κατά τη διασωλήνωση, προκαλούν πάχυνση του επιθηλίου των φωνητικών χορδών με σχηματισμό πολύποδα. **Έτσι, πριν από κάθε χειρουργική θεραπεία πρέπει να αναγνωριστεί και να θεραπευθεί η αιτία που προκάλεσε τον πολύποδα του λάρυγγα, ώστε να αποφύγουμε υποτροπές μετά την αφαίρεσή του.**

Η θεραπεία των όγκων αυτών είναι πάντα χειρουργική, με στόχο τη βελτίωση της φωνής (φωνοχειρουργική) και την ιστολογική τους εξέταση προς αποκλεισμό κακοήθειας. Η επέμβαση, γνωστή ως άμεση λαρυγγοσκόπηση, γίνεται με γενική αναισθησία ενδοσκοπικά μέσα από το στόμα. Χρησιμοποιούμε μακριά μικροεργαλεία (λόγχες, λαβίδες, ψαλιδάκια κ.λπ.), πάντοτε με τη χρήση του χειρουργικού μικροσκοπίου, στοχεύοντας στον μικρότερο δυνατό τραυματισμό των φωνητικών χορδών και στην ομαλή ανάπλαση του επιθηλίου που θα καλύψει το χειρουργικό τραύμα. Η χρήση του λέιζερ δεν έχει ιδιαίτερη θέση στη φωνοχειρουργική, παρά τη σχετική προπαγάνδα από αρκετούς συναδέλφους. Το έγκαυμα που αφήνει πίσω της η ακτίνα λέιζερ δεν εξασφαλίζει ελεγχόμενη επούλωση με ομαλή επιφάνεια επαφής των φωνητικών χορδών. Κατάλοιπα απανθράκωσης παραμένουν στο τραύμα και προκαλούν κοκκιώματα ξένου σώματος, που επίσης δημιουργούν μικροανωμαλίες στην επιφάνεια επαφής. Έτσι, η μετεγχειρητική ποιότητα της φωνής δεν φτάνει στο επίπεδο αυτής που επιτυγχάνεται μετά από επιδέξια μικροχειρουργική αφαίρεση του πολύποδα.

Αντίθετα, **η χρήση του λέιζερ διοξειδίου του άνθρακα, σε συνδυασμό με τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ακτινοθεραπείας, άλλαξε δραματικά την αντιμετώπιση του καρκίνου του λάρυγγα τα τελευταία χρόνια.** Η ακρωτηρια-

στική ολική αφαίρεση του λάρυγγα (λαρυγγεκτομή) είναι πλέον σπάνια και εφαρμόζεται μόνο στις προχωρημένες μορφές καρκίνου του λάρυγγα, που διηθούν και γειτονικά όργανα (φάρυγγα, οισοφάγο, τραχεία, θυρεοειδή αδένα).

Η ακτίνα λέιζερ διοξειδίου του άνθρακα διοχετεύεται μέσα από οπτικά συστήματα, όπως το χειρουργικό μικροσκόπιο, και φτάνει στο χειρουργικό πεδίο χωρίς εξωτερικές τομές, σαν πολύ λεπτή δέσμη που, ανάλογα με τη ρυθμιζόμενη ενέργειά της, κόβει τους ιστούς και ταυτόχρονα καίει την τομή συγκολλώντας τα αγγεία ώστε η τομή να είναι πρακτικά αναίμακτη. Έτσι, μπορεί κανείς να αφαιρέσει μεγάλα τμήματα του λάρυγγα ενδοσκοπικά μέσα από το στόμα. Ο έμπειρος χειρουργός διακρίνει εύκολα από το μικροσκόπιο τα όρια του όγκου και μπορεί να τον αφαιρέσει χωρίς να θυσιάσει υγιή τμήματα του λάρυγγα. Ακόμη και αρκετά μεγάλοι όγκοι μπορούν να αφαιρεθούν με αυτόν τον τρόπο, χωρίς ο ασθενής να χάσει τελείως τη φωνή του, όπως συμβαίνει με την ολική λαρυγγεκτομή. **Δεύτερο μεγάλο πλεονέκτημα της τμηματικής λαρυγγεκτομής με λέιζερ είναι η αποφυγή της τραχειοτομής ή της τραχειοστομίας,** που πάντα επιβαρύνουν οργανικά και ψυχολογικά τον ασθενή. Ακόμη και σε περιπτώσεις ανεγχείρητων υποτροπών, όπου ο όγκος φράζει την αεροφόρο οδό και όπου παλαιότερα η τραχειοτομή ήταν αναπόφευκτη, μπορούμε πλέον να την αποφύγουμε ή να την καθυστερήσουμε αφαιρώντας τμήματα του όγκου με το λέιζερ ώστε να απελευθερώσουμε το λάρυγγα και την αναπνοή.

Ένα βασικό μειονέκτημα της τμηματικής λαρυγγεκτομής με λέιζερ είναι ότι το έγκαυμα στα όρια της εκτομής δυσκολεύει την ιστολογική επιβεβαίωση της ολικής αφαίρεσης του όγκου, που είναι απαραίτητη για τον καθορισμό της περαιτέρω θεραπείας. Έτσι, είναι συνήθως απαραίτητη μια δεύτερη ενδοσκόπηση με γενική αναισθησία έξι με επτά εβδομάδες μετά την επέμβαση, κατά την οποία παίρνουμε νέες βιοψίες από τα παλαιά όρια του όγκου και επιβεβαιώνουμε την πλήρη αφαίρεσή του. Φυσικά, η συνεργασία με ειδικευμένο ακτινοθεραπευτή και ογκολόγο είναι πάντα απαραίτητη ώστε, ανάλογα με το στάδιο του όγκου και την ύπαρξη μεταστάσεων, να ακολουθήσει και η σωστή συμπληρωματική ακτινοθεραπεία ή και χημειοθεραπεία.

Η ακτίνα λέιζερ διοξειδίου του άνθρακα επιτρέπει την αναίμακτη επέμβαση και την αποφυγή της τραχειοτομής ή τραχειοστομίας, που πάντα επιβαρύνουν τον ασθενή.

Ένα δεύτερο μειονέκτημα της τμηματικής λαρυγγεκτομής με λέιζερ είναι ότι, σε περιπτώσεις όγκων που εντοπίζονται στην είσοδο του λάρυγγα (υπεργλωττιδικοί), όταν αφαιρεθεί η επιγλωττίδα, δημιουργείται πρόβλημα στην κατάποση, διότι μέρος της τροφής και κυρίως των υγρών καταλήγει στην τραχεία και όχι στον οισοφάγο. Αν και το πρόβλημα αυτό δεν είναι συνήθως τόσο έντονο όσο στις ξεπερασμένες τμηματικές λαρυγγεκτομές με εξωτερική τομή, περιορίζει την εφαρμογή της μεθόδου σε άτομα κάτω των 65 ετών, τα οποία μπορούν να συνηθίσουν εύκολα και γρήγορα τον νέο τρόπο κατάποσης χωρίς να κινδυνεύουν να πάθουν πνευμονία από εισρόφηση.

Στο κέντρο μας έχουμε ήδη εφαρμόσει την τελευταία πενταετία την τμηματική λαρυγγεκτομή με λέιζερ σε δεκάδες ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα και, σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία, έχουμε θεραπεύσει ακόμη και ευμεγέθεις όγκους χωρίς ολική λαρυγγεκτομή. **Το λέιζερ διοξειδίου του άνθρακα**, χωρίς να είναι πανάκεια, **αποτελεί σήμερα το βασικότερο όπλο κατά του καρκίνου του λάρυγγα μετά ίσως από την πρόληψή του με την αποφυγή του καπνίσματος.**

Το λέιζερ χρησιμοποιείται επίσης σε περιπτώσεις παράλυσης και των δύο φωνητικών χορδών, που παρουσιάζεται ως επιπλοκή της αφαίρεσης του θυρεοειδούς αδένα. Ο ασθενής εμφανίζει έντονη δύσπνοια, διότι οι παράλυτες φωνητικές χορδές παραμένουν κλειστές. Έτσι η τραχειοτομή είναι συχνά αναπόφευκτη. Όταν η βλάβη είναι ανεπανόρθωτη, αφαιρούμε ένα τμήμα της μίας φωνητικής χορδής με το λέιζερ για να διευρύνουμε τη γλωττίδα και να βελτιώσουμε την αναπνοή χωρίς τραχειοστομία. Η επέμβαση αυτή απαιτεί εμπειρία, καθώς η υπερβολική αφαίρεση οδηγεί σε αδύνατη και βραχνή φωνή, μια κατάσταση μη αναστρέψιμη.

ιατρική

Δρ Παναγιώτα Καφρίτσα
Διευθύντρια Γαστρεντερολογικού Τμήματος **Ευρωκλινικής Παίδων**

Δυσκοιλιότητα στα παιδιά

Τι είναι η δυσκοιλιότητα;
Καθυστέρηση ή δυσκολία στη λειτουργία της αφόδευσης, ικανή να προκαλέσει σημαντική δυσφορία στο παιδί. Βρέφη που θηλάζουν μπορεί να έχουν από επτά κενώσεις την ημέρα μέχρι μία την εβδομάδα. Παιδιά ηλικίας ενός-δύο ετών έχουν κατά μέσον όρο μία-δύο κενώσεις την ημέρα, ενώ στην ηλικία των τεσσάρων περίπου χρόνων ζωής τα παιδιά αποκτούν συνήθειες παρόμοιες με του ενήλικα: έχουν δηλαδή από τρεις κενώσεις την ημέρα έως τρεις την εβδομάδα.

Πόσο συχνή είναι η δυσκοιλιότητα στα παιδιά;
Η δυσκοιλιότητα αποτελεί ένα συχνό πρόβλημα της βρεφικής και παιδικής ηλικίας. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι αποτελεί αιτία για το 3% των επισκέψεων στον παιδίατρο και για το 25% των παραπομπών στο ειδικό γαστρεντερολογικό ιατρείο.

Γιατί τα παιδιά παρουσιάζουν δυσκοιλιότητα;
Στην πλειονότητα των παιδιών η δυσκοιλιότητα είναι λειτουργική, δεν ανευρίσκεται δηλαδή υποκείμενη οργανική βλάβη. Γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ψυχολογικοί και διαιτητικοί παράγοντες ευθύνονται για την εμφάνιση δυσκοιλιότητας στα παιδιά, ανάλογα με την ηλικία. Συγκεκριμένα, μερικά **νεογνά** και **μικρά βρέφη** παρουσιάζουν δυσκολία στην αφόδευση, η οποία οφείλεται σε ανωριμότητα να συντονίσουν την αύξηση της ενδοκοιλιακής πιέσης με τη χάλαση του μυϊκού συστήματος της πυέλου

και υποχωρεί με την πάροδο του χρόνου.
Αργότερα, στη **δεύτερη βρεφική** και στην **πρώτη νηπιακή ηλικία**, επώδυνη αφόδευση από σκληρά κόπρανα μπορεί να προκαλέσει περαιτέρω αναστολή, κατακράτηση κοπράνων και εγκατάσταση δυσκοιλιότητας. Αυτό κυρίως συμβαίνει στα μεταβατικά στάδια της διατροφής, δηλαδή από το μητρικό γάλα στο γάλα πρώτης βρεφικής ηλικίας ή αμέσως μετά την έναρξη των στερεών τροφών.
Τέλος, στα **μεγαλύτερα παιδιά**, η ηθελημένη κατακράτηση κοπράνων αποτελεί τον κυριότερο μηχανισμό δυσκοιλιότητας. Επώδυνη αφόδευση ή ο φόβος της τουαλέτας πυροδοτούν την έναρξη δυσκοιλιότητας η οποία χρονικά παρουσιάζει δύο αιχμές: την περίοδο εκμάθησης της τουαλέτας και την έναρξη της σχολικής ηλικίας. Η κατακράτηση κοπράνων οδηγεί σε ανησυχία, κοιλιακό άλγος ή διάταση, ευερεθιστότητα και ανορεξία, καθώς και σε διάρροια από υπερπλήρωση και εγκόπριση.

Πότε χρειάζεται έλεγχο ένα παιδί με δυσκοιλιότητα;

Μόνο σε ένα μικρό ποσοστό παιδιών η δυσκοιλιότητα οφείλεται σε οργανικό πρόβλημα. Η διερεύνηση της περίπτωσης ενός παιδιού που παρουσιάζει χρόνια δυσκοιλιότητα μπορεί να βασιστεί και στις περισσότερες περιπτώσεις να περιοριστεί στο λεπτομερές ιστορικό και στη φυσική εξέταση.
Εργαστηριακός έλεγχος ενδείκνυται στις περιπτώσεις εκείνες που από το ιστορικό και την κλινική εξέταση τίθεται υποψία οργανικής νόσου ή δεν υπάρχει καθόλου ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή. Αιματολογικές εξετάσεις, εξετάσεις μελέτης κινητικότητας του εντέρου, όπως η μανομετρία ορθού, ακτινολογικές εξετάσεις, όπως η απλή ακτινογραφία κοιλίας ή ο βαριούχος υποκλυσμός, γίνονται όταν κριθεί απαραίτητο και ύστερα από ιατρική οδηγία.

Ποια είναι τα θεραπευτικά μέτρα για τη δυσκοιλιότητα;

Η αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού, τη βαρύτητα και τη χρονιότητα των συμπτωμάτων, αλλά σε γενικές γραμμές ακολουθούνται τα εξής στάδια:

Στάδιο 1: Ενημέρωση, εκπαίδευση και ψυχολογική ενθάρρυνση παιδιού και οικογένειας.

Στάδιο 2: Συστάσεις για αύξηση της χορήγησης υγρών και υιοθέτηση διατροφής πλούσιας σε φυτικές ίνες.

Η δυσκοιλιότητα αποτελεί συχνό πρόβλημα της βρεφικής και παιδικής ηλικίας. Όμως, μόνο σε μικρό ποσοστό παιδιών οφείλεται σε οργανικό πρόβλημα.

Στάδιο 3: Προσθήκη φαρμακευτικής αγωγής με φάρμακα μαλακτικά των κοπράνων, όπως οι ημισυνθετικοί πολυσακχαρίτες (λακτουλόζη, λακτιτόλη) και το παραφινέλαιο.

Στάδιο 4: Σε περίπτωση όπου μεγάλες κοπρανώδεις μάζες ψηλαφώνται στην κοιλιά ή πολύ σκληρά κόπρανα βρίσκονται στο ορθό, προηγείται του σταδίου 3 η κένωση του εντέρου με καθαρτικά φάρμακα από το στόμα ή με υποκλυσμούς, οι οποίοι καλύτερα να μην εφαρμόζονται στο ήδη φοβισμένο παιδί.

Στάδιο 5: Σταδιακή μείωση φαρμάκων σε χρονικό διάστημα που κυμαίνεται από δύο έως έξι μήνες ή και περισσότερο ανά περίπτωση.

Ιωάννης Μωυσίδης
MD Παιδίατρος, Αλλεργιολόγος, Ανοσολόγος, Συνεργάτης **Ευρωκλινικής Παίδων**

Προσέγγιση παιδιού με υποτροπιάζουσες λοιμώξεις

Πολλά παιδιά που τίθενται σε αλλεργιολογική εκτίμηση παρουσιάζουν χρόνιες/υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού.
Οι αλλεργίες μπορεί να προδιαθέτουν τον ασθενή σε τέτοια συμπτώματα, επειδή η διόγκωση της ρινικής βλεννογόνου προκαλεί απόφραξη των παραρινίων στομίων και των ευσταχιανών σωλήνων.
Πάντως, πρέπει κανείς να είναι ευαισθητοποιημένος στην πιθανότητα άλλων προβλημάτων, περιλαμβανομένων του συνδρόμου της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV) ή του ιού Epstein-Baur (EBV), της κυστικής ίνωσης, της διαταραχής της δομής και λειτουργίας των κροσών του αναπνευστικού επιθηλίου, των διαταραχών κατάποσης και πνευμονικής εισρόφησης προκαλούμενης από ανατομικές ή φυσιολογικές ανωμαλίες και εισρόφηση ξένου σώματος.
Περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η έκθεση στο κάπνισμα, ο παιδικός σταθμός και ο αριθμός των μελών της οικογένειας πρέπει να συνεκτιμηθούν.

Οι χρόνιες/υποτροπιάζουσες λοιμώξεις είναι συχνές στα πρώτα δύο χρόνια της ζωής.

Ορισμός υποτροπιαζουσών λοιμώξεων

Είναι δύσκολο να καθορίσει κανείς την ακριβή συχνότητα των λοιμώξεων που υποδηλώνουν αυξημένη ευαισθησία σε λοιμώξεις (πίνακας 1).
Για παράδειγμα, χρόνιες/υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, όπως η μέση ωτίτιδα, είναι πολύ συχνές τα πρώτα δύο χρόνια της ζωής, ωστόσο έπειτα πέφτει η συχνότητά τους.
Ωτίτιδες που αυξάνουν σε συχνότητα μετά την ηλικία των δύο ετών ή συνοδεύονται από μαστοειδίτιδα ή από λοιμώξεις σε άλλες περιοχές, καθώς και ωτίτιδες που προκύπτουν στα πλαίσια διαταραχής της ανάπτυξης (failure to thrive), αυξάνουν την υποψία για ανοσοανεπάρκεια.
Κατά παρόμοιο τρόπο, είναι ασυνήθιστο για ένα παιδί να

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Συχνότητα

- Περισσότερα από ένα επεισόδια πνευμονίας σε κάθε δεκαετία ζωής
- Αυξημένη συχνότητα μέσης ωτίτιδας σε παιδιά μεγαλύτερα των δύο ετών
- Επιμένουσα μέση ωτίτιδα και έκκριση παρά ανοιχτούς πόρους τυμπανοστομίας
- Επιμένουσα ιγμορίτιδα παρά την ιατρική και, αν κρίνεται αναγκαίο, τη χειρουργική θεραπεία

Σοβαρότητα

- Πνευμονία με εμπύημα
- Βακτηριακή μηνιγγίτιδα, αρθρίτιδα ή οστεομυελίτιδα
- Σήψη
- Μαστοειδίτιδα

Λοιμώξεις με ευκαιριακούς παθογόνους οργανισμούς

- Pneumocyshs carinii πνευμονία
- Βλεννοδερματική καντιντίαση
- Διηθητική μυκητίαση
- Πολυομυελίτιδα σχετιζόμενη με εμβολιασμό
- Λοίμωξη BCG μετά από εμβολιασμό

Λοιμώξεις σε πολλαπλές ανατομικές θέσεις

- Έλλειψη άλλων επιδημιολογικών εξηγήσεων (για παράδειγμα, παιδικός σταθμός, έκθεση στο κάπνισμα, περιβαλλοντικές αλλεργίες)
- Ανατομικά ή φυσιολογικά χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν συνδρομικό σύμπλεγμα
- Διαταραχή ανάπτυξης (failure to thrive)

έχει περισσότερο από ένα επεισόδιο πνευμονίας ανά δεκαετία ζωής, χρόνιας ιγμορίτιδας ή χρόνιας βρογχίτιδας.

Κλινική παρουσίαση νοσημάτων

1. Αλλεργίες

Ασθενείς με αλλεργιακά νοσήματα, ρινίτιδα ή/και άσθμα, συχνά παρουσιάζουν συμπτώματα οξείας και χρόνιας ιγμορίτιδας. Είναι δύσκολο να διακρίνει κανείς συμπτώματα ή βλεννοπυώδη έκκριση σε ασθενείς με ανοσοανεπάρκεια, σε σύγκριση με αυτούς που πάσχουν από αλλεργική νόσο. Ομοίως, τα ακτινολογικά ευρήματα δεν βοηθούν στη διάκριση μεταξύ των δύο καταστάσεων.

Γενικά, ατοπικό ιστορικό καθιστά τη διάγνωση ανεπάρκειας αντισωμάτων λιγότερο πιθανή, επειδή η ικανότητα παραγωγής IgE αντισωμάτων συνήθως υποδηλώνει κανονική λειτουργία των κυττάρων Β και Τ.

Είναι δύσκολο να διακρίνει κανείς συμπτώματα σε ασθενείς με ανοσοανεπάρκεια, σε σύγκριση με αυτούς που πάσχουν από αλλεργική νόσο.

Η υποτροπιάζουσα παραρινοπνευμονική λοίμωξη είναι η πιο συχνή ασθένεια και συνοδεύεται με εκλεκτική έλλειψη IgA αντισωμάτων.

Ανεπάρκεια IgA και αλλεργία μπορεί επίσης να συσχετίζονται. Οι πιο συχνές αλλεργικές παθήσεις σε ασθενείς με ανεπάρκεια IgA είναι ρινο/ιγμορίτιδα, έκζεμα, επιπεφυκίτιδα και άσθμα.

2. Ανοσοανεπάρκεια

Οι πρωτογενείς ανοσοανεπάρκειες θεωρήθηκαν αρχικά σπάνιες νόσοι, χαρακτηριζόμενες από σοβαρά συμπτώματα που εμφανίζονται στα πρώτα χρόνια ζωής. Πάντως, είναι πλέον γνωστό ότι αυτές οι ασθένειες δεν είναι τόσο ασυνήθεις όσο παλιότερα, η κλινική τους παρουσίαση είναι μερικές φορές ήπια και μπορούν να εμφανιστούν και στην εφηβική ή ενήλικη ζωή.

Ασθενείς με πρωτογενείς ανοσο-

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΩΝ

Αυξημένη ευαισθησία σε λοιμώξεις

- Χρόνιες/υποτροπιάζουσες λοιμώξεις χωρίς άλλη εξήγηση
- Λοιμώξεις με οργανισμό χαμηλής επιθετικότητας (vivulence)
- Λοίμωξη ασυνήθιστης σοβαρότητας

Αυτοάνοση ή φλεγμονώδης νόσος

- Κύτταρα-στόχοι (για παράδειγμα, αιμολυτική αναιμία, άνοση θρομβοκυτταροπενία, θυρεοειδίτιδα)
- Ιστοί-στόχοι (για παράδειγμα, ρευματοειδής αρθρίτιδα, αγγειίτιδα, λύκος)

ανεπάρκειες μπορούν να παρουσιάσουν κλινικά ευρήματα σύμφωνα με τον πίνακα 2.

Συνδρομικά συμπλέγματα

Σύνδρομα

Ανοσοανεπάρκεια μπορεί να παρουσιαστεί ως μέρος συμπτωμάτων και σημείων συνδρομικού συμπλέγματος (πίνακας 3).

Κυστική ίνωση

Η κλασική παρουσίαση περιλαμβάνει χρόνιες/υποτροπιάζουσες παραρινοκολπίτιδες/πνευμονία που προκαλείται από pseudomonas και staphylococcus, διάρροια με δυσαπορρόφηση και διαταραχή ανάπτυξης (failure to thrive).

Πλήθος λοιμώξεων, ειδικά οι ιοί, μπορεί να προκαλέσουν είτε παροδικές είτε μακροχρόνιες ανωμαλίες της χημικής ή/και κυτταρικής ανοσίας.

Δευτεροπαθείς ανοσοανεπάρκειες

Ανοσοανεπάρκεια μπορεί να συμβεί δευτερογενώς από άλλες νόσους ή φάρμακα. Πλήθος λοιμώξεων, ειδικά οι ιοί, μπορεί να προκαλέσουν είτε παροδικές είτε μακροχρόνιες ανωμαλίες της χημικής ή/και κυτταρικής ανοσίας. Σε αυτούς τους ιούς περιλαμβάνονται οι HIV, ιλαρά και EBV.

Η κακή διατροφή ή η δυσαπορρόφηση μπορεί να προκαλέσουν υπογαμμασφαιριναιμία και ελαττωμένη κυτταρική ανοσία. Στεροειδή και χημειοθεραπευτικοί παράγοντες είναι ανοσοκατασταλτικά. Θεραπεία με φενυντοΐνη έχει συνοδευθεί με

ΠΙΝΑΚΑΣ 3	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΠΟΥ ΑΥΞΑΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΠΑΡΑΡΙΝΟΚΟΛΛΙΤΙΔΕΣ/ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ		
ΣΥΝΔΡΟΜΟ	ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ	ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΩΜΑΛΙΑ	ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
Αταξία τηλαγγειεκτασίων	Αταξία τηλαγγειεκτασίων	Δυσλειτουργία Β και Τ λεμφοκυττάρων	Δυσλειτουργία κατάποσης με πνευμονική εισρόφηση
Σύνδρομο Di George	Συγγενής καρδιοπάθειες, υπερπαραθυρεοειδισμός, ανώμαλη εμφάνιση προσώπου	Θυμική υποπλασία ή απλασία	Κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες (λαγόστομα, λυκόχειλος)
Σύνδρομο δυσκινησίας κροσών	Situs inversus, έκτοπη κύηση, ανδρική υπογονιμότητα, λοιμώξεις ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού	Ακίνητοι κροσοί αναπνευστικού επιθηλίου	
Σύνδρομο υπέρ IgE	Τραχεία εμφάνιση προσώπου, εκζεματοειδές ερύθημα, κατακράτηση νεογιλών οδόντων, οστικά κατάγματα, πνευμονία	Αυξημένα επίπεδα IgE, ηωσινοφιλία	
Σύνδρομο Wiskott- Aldrich	Θρομβοκυτοπενία, έκζεμα	Ποικίλη δυσλειτουργία Β και Τ κυττάρων	

δευτεροπαθή ανεπάρκεια IgA. Η μετατραυματική στην εκτομή ή η αυτοσπληνεκτομή που συμβαίνει σε μικρή ηλικία σε δρεπανοκυτταρική αναιμία οδηγεί σε αυξημένο ρίσκο σήψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4	ΤΥΠΟΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΣΥΝΟΔΕΥΕΤΑΙ ΜΕ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	
ΝΟΣΗΜΑ	ΛΟΙΜΩΞΗ	ΑΛΛΑ
Ανωμαλία Αντίσωμα	Παραρινοπνευμονική (πυογενή, περικαψικά βακτήρια), γαστροεντερική (εντεροϊοί, Giardia)	Αυτοάνοση (αυτοαντισώματα, φλεγμονώδης νόσος εντέρου)
Κυτταρική ανοσία	Πνευμονία (πυογενή βακτήρια pneumocushs carinii, ιοί), γαστροεντερική (ιοί), δέρμα, βλεννογόνοι (μύκητες)	
Συμπλήρωμα	Σήψη και άλλα αιματογενώς μεταδιδόμενα βακτήρια (streptococcus, pneumococcus, neisseria)	Αυτοάνοσα (λύκος, σπειραματονεφρίτιδα)
Φαγοκυττάρωση	Δέρμα, δικτυονδοθηλιακό σύστημα, αποστήματα (staphylococcus, εντερικά βακτήρια, μύκητες, μυκοβακτήρια)	

Η γενική αίματος είναι μια φθηνή και άμεσα διαθέσιμη εξέταση που παρέχει σημαντική διαγνωστική πληροφορία.

Η ευαισθησία στις λοιμώξεις εξαρτάται από τη δευτερογενή ανοσοανεπάρκεια που προκαλείται από αυτούς τους οργανισμούς. Ασθενείς με επίκτητη διαταραχή χημικής ανοσίας βρίσκονται σε αυξημένο ρίσκο λοιμώξεων με περιβαλλόμενα από κάψα (eucapsulated) βακτήρια και εντεροϊούς, ενώ ασθενείς με επίκτητη ανεπάρκεια κυτταρικής ανοσίας βρίσκονται σε ρίσκο λοιμώξεων από βακτήρια, ιούς και μύκητες.

Εργαστηριακή διερεύνηση

Ο τύπος των λοιμώξεων και άλλα συμπτώματα εστιάζουν την εργαστηριακή διερεύνηση σε ειδικά τμήματα του ανοσοποιητικού συστήματος (πίνακας 4) και καθοδηγούν την κλινική απόφαση για τη διενέργεια των εργαστηριακών τεστ (πίνακας 5).

Εξέταση περιφερειακού αίματος

Η γενική αίματος είναι μια φθηνή και άμεσα διαθέσιμη εξέταση που παρέχει σημαντική διαγνωστική πληροφορία.

Η ουδετεροπενία προκύπτει συχνότερα δευτερογενώς από ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, λοιμώξεις, κακή θρέψη ή αυτονοσία, αλλά μπορεί να αποτελεί και το πρωτογενές πρόβλημα (συγγενής ή κυκλική ουδετεροπενία).

Αντιθέτως, η επιμένουσα ουδετεροφιλία είναι χαρακτηριστικό ανεπάρκειας προσκόλλησης λευκοκυττάρων. Ανώμαλα κυτταροπλασματικά έγκλειστα ανακαλύπτονται στο περιφερειακό αίμα ασθενών με σύνδρομο Chediak-Higashi.

Το αίμα είναι πρωταρχικώς ένα «όργανο Τ κυττάρων» (50%-

70% περιφερειακών λεμφοκυττάρων είναι Τ κύτταρα, ενώ μόνο 5%-15% είναι Β κύτταρα). Γι' αυτόν το λόγο η λεμφοπενία ορισμένες φορές αποτελεί χαρακτηριστικό ανωμαλιών Τ κυττάρων, όπως η σοβαρή συνδυασμένη ανοσοανεπάρκεια ή το σύνδρομο Di George.
Η θρομβοκυτοπενία μπορεί να συμβεί ως συνέπεια ανοσοανεπάρκειας, αλλά συχνά αποτελεί εκδήλωση του συνδρόμου Wiskott-Aldrich.
Η εξέταση της μορφολογίας των ερυθρών αιμοσφαιρίων μπορεί να μας δώσει πληροφορίες για τη σπληνική λειτουργία. Σωμάτια Howell-Jolly μπορεί να βρεθούν στο περιφερειακό αίμα σε περίπτωση σπληνικής δυσλειτουργίας ή ασπληνίας.

Εκτίμηση χημικής ανοσίας
Η μέτρηση επιπέδου ανοσοσφαιρινών ορού είναι σημαντικό τεστ για τρεις λόγους:
1. Περισσότερο από το 80% των ανοσοανεπαρκειών παρουσιάζουν ανωμαλίες ανοσοσφαιρινών.
2. Η σύνθεση ανοσοσφαιρινών απαιτεί τη συνδυασμένη λειτουργία Β και Τ λεμφοκυττάρων και μονοκυττάρων, παρέχοντας έτσι πληροφορίες για τη συνολική κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος.
3. Η μέτρηση ανοσοσφαιρινών είναι άμεσα διαθέσιμη, πολύ αξιόπιστη και αποτελεί ένα σχετικά φθηνό τεστ.

Η εξέταση της μορφολογίας των ερυθρών αιμοσφαιρίων μπορεί να μας δώσει πληροφορίες για τη σπληνική λειτουργία.

Μια ένδειξη ανοσοανεπάρκειας είναι ένα χαμηλό-φυσιολογικό επίπεδο IgG σε ασθενείς με υποτροπιάζουσες λοιμώξεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι κρίσιμης σημασίας να διερευνηθεί η ανοσοσφαιρινική λειτουργία.
Επίπεδα αντισωμάτων ως ανταπόκριση σε παιδικό εμβολιασμό με τοξίνη τετάνου ή συνεζευγμένη πρωτεΐνη, εμβόλιο αιμόφιλου, είναι συνήθως τα πιο εύκολα να μετρηθούν – σε παιδιά άνω των 18-24 μηνών.
Είναι επίσης σημαντικό να μετρηθούν επίπεδα πολυσακχαριδικών αντιγόνων, γιατί αυτή η ανταπόκριση μπορεί να είναι ελαττωματική σε ασθενείς που ανταποκρίνονται ομαλά σε πρωτεϊνικά αντιγόνα.
Επειδή τα αντιγόνα της ομάδας αίματος ΑΒΟ είναι πολυσακχαρίδες, ποσοτική μέτρηση τίτλων ισοαιμαγλουτινίνης (συνήθως τύπου IgM) μπορεί να διερευνήσει αντιπολυσακχαριδικά αντισώματα.
Ο ρόλος μέτρησης των υποκλάσεων IgG είναι αμφισβητούμενος. Η σημασία της ανεπάρκειας IgG υποκλάσεων, στην παρουσία φυσιολογικής ανταπόκρισης σε πρωτεϊνικά και πολυσακχαριδικά αντιγόνα δεν είναι γνωστή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΤΕΣΤ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

ΥΠΟΨΙΑΖΟΜΕΝΗ ΑΝΩΜΑΛΙΑ	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΤΕΣΤ
Αντίσωμα	Ποσοτικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών (IgG, IgA, IgM) Ανταπόκριση αντισωμάτων σε εμβολιασμούς Μέτρηση Β κυττάρων (CD 19, CD20)
Κυτταρικού τύπου ανοσία	Μέτρηση λεμφοκυττάρων Μέτρηση Τ κυττάρων (CD3, CD4, CD8) Μέτρηση NK κυττάρων (CD 16, CD 56) Ορολογικός έλεγχος HIV Καθυστερούμενου τύπου αντίδραση υπερευαισθησίας
Συμπλήρωμα Φαγοκυττάρωση	Ολικό αιμολυτικό συμπλήρωμα (CH50) Μέτρηση ουδετερόφιλων Κυτταρομετρία ροής

Εκτίμηση κυτταρικής ανοσίας
Έμμεση πληροφόρηση σχετικά με τη λειτουργία Τ κυττάρων μπορεί να αποκτηθεί με αρίθμηση περιφερειακών Τ λεμφοκυττάρων με μονοκλονικά αντισώματα (αντι-CD2 ή CD3 για ολικά Τ κύτταρα, αντι-CD4 για Τ helpers και αντι-CD8 για κυτοτοχικά κύτταρα).
Καθυστερημένου τύπου υπερευαισθησία (DTH), δερματικό τεστ με ένα panel αντιγόνων: είναι ένα εξαιρετικό τεστ για μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες. Το τεστ πραγματοποιείται με ενδοδερμική εφαρμογή PPD, canclida albicans και mumps. Tetanus toxoid και trichophyton αντιγόνα μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν. Το σημείο της ενέσεως ελέγχεται για την παρουσία σκλήρυνσης 48-72 ώρες μετά τη χορήγηση του αντιγόνου. Θετικό τεστ χαρακτηρίζεται από σκλήρυνση τουλάχιστον 2 mm.
Η πλειοψηφία των ανοσοϊκανών ανθρώπων θα παρουσιάσει DTH αντίδραση σε ένα τουλάχιστον από τα τρία αντιγόνα. Έλλειψη αντίδρασης και στα τρία είναι ενδεικτικό ανεργίας. Συγγενείς ανεπάρκειες Τ κυττάρων, καρκίνος, ιογενή νοσήματα (HIV) και ανοσοκατασταλτική θεραπεία μπορεί να αποτελέσουν αίτια έλλειψης DTH αντίδρασης.

Εκτίμηση συμπληρώματος
Οι περισσότερες από τις γενετικά προσδιοριζόμενες ανεπάρκειες του συμπληρώματος μπορούν να ανιχνευθούν με τη μέτρηση του ολικού αιμολυτικού συμπληρώματος (CH50).

Εκτίμηση φαγοκυττάρων
Διαταραχές όπως συγγενής ακοκκιωμάτωση ή κυκλική ουδετεροπενία που χαρακτηρίζονται από ανεπάρκεια φαγοκυτταρικού αριθμού κυττάρων, μπορούν εύκολα να ανιχνευθούν χρησιμοποιώντας τον αριθμό λευκοκυττάρων και τύπου. Πέρα από αυτό, ο προσδιορισμός της φαγοκυτταρικής λειτουργίας είναι μια σχετικά εξειδικευμένη διεργασία, γιατί εξαρτάται από πλήθος in vitro τεστ, περιλαμβανομένης της μέτρησης άμεσης κυτταρικής κινητικότητας (χημοταξία), της καταστροφής (φαγοκυττάρωση) και του ενδοκυτταρικού θανάτου.
Τέλος, η πιο συχνή από τις λειτουργικές διαταραχές φαγοκυττάρων, η χρόνια κοκκιωματώδης νόσος, μπορεί να ανιχνευθεί με τη μέθοδο κυτταρομετρίας ροής διϋδροροδαμίνη - 123 ή DHR.

Το δερματικό τεστ με αντιγόνα είναι εξαιρετικό για μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες.

ιατρική

Δημοσθένης Δαμιανός
Παιδίατρος - Παιδονευρολόγος, **Ευρωκλινική Παίδων**

Διαγνωστική προσέγγιση σπασμών σε βρέφη και παιδιά

Όλα τα παιδιά με σπασμούς ή επιληψία και οι οικογένειές τους έχουν το δικαίωμα της ακριβούς διάγνωσης, της πρόγνωσης και της θεραπείας.

Χαρακτηρίζουμε ως επεισόδιο σπασμών κάθε αιφνίδιο, παροξυσμικό, ακούσιο επεισόδιο διαταραχής της εγκεφαλικής λειτουργίας, βραχείας διάρκειας, το οποίο μπορεί να εκδηλωθεί ως ανώμαλη διαταραχή της κινητικότητας, ως διαταραχή του αυτόνομου νευρικού συστήματος με μεταβολή της συμπεριφοράς ή του επιπέδου συνείδησης του παιδιού.

Επιληψία χαρακτηρίζεται μια χρόνια διαταραχή του εγκεφάλου, που διακρίνεται από υποτροπιάζοντα επεισόδια σπασμών.

Πολλά είναι τα αίτια που μπορεί να προκαλέσουν σπασμούς ή κρίσεις επιληψίας. Στο μεγαλύτερο ποσοστό είναι αγνώστου αιτιολογίας, γεγονός που προσδίδει μεγαλύτερη αγωνία και ανασφάλεια στην οικογένεια. Συνήθως, όμως, το άγνωστο της αιτιολογίας κρύβει την καλή έκβαση της επιληψίας.

Κάθε σπασμός δεν είναι επιληψία.

Η λεπτομερής περιγραφή του επεισοδίου διαδραματίζει βασικό ρόλο στη διάγνωση.

Μέσα που διαθέτουμε για τη διαγνωστική προσέγγιση των σπασμών ή της επιληψίας σε βρέφη και παιδιά:

- Ιστορικό
- Κλινική αντικειμενική εξέταση
- Βιοχημικός εργαστηριακός έλεγχος
- Καρδιολογικός έλεγχος
- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα
- Νευροαπεικονιστικός έλεγχος εγκεφάλου

Ιστορικό

Παρά την εξέλιξη της τεχνολογίας, η διάγνωση της επιληψίας εξακολουθεί να είναι κλινική, με την έννοια ότι βασίζεται σχεδόν αποκλειστικά στην κλινική περιγραφή (ιστορικό) δύο ή περισσότερων επεισοδίων σπασμών (Van Donselaar et al,1989).

Βασικό ρόλο στη διάγνωση διαδραματίζει η περιγραφή του επεισοδίου και η άντληση σημαντικών πληροφοριών.

Σπάνια συμβαίνει να είναι παρών κάποιος γιατρός στο επεισόδιο. Η φύση του επεισοδίου απαιτεί να προσπαθήσει ο γιατρός να «αποκρυπτογραφήσει» με τις κατάλληλες ερωτήσεις όλες τις λεπτομέρειες που δίδονται από τους γονείς, εφόσον βρίσκονταν μπροστά στο επεισόδιο ή, στη χειρότερη περίπτωση, τα στοιχεία που τους μετέφερε ο δάσκαλος ή κάποιος άλλος. Εξίσου σημαντική είναι και η λεπτομερής περιγραφή όσων βιώνει ο μικρός ασθενής, εφόσον μπορεί να τα περιγράψει.

Επειδή η παρατήρηση είναι σημαντική στη διάγνωση, πρέπει πάντα να ζητάμε από τους γονείς να κινηματογραφήσουν το επεισόδιο εάν ξανασυμβεί, με κινητό ή κάμερα.

Ποτέ δεν πρέπει να αρκούμαστε μόνο σε πληροφορίες από τρίτους.

Οι σπασμοί σπανίως μένουν αδιάγνωστοι όταν τους δούμε.

Όταν το ιστορικό δεν είναι ξεκάθαρο, είναι προτιμότερο να περιμένουμε για ένα νέο πιθανό επεισόδιο παρά να διαγνώσουμε επιληψία.

Εκτός από το κληρονομικό ατομικό αναπτυξιακό ιστορικό, θα πρέπει να εστιάζουμε τις ερωτήσεις μας στις συνθήκες που επικρατούσαν πριν από την εμφάνιση του επεισοδίου, κατά τη διάρκειά του και μετά από αυτό, καθώς και στην άντληση πληροφοριών.

Ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών (20%-30%) που φθάνουν σε ειδικά κέντρα επιληψίας λόγω ανθιστάμενων σε φαρμακευτική αγωγή επιληπτικών κρίσεων, διαπιστώνεται ότι είχαν εσφαλμένη διάγνωση (πίνακας ΙΙ).

Συνήθως η αντικειμενική κλι-

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Συνθήκες πριν την εμφάνιση του επεισοδίου	Συνθήκες κατά τη διάρκεια του επεισοδίου	Συνθήκες μετά το επεισόδιο
Περιγραφή προδρόμων συμπτωμάτων	Περιγραφή του επεισοδίου	Υπνηλία
Διάρκεια συμπτωμάτων	Διάρκεια	Κεφαλαλγία
	Κινητικά συμπτώματα (κινήσεις τονικές, κλονικές, τονικοκλονικές σε όλο το σώμα, μέρος, στα άκρα)	
Αλλαγή συμπεριφοράς	Αισθητικά συμπτώματα	Λήθαργος
Ανησυχία	Επίπεδο συνείδησης, επαφή με το περιβάλλον	Νευρολογικά υπολείμματα
Λήψη φαρμάκων	Κατεύθυνση ματιών	Παράλυση τύπου Tood
Τραύμα		
Πυρετός		

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΙΜΟΥΝΤΑΙ ΣΠΑΣΜΟΥΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 2 ΕΤΩΝ	ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΙΜΟΥΝΤΑΙ ΣΠΑΣΜΟΥΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 2 ΕΤΩΝ
Άπνοια Σπασμοί με κράτημα αναπνοής Κυανωτικού τύπου Ωχρού τύπου Επεισόδια δυστονίας Ημικρανία Καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος Παροξυσμικό ραιβόκρανο Κυκλικοί εμετοί Στερεοτυπίες, τικ Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (σύνδρομο Sandifer's)	Συγκοπτικά λιποθυμικά επεισόδια Σπασμοί με κράτημα αναπνοής Καρδιακή νόσος (αρρυθμίες, μακρύ QT, κρίσεις Adam-Stokes, μυοκαρδιοπάθεια) Επιπλεγμένη ημικρανία Παροξυσμική χορειοαθέτωση, δυσκινησία Διαταραχές του ύπνου Καλοήθης μυοκλονίες ύπνου Ναρκοληψία Νυχτερινός τρόμος, παραισθησίες, υπνοβασία Στερεοτυπίες, τικ Ψευδοσπασμοί Επεισόδια πανικού Σύνδρομο κακοποίησης

νική και νευρολογική εξέταση, που είναι θεμελιώδους σημασίας, δεν θα μας βοηθήσουν στη διάγνωση, εκτός αν υπάρχουν εστιακά νευρολογικά σημεία ή δύσμορφα χαρακτηριστικά που θα κατευθύνουν τη διαγνωστική μας σκέψη προς κάποιο σύνδρομο.

Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ)

Από την ανακάλυψή του από τον Berger το 1929 μέχρι σήμερα, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα εξακολουθεί να παραμένει ένα αναντικατάστατο και ανώδυνο μέσο για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, την ταξινόμηση των επιληπτικών κρίσεων και την αναγνώριση κάποιου επιληπτικού συνδρόμου. Επίσης προσφέρει μεγάλη βοήθεια στην πρόγνωση, στην πρόβλεψη, στην ανταπόκριση στη θεραπεία και στην επιβεβαίωση ή μη της φύσης μιας επιληπτικής κρίσης κατά τη διάρκεια της καταγραφής.

Παθολογικό ΗΕΓ καταγράφεται σε ποσοστό 1,4%-4% στον γενικό πληθυσμό και 0,5%-2,8% στον παιδικό πληθυσμό σε άτομα που δεν έχουν κανένα κλινικό σύμπτωμα.

Έχει διαπιστωθεί ότι, αν εφαρμοσθούν διάφορες δοκιμασίες κατά την εκτέλεση του ΗΕΓ/ματος, όπως η δοκιμασία της υπέρπνοιας, των διαλειπόντων φωτεινών ερεθισμάτων, η στέρηση ύπνου και η βιντεοηλεκτροεγκεφαλογραφική καταγραφή, αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης παθολογικής επιληπτικής καταγραφής.

Σήμερα έχουμε τη δυνατότητα για εκτέλεση ηλεκτροεγκεφαλογράφηματος ρουτίνας, παρατεταμένη καταγραφή περιπατητικού παιδιού, 24ωρη ΗΕΓ καταγραφή, βίντεο-ΗΕΓ καταγραφή, μαγνητική εγκεφαλογραφία και διεγχειρητική εγκεφαλογραφία.

Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα παραμένει ένα ανώδυνο και αναντικατάστατο μέσο για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και την αναγνώριση κάποιου επιληπτικού συνδρόμου.

Μελέτες έδειξαν ότι νευρολογικά φυσιολογικά παιδιά μετά το πρώτο επεισόδιο σπασμών έχουν πιθανότητα υποτροπής:

54% όταν το ΗΕΓ/φημα είναι παθολογικό.

25% όταν το ΗΕΓ/φημα είναι φυσιολογικό.

- Η πρόγνωση εξαρτάται από το υποκείμενο επιληπτικό σύνδρομο. (Παναγιωτόπουλος: *A Clinical Guide to Epileptic Syndromes and Their Treatment*, 2002).
- Σε παιδιά που πάσχουν από επιληψία, η συνέχιση της καταγραφής ανωμαλιών στο ΗΕΓ/φημα σε μια σταθερή περιοχή του εγκεφάλου μπορεί να σημαίνει παθογένεια της περιοχής.
- Η ύπαρξη ΗΕΓ/φικών ανωμαλιών στη μεσοκριτική φάση πιθανόν να σημαίνει μη ανταπόκριση στη θεραπεία ή υποτροπή με τη διακοπή της θεραπείας.

Εργαστηριακός έλεγχος σε επεισόδιο σπασμών

Μελέτες έδειξαν ότι το ποσοστό των θετικών εργαστηριακών αποτελεσμάτων ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία εμφάνισης του πρώτου επεισοδίου σπασμών. Έτσι, στα νεογνά το ποσοστό ανέρχεται σε 70%, σε βρέφη μικρότερα των 2 ετών σε 2%-8% και σε παιδιά μεγαλύτερα των 2 ετών σε ποσοστό 2%- 2,5%.

Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει πλήρη βιοχημικό έλεγχο και για μεταβολικά ή μιτοχονδριακά νοσήματα στα μικρά νεογνά ή όταν υπάρχει υπόνοια για θετικό οικογενειακό ιστορικό για νευρομεταβολικό νόσημα.

Σε οσφυονωτιαία παρακέντηση θα προχωρήσουμε όταν πρόκειται για βρέφος μικρότερο των 6 μηνών, όταν το παιδί είναι επηρεασμένο, όταν έχουμε διαταραχές συμπεριφοράς και επιπέδου συνείδησης ή όταν υπάρχει πυρετός και υπόνοια λοίμωξης ή συμμετοχής του Κ.Ν.Σ.

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε τον καρδιολογικό έλεγχο.

Νευροαπεικονιστικός Έλεγχος

Η διάγνωση της επιληψίας δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί με τις νευροαπεικονιστικές μεθόδους (αξονική/μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, λειτουργικές νευροαπεικονιστικές μεθόδους PET, SPECT).

Η παρουσία παθολογικών ευρημάτων στον απεικονιστικό έλεγχο αυξάνει την πιθανότητα υποτροπής των σπασμών, όπως η φύση της βλάβης αυξάνει την επιβεβαίωση κάποιου συνδρόμου (π.χ., οζώδης σκλήρυνση).

Τα μέσα που διαθέτουμε σήμερα είναι:

Ο συμβατικός ακτινολογικός έλεγχος που μπορεί να μας δείξει κατάγματα κρανίου, ασυμμετρίες του κρανίου και απασβεστώσεις.

Το υπερηχογράφημα εγκεφάλου που χρησιμοποιείται ως screening test σε νεογνά και μικρά βρέφη όταν δεν μπορεί να εφαρμοστεί CT ή MRI.

Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου που βοηθά στην ανίχνευση καταγμάτων, υπερέχει στην ανάδειξη απασβεστώσεων στον εγκέφαλο (οζώδης σκλήρυνση) και υπαραχνοειδούς αιμορραγίας, αλλά υστερεί όσον αφορά στην ακτινοβολία και δεν είναι τόσο αξιόπιστη όσο η μαγνητική τομογραφία (ΜΤ) εγκεφάλου (περίπου 4% με φυσιολογική αξονική είχαν παθολογική ΜΤ).

Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου θα πρέπει να γίνεται σε όλες τις περιπτώσεις όπου υπάρχει νοητική υστέρηση, κινητικά προβλήματα, παθολογικά ευρήματα στη νευρολογική εξέταση, καθώς και όταν υπάρχει ιστορικό οικογενειακό για νευρολογικό νόσημα σε παιδιά μικρότερα του ενός έτους και σε παιδιά με εστιακά επεισόδια με ή χωρίς γενίκευση. Η ΜΤ θεωρείται εξέταση εκλογής για την ανακάλυψη δομικών βλαβών, συγγενών ανωμαλιών αγγειακών βλαβών (αρτηριοφλεβώδεις ανωμαλίες, σηραγγώδη αιμαγγειώματα), όγκων εγκεφάλου και σκλήρυνση ιππόκαμπου.

Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου θα πρέπει να γίνεται σε όλες τις περιπτώσεις όπου υπάρχει νοητική υστέρηση, κινητικά προβλήματα, παθολογικά ευρήματα και οικογενειακό ιστορικό για νευρολογικό νόσημα.

Λειτουργική απεικόνιση του εγκεφάλου που μπορεί να αποκαλύψει εστιακές ανωμαλίες της φυσιολογίας του εγκεφάλου ακόμη και όταν η ΜΤ είναι φυσιολογική. Η τομογραφία εκπομπής μονήρους φωτονίου (SPECT) μπορεί να δείξει αύξηση της αιματικής ροής στην περιοχή που σχετίζεται με την επιληπτική κρίση. Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) αναδεικνύει υπομεταβολικές περιοχές του εγκεφάλου μεσοκριτικά.

Όλα τα παραπάνω μέσα είναι χρήσιμα στην ανάδειξη επιληπτικής εστίας και κυρίως στην προεγχειρητική προετοιμασία.

Συμπεράσματα

- Οι αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν επιληπτικές κρίσεις στα παιδιά είναι πολυάριθμες.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό είναι αγνώστου αιτιολογίας με καλή πρόγνωση.
- Πολλές καταστάσεις μπορεί να μιμηθούν επιληπτικές κρίσεις.
- Η περιγραφή από έναν αξιόπιστο μάρτυρα ή η καταγραφή της κρίσης σε βίντεο συμβάλλει ουσιαστικά στη διάγνωση και στην ταξινόμηση των κρίσεων (εστιακές γενικευμένες).
- Το ΗΕΓ/φημα υποστηρίζει τη διάγνωση, βοηθά στην ταξινόμηση και στην πρόγνωση.
- Η ΜΤ εγκεφάλου θεωρείται ο καλύτερος τρόπος ανίχνευσης δομικών ανωμαλιών του εγκεφάλου.
- Συμπληρωματικές εξετάσεις, όπως η μαγνητική εγκεφαλογραφία ή λειτουργική απεικόνιση του εγκεφάλου, βοηθούν στη χειρουργική θεραπεία της επιληψίας.

Παναγιώτης Α. Μισυρλής
Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος, Διευθυντής, **Ευρωκλινική Παίδων**

Εκκριτική ωτίτιδα στα παιδιά
Συντηρητική ή χειρουργική αντιμετώπιση;

Η εκκριτική ωτίτιδα αποτελεί μία από τις συχνότερες ωτορινολαρυγγολογικές παθήσεις σε παιδιά μέχρι την ηλικία των οκτώ ετών περίπου. Είναι άμεσα συνδεδεμένη με την υποτροπιάζουσα οξεία μέση ωτίτιδα και απασχολεί συνεχώς ωτορινολαρυγγολόγους και παιδίατρους τόσο με την αντοχή της στη συντηρητική αγωγή όσο και με τις –όχι και τόσο σπάνιες– υποτροπές της μετά τη χειρουργική της θεραπεία.

Είναι πάθηση του μέσου ωτός και συνίσταται στη συλλογή υγρού στο μέσο ους λόγω δυσλειτουργίας ή απόφραξης της ευσταχιανής σάλπιγγας. Το κύριο σύμπτωμα είναι η βαρηκοΐα αγωγιμότητας που προκαλεί. Οι κύριες αιτίες της δυσλειτουργίας της σάλπιγγας είναι η υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων, η αλλεργία και η ρινίτιδα, καταστάσεις πολύ συχνές στην παιδική ηλικία.

Η ηλικία και η ανάπτυξη της ομιλίας είναι από τους παράγοντες που καθορίζουν τη θεραπεία.

Τα φάρμακα επιλογής για τη συντηρητική αντιμετώπιση του προβλήματος είναι τα αντισταμινικά και τα ενδορινικά στεροειδή που μπορούν να συνδυαστούν με αντιβιοτικά και

ρινοπλύσεις όταν συνυπάρχει πυώδης ρινίτιδα. Συγχρόνως προτείνονται και ασκήσεις που βοηθούν στη διάνοιξη της ευσταχιανής σάλπιγγας. Όσον αφορά στη χειρουργική θεραπεία, αυτή συνίσταται στην αδενοειδεκτομή και μυριγγοτομή με ή χωρίς τοποθέτηση σωληνίσκου αερισμού.

Το πότε, όμως, θα επιμείνουμε συντηρητικά και το πότε θα προχωρήσουμε χειρουργικά θα μας το καθορίσουν κάποιοι παράγοντες όπως η ηλικία του παιδιού, το αν συνυπάρχει υποτροπιάζουσα οξεία μέση ωτίτιδα, η εποχή του χρόνου, η συνυπάρχουσα βαρηκοΐα και η ανάπτυξη της ομιλίας.

Ας δούμε, όμως, πώς οι παραπάνω παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την απόφασή μας. Εάν πρόκειται για ένα παιδί που πρωτοπηγαίνει στον **παιδικό σταθμό** και παρουσιάζει εκκριτική ωτίτιδα, το πιθανότερο είναι να περνά το σύνδρομο του παιδικού σταθμού –συνεχείς λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού– λόγω της πρώτης του επαφής με διάφορους λοιμώδεις παράγοντες. Καλό είναι να περιμένουμε μέχρι την επόμενη χρονιά, οπότε η κατάσταση του παιδιού θα είναι πιθανότατα εντελώς διαφορετική.

Εάν πρόκειται για ένα παιδί που παρουσιάζει τη νόσο στη **χειμερινή περίοδο**, θα πρέπει να σκεπτόμαστε συντηρητικά ελπίζοντας ότι η βελτίωση του καιρού πιθανότατα θα βοηθήσει στη θεραπεία. Αντίθετα, όταν ένα παιδί παρουσιάζει εκκριτική ωτίτιδα **το καλοκαίρι**, είναι δύσκολο να πιστέψουμε ότι ο χειμώνας, με τις λοιμώξεις που τον συνοδεύουν, θα συμβάλει στην επιτυχία μιας συντηρητικής αγωγής.

Εάν συνυπάρχει υποτροπιάζουσα οξεία μέση ωτίτιδα, σαφώς και θα πρέπει να είμαστε πιο επιθετικοί στη θεραπεία μας. Δεν επιτρέπεται να ριψοκινδυνεύσουμε μόνιμες βλάβες στο μέσο ους (π.χ., συμφυτική ωτίτιδα, χρόνια μέση ωτίτιδα), ανεξάρτητα από την ηλικία του παιδιού. Εδώ οι σωληνίσκοι αερισμού είναι μάλλον απαραίτητοι. Στα πολύ μικρά παιδιά μπορεί να χορηγηθεί και χημιοπροφύλαξη.

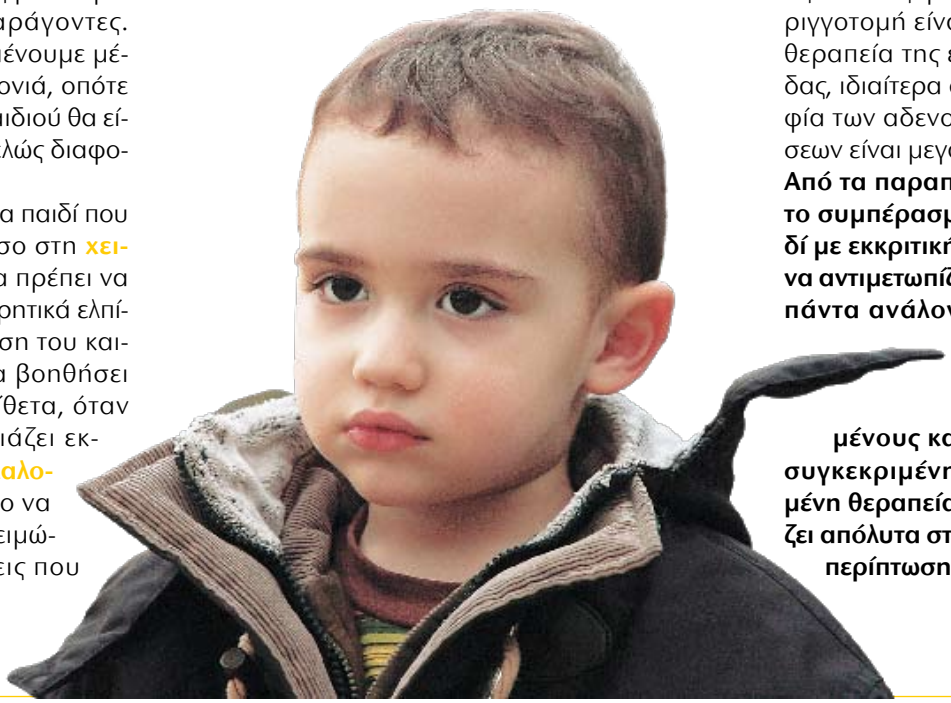
Είναι γνωστό ότι η εκκριτική ωτίτιδα προκαλεί κάποιου βαθμού βαρηκοΐα αγωγιμότητας. **Έτσι, ένα παιδί που πηγαίνει στο δημοτικό πρέπει να μπορεί να αξιοποιήσει πλήρως τις δυνατότητές του.** Εάν δεν ακούει, σύντομα θα μετατραπεί σε αδιάφορο μαθητή. Εδώ, λοιπόν, δεν θα πρέπει να διστάσουμε να επέμβουμε χειρουργικά.

Κάθε παιδί πρέπει να αντιμετωπίζεται ξεχωριστά, με συγκεκριμένη θεραπεία που να ταιριάζει στην περίπτωση.

Η βαρηκοΐα που προκαλεί η εκκριτική ωτίτιδα δύσκολα μπορεί να οδηγήσει σε καθυστέρηση ομιλίας. Μπορεί όμως να συνυπάρχει και νευροαισθητήριος βαρηκοΐα που επιβαρύνεται ακόμη περισσότερο από την εκκριτική ωτίτιδα. Έτσι, όταν υπάρχει καθυστέρηση ομιλίας σε παιδί με εκκριτική ωτίτιδα, πρέπει το υγρό να αφαιρείται ώστε να μπορεί να γίνει αντικειμενική εκτίμηση της ακοής του παιδιού.

Οι σωληνίσκοι αερισμού σε γενικές γραμμές πρέπει να τοποθετούνται όταν η εκκριτική ωτίτιδα δεν υποχωρεί με συντηρητική αγωγή τουλάχιστον τριών μηνών, όταν συνυπάρχει βαρηκοΐα και πιθανότατα αλλοιώσεις της τυμπανικής μεμβράνης (π.χ. εισολκές). Παραμένουν στη θέση τους για περίπου 6-8 μήνες και αποβάλλονται αυτόματα. Μετά την αποβολή τους κανείς δεν μπορεί να εγγυηθεί ότι η εκκριτική ωτίτιδα δεν θα υποτροπιάσει, όπως, για παράδειγμα, όταν υπάρχει υπόστρωμα αλλεργίας. Πολλές φορές η απλή μυριγγοτομή είναι αρκετή για τη θεραπεία της εκκριτικής ωτίτιδας, ιδιαίτερα όταν η υπερτροφία των αδενοϊδών εκβλαστήσεων είναι μεγάλη.

Από τα παραπάνω προκύπτει το συμπέρασμα ότι κάθε παιδί με εκκριτική ωτίτιδα πρέπει να αντιμετωπίζεται ξεχωριστά, πάντα ανάλογα με τις συνυπάρχουσες συνθήκες και όχι με γενικευμένους κανόνες, αλλά με συγκεκριμένη και εξειδικευμένη θεραπεία που να ταιριάζει απόλυτα στη συγκεκριμένη περίπτωση.



Σταμάτης Γκατζώνης
Χειρουργός Παιδοφθαλμίατρος-FEBO, Επιστημονικός Υπεύθυνος Οφθαλμολογικού Τμήματος, **Ευρωκλινική Παίδων**

Η πρόληψη των οφθαλμικών τραυμάτων στα παιδιά

Αμιγή οφθαλμικά τραύματα μπορεί να συμβούν σε όλους, ιδιαίτερα σε εκείνους που εργάζονται σε επικίνδυνο περιβάλλον – σιδηρουργούς, χημικούς, ηλεκτροσυγκολλητές, μηχανουργούς κ.ά. Επίσης, τραυματισμοί στην περιοχή του προσώπου και κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις μπορεί να συνοδεύονται από βαριά οφθαλμικά τραύματα. Οι στατιστικές, όμως, καταδεικνύουν ότι **πάνω από τα μισά θύματα με τραύματα στα μάτια (55%) είναι ηλικίας έως 20 ετών.** Το σημαντικότερο είναι ότι, όπως φαίνεται από τις διεθνείς μελέτες, **το 90% όλων αυτών των οφθαλμικών τραυμάτων θα μπορούσε να αποφευχθεί με την κατάλληλη προφύλαξη.**

Μερικές απλές συμβουλές για την πρόληψη των οφθαλμικών τραυμάτων στα παιδιά:

Α. Στο σπίτι

* Επιλέγουμε παιχνίδια κατάλληλα για την ηλικία και το σωματικό μέγεθος του παιδιού.
* Δεν αφήνουμε τα παιδιά χωρίς επίβλεψη όταν χειρίζονται επικίνδυνα αντικείμενα, όπως μολύβια, στιλό, πιρούνια ή ψαλίδια.
* Αποφεύγουμε παιχνίδια όπως αεροβόλα όπλα, πιστόλια ή τόξα που εκτοξεύουν βολίδες ή βελάκια σκοποβολής.
* Φυλάμε απορρυπαντικά, προϊόντα οικιακής καθαριότητας και σπρέι μακριά από μικρά παιδιά.
* Φαινομενικά αθώα αντικείμενα καθημερινής χρήσης μπορούν να προκαλέσουν ιδιαίτερα σοβαρά τραύματα στα μάτια. Ελαστικοί ιμάντες (χταπόδι), αγκίστρια ψαρέματος και ξεχασμένα κομμάτια σύρματος αποτελούν κοινές αιτίες οφθαλμικών τραυμάτων.
* Διδάσκουμε τα παιδιά μας πώς να προφυλάσσουν τα μάτια τους φορώντας εμείς οι ίδιοι προστατευτικά γυαλιά όταν εκτελούμε εργασίες όπως ηλεκτροκόλληση, σφυρηλάτηση μεταλλικών αντικειμένων, τρίψιμο με τριβείο κ.ά.

Το 90% των οφθαλμικών τραυμάτων μπορεί να αποφευχθεί με την κατάλληλη προφύλαξη στο σπίτι, στο σχολείο και στο παιχνίδι.

Β. Στο σχολείο και στο παιχνίδι

✿ Παιδιά με αμβλυωπία, δηλαδή παιδιά με ένα «τεμπέλικο μάτι», είναι θεμιτό να φορούν άθραυστα γυαλιά (πλαστικός σκελετός με φακούς από πολυκαρβονικά πολυμερή), ώστε να προστατεύουν το «καλό» μάτι τους. Για περισσότερη σταθερότητα, τα γυαλιά μπορεί να στηρίζονται πίσω από το κεφάλι με τη βοήθεια ενός ελαστικού ιμάντα.

✿ Επιπρόσθετα, τα παιδιά που πάσχουν από μόνιμη μη ανατάξιμη μείωση της όρασης από το ένα μάτι θα πρέπει **να αποφεύγουν βίαια παιχνίδια και σπορ** στα οποία είναι δυνατόν να χτυπήσουν το υγιές μάτι τους. Υπενθυμίζεται ότι οι φακοί επαφής όχι μόνο δεν προσφέρουν μηχανική προστασία στα μάτια, αλλά αντίθετα μπορεί και να προκαλέσουν οφθαλμικούς μικροτραυματισμούς ή λοιμώξεις.

Γ. Γενικά

* Η χρήση ειδικών προστατευτικών γυαλιών συνιστάται ανεπιφύλακτα σε όλα τα παιδιά που ασχολούνται με αθλήματα όπως το τένις ή ακόμη και η κολύμβηση.
* Σε περίπτωση που κάποια χημική ουσία πέσει στα μάτια του παιδιού, είναι πρωτευούσης σημασίας το **άμεσο και επισταμένο πλύσιμο** των ματιών με φυσιολογικό ορό ή έστω με τρεχούμενο νερό και η αναζήτηση ειδικής οφθαλμολογικής φροντίδας.

Δρ Νικόλαος Γ. Κελέσης
MD, PhD, ASCRS, SSAT, Ειδικός Χειρουργός, Διδάκτωρ Ιατρικής, (τ. Χειρουργός Κλινικής Μαστού και Μελανώματος Western General Hospital, Edinburgh - UK), Συνεργάτης **Αθηναϊκής Κλινικής**

Ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες σήμερα

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα από τα πλέον σοβαρά προβλήματα που αφορούν όχι μόνο την ιατρική αλλά και ευρύτερα την κοινωνική πολιτική κάθε λαού.

Ενώ η Ελλάδα θεωρείτο ότι είχε μικρά ποσοστά καρκίνου του μαστού, δυστυχώς τα τελευταία 15-20 χρόνια το ποσοστό αυτό αυξάνει και αναμένεται ότι εντός ολίγων ετών θα φθάσει αυτό που ισχύει στη δυτική Ευρώπη και την Αμερική, θα αφορά δηλαδή το 8%-9% του γυναικείου πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι κατά τη διάρκεια της ζωής τους 8-9 γυναίκες στις εκατό θα εμφανίσουν κάποια στιγμή τη νόσο.

Ο καρκίνος του μαστού, δυστυχώς, τις περισσότερες φορές στα αρχικά στάδια δεν προκαλεί εμφανή συμπτώματα και αναπτύσσεται ως ογκωτική εξεργασία εντός αυτού. Εάν δεν διαγνωσθεί έγκαιρα, μεθίσταται συχνά στους λεμφαδένες της συστοίχου μασχάλης καθώς και σε απομακρυσμένα όργανα, συνήθως οστά, πνεύμονες, ήπαρ και αλλού. **Είναι ζωτικής σημασίας να διαγνωσθεί ο καρκίνος του μαστού πριν καταστεί ψηλαφητός.** Γι' αυτό και τα τελευταία χρόνια έχει εφαρμοστεί **ο προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος** σε γυναίκες που φθάνουν στο όριο της ηλικίας των 50 ετών, ενώ, σύμφωνα με πιο πρόσφατες μελέτες, το όριο πλέον είναι τα 40 χρόνια. **Στη συνέχεια, θα πρέπει η ασθενής να εξοικειωθεί με την τακτική αυτοεξέτασης των μαστών ανά τρίμηνο. Όσον αφορά τον προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο, θα πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά 1-2 χρόνια.**

Έχουν όλες οι γυναίκες τον ίδιο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού;

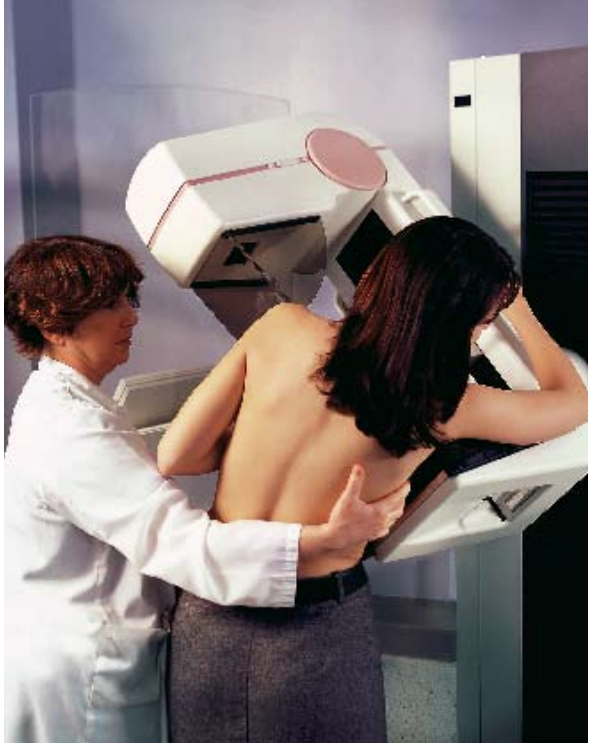
Είναι αλήθεια ότι όλες οι γυναίκες

δεν έχουν τον ίδιο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού. Για παράδειγμα, γυναίκα που αναφέρει από το οικογενειακό ιστορικό ότι μια πρώτου βαθμού συγγενής ανέπτυξε καρκίνο του μαστού σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών θα πρέπει να γνωρίζει ότι διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσει καρκίνο από κάποια άλλη. Ο κίνδυνος καθίσταται μεγαλύτερος εάν έχει δύο συγγενείς με ιστορικό καρκίνου του μαστού κ.ο.κ. **Γεγονός είναι επίσης ότι οι γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει ή θηλάσει ένα και πλέον παιδιά πριν την ηλικία των 30 είναι σημαντικά προστατευμένες από τον καρκίνο του μαστού.**

Οι γυναίκες που παρουσιάζουν σκληρία στους μαστούς και εικόνα δυσπλαστικών μαστών κατά τον μαστογραφικό έλεγχο χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή, διότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο μαστό και, επιπλέον, διότι η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου καθίσταται δύσκολη.

Η για βραχύ χρονικό διάστημα λήψη γυναικείων ορμονών δεν συνιστά παράγοντα κινδύνου. Απεναντίας, η μακρόχρονη λήψη οιστρογόνων, π.χ. μετά την εμμηνόπαυση, αποδεδειγμένα αυξάνει αυτόν τον κίνδυνο. Γι' αυτό και οι γυναίκες αυτές πρέπει να βρίσκονται υπό τακτικό έλεγχο. Η διάρκεια της αγωγής δεν πρέπει ποτέ να ξεπερνά τα πέντε χρόνια.

Από την αμερικανική σχολή έχει υποστηριχθεί τα τελευταία χρόνια ότι οι γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού προφυλάσσονται με τη χορήγηση ταμοξιφαίνης. Πρόκειται για ένα πολύ καλό φάρμακο που χρησιμοποιείται σε πολλές περιπτώσεις καρκίνου του μαστού προληπτικά ή θεραπευτικά. Η ευρωπαϊκή σχολή δεν αποδέχεται τις οδηγίες της αμερικανικής, επομένως κάθε γυναίκα με βεβαρημένο ιστορικό θα πρέπει να συμβουλεύεται έναν έμπειρο ειδικό ο οποίος θα αποφασίσει για την ορθότερη θεραπευτική αγωγή.



Ο καρκίνος του μαστού πρέπει να διαγνωσθεί πριν καταστεί ψηλαφητός. Γι' αυτό είναι απαραίτητος ο προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού

Η προσεκτική και τακτική κλινική εξέταση (ψηλάφηση), το υπερηχογράφημα (U/S), ο μαστογραφικός έλεγχος, η μαγνητική τομογραφία (MRI), η παρακέντηση της βλάβης με λεπτή βελόνα (FNA) και οι καρκινικοί δείκτες αποτελούν χρήσιμα μέσα για τη έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού.

Η έγκαιρη διάγνωση δεν βελτιώνει μόνο την ποιότητα ζωής: Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ο καρκίνος αντιμετωπίζεται με πιο συντηρητικές επεμβάσεις διατήρησης του μαστού και ακολούθως με χορήγηση προφυλακτικής ακτινοθεραπείας ή και χημειοθεραπείας. **Επομένως και για λόγους καθαρά αισθητικούς είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο καρκίνος του μαστού να διαγνωσθεί στα αρχικά του στάδια.**

Για πολλά χρόνια η θεραπεία εκλογής του διηθητικού καρκίνου του μαστού περιελάμβανε τον πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό της σύστοιχης μασχαλιαίας χώρας. Εντούτοις η μέθοδος αυτή εμφάνιζε σε αρκετές περιπτώσεις σημαντική νοσηρότητα και άμεσες ή όψιμες επιπλοκές, ανάμεσα στις οποίες το λεμφοίδημα, η παραισθησία, ο περιορισμός της κινητικότητας του ώμου και άλλες.

Η συνεχώς αυξανόμενη υιοθέτηση εκ μέρους των χειρουργών πιο συντηρητικών επεμβάσεων είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της νοσηρότητας μετά από μαστεκτομή, δίνοντας έτσι μεγαλύτερη έμφαση σε αυτό που αποκαλούμε παθολογία της μασχαλιαίας χώρας.

Η βιοψία του λεμφαδένα φρουρού (Sentinel Lymph Node Biopsy - SLNB) **αποτελεί πλέον μια πολύ δημοφιλή, ελάχιστα επεμβατική και εναλλακτική του τυπικού λεμφαδενικού καθαρισμού μέθοδο για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού.**

Κάθε γυναίκα που νοσηλεύτηκε για καρκίνο του μαστού θα πρέπει να είναι ενήμερη για τον κίνδυνο εμφάνισης υποτροπής ή ενός νέου καρκίνου στον άλλο μαστό και να ενταχθεί σε συγκεκριμένο πρόγραμμα μετεγχειρητικής παρακολούθησης, το οποίο θα πρέπει να διαρκεί για πάρα πολλά χρόνια.

Η ανταλλαγή απόψεων μεταξύ γυναικών που έχουν παρουσιάσει καρκίνο του μαστού και η διάδοση πληροφοριών, όπως αυτές που καταγράφουμε, είναι σίγουρο ότι θα ευαισθητοποιήσουν πολλές γυναίκες. Μέσα από αυτήν την πρακτική θα επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού – κάτι που έχει ήδη συμβεί με την ευρεία διάδοση του Test Pap για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

ιατρική

Νικόλαος Νασιακόπουλος, Γαστρεντερολόγος,
Διευθυντής Β' Γαστρεντερολογικής Κλινικής, **Ευρωκλινική Αθηνών**

Πρόληψη καρκίνου του παχέος εντέρου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου (ΚΠΕ) αποτελεί μείζον πρόβλημα της υγείας παγκοσμίως. Στις δυτικές κοινωνίες αποτελεί τον τρίτο σε συχνότητα καρκίνο σε άνδρες και γυναίκες και τη δεύτερη σε σειρά αιτία θανάτου από καρκίνο. Στην Ευρώπη η υψηλότερη θνησιμότητα παρατηρείται σε άνδρες και γυναίκες των ανατολικών και βορειοδυτικών χωρών. Χαμηλότερη είναι η θνησιμότητα στις χώρες της νότιας Ευρώπης.

Παρά το γεγονός ότι η θνησιμότητα από ΚΠΕ στην Ελλάδα είναι η μικρότερη ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε., ο ΚΠΕ αποτελεί και στη χώρα μας σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας (8,7 θάνατοι/100.000) και είναι η τρίτη σε σειρά αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλάσματα. Η επίπτωση του ΚΠΕ αυξάνεται σταθερά με την ηλικία, η συχνότητα στα δύο φύλα είναι παρόμοια, ενώ ειδικά ο καρκίνος του ορθού εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες.
Η πιθανότητα ενός ατόμου χωρίς συμπτώματα να αναπτύξει στη διάρκεια της ζωής του τη νόσο πλησιάζει το 6% και για τα δύο φύλα.
Στη δημιουργία του καρκίνου του παχέος εντέρου συμμετέχουν γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Οι γενετικοί παράγοντες μπορεί να καθορίσουν ποια άτομα έχουν την προδιάθεση να αναπτύξουν τη νόσο, ενώ οι διαιτητικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να καθορίσουν ποια από τα παραπάνω άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο θα εμφανίσουν τελικά καρκίνο του παχέος εντέρου.
Οι διατροφικές συνήθειες αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην καρκινογένεση του παχέος εντέρου. Έχει δειχθεί από πολλές μελέτες ότι **ο κίνδυνος εμφάνισης ΚΠΕ είναι χαμηλότερος σε πληθυσμούς με αυξημένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών**, ενώ αντίθετα η υπερβολική κατανάλωση κόκκινου κρέατος και ζωικού λίπους φαίνεται ότι σχετίζεται με την εμφάνιση της νόσου. **Τα πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα έλαια (ιχθυέλαια), καθώς και το ελαιόλαδο φαίνεται ότι ασκούν προστατευτική δράση. Επίσης, το ασβέστιο, το σελήνιο (ένα ιχνοστοιχείο που περιέχεται σε αρκετές τροφές), η βιταμίνη D και το φυλλικό οξύ** φαίνεται ότι ασκούν προστατευτική δράση. Η παχυσαρκία ευνοεί την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου, όπως και η απουσία σωματικής άσκησης. Οι καπνιστές φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ΚΠΕ και κυρίως καρκίνου του ορθού. Ο κίνδυνος αυτός εξαρτάται από τη διάρκεια και την ποσότητα του καπνίσματος, ενώ φαίνεται να ελαττώνεται με τη διακοπή του. Κλινικές μελέτες και επιδημιολογικές παρατηρήσεις των τελευταίων ετών επιβεβαιώνουν τον **προστατευτικό ρόλο της ασπιρίνης και των αντιφλεγμονωδών φαρμάκων** στην πρόληψη εμφάνισης καρκίνου και πολυπόδων του παχέος εντέρου.

Στην εμφάνιση της νόσου συμμετέχουν γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Από τους σημαντικότερους περιβαλλοντικούς είναι η διατροφή.

Η πλειονότητα των ΚΠΕ προέρχεται από προκαρκινωματώδεις βλάβες (αδενωματώδεις πολύποδες). Ο κίνδυνος ανάπτυξης ενός αδενωματώδους πολύποδα στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 20%. Εκτός των σποραδικών καρκίνων, ένα ποσοστό 5-15% του συνόλου των διαγνωσθέντων ΚΠΕ αναπτύσσεται σε έδαφος γενετικής προδιάθεσης. **Για το λόγο αυτό χωρίζουμε τον πληθυσμό σε δύο ομάδες σε ό,τι αφορά τον κίνδυνο ανάπτυξης ΚΠΕ: α)** άτομα μέσου κινδύνου που αποτε-

λούν το 90% χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου εκτός της ηλικίας (μεγαλύτερα των 50 ετών) και **β)** άτομα αυξημένου κινδύνου που αποτελούν περίπου το 10%. Για τα άτομα της δεύτερης ομάδας παράγοντες αυξημένου κινδύνου αποτελούν: 1) το ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνου του παχέος εντέρου, 2) η χρόνια ελκώδης κολίτις και η μακροχρόνια νόσος Crohn, 3) η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση περιλαμβανομένων και των συνδρόμων Gardner και Turcot, 4) ο κληρονομικός μη πολυποδιασικός ΚΠΕ και 5) τα σύνδρομα αμαρτωματωδών πολυποδιάσεων (σύνδρομο Peutz-Jeghers, νεανική πολυποδίαση).

Στην ομάδα αυξημένου κινδύνου πρέπει να εφαρμόζονται προγράμματα επιτήρησης με την επαναλαμβανόμενη εφαρμογή μιας διαγνωστικής μεθόδου. Είναι βασικό χαρακτηριστικό το ότι στα άτομα που ανήκουν στην ομάδα αυτή ο ΚΠΕ εμφανίζεται σε νεαρότερη ηλικία και άρα πρέπει να υποβάλλονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα σε ενδοσκόπηση πεπτικού, ανεξάρτητα από την ηλικία τους.

Στην ομάδα μέσου κινδύνου η ηλικία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης της νόσου. Μετά την ηλικία των 50 ετών η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου διπλασιάζεται για κάθε δεκαετία ζωής. Αυτή η πληθυσμιακή ομάδα αποτελεί στόχο των προγραμμάτων πρόληψης (screening), καθώς έτσι μπορεί να ελαττωθεί η συχνότητα του ΚΠΕ.

Σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες, τα άτομα που δεν έχουν κανένα σύμπτωμα αλλά ανήκουν στην ομάδα μέσου κινδύνου, δηλαδή όταν η ηλικία τους είναι μεγαλύτερη των 50 ετών, πρέπει να υποβάλλονται σε δοκιμασία ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα κάθε χρόνο και σε εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση κάθε 3 με 5 χρόνια, ή σε ολική κολονοσκόπηση ανά 10ετία αν δεν υπάρξουν ευρήματα. Όταν δεν είναι δυνατή η ολική κολονοσκόπηση, πρέπει να γίνεται βαριούχος υποκλυσμός με διπλή αντίθεση.

Η δοκιμασία ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα γίνεται εύκολα στο σπίτι. Από τη δοκιμασία πρέπει υποχρεωτικά να αποκλεισθούν κάποιες συνήθειες όπως το βούρτσισμα των δοντιών και η λήψη ασπιρίνης ή αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, και να ακολουθηθεί τριήμερη ειδική δίαιτα σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού. Η δοκιμασία αυτή ανιχνεύει αόρατη ποσότητα αίματος στα κόπρανα και, αν είναι θετική, θέτει την υποψία για περαιτέρω έλεγχο. Στα άτομα με θετική δοκιμασία κοπράνων συνιστάται η διενέργεια κολονοσκόπησης για τον έλεγχο όλου του παχέος εντέρου.

Η κολονοσκόπηση γίνεται από γαστρεντερολόγο ιατρό, με την εισαγωγή ενός εύκαμπτου σωλήνα από την έξοδο του εντέρου. Προηγείται καθαρισμός του εντέρου με λήψη καθαρτικού. Εάν διαπιστωθεί κάποια ύποπτη βλάβη στο έντερο, υπάρχει η δυνατότητα να ληφθεί ανώδυνα βιοψία και να σταλεί για εξέταση. Επίσης, αν βρεθεί ένας πολύποδας, μπορεί να αφαιρεθεί τη στιγμή της εξέτασης ή σε μεταγενέστερη φάση. Εάν ο καρκίνος εντοπίζεται χαμηλά στο έντερο, η διάγνωση μπορεί να γίνει με τη σιγμοειδοσκόπηση που μοιάζει με την κολονοσκόπηση, αλλά εξετάζει μόνο το τελευταίο τμήμα του εντέρου.

Ο βαριούχος υποκλυσμός γίνεται σε ακτινολογικό εργαστήριο. Προηγείται και εδώ καθαρισμός του εντέρου. Με τον βαριούχο υποκλυσμό δεν υπάρχει η δυνατότητα να ληφθεί βιοψία από τη βλάβη – δυνατότητα που παρέχεται μόνο μέσω της εξέτασης με κολονοσκόπιο.

Σύντομα, στην κλινική μας, ο έλεγχος του παχέος εντέρου θα μπορεί να γίνεται και μέσω της ενδοσκοπικής κάψουλας. Απαιτείται προετοιμασία του εντέρου με λήψη καθαρτικού. Η ιατρική εκπαίδευση για την τέλεση της εξέτασης και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της ήδη πραγματοποιείται στην κλινική μας.

Η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ασβεστίου, η αποφυγή της καθιστικής ζωής και του καπνίσματος καθώς και η υιοθέτηση συστηματικής άσκησης συγκαταλέγονται στους σημαντικότερους προληπτικούς παράγοντες.

Συστάσεις πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου

- Ασυνήθιστα συμπτώματα από την κοιλιά ή αλλαγές ή αίμα στις κενώσεις πρέπει να αναφέρονται αμέσως στο γιατρό.
- Άτομα μεγαλύτερα των 50 ετών (έστω και χωρίς συμπτώματα) θα πρέπει να υποβάλλονται σε δοκιμασία ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα κάθε χρόνο και σε εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση κάθε 3 με 5 χρόνια ή σε κολονοσκόπηση ανά 10ετία.
- Η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ασβεστίου προφυλάσσει από την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου. Το αντίθετο συμβαίνει με την κατανάλωση κόκκινου κρέατος.
- Η αποφυγή του καπνίσματος, της καθιστικής ζωής και η υιοθέτηση συστηματικής άσκησης (π.χ., περπάτημα) αποτελούν σημαντικούς προληπτικούς παράγοντες.
- Η αφαίρεση των πολυπόδων προλαμβάνει την εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Οι στενοί συγγενείς των ασθενών που εμφάνισαν καρκίνο του παχέος εντέρου σε νεαρή ηλικία πρέπει να συμβουλευτούν ειδικό γιατρό.

ιατρική

Νικόλαος Μπουράντας
Γενικός Χειρουργός, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, **Ευρωκλινική Αθηνών**

Κληρονομικότητα και καρκίνος του παχέος εντέρου

Κάθε χρόνο περισσότεροι από μισό εκατομμύριο άνθρωποι σε όλο τον κόσμο παρουσιάζουν καρκίνο του παχέος εντέρου σε κάποιο στάδιο της εξέλιξής του. Αποτελεί, τουλάχιστον στον δυτικό κόσμο, τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες και την τρίτη στις γυναίκες. Στην Ελλάδα αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλάσματα. Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου στη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου προσεγγίζει το 5%-6%. Πρόκειται για έναν κακοήθη όγκο που αναπτύσσεται στην εσωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου, τα αίτια του οποίου –όπως και στις περισσότερες κακοήθειες– παραμένουν εν πολλοίς άγνωστα. **Υποστηρίζεται ότι συμβάλλουν περιβαλλοντικοί παράγοντες και διατροφικές συνήθειες, παρ' όλα αυτά τα τελευταία χρόνια υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον για τους γενετικούς παράγοντες που συντελούν στον κληρονομικό καρκίνο του παχέος εντέρου.**

Το 1895 ο Alfred Whartin αναγνώρισε την προδιάθεση μερικών οικογενειών να εμφανίζουν καρκίνο σε νεότερες ηλικίες απ' ό,τι συνήθως. Έκτοτε, χρειάστηκαν περισσότερα από 80 χρόνια μέχρι η έννοια των «οικογενειακών καρκινικών συνδρόμων» να γίνει ευρέως αποδεκτή με τη χρήση του όρου Σύνδρομο Lynch. Σήμερα είμαστε πλέον σε θέση να γνωρίζουμε ότι περίπου **ένας στους δεκαπέντε καρκίνους του παχέος εντέρου προκαλείται από άμεσα κληρονομούμενες γενετικές ανωμαλίες.** Επίσης, γνωρίζουμε ότι ένας στους πέντε από τους ασθενείς που εμφανίζουν καρκίνο του παχέος εντέρου έχει τουλάχιστον δύο κοντινούς συγγενείς που έπασχαν ή πάσχουν από καρκίνο.

Η ένταξη σε συγκεκριμένα προγράμματα πρόληψης εξασφαλίζει μέχρι και πλήρη αποφυγή της κακοήθους εξέλιξης.

Οι δύο πιο συχνοί τύποι κληρονομικού (γονιδιακά μεταβιβαζόμενου) καρκίνου του παχέος εντέρου που έχουν μελετηθεί σχετικά εκτενώς είναι **η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση (FAP) και ο κληρονομικός μη πολυποειδής καρκίνος του παχέος εντέρου (HNPCC).** Ενώ ο μη κληρονομικός καρκίνος του παχέος εντέρου («σποραδικός») σπάνια εμφανίζεται πριν τα 45 χρόνια, ο κληρονομικός καρκίνος συχνά εμφανίζεται σε σχετικά νεότερους ανθρώπους.

Κληρονομικός μη πολυποειδής καρκίνος του παχέος εντέρου

Αυτή η μορφή καρκίνου αποτελεί την πιο συχνή μορφή κληρονομούμενου καρκίνου του παχέος εντέρου. Σε αντίθεση με ό,τι υπονοείται από το όνομά του, πολύποδες υπάρχουν στο έντερο σε περίπου 30% των περιπτώσεων. Απλά η ονομασία αυτή θέλει να υποδηλώσει ότι η ύπαρξη πολυπόδων, και μάλιστα σε μεγάλο αριθμό, δεν αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της κατάστασης. Εμφανίζεται σε νεαρότερη ηλικία από τον «σποραδικής» μορφής και αναπτύσσεται συχνότερα στη δεξιά πλευρά του παχέος εντέρου. Υπάρχει αυξημένη συχνότητα «σύγχρονου» καρκίνου του εντέρου (εμφάνιση όγκου σε περισσότερες από μία περιοχές του εντέρου) ή και «μετάχρο-

νου» καρκίνου (εμφάνιση καρκίνου σε άλλο τμήμα του παχέος εντέρου μετά από χειρουργική θεραπεία της πρώτης βλάβης). Υπάρχει χαρακτηριστικό εύρημα στο γενετικό υλικό του όγκου («μικροδορυφορική αστάθεια») που σήμερα μπορεί να ελεγχθεί με ειδικές μεθόδους όταν αυτός αφαιρεθεί χειρουργικά. Σήμερα είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε τουλάχιστον τέσσερις κληρονομήσιμες γονιδιακές μεταλλάξεις – τα άτομα στα οποία εντοπίζονται έχουν πάνω από 80% πιθανότητα να αναπτύξουν αυτήν τη μορφή του καρκίνου. Με την πρόοδο της μοριακής γενετικής και του ελέγχου DNA μπορούμε πλέον να αναγνωρίσουμε με μια «απλή» εξέταση αίματος –όταν απαιτείται– τους ασθενείς σε κίνδυνο και, προτείνοντάς τους την κατάλληλη προφυλακτική προσέγγιση, να προλάβουμε ή και να θεραπεύσουμε πλήρως τον καρκίνο. Το πιο ενδιαφέρον, όμως, είναι ότι οι φορείς μερικών τέτοιων γονιδίων έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο και σε άλλα όργανα, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

Ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο κληρονομικού μη πολυποειδικού καρκίνου του παχέος εντέρου πρέπει να εξετάζονται, με στόχο να αντιμετωπισθεί κατάλληλα η περίπτωσή τους και να ελεγχθούν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους. Από το 1999 υπάρχουν συγκεκριμένα κριτήρια που μας βοηθούν στον εντοπισμό των ασθενών σε αυξημένο κίνδυνο. Σε αυτούς συστήνουμε γονιδιακό έλεγχο και, ανάλογα με τα ευρήματα, κατάλληλη συμβουλευτική ή και προφυλακτική προσέγγιση. Το θετικό είναι ότι η συγκεκριμένη μορφή καρκίνου μπορεί να χαρακτηρισθεί λιγότερο «επιθετική» σε σχέση με τον «σποραδικό» (κοινό) καρκίνο του παχέος εντέρου. Όταν η χειρουργική θεραπεία εφαρμοστεί σωστά και την κατάλληλη στιγμή, παρέχει σχεδόν τέλεια αποτελέσματα.

Οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση

Στη μορφή αυτή, όπως φαίνεται και από την ονομασία της, πολλαπλά αδενώματα (πολύποδες) εμφανίζονται στο παχύ έντερο σε νεαρή ηλικία, συχνά κατά την εφηβική, και αναπτύσσονται σε όλο το μήκος του παχέος εντέρου. Αυτοί οι πολύποδες εξελίσσονται σε κακοήθεις συνήθως μέχρι την ηλικία των 40 έως 50 ετών. Ένα συγκεκριμένο μεταλλαγμένο γονίδιο (APC) έχει αναγνωρισθεί και ενοχοποιείται για τη νόσο. Ασθενείς που φέρουν το μεταλλαγμένο γονίδιο ή που έχουν έναν ή περισσότερους συγγενείς πρώτου βαθμού με οικογενή πολυποδίαση βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου στο παχύ έντερο. Αυτοί πρέπει να παρακολουθούνται από τους κατάλληλους ιατρούς και να εντάσσονται σε συγκεκριμένα προγράμματα πρόληψης, τα οποία, αν εφαρμοστούν σωστά, εξασφαλίζουν μέχρι και πλήρη αποφυγή της κακοήθους εξέλιξης.

ΟΡΓΑΝΟ ΣΤΟΧΟΣ	ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ %	ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ
Παχύ έντερο	78	45
Ενδομήτριο	30-45	49
Στομάχι	19	54
Ήπαρ - πάγκρεας	18	54
Ουροποιητικό	10	60
Ωοθήκη	9	47
Λεπτό έντερο	1	49

Πλέον αναγνωρίζουμε με μια «απλή» εξέταση αίματος τους ασθενείς σε κίνδυνο και με την κατάλληλη προσέγγιση προλαμβάνουμε ή θεραπεύουμε πλήρως τον καρκίνο.

Είναι γεγονός ότι οι κληρονομικές μορφές καρκίνου του παχέος εντέρου δεν είναι συχνές σε σύγκριση με τον «σποραδικό» (κοινό) καρκίνο του εντέρου. Όμως, σύμφωνα με όσα προαναφέραμε, περίπου μία στις δεκαπέντε περιπτώσεις ανήκει στην κληρονομική μορφή του καρκίνου – που μπορεί, όπως είδαμε, να προσβάλει και άλλα όργανα. **Σήμερα υπάρχουν τρόποι να εντοπίσουμε με αρκετή ακρίβεια ανθρώπους που διατρέχουν αυξημένο ή και απόλυτο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου πριν αυτός δημιουργηθεί, ή τουλάχιστον σε πολύ πρώιμο στάδιο.** Στη συνέχεια, με συγκεκριμένες γονιδιακές εξετάσεις, είναι δυνατόν να «επιβεβαιώσουμε» το ποσοστό κινδύνου και να προβούμε στα επόμενα βήματα της πρόληψης ή της αντιμετώπισης. Με αυτόν τον τρόπο η σύγχρονη χειρουργική ογκολογία έχει πετύχει να βελτιώσει εντυπωσιακά τα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου, στην κληρονομική του τουλάχιστον μορφή. Μέχρι η μοριακή βιολογία και η γενετική μηχανική να προσφέρουν τρόπους αντιμετώπισης της νεοπλασματικής νόσου, η γονιδιακή διάγνωση και η χειρουργική ογκολογία παραμένουν τα σημαντικότερα όπλα μας στη μάχη κατά του καρκίνου. Στον τομέα, τουλάχιστον, του κληρονομικού καρκίνου του παχέος εντέρου έχουμε καταφέρει σημαντικές νίκες που δημιουργούν αισιοδοξία για το μέλλον.

ιατρική

Χαρίλαος Παππής
Γενικός Χειρουργός, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, **Ευρωκλινική Αθηνών**

Καούρες, ξινίλες, βασανιστική παλινδρόμηση;

Υπάρχει οριστική λύση

Καθημερινά, πολλοί από εμάς ταλαιπωρούμαστε από το δυσάρεστο αίσθημα της καούρας, της αναγωγής τροφών πίσω στο στόμα, του πόνου και άλλων συμπτωμάτων που συνθέτουν την εικόνα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.

Πρόκειται για την κατάσταση κατά την οποία όξινο περιεχόμενο του στομάχου γυρίζει πίσω προς τον οισοφάγο, προκαλώντας του ερεθισμό. Το κάψιμο μπορεί να το αισθανόμαστε πίσω από το στέρνο ή κάτω από το λαιμό μας. Άλλα συμπτώματα της νόσου είναι οι «ξινίλες», οι έμετοι, η δυσκολία στην κατάποση, ο χρόνιος βήχας, η πλήρης παλινδρόμηση τροφής, το αίσθημα πνιγμού μέσα στη νύχτα, ο πόνος στο επάνω μέρος της κοιλιάς και άλλα. Τα συμπτώματα κρατούν αρκετή ώρα και συχνά επιδεινώνονται μετά το γεύμα. Επίσης, χειροτερεύουν όταν ξαπλώνουμε ή όταν σκύβουμε. Έτσι, ανακουφιζόμαστε όταν στεκόμαστε όρθιοι και παίρνουμε αντιόξινα. Κάποιες φορές ο πόνος συγχέεται με πόνο στο θώρακα που σχετίζεται με πρόβλημα που προέρχεται από την καρδιά.

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση αποτελεί ένα συχνό πρόβλημα που μπορεί και να συνυπάρχει με διαφραγματοκήλη. Εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες και προκαλεί συμπτώματα στο 44% του πληθυσμού. Οι ασθενείς αναγκάζονται να λαμβάνουν χρόνια φαρμακευτική αγωγή σε ποσοστά που κυμαίνονται από 10%-50%, ενώ μεγάλο ποσοστό (60%) αναπτύσσει τελικά βλάβες του οισοφάγου, όπως οισοφαγίτιδα, στένωση, δυσπλασία ή ακόμη και καρκίνο.

Τι προκαλεί την παλινδρόμηση;

Όταν τρώμε, η τροφή περνάει από το στόμα στο στομάχι μέσα από έναν μυϊκό σωλήνα που λέγεται οισοφάγος. Στο κάτω άκρο του, πριν το στομάχι, υπάρχει ένας κυκλοτερής μυς που λέγεται κατώτερος οισοφαγικός σφιγκτήρας. Αυτός λειτουργεί σαν βαλβίδα και είναι ένας από τους κύριους μηχανισμούς που δεν επιτρέπουν στο περιεχόμενο του στομάχου να γυρίσει πίσω και να κάψει τον κατώτερο οισοφάγο. Σε πολλούς ο συγκεκριμένος μυς είναι κατασκευαστικά χαλαρός ή χαλαρώνει πολύ με λιπαρά φαγητά, τηγανητά, καρυκεύματα, σοκολάτα, μέντα ή άλλες τροφές. Η λειτουργία του σφιγκτήρα αυτού επηρεάζεται ακόμη από διάφορα φάρμακα, τα σφιχτά ρούχα, το κάπνισμα, το αλκοόλ, το σκύψιμο ή άλλες κινήσεις, το υπερβάλλον σωματικό βάρος και την εγκυμοσύνη. Τότε, περιεχόμενο του στομάχου παλινδρομεί στον οισοφάγο, δηλαδή σε όργανο που δεν έχει κατασκευαστεί για να αντέχει όξινο περιεχόμενο, και προκαλούνται συμπτώματα και βλάβες. Παλινδρομεί, επίσης, χολή και άλλα αλκαλικά υγρά που είναι εξίσου ή και περισσότερο βλαπτικά για τον οισοφάγο. Οι φυσικοί αντιπαλινδρομικοί μηχανισμοί του οργανισμού καταργούνται, επίσης, σε περίπτωση διαφραγματοκήλης.

Τι είναι η διαφραγματοκήλη;

Διαφραγματοκήλη δημιουργείται όταν το ανώτερο τμήμα του στομάχου μετακινείται από την κοιλιά στο θώρακα μέσω ενός τρήματος (τρύπας) στο διάφραγμα (το μυ που χωρίζει την κοιλιά από το θώρακα). Έτσι, καταργείται η ανατομία της περιοχής και οι φυσιολογικοί μηχανισμοί που βοηθούν στη αποφυγή παλινδρόμησης.

Πώς αντιμετωπίζεται η νόσος;

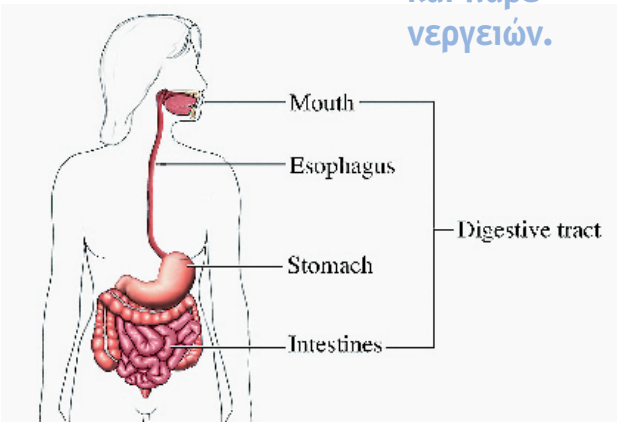
Η φαρμακευτική αγωγή επιβάλλεται, αλλά έχει συχνά αμφίβολα αποτελέσματα και υποτροπές, ενώ σε κάποιους δεν είναι αποτελεσματική. Όταν τα φάρμακα προκαλούν παρενέργειες ή δεν μπορούν να ελέγξουν τη νόσο ή η διακοπή τους προκαλεί άμεσα συμπτώματα, πρέπει κανείς να εξετάσει τη χειρουργική λύση. Επίσης, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι η παλιδρόμηση συχνά δημιουργεί επιπλοκές από το αναπνευστικό, έλκη ή ουλές και στενώσεις οισοφάγου, αιμορραγίες και αναιμία, αλλά και σε κάποιες περιπτώσεις δυσάρεστη εξέλιξη σε κακοήθεια. Γι' αυτό δεν θα πρέπει ποτέ να παραμελούμε τον έλεγχο μιας τέτοιας κατάστασης, ώστε να προλάβουμε τα προβλήματα και όχι να σπεύδουμε κατόπιν να τα λύσουμε.

Ποιες δυνατότητες δίνονται όμως σήμερα για την αντιμετώπιση της νόσου; Τα εξής διαδοχικά βήματα θα πρέπει να ακολουθούνται:

Κατ' αρχάς θα πρέπει να διαφοροποιείται ο τρόπος ζωής και διατροφής. Σε μερικές περιπτώσεις, αλλάζοντας δίαιτα και παίρνοντας αντιόξινα, μπορεί να μειωθεί η ένταση και η βαρύτητα των συμπτωμάτων. Επιπλέον η απώλεια βάρους, η μείωση του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ, η αλλαγή του ωραρίου των γευμάτων και οπωσδήποτε η σχέση τους με την κατάκλιση μπορεί να βοηθήσουν σημαντικά.

Αν τα συμπτώματα επιμείνουν παρά την εφαρμογή των προηγουμένων, θα πρέπει κανείς, υπό την καθοδήγηση του ιατρού του, να καταφύγει στην ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή. Αυτή αφορά αντιόξινα και αντιεκκριτικά φάρμακα, καθώς και βελτιωτικά του περισταλτισμού του οισοφάγου. Έτσι, θα βελτιωθούν πιθανώς τα συμπτώματα και ο ερεθισμός του οισοφάγου. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες ακολουθείται η συντηρητική αντιμετώπιση του προβλήματος για έξι μήνες έως ένα έτος. Κατόπιν, συνιστάται λαπαροσκοπική επέμβαση, καθώς αυτή πλεονεκτεί της ανοικτής χειρουργικής σε πολλά σημεία.

Η αντιπαλινδρομική επέμβαση αποτελεί την αιτιολογική θεραπεία της νόσου της παλινδρόμησης και όχι απλή αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της. Άλλωστε, η μακροχρόνια λήψη φαρμάκων δεν είναι άμοιρη προβλημάτων και παρενεργειών.



Υπάρχει οριστική λύση;

Ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στα προηγούμενα, θα πρέπει να υποβληθούν σε αντιπαλινδρομική επέμβαση, η οποία αποτελεί και την αιτιολογική θεραπεία της νόσου και όχι απλή αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αυτής. Οι ενδείξεις, οι οποίες τίθενται για την επιλογή των ασθενών μας για χειρουργική αντιμετώπιση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, είναι η επίμονη συμπτωματολογία, οι συχνές υποτροπές της νόσου παρά την τήρηση των φαρμα-

ΚΑΟΥΡΕΣ, ΞΙΝΙΛΕΣ, ΒΑΣΑΝΙΣΤΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ; ΥΠΑΡΧΕΙ ΟΡΙΣΤΙΚΗ ΛΥΣΗ

κευτικών οδηγιών, και η ύπαρξη αλλοιώσεων στον οισοφάγο (ανατομικών ή ιστολογικών). Νεαρά άτομα με δυσκολία συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή αποτελούν επίσης μια ομάδα με ένδειξη για λαπαροσκοπική επέμβαση. Η χειρουργική επέμβαση σταματά την παλινδρόμηση, ενώ τα φάρμακα μόνο τα συμπτώματα. Έτσι, θεωρείται αιτιολογική αντιμετώπιση του προβλήματος και όχι μόνο συμπτωματική. Επιπλέον, η μακροχρόνια χρήση φαρμάκων δεν είναι άμοιρη προβλημάτων και παρενεργειών.

Η χειρουργική επέμβαση σήμερα εκτελείται λαπαροσκοπικά και όχι με μια μεγάλη τομή και μακροχρόνια παραμονή στο νοσοκομείο, όπως προ δεκαετίας. Στην κλινική μας, κατ' αρχάς, γίνεται λεπτομερής αιματολογικός, ενδοσκοπικός και ακτινολογικός προεγχειρητικός έλεγχος. Κατόπιν, γίνεται μελέτη της παλινδρόμησης με μηχανήματα μανομετρίας και pHμετρίας, και μετά προχωράμε στη χειρουργική διόρθωση του προβλήματος μέσω 4 πολύ μικρών τομών 0,5 έως 1 εκατοστού, διά των οποίων περνούν στην κοιλιά μια μικρή κάμερα και λεπτά εργαλεία για την εκτέλεση της επέμβασης. Έτσι, έχουμε μια συνεχή καταγραφή εικόνας σε μεγέθυνση και διόρθωση των προβλημάτων της περιοχής σε επίπεδο μικροχειρουργικής με μηδαμινή απώλεια αίματος. Αποκαθίσταται η ανατομική της περιοχής, συγκλείεται το χάσμα στο διάφραγμα και δημιουργείται μια καινούργια αντιπαλινδρομική βαλβίδα με χρήση μικρού τμήματος του ίδιου του στομάχου.

Η ένταση και η βαρύτητα των συμπτωμάτων μπορούν να μειωθούν με την αλλαγή της διατροφής και την απώλεια βάρους, καθώς και με τη μείωση του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ.

Η μετεγχειρητική κινητοποίηση του ασθενούς γίνεται το ίδιο απόγευμα, ενώ την επομένη μέρα, μετά από έλεγχο, μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι του. Ο πόνος είναι σχεδόν ανύπαρκτος, ενώ η επιστροφή στην εργασία μπορεί να γίνει σε 4-5 ημέρες. Περισσότεροι από το 97% των ασθενών είναι πολύ ευχαριστημένοι με την επέμβαση και τη συστήνουν και σε άλλους πάσχοντες, σύμφωνα με τα δικά μας αποτελέσματα και τη διεθνή βιβλιογραφία. **Ο εξοπλισμός της κλινικής μας με ειδικά εργαλεία, σε συνδυασμό με την εμπειρία της χειρουργικής μας ομάδας, καθιστά την επέμβαση ιδιαιτέρως ασφαλή και επιτυχή.**

ιατρική

Ιωάννης Ζιούνας
Γενικός Χειρουργός, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, **Ευρωκλινική Αθηνών**

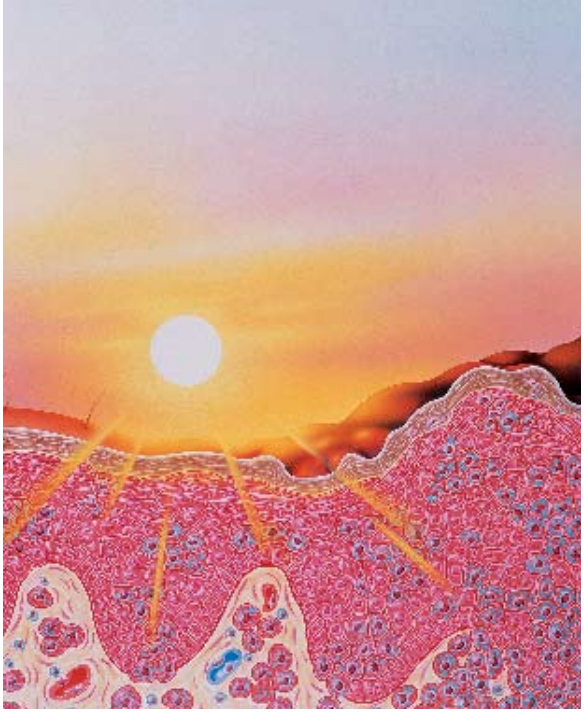
Μελάνωμα: Νεότερα δεδομένα

Το μελάνωμα είναι κακοήθης όγκος των μελανοκυττάρων. Απαντάται στο δέρμα και στους βλεννογόνους, συχνότερα δε στο πρόσωπο και στα κάτω άκρα. Το κακόηθες μελάνωμα προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες και εμφανίζεται στις ηλικίες μεταξύ 20-70 ετών.

Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση μελανώματος αποτελούν οι μελαγχρωματικοί σπίλοι, η ηλικία και η έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία.

Το ενδιαφέρον στην αντιμετώπιση του μελανώματος του δέρματος αυξάνεται συνεχώς λόγω της αύξησης της συχνότητάς του και της πιθανής αιτιολογικής συσχέτισής του με την ηλιακή ακτινοβολία.

Η συχνότητα εμφάνισης του διηθητικού μελανώματος στις ΗΠΑ το 1988 ήταν 18,3 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 λευκούς άρρενες και 13 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 λευκές γυναίκες. Η επίπτωση του διηθητικού μελανώματος στην Ν. Ζηλανδία (Όκλαντ) είναι η υψηλότερη στον κόσμο και αντιστοιχεί σε 56,2 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους ετησίως. Ακολουθεί η Αυστραλία με 28,9/100.000 στους άρρενες και 25,3/100.000 στις γυναίκες, όλες νέες περιπτώσεις. Τη χαμηλότερη επίπτωση τη συναντάμε στους πληθυσμούς της Ασίας – Κίνα, Ινδία, Ιαπωνία και Σιγκαπούρη. Η παγκόσμια επίπτωση του μελανώματος το 2000 ήταν 2,4 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 στους άρρενες και 2,21 ανά 100.000 στις γυναίκες. Λόγω της ευαισθητοποίησης ιατρών και κοινού, η διάγνωση του μελανώματος γίνεται σε πιο πρώιμο στάδιο και ως εκ τούτου οι θάνατοι από μελάνωμα παρέμειναν σταθεροί παρά



την αύξηση της επίπτωσής του.
Η εναλλαγή των μελαγχρωματικών σπίλων πιστεύεται ότι οφείλεται κυρίως σε χρόνιους ερεθισμούς (τριβή, ξύρισμα, χτυπήματα, εκδορές) καθώς και σε λανθασμένες θεραπευτικές επεμβάσεις.

Τα κριτήρια προς διάγνωση του κακοήθους μελανώματος είναι:

I. Αιφνίδια εμφάνιση μελαγχρωματικής βλάβης με ταχεία ανάπτυξη.
II. Μεταβολή στο χρώμα υπάρχουσας μελάγχρωσης ή σπίλου.
III. Εμφάνιση φλεγμονώδους χαρακτήρα της βλάβης.
IV. Αιφνίδια εμφάνιση οζώδους βλάβης σε προϋπάρχοντα επίπεδο σπίλο.
V. Βραδέως αναπτυσσόμενη κατ' επιφάνεια βλάβη με αλλαγές απόχρωσης.
VI. Εξέλκωση, αιμορραγία, πόνος, αίσθημα τάσης και κνησμού προϋπάρχοντος σπίλου.
VII. Εμφάνιση μικρών δορυφόρων ογκιδίων μαύρου χρώματος πέριξ του πρωτογενούς όγκου.

Η μοναδική αποτελεσματική θεραπεία για ασθενείς με τοπικό μελάνωμα του δέρματος με ή χωρίς επιχώριες λεμφαδενικές μεταστάσεις παραμένει η χειρουργική αντιμετώπιση, η οποία εξελίχθηκε τα τελευταία 150 έτη.
Η πρόοδος στη γνώση της βιολογίας και της φυσικής ιστορίας του νεοπλάσματος προσέφεραν στην εξέλιξη αυτή. Τις τελευταίες δεκαετίες, η χειρουργική αντιμετώπιση του μελανώματος έχει γίνει λιγότερο ακρωτηριαστική και η ιδανική θεραπεία εξατομικεύεται για κάθε ασθενή. Η διάγνωση του μελανώματος απαιτεί την ιστολογική εξέταση της δερματικής βλάβης. Στη διαγνωστική προσέγγιση βλάβης ύποπτης για μελάνωμα χρειάζεται να γίνει μια βιοψία εκτομής (excisional biopsy), ώστε να σταλεί το παρασκεύασμα για ιστολογική εξέταση. Γενικώς, η παρακέντηση για κυτταρολογική (FNA), η μερική κυκλική βιοψία (punch biopsy) και η βιοψία μικρού τμήματος της βλάβης (incisional biopsy) δεν ενδείκνυνται.
Οι λόγοι για την προτίμηση της βιοψίας εκτομής είναι πολλοί. Η μέθοδος αυτή δίνει στον παθολογοανατόμο τη δυνατότητα να μελετήσει ολόκληρη τη βλάβη για να τεκμηριώσει την τελική του διάγνωση.
Η ατελής εκτομή μπορεί να επηρεάσει την εκτίμηση σημαντικών προγνωστικών ιστολογικών παραγόντων, όπως το βάθος διήθησης κατά Breslow, το επίπεδο διήθησης κατά Clark, την παρουσία λεμφαγγειακής ή αγγειακής διήθησης και την παρουσία λεμφοκυτταρικής αντίδρασης. Άλλο ένα μειονέκτημα της μερικής βιοψίας είναι ότι η διατομή της βλάβης μπορεί να δημιουργήσει διασπορά των κακοηθών κυττάρων σε βάθος. Σε μερικές περιπτώσεις, όμως, θα μπορούσε κανείς να επιχειρήσει μια από τις μεθόδους μερικής βιοψίας, όπως σε μεγάλες βλάβες, για λειτουργικούς ή αισθητικούς λόγους, καθώς και σε υποψία υπονυχίου μελανώματος.
Η μέθοδος αυτή δεν έχει ανεπιθύμητη επίδραση στην πρόγνωση όταν η οριστική ριζική εγχείρηση ακολουθήσει εντός 4-6 εβδομάδων. Το 1857, ο William Norris περιέγραψε για πρώτη φορά τη θεωρία της ευρείας εκτομής του πρωτοπαθούς μελανώματος για την αποφυγή υποτροπής. Το 1907, ο William Sampson Handley ανέδειξε λεμφαγγειακές οδούς από το πρωτοπαθές μελάνωμα, τις οποίες τα κακοήθη κύτταρα διαπέρασαν τοπικά. Βασίζοντας την παρατήρηση αυτή σε λίγα μόνο περιστατικά, πρότεινε ευρεία εκτομή σε κάθε περίπτωση μελανώματος.

Η μοναδική αποτελεσματική θεραπεία για ασθενείς με τοπικό μελάνωμα του δέρματος με ή χωρίς επιχώριες λεμφαδενικές μεταστάσεις παραμένει η χειρουργική αντιμετώπιση, η οποία εξελίχθηκε τα τελευταία 150 έτη.

Η οριστική τοπική χειρουργική αντιμετώπιση του μελανώματος είναι διαφορετική από αυτή των άλλων κακοηθειών του δέρματος, όπως το ακανθοκυτταρικό και το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα. Ο λόγος είναι η δυνητική παρουσία δορυφόρων εστιών που δεν αναγνωρίζονται κλινικώς. Οι δορυφόρες εστίες εντοπίζονται δίπλα από την πρωτοπαθή βλάβη. Ως εκ τούτου, η συμπληρωματική εκτομή χρειάζεται να ακολουθήσει την αρχική διαγνωστική εκτομή της βλάβης.
Όπως στην περίπτωση της διαγνωστικής βιοψίας, η οριστική εκτομή μπορεί να γίνει υπό τοπική αναισθησία, αλλά η χορήγηση γενικής αναισθησίας με εισαγωγή στο νοσοκομείο ενδείκνυται συνήθως όταν προβλέπεται πλαστική αποκατάσταση για να καλυφθεί το έλλειμμα δέρματος. Η κατεύθυνση της ελλειψοειδούς τομής γίνεται όπως η κατεύθυνση της διαγνωστικής εκτομής. Στην τοπική αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς εντοπισμένου μελανώματος, οι πρωταρχικοί στόχοι είναι η αποφυγή τοπικής υποτροπής και η βελτίωση της επιβίωσης. Θεωρητικά, στην περίπτωση in situ μελανώματος, δεν πρόκειται να

παρουσιασθεί τοπική υποτροπή μετά την πλήρη διαγνωστική εκτομή και η απόσταση από τη βλάβη μέχρι τα χειρουργικά όρια δεν επηρεάζει την πρόγνωση. Εντούτοις, στην πράξη συνιστάται από τις περισσότερες ομάδες ερευνητών ελεύθερο όριο μακροσκοπικής νόσου τα 5 χιλιοστά, για περισσότερη ασφάλεια.
Η πιθανότητα και η απόσταση των δορυφόρων (μικρο)εστιών αυξάνονται με την αύξηση του βάθους διήθησης του μελανώματος κατά Breslow. Το κλασικό όριο των 5 εκατοστών πέριξ της βλάβης, που είχε καθιερωθεί από την αρχή του προηγούμενου αιώνα, έχει εγκαταλειφθεί τις τελευταίες δεκαετίες μετά τη δημοσίευση σημαντικών μελετών.
Σήμερα προτείνεται πιο περιορισμένη συμπληρωματική εκτομή. Φαίνεται πως η πιο περιορισμένη εκτομή εντοπισμένου μελανώματος δεν σχετίζεται με στατιστικώς σημαντική μείωση της συνολικής επιβίωσης ή αύξηση της πιθανότητας υποτροπής. Η μείωση της έκτασης της συμπληρωματικής εκτομής συνοδεύεται με μείωση της ανάγκης πλαστικής αποκατάστασης με μόσχευμα, μείωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο και μείωση του κόστους θεραπείας.
Τις τελευταίες δεκαετίες, η χειρουργική αντιμετώπιση του μελανώματος έχει γίνει λιγότερο ακρωτηριαστική. Η διάγνωση τεκμηριώνεται με βιοψία εκτομής της ύποπτης βλάβης και μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις με τη μερική βιοψία.
Στην περίπτωση μελανώματος χρειάζεται να ακολουθεί συμπληρωματική εκτομή της περιοχής για τη μείωση πιθανότητας τοπικής υποτροπής. Για την οριστική θεραπευτική εκτομή, η απαραίτητη ελάχιστη απόσταση των ορίων μακροσκοπικά υγιούς ιστού πέριξ του μελανώματος καθορίζεται ανάλογα με το βάθος διήθησης. Σήμερα προτείνεται πιο περιορισμένη συμπληρωματική εκτομή που δεν υπερβαίνει τα 2 εκατοστά. Φαίνεται πως στις προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες η πιο περιορισμένη εκτομή εντοπισμένου μελανώματος δεν σχετίζεται με στατιστικώς σημαντική αύξηση της πιθανότητας υποτροπής ή μείωση της συνολικής επιβίωσης.

Το κλασικό όριο της εκτομής των 5 εκατοστών που είχε καθιερωθεί από την αρχή του προηγούμενου αιώνα, έχει εγκαταλειφθεί μετά τη δημοσίευση σημαντικών μελετών.

Η μείωση της έκτασης της συμπληρωματικής εκτομής συνοδεύεται με μείωση της ανάγκης πλαστικής αποκατάστασης με μόσχευμα, μείωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο και μείωση του κόστους θεραπείας.

Σήμερα, όσον αφορά στα όρια εκτομής συνιστάται:

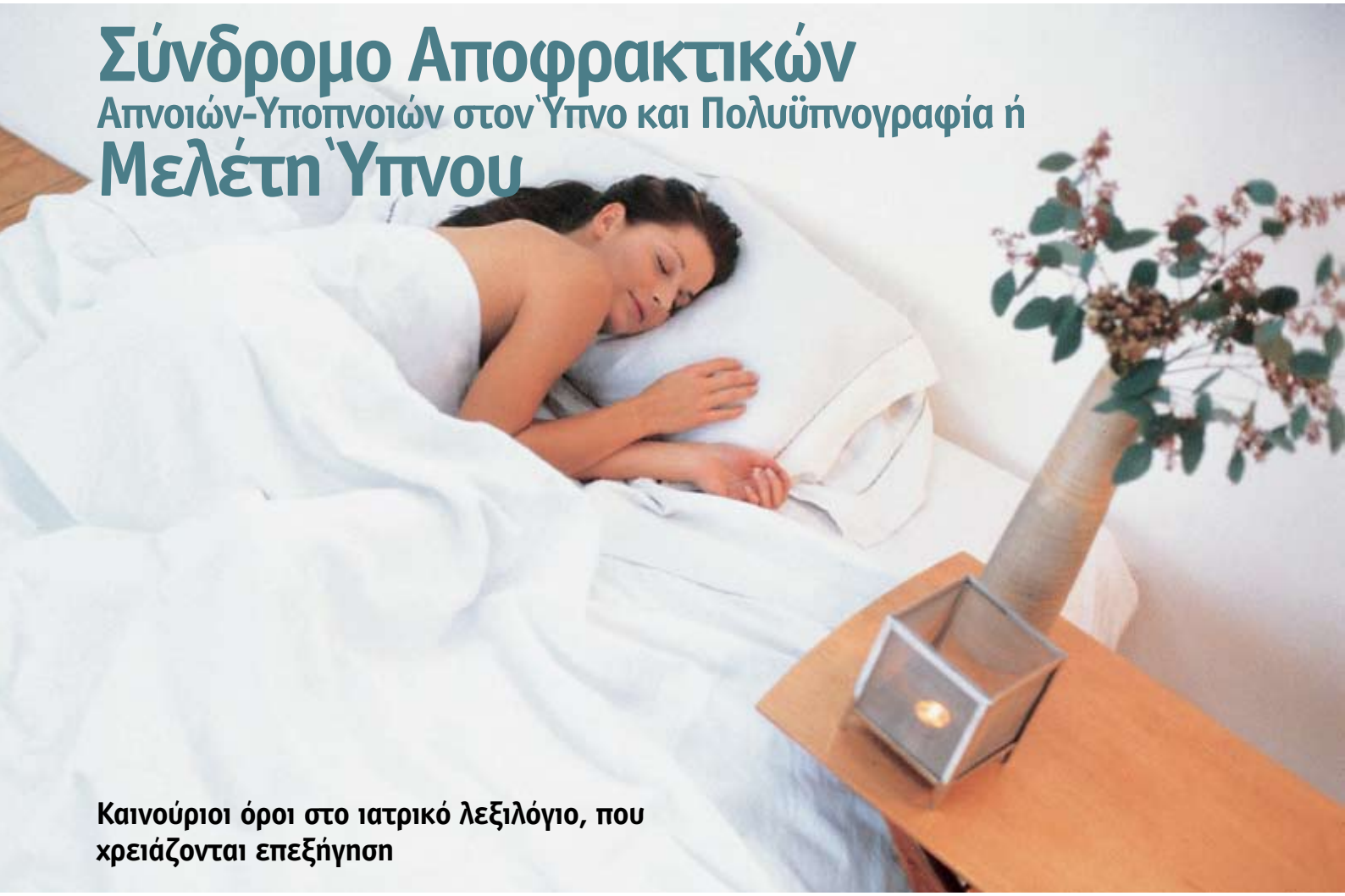
- Διαγνωστική βιοψία εκτομής με όριο 2 χιλιοστών.
- Θεραπευτική εκτομή μελανώματος in situ με όριο 5 χιλιοστών.
- Θεραπευτική εκτομή μελανώματος πάχους μικρότερου του 1 χιλιοστού με όριο 1 εκατοστού.
- Θεραπευτική εκτομή μελανώματος πάχους 1 έως 2 χιλιοστών με όριο 1 έως 2 εκατοστών.
- Θεραπευτική εκτομή μελανώματος πάχους μεγαλύτερου των 2 χιλιοστών με όριο 2 εκατοστών.

Η οριστική εκτομή περιλαμβάνει και όλον τον υποδόριο ιστό. Μόνο στις θέσεις που ο υποδόριος ιστός είναι πολύ λεπτός και η περιτονία αποκαλύφθηκε κατά τη διαγνωστική εκτομή αφαιρείται και αυτή κατά τη θεραπευτική εκτομή.
Μερικές ειδικές περιπτώσεις χρειάζονται ιδιαίτερη αντιμετώπιση, όπως η εντόπιση στο πρόσωπο ή στα δάκτυλα και η περίπτωση δεσμοπλαστικού ή νευροτρόπου μελανώματος.

ιατρική

Εμμανουήλ Ζαχαριάδης
Πνευμονολόγος, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, **Ευρωκλινική Αθηνών**

Σύνδρομο Αποφρακτικών Απνοιών-Υποπνοιών στον Ύπνο και Πολυϋπνογραφία ή Μελέτη Ύπνου



Καινούριοι όροι στο ιατρικό λεξιλόγιο, που χρειάζονται επεξήγηση

Ζώντας στον 21ο αιώνα, γινόμαστε μάρτυρες μιας αλματώδους επιστημονικής και τεχνολογικής προόδου από την οποία ωφελήθηκε βέβαια και η ιατρική. Από τις εκατοντάδες νέες μεθόδους διερεύνησης και διάγνωσης διάφορων ασθενειών δεν θα μπορούσε να λείπει η μελέτη μίας από τις ζωτικότερες λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού, του ύπνου.

Ο Ύπνος

Πρόκειται για μια φυσιολογική, δυναμική και πολύπλοκη διαδικασία που δεν έχει ακόμη πλήρως κατανοηθεί. Όλοι όμως οι ερευνητές συμφωνούν ότι αποτελεί έναν από τους βασικότερους συντελεστές επιβίωσης του ανθρώπου.

Το 65% των ανθρώπων κοιμάται κατά μέσο όρο 6,5-8,5 ώρες το 24ωρο. Σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του ύπνου παίζουν τα βιολογικά ρολόγια του οργανισμού μας, που «μετρούν» το χρόνο και ειδοποιούν τον οργανισμό πότε να αρχίσει και πότε να σταματήσει τη δραστηριότητά του, καθορίζοντας έτσι ένα ρυθμό (κιρκάδιος ή κιρκαδιανός ρυθμός) ο οποίος ελέγχει την εναλλαγή του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης.

Ο ύπνος αποτελεί έναν από τους βασικότερους συντελεστές επιβίωσης του ανθρώπου.

Ο ύπνος στον άνθρωπο χωρίζεται σε δύο διαφορετικές φάσεις: στον ύπνο REM (Rapid Eye Movements) όπου έχουμε γρήγορες κινήσεις των ματιών και στον ύπνο NREM (Not Rapid Eye Movements) όπου δεν παρουσιάζονται αυτές οι κινήσεις. Στη διάρκεια του ύπνου οι φάσεις NREM-REM εναλλάσσονται κάθε 90 λεπτά. Αυτός ο κύκλος

NREM-REM επαναλαμβάνεται 3-6 φορές τη νύχτα.

Διαταραχές της αναπνοής σε σχέση με τον ύπνο

Οι διαταραχές της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου –οι οποίες αποτελούν αντικείμενο της πνευμονολογίας– περιλαμβάνουν διάφορα σύνδρομα, όλα πολύ σοβαρά για την υγεία και τη ζωή του ίδιου του ανθρώπου αλλά και των γύρω του. **Το συχνότερο από αυτά είναι το Σύνδρομο της Αποφρακτικής Άπνοιας-Υπόπνοιας στον Ύπνο.**

Τα σύνδρομα αυτά έχουν τριών ειδών επιπτώσεις:

1. **Άμεσες στη ζωή του ασθενούς την ώρα που κοιμάται,** λόγω της ενδεχόμενης σοβαρότητας των απνοιών στον ύπνο και επομένως της πτώσης του οξυγόνου. Αυτές με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή (π.χ., αρρυθμίες, εγκεφαλικό επεισόδιο ή ισχαιμικό καρδιακό επεισόδιο).
2. **Έμμεσες την επόμενη ημέρα,** λόγω της υπνηλίας και της μειωμένης εγρήγορσης του ατόμου (π.χ., κίνδυνος θανατηφόρου τροχαίου ατυχήματος αν ο ασθενής είναι οδηγός).
3. **Έμμεσες στην ποιότητα ζωής του ασθενούς** (π.χ., διαταραχές της συμπεριφοράς, κατάθλιψη, διαταραχές της σεξουαλικότητας κ.ά.).

Ας εξετάσουμε, λοιπόν, καλύτερα το πλέον συχνό από τα παραπάνω σύνδρομα.

Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας-Υπόπνοιας στον Ύπνο (ΣΑΑΥΥ)

Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται κυρίως στους άνδρες και λιγότερο στις γυναίκες μέσης ηλικίας. Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου είναι η παχυσαρκία.

Συνοπτικά, ο μηχανισμός του συνδρόμου είναι ο εξής: Όταν ήμαστε ξύπνιοι, οι μύες του σώματός μας κάνουν διαρκώς κάποιες συσπάσεις (μυϊκός τόνος). Ο μυϊκός τόνος είναι απαραίτητος για τη ζωή μας, όχι μόνο γιατί μας κρατά όρθιους αλλά και γιατί κρατά ανοικτούς τους ανώτερους αεραγωγούς προκειμένου να αναπνέουμε σωστά. Στον ύπνο, όμως, ο μυϊκός τόνος ελαττώνεται τόσο, ώστε να χαλαρώσουν οι μύες του σώματός μας και να ξεκουραστούμε. Αν το εύρος των ανώτερων αεραγωγών είναι οριακό, π.χ., από εναπόθεση λίπους στα πλάγια του λαιμού λόγω παχυσαρκίας, με την ελάττωση του μυϊκού τόνου οι ανώτεροι αεραγωγοί κλείνουν τελείως, με αποτέλεσμα να πυροδοτείται μια σειρά παθολογικών καταστάσεων που οδηγούν στο ροχαλητό, στις άπνοιες, στον ανήσυχο ύπνο και στην κακή οξυγόνωση του οργανισμού, με όλα τα επακόλουθα της επόμενης ημέρας.

Σημαντικότερος παράγοντας εμφάνισης του Συνδρόμου Αποφρακτικής Άπνοιας-Υπόπνοιας στον Ύπνο είναι η παχυσαρκία.

Το τυπικό προφίλ του ασθενούς που πάσχει από το ΣΑΑΥΥ είναι: άνδρας, 50άρης, παχύσαρκος, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης ή σακχαρώδους διαβήτη.

Σταματά η αναπνοή του στον ύπνο, ροχαλίζει δυνατά ή έχει συχνές αφυπνήσεις και το πρωί σηκώνεται χωρίς να έχει χορτάσει ύπνο. Παραπονείται ακόμη για πρωινό πονοκέφαλο, νιώθει κουρασμένος ή νυσταγμένος, δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, είναι άκεφος και πίνει πολλούς καφέδες για να «λειτουργήσει».

Από την περιγραφή αυτή καταλαβαίνουμε γιατί **το ΣΑΑΥΥ είναι σημαντικό και για ποιους λόγους πρέπει η διάγνωση και η αντιμετώπιση να πραγματοποιούνται έγκαιρα.** Η αργοπορημένη διάγνωση ή η μη ορθή αντιμετώπισή του μπορεί να έχουν ολέθριες συνέπειες, ειδικά αν ο ασθενής ασκεί κάποιο επάγγελμα που απαιτεί έντονη και συνεχή εγρήγορση (π.χ. οδηγός λεωφορείου).

Ο ασθενής που σκιαγραφήσαμε παραπάνω θα πρέπει να μελετηθεί σε ειδική μονάδα και να υποβληθεί σε πολυϋπνογραφία (Μελέτη Ύπνου).

Εργαστήριο Μελέτης Ύπνου της Ευρωκλινικής Αθηνών

Στην κλινική μας λειτουργεί Εργαστήριο Μελέτης Διαταραχών της Αναπνοής Σχετιζόμενων με τον Ύπνο. Η διαγνωστική διαδικασία που ακολουθείται είναι η εξής:

- Ο υπεύθυνος ιατρός του εργαστηρίου παίρνει λεπτομερές ιστορικό από τον παραπεμφθέντα για πολυϋπνογραφία και τον εξετάζει κλινικά.
- Ο ασθενης υποβάλλεται σε ακτινογραφία θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα, σπιρομέτρηση και ΩΡΛ εξέταση.
- Ανάλογα με το ιστορικό του και εφόσον κριθεί απαραίτητο,

λαμβάνονται και αέρια αρτηριακού αίματος.

❁ Ο παραπεμφθείς μελετά και συμπληρώνει ένα απλό ερωτηματολόγιο επτά ερωτήσεων, που ονομάζεται Κλίμακα Epworth. Πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό εργαλείο με το οποίο ο ιατρός θα κρίνει τη σοβαρότητα της ημερήσιας υπνηλίας που ενδεχομένως παρουσιάζει ο υποψήφιος για την εξέταση.

❁ Το βράδυ, ο παραπεμφθείς κοιμάται σε ένα ειδικά διαμορφωμένο, ήσυχο, μονόκλινο δωμάτιο και ο τεχνικός του ύπνου τον προετοιμάζει τοποθετώντας διάφορα ηλεκτρόδια στο σώμα του. Ο εξεταζόμενος δεν θα πρέπει να έχει πάρει ηρεμιστικά ή υπναγωγά φάρμακα και δεν θα πρέπει να έχει πιει καφέ, τσάι ή πολλά υγρά από το απόγευμα και μετά. Κατά τη διάρκεια της νύκτας καταγράφεται ο ύπνος, το ροχαλητό, οι αφυπνίσεις, η αναπνοή, ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο, η πίεση, η καρδιακή συχνότητα κ.ά.

❁ Το επόμενο πρωί ο τεχνικός αφαιρεί τα ηλεκτρόδια και ο εξετασθείς παίρνει εξιτήριο. Μία μέρα μετά παίρνει εγγράφως την απάντηση της πολυϋπνογραφίας.

❁ Αν ο εξετασθείς βρεθεί να έχει πάνω από έναν ορισμένο αριθμό απνοιών-υποπνοιών ανά ώρα ύπνου, σε συνδυασμό με το επίπεδο της ημερήσιας υπνηλίας που προκύπτει από την αξιολόγηση της Κλίμακας Epworth, τότε πάσχει από μέτριου ή σοβαρού βαθμού ΣΑΑΥΥ το οποίο αντιμετωπίζεται με συσκευή Συνεχούς Θετικής Πίεσης (συσκευή CPAP). Για το λόγο αυτό η πολυϋπνογραφία επαναλαμβάνεται με χρήση της συσκευής. Ο σκοπός της δεύτερης εξέτασης είναι να μελετηθεί η ανταπόκριση του εξεταζομένου στην εν λόγω θεραπευτική μέθοδο. Στόχος είναι να ελαχιστοποιηθούν ή να εξαλειφθούν οι άπνοιες-υπόπνοιες και να επιτευχθεί καλύτερη οξυγόνωση.

Η συσκευή CPAP

Η συσκευή CPAP δίνει, μέσω της μάσκας που εφαρμόζεται στο πρόσωπο του ασθενούς, αέρα υπό πίεση με τον οποίο ανοίγουν οι αεραγωγοί, έτσι ώστε ο ατμοσφαιρικός αέρας να περνά ευκολότερα από αυτούς και ο ασθενής να αναπνέει χωρίς να παρουσιάζει άπνοιες ή αποκορεσμούς. **Σήμερα θεωρείται ότι είναι η κυριότερη θεραπευτική μέθοδος του συνδρόμου Απνοιών-Υποπνοιών στον Ύπνο.** Βέβαια δεν είναι εύκολο να πείσει ο ιατρός τον ασθενή να κοιμάται κάθε βράδυ με αυτήν τη μάσκα. Το πειστικότερο επιχείρημα που έχει ο ιατρός να αντιτάξει στον ασθενή είναι το όφελος (άμεσο και μακροπρόθεσμο) που θα έχει αν συμμορφωθεί με τη θεραπεία. Γι' αυτό θα πρέπει ο ασθενής να είναι υπομονετικός, να συμβιβασθεί με την ιδέα της μάσκας, να δοκιμάσει διάφορους τύπους και μεγέθη ώστε να βρεθεί ακριβώς εκείνη που ταιριάζει καλύτερα στο πρόσωπό του και βέβαια να διατηρεί τακτική επαφή με τον θεράποντα ιατρό. Παράλληλα με την εφαρμογή της μάσκας CPAP, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται και οι παράπλευρες παθολογικές καταστάσεις όπως η παχυσαρκία, ο υποθυρεοειδισμός, ο σακχαρώδης διαβήτης, η στεφανιαία νόσος, η κατάθλιψη κ.ά. Επίσης συνιστάται η αποφυγή του καπνίσματος, των αλκοολούχων ποτών, των βαριών γευμάτων και των υπνωτικών χαπιών πριν την κατάκλιση.

Με τη συσκευή CPAP ανοίγουν οι αεραγωγοί, έτσι ώστε ο ατμοσφαιρικός αέρας να περνά από αυτούς και ο ασθενής να αναπνέει χωρίς να παρουσιάζει άπνοιες ή υπόπνοιες.

Από τη δεκαετία του '70, όταν περιγράφθηκε για πρώτη φορά το Σύνδρομο Απνοιών-Υποπνοιών στον Ύπνο, μέχρι σήμερα, μάθαμε πάρα πολλά και σίγουρα θα μάθουμε ακόμη περισσότερα τα επόμενα χρόνια. Πολλές μελέτες, όμως, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το ροχαλητό, οι άπνοιες και η ημερήσια υπνηλία δεν είναι παρά η κορυφή του παγόβουνου. Πιστεύουμε ότι στην πραγματικότητα πρόκειται για μια παθολογική κατάσταση αρκετά πιο πολύπλοκη, στην οποία εμπλέκονται διάφορα όργανα και συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού.

ιατρική

Δημήτριος Τσούκας
Χειρουργός, Ορθοπαιδικός, Διευθυντής Ορθοπαιδικής Κλινικής, **Ευρωκλινική Αθηνών**

Σύγχρονες εξελίξεις στην ορθοπαιδική αθλητιατρική και αρθροσκοπική χειρουργική

Η ορθοπαιδική αθλητιατρική είναι η εξειδίκευση της ορθοπαιδικής χειρουργικής που ασχολείται με την πρόληψη και την αντιμετώπιση των κακώσεων που προκύπτουν κατά την άθληση.

Οι κακώσεις αυτές δεν αφορούν μόνο τους επαγγελματίες ή ερασιτέχνες αθλητές στα πλαίσια οργανωμένης και συστηματικής άθλησης μέσω ομάδων, ομοσπονδιών και οργανωμένων διοργανώσεων και αγώνων. Αφορούν και ανθρώπους που χαίρονται να γυμνάζονται στο γυμναστήριο ή να τρέχουν σε ένα άλσος, να παίζουν ποδόσφαιρο 5Χ5, μπάσκετ ή τένις με τους φίλους τους, να κάνουν σκι, ορειβασία, ποδήλατο ή οτιδήποτε άλλο τούς βοηθά να ασκούνται και να απομακρύνονται από το άγχος της δουλειάς και την πίεση της καθημερινότητας.

Οι σύγχρονες εξελίξεις αφορούν στη βελτίωση των χειρουργικών τεχνικών σε συνάρτηση με μια τεχνολογική επανάσταση. Η αρθροσκόπηση δίνει τη δυνατότητα επιτέλεσης επεμβάσεων μέσω πολύ μικρών τομών, με την εισαγωγή μιας μικροσκοπικής κάμερας σε οποιαδήποτε άρθρωση. Στόχος ο έλεγχος, η εκτίμηση και η επέμβαση, ώστε να επιλυθούν σημαντικά προβλήματα.

Τραυματισμοί όπως ρήξεις προσθίου χιαστού συνδέσμου γόνατος ή εξάρθρημα ώμου, που

απαιτούσαν πολύ μεγάλες τομές με μυϊκούς και λοιπούς ιστικούς τραυματισμούς, μακροχρόνια μετεγχειρητική ακινητοποίηση και αποκατάσταση, **τώρα πια αποκαθίστανται με αρθροσκοπικά ή, όπως ονομάζονται, ελάχιστα επεμβατικά χειρουργεία.** Οι τεχνικές, τα μηχανήματα και τα υλικά συνεχώς βελτιώνονται και η εμπειρία μας ολοένα αυξάνεται βασιζόμενη σε τεκμηριωμένα γεγονότα (evidence based medicine). **Μέσω της αρθροσκόπησης, τραυματισμοί** όπως η ρήξη πρόσθιου και οπίσθιου χιαστού συνδέσμου και μηνίσκων στο γόνατο, η ρήξη συνδέσμων και η αστάθεια ώμου, υμενίτιδες και άλγη ποδοκνημικής, ελεύθερα οστεοχόνδρινα τεμάχια κ.ά. **αποκαθίστανται πλήρως μέσω μικρών τομών, με την ελάχιστη παραμονή στο νοσοκομείο, λιγότερο πόνο, μικρότερες επιπλοκές και ταχύτερη αποκατάσταση.**

Οι εξελίξεις στην αρθροσκοπική χειρουργική αφορούν στη δυνατότητα αντιμετώπισης και άλλων πιο σύνθετων παθήσεων, καθώς και την επέκτασή της και σε άλλες αρθρώσεις.

Στο γόνατο δύο είναι οι βασικές εξελίξεις. Η πρώτη σχετίζεται με τη χειρουργική του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου. Πλέον χρησιμοποιούμε ένα μόσχευμα που υποκαθιστά τον ρηγμένο σύνδεσμο και το τοποθετούμε στο γόνατο σε ένα τούνελ στο μηριαίο οστό και σε ένα τούνελ στο κνημιαίο. Έχει όμως αρχίσει και στην Ελλάδα η προσπάθεια της ακριβούς ανατομικής αναπαράστασης του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου, ο οποίος στην πραγματικότητα αποτελείται από δύο μοίρες που κινούνται διαφορετικά και σταθεροποιούν το γόνατο, είτε σε προσθιοπίσθιες είτε σε στροφικές κινήσεις με διαφορετικό συμπληρωματικό τρόπο. Έτσι, χρησιμοποιούνται δύο μοσχεύματα, τα οποία τοποθετούνται στην ακριβή ανατομική τους θέση σε δύο διαφορετικά τούνελ στο μηρό και σε δύο τούνελ στην κνήμη. Η τεχνική αυτή –double bundle– γίνεται πλήρως αρθροσκοπικά και σαφώς χρειάζεται περισσότερο χρόνο εφαρμογής για την πλήρη αξιολόγησή της.

Η δεύτερη αφορά την αποκατάσταση κακώσεων χόνδρου, η οποία, ανάλογα με τον εντοπισμό, το βάθος και την έκταση της βλάβης, γίνεται είτε με καθαρισμό και λείανση με ειδικά μηχανήματα του χόνδρου, είτε με τεχνική μικροκαταγμάτων (micro fracture), είτε με μεταμόσχευση αυτόλογων χονδροκυττάρων. Εντυπωσιακή είναι, τέλος, η δυνατότητα αρθροσκοπικής επιδιόρθωσης εξαιρετικά σύνθετων κακώσεων του γόνατος, όπου έχουν ραγεί σχεδόν όλα τα ανατομικά του στοιχεία (χιαστοί και πλάγιοι σύνδεσμοι, οπισθιοεξωτερική γωνία, μηνίσκοι, χόνδρος κ.λπ.).

Στον ώμο σημειώνονται κυριολεκτικά ραγδαίες εξελίξεις. Σε μια δύσκολη και πολυσύνθετη άρθρωση, οι τραυματισμοί παλιότερα σηματοδοτούσαν τον τερματισμό μιας αθλητικής καριέρας και την έναρξη μιας σειράς προβλημάτων για τη μετέπειτα ζωή. **Σήμερα, προβλήματα όπως ρήξεις στροφικού πετάλου, ρήξεις επιχειλίου χόνδρου, εξαρθρήματα και αστάθειες ώμου, αντιμετωπίζονται επιτυχώς χειρουργικά όχι μόνο σε αθλητές και νέους ανθρώπους, αλλά και σε μεγαλύτερες ηλικίες μέσω της αρθροσκοπικής χειρουργικής.**

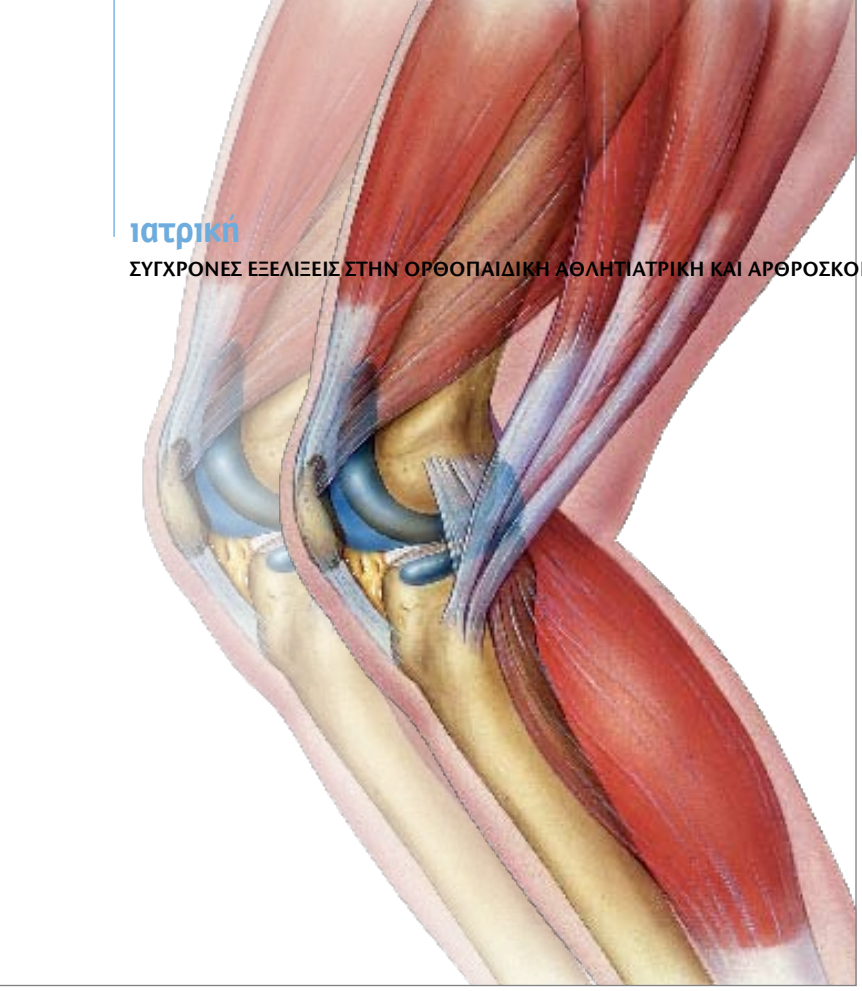
Παθολογικές ή τραυματολογικές οντότητες στον αγκώνα, τη σπονδυλική στήλη, την πηχεοκαρπική και την ποδοκνημική άρθρωση, ακόμη και στις αρθρώσεις των δακτύλων, μπορούν να αποκατασταθούν με την αρθροσκοπική χειρουργική.

Κάθε δραστήριος άνθρωπος θα πρέπει να υποβάλλεται σε εξετάσεις, με στόχο την πρόληψη των τραυματισμών.

Τέλος, η αρθροσκόπηση αρχίζει και γίνεται ένα χρήσιμο εργαλείο για τα προβλήματα της άρθρωσης του ισχίου, τόσο διαγνωστικά όσο και θεραπευτικά.

Μέσω ελάχιστα ή λιγότερο επεμβατικών τεχνικών αντιμετωπίζονται τραυματισμοί όπως η ρήξη του αχίλλειου τένοντα –η συρραφή του οποίου, αναλόγως των ενδείξεων, μπορεί να γίνει και διαδερμικά–, καθώς και τα συντριπτικά κατάγματα του ισχίου ή των μακρών οστών του σώματος. Εντυπωσιακή είναι η μέθοδος χειρουργικής αποκατάστασης καταγμάτων μέσω κομπιούτερ. **Η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών, μηχανημάτων πλοήγησης (navigation) και ρομπότ (ρομποτική χειρουργική) δεν βρίσκεται στη σφαίρα της φαντασίας – αντίθετα αποτελεί απτή πραγματικότητα.**

Η μεγάλη πρόκληση για τον ορ-



θοπαιδικό χειρουργό του 21ου αιώνα είναι να μπορέσει να ανταποκριθεί αφενός στην επιθυμία του ηλικιωμένου ασθενή να παραμείνει σωματικά και πνευματικά δραστήριος και κοινωνικά χρήσιμος, και αφετέρου στην επιθυμία των νεότερων ασθενών να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες όλο και πιο απαιτητικές σωματικά, οι οποίες, όμως, οδηγούν σε κακώσεις που απαιτούν βιολογικές λύσεις.

Το μέλλον βρίσκεται στην αναγεννητική ιατρική με την προοπτική ανάπτυξης νέων ιστών και οργάνων μέσω της χρήσης βλαστικών κυττάρων με ικανότητα αυτοανανέωσης και διαφοροποίησης σε πολλούς διαφορετικούς τύπους ιστών. Επαγγελματικές ποδοσφαιρικές ομάδες του εξωτερικού εργάζονται ήδη στη χρήση βλαστοκυττάρων για την αποκατάσταση τραυματισμών, μέσα βέβαια από επιστημονικές, ηθικές και δεοντολογικές αμφισβητήσεις.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην πρόληψη των αθλητικών τραυματισμών. Οι περισσότεροι μυϊκοί τραυματισμοί προβλέπονται και προλαμβάνονται. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν εξειδικευμένα κέντρα αθλητιατρικών ερευνών με πλήρως οργανωμένα εργαστήρια όπου, μέσω υπερσύγχρονων μηχανημάτων, τεχνολογιών και πρωτοκόλλων έρευνας, θα γίνεται πρόληψη τραυματισμών αθλητών, αθλούμενων και σωματικά δραστήριων ομάδων πληθυσμού. Μια επαγγελματική αθλητική ομάδα μπορεί να βγει εκτός στόχων ή να υποστεί τεράστια οικονομική επιβάρυνση λόγω τραυματισμών κατά τη διάρκεια της χρονιάς. **Κάθε δραστήριος άνθρωπος θα πρέπει να υποβάλλεται σε εξειδικευμένες εξετάσεις τόσο για την πρόληψη των τραυματισμών όσο και για να ακολουθήσει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα εκγύμνασης.**

Παρατηρώντας τη μεγάλη αύξηση της συχνότητας των τραυματισμών και των υποτροπών, αξίζει να τονίσουμε τα εξής:

Μέσω της αρθροσκόπησης, μια σειρά τραυματισμών αποκαθίστανται πλήρως μέσω μικρών τομών, με την ελάχιστη παραμονή στο νοσοκομείο, λιγότερο πόνο, μικρότερες επιπλοκές και ταχύτερη αποκατάσταση.

1. Πρέπει να δημιουργηθούν στην Ελλάδα εξειδικευμένα, εξοπλισμένα και σωστά στελεχωμένα κέντρα έρευνας, πρόληψης και αντιμετώπισης αθλητικών τραυματισμών.
2. Ο υπεύθυνος ιατρός μιας αθλητικής ομάδας δεν είναι πολυτέλεια – αποτελεί έναν από τους βασικότερους συντελεστές επιτυχίας. Γι' αυτό πρέπει να πληρώνεται για να ασχολείται με αφοσίωση και επαγγελματισμό.
3. Δεν αρκεί η παρουσία ενός ιατρού και ενός φυσικοθεραπευτή για την κάλυψη των ιατρικών αναγκών μιας ομάδας υψηλών απαιτήσεων. Απαιτείται ένα πλήρως εξειδικευμένο και αρμονικά συνεργαζόμενο team ανθρώπων υψηλής επιστημονικής κατάρτισης, εμπειρίας και ήθους.
4. Θα πρέπει όλοι να συνειδητοποιήσουν ότι η μεγάλη ένταση και η συχνότητα των αγώνων, καθώς και η αύξηση της δύναμης και της ταχύτητας των αθλητών, έχουν αλλάξει και τη φύση των τραυματισμών που είναι πλέον πιο σύνθετοι. Παράλληλα, κλινικές οντότητες –όπως η κάκωση χόνδρου ή το οστικό οίδημα– αποκτούν νέα, κεφαλαιώδη σημασία για την αντιμετώπιση και την αποκατάσταση της κάκωσης.
5. Παρά την αλματώδη βελτίωση των χειρουργικών τεχνικών και των χρησιμοποιούμενων υλικών, συχνά η βιολογική διαδικασία αποκατάστασης δεν μπορεί και δεν πρέπει να επισπευσθεί.

Η ασφαλής επιστροφή σε αθλητικές δραστηριότητες πρέπει να τεκμηριώνεται με ιατρικά και ειδικά εργαστηριακά τεστ και πρωτόκολλα και για κανέναν απολύτως λόγο δεν πρέπει να αποτελεί πεδίο διαπραγμάτευσης ή προσπάθεια επίτευξης ρεκόρ χρόνου επιστροφής.

ιατρική

Χρήστος Σκορδής
Αμ. Επ. Καθηγητής, Ορθοπαιδικός Χειρουργός - Αθλητίατρος, Διευθυντής Α' Ορθοπαιδικής Κλινικής & Κλινικής Αθλητικών Κακώσεων, **Ευρωκλινική Αθηνών**

Αρθροσκόπηση

Τι είναι η αρθροσκόπηση;
Η αρθροσκόπηση είναι μια χειρουργική διαδικασία που χρησιμοποιείται από τους ορθοπαιδικούς προκειμένου να οπτικοποιηθούν, να διαγνωσθούν και να αντιμετωπισθούν τυχόν προβλήματα στο εσωτερικό μιας άρθρωσης.
Πατέρας της αρθροσκόπησης θεωρείται ο Ιάπωνας ιατρός Watanabe (1921-1994), ο οποίος επέβαλε την αρθροσκοπική τεχνική στην ορθοπαιδική και ίδρυσε την πρώτη Αρθροσκοπική Εταιρεία το 1974.
Αρχικά η αρθροσκόπηση ήταν απλώς μια διαγνωστική μέθοδος, βοηθητική στο σχεδιασμό μιας ακόλουθης ανοικτής επέμβασης. Με την εξέλιξη των χειρουργικών εργαλείων και τεχνικών, πολλές περιπτώσεις μπορούν πλέον να αντιμετωπισθούν αρθροσκοπικά, όπως, για παράδειγμα, οι περισσότερες περιπτώσεις ρήξης μηνίσκου στο γόνατο, καθώς και ορισμένα προβλήματα τα οποία σχετίζονται με την αρθρίτιδα. Ακόμη, πολλές δυσλειτουργίες μπορούν να αντιμετωπισθούν με συνδυασμό αρθροσκοπικής και ανοικτής χειρουργικής επέμβασης.
Παρ' όλο που το εσωτερικό όλων σχεδόν των αρθρώσεων μπορεί να ελεγχθεί αρθροσκοπικά, έξι από αυτές είναι οι δημοφιλέστερες: του γόνατος, του ώμου, του αγκώνα, του αστραγάλου, του ισχίου και του καρπού. Φυσικά, όσο σημειώνονται εξελίξεις στην ηλεκτρονική τεχνολογία και αναπτύσσονται νέες τεχνικές από τους ορθοπαιδικούς χειρουργούς, μεγαλύτερα ποσοστά επιπλέον αρθρώσεων αναμένεται να ελέγχονται στο μέλλον με την αρθροσκοπική μέθοδο.

Σε ποιες περιπτώσεις είναι αναγκαία η αρθροσκόπηση;
Η διάγνωση τραυματισμών και ασθενειών της άρθρωσης ξεκινά με τη λήψη αναλυτικού ιατρικού ιστορικού, κλινική εξέταση και συνήθως ακτινολογικό έλεγχο. Επιπλέον εξετάσεις όπως η αξονική και η μαγνητική τομογραφία μπορεί να χρειαστούν. **Μέσω του αρθροσκοπίου, γίνεται μια τελική διάγνωση ακριβέστερη από ό,τι με ανοικτή χειρουργική επέμβαση ή διαγνωστικό έλεγχο.**

Βασικό πλεονέκτημα της αρθροσκοπικής μεθόδου είναι το πολύ μικρό μέγεθος της τομής σε σχέση με μια ανοιχτή επέμβαση. Πολλές περιπτώσεις τραυματισμών αντιμετωπίζονται πλέον αρθροσκοπικά.

Ασθένειες και τραυματισμοί μπορούν να βλάψουν οστά, χόνδρους, αρθρώσεις, συνδέσμους, τένοντες και μυς. Μερικά από τα πιο συνηθισμένα ευρήματα αρθροσκοπήσεων είναι τα εξής:

Φλεγμονές
Υμενίτις – φλεγμένων ιστός (υμένας) σε γόνατο, αστράγαλο, ώμο, αγκώνα ή καρπό.

Τραυματισμοί
Οξείς και χρόνιοι.

Ώμος
Ρήξη του επιχειλίου χόνδρου, ρήξη των συνδέσμων του ώμου σε εξαρθρήματα, παθήσεις του τένοντα του δικεφάλου, ρήξη ή τενοντοπάθεια των στροφέων τενόντων του ώμου, δυσκαμψία και «παγωμένος ώμος», παρουσία αρθρίτιδας και ξένων σωμάτων, παθήσεις της ακρωμιοκλειδικής άρθρωσης.

Γόνατο
Ρήξη μηνίσκου (συρραφή ή αφαίρεση), ήπια αρθρίτιδα, ρήξη προσθίου και οπισθίου χιαστού συνδέσμου, χονδρομαλακία (φθορά ή τραυματισμός του αρθρικού χόνδρου), φλεγμονή του υμένα της άρθρωσης, οστεοσχονδρίτις.

Καρπός
Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα.

Ελεύθερα σώματα οστών ή χόνδρου
Γόνατο, ώμος, αγκώνας, αστράγαλος, καρπός.

Πώς διεξάγεται η αρθροσκόπηση;
Σε μια αρθροσκοπική εξέταση, ο ορθοπαιδικός χειρουργός, μέσω μιας μικρής τομής (με-

γέθους κουμπότρυπας) στο δέρμα του ασθενούς, εισάγει εργαλείο (αρθροσκόπιο) σε μέγεθος στιλό, το οποίο φέρει έναν μικρό φακό και σύστημα φωτισμού ώστε να μεγεθύνει και να φωτίζει τις δομές του εσωτερικού της άρθρωσης. Επίσης, μέσω της ενσωματωμένης μικροκάμερας που διαθέτει, είναι δυνατή η προβολή της εικόνας σε μόνιτορ.

Αυτό επιτρέπει στο χειρουργό να ελέγξει τα ανατομικά στοιχεία της άρθρωσης, να εκτιμήσει τη σοβαρότητα και το μέγεθος τυχόν βλάβης, καθώς και να διορθώσει τα προβλήματα αν αυτό κριθεί απαραίτητο. Σε αυτήν την περίπτωση ο ασθενής υποβάλλεται σε επανορθωτική χειρουργική με τη βοήθεια ειδικά σχεδιασμένων εργαλείων τα οποία εισέρχονται στην άρθρωση μέσω επιπρόσθετων τομών.

Στην αρθροσκοπική χειρουργική, παρ' όλο που **προσφέρεται πολύ ευκολότερη ανάρρωση σε σχέση με τη μέθοδο της ανοικτής χειρουργικής επέμβασης,** απαιτείται, όπως και στην τελευταία, η χρήση αναισθητικών και ειδικού εξοπλισμού σε χειρουργική αίθουσα νοσοκομείου. Χορηγείται τοπική, ολική ή στελεχιαία νάρκωση, κάτι το οποίο εξαρτάται από τον τύπο της άρθρωσης και από τη φύση του προβλήματος.

Το μέγεθος της χειρουργικής επέμβασης και ο χρόνος ανάρρωσης θα εξαρτηθούν από την πολυπλοκότητα του προβλήματος. Μερικές φορές κατά τη διάρκεια της αρθροσκόπησης ο χειρουργός ανακαλύπτει ότι δεν είναι δυνατή η πλήρης αποκατάσταση της βλάβης με τη συγκεκριμένη μέθοδο μόνο. Το ανοικτό χειρουργείο που θα χρειαστεί σε αυτήν την περίπτωση μπορεί να πραγματοποιηθεί όσο ο ασθενής θα είναι ακόμη υπό την επήρεια της νάρκωσης ή να οριστεί για κάποια άλλη ημερομηνία, εφόσον τα ευρήματα συζητηθούν με το χειρουργό.

Ποιες είναι οι πιθανές επιπλοκές;

Το ποσοστό των επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν είναι ελάχιστο, μικρότερο της τάξεως του 1%. Οι πιο κοινές είναι οι εξής:

- Μόλυνση
- Εκτεταμένο οίδημα
- Αιμορραγία
- Σπάσιμο εργαλείου

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα της αρθροσκόπησης;

Το βασικό πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι το πολύ μικρό μέγεθος της τομής σε σχέση με αυτό μιας ανοικτής επέμβασης.

Παρ' όλο που η αρθροσκοπική χειρουργική έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον του κοινού λόγω του ότι είναι εξαιρετικά δημοφιλής στη θεραπεία των αθλητών, αποτελεί επίσης πολύτιμο εργαλείο στα χέρια των ορθοπαιδικών χειρουργών για όλους όσοι πάσχουν από προβλήματα ορθοπαιδικής φύσεως και είναι πολύ πιο ανώδυνη και εύκολη για τους ασθενείς σε σύγκριση με το ανοικτό χειρουργείο. Για τους περισσότερους, η επέμβαση πραγματοποιείται χωρίς να χρειαστεί παραμονή στο νοσοκομείο. Η επιστροφή στο σπίτι είναι δυνατή μερικές ώρες μετά.

Η ανάρρωση μετά την αρθροσκόπηση

Μετά την αρθροσκοπική χειρουργική οι μικρές τομές θα καλυφθούν. Ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στην αίθουσα ανάνηψης. Οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται ελαφρά ή και καθόλου αναλγητικά φάρμακα.

Δεν είναι ασυνήθιστο φαινόμενο οι ασθενείς να επιστρέφουν στη δουλειά, στο σχολείο και γενικά στις καθημερινές τους δραστηριότητες μέσα σε διάστημα λίγων ημερών.

Η αρθροσκοπική χειρουργική εφαρμόζεται με απόλυτη επιτυχία στην Ευρωκλινική Αθηνών από την ίδρυσή της, στο Τμήμα Αθλητικών Κακώσεων.

Οι μικρές τομές θα χρειαστούν μερικές μέρες για να θεραπευθούν. Η επίδεση αφαιρείται συνήθως μία μέρα μετά το χειρουργείο και τοποθετείται στη θέση της συγκολλητική ταινία τραύματος.

Πριν το εξιτήριο δίνονται οδηγίες για τη φροντίδα των τομών, λίστα δραστηριοτήτων που πρέπει να αποφευχθούν και ασκήσεις που θα βοηθήσουν στην αποκατάσταση. Στην επόμενη επίσκεψη ο χειρουργός θα ελέγξει τις τομές, θα αφαιρέσει τα ράμματα που τυχόν υπάρχουν και θα συζητήσει με τον ασθενή το πρόγραμμα αποκατάστασής του.

Παρά το αμελητέο μέγεθος των τομών και τον ελάχιστο μετεγχειρητικό πόνο, η πλήρης ανάρρωση της άρθρωσης μπορεί να πάρει μερικές εβδομάδες. Ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα δραστηριότητας και αποκατάστασης θα δοθεί, ώστε να επιτευχθεί η γρηγορότερη δυνατή ανάρρωση, καθώς και να διασφαλιστεί η μελλοντικά σωστή λειτουργία της άρθρωσης.

Δεν είναι ασυνήθιστο φαινόμενο οι ασθενείς να επιστρέφουν στη δουλειά, το σχολείο και γενικά στις καθημερινές τους δραστηριότητες μέσα σε διάστημα λίγων μόνο ημερών. Αθλητές και άτομα με πολύ καλή φυσική κατάσταση μπορεί, σε μερικές περιπτώσεις, να επιστρέψουν στις αθλητικές τους δραστηριότητες μέσα σε λίγες εβδομάδες.

Οφείλουμε να υπογραμμίσουμε, πάντως, ότι ασθενείς που υπόκεινται σε αρθροσκόπηση μπορεί να έχουν πολλές διαφορετικές διαγνώσεις και προϋπάρχοντα προβλήματα, γεγονός που καθιστά την κάθε περίπτωση μοναδική. Αυτή η μοναδικότητα της κάθε κατάστασης αντανακλάται στην ανάρρωση του ασθενούς.

ιατρική

Πάνος Α. Αντωνίου
Χειρουργός, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας **Αθηναϊκής Κλινικής**, Athens Colorectal Group, FSAGES, FEAES, FSMIT, FESCP

10 Μύθοι και 10 αλήθειες για τη λαπαροσκοπική χειρουργική

1 **Η λαπαροσκοπική χειρουργική εφαρμόζεται σε περιορισμένο αριθμό επεμβάσεων.**
Η αλήθεια είναι το ακριβώς αντίθετο! Τον Οκτώβριο του 2007 συμπληρώνονται **δεκαεπτά χρόνια** από την εφαρμογή της μεθόδου στην Ελλάδα και σχεδόν όλες οι επεμβάσεις στη χειρουργική που γίνονται λαπαροσκοπικά έχουν πραγματοποιηθεί και στη χώρα μας με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.

2 **Η λαπαροσκοπική χειρουργική είναι μια μοντέρνα μέθοδος.**
Είναι όντως αλήθεια, αλλά δεν πρέπει να ξεχνάμε πως κοντεύουν είκοσι χρόνια από αυτό το μεγάλο βήμα της χειρουργικής και ήδη έχουν ανατείλει τα επόμενα: **ρομποτική χειρουργική, διαγαστρική χειρουργική** (NOTES Surgery) και **τα βλαστοκύτταρα στη χειρουργική.** Άρα, όταν οι τελευταίες αυτές εξελίξεις βρίσκονται λίγο πριν ή λίγο μετά την αρχική τους εφαρμογή, είναι δυνατόν στην Ελλάδα να συζητούμε ακόμη αν χειρουργείται λαπαροσκοπικά ή όχι μια φλεγμονή της χοληδόχου κύστεως ή μια μεγάλη βουβωνοκήλη; Αν ήμασταν οργανωμένοι και υπήρχε πλήρης καταγραφή των δραστηριοτήτων των χειρουργικών τμημάτων, θα αποτυπωνόταν η πραγματικότητα κυρίως στον δημόσιο τομέα υγείας και θα ήταν εμφανής η καθυστέρηση στην εφαρμογή της προόδου. Ευτυχώς, όμως, οι χιλιάδες χειρουργημένοι λαπαροσκοπικά στη χώρα μας αποτελούν τους κυριότερους υπερασπιστές και διαφημιστές της μεθόδου σε πείσμα όσων ακόμη την πολεμούν.

3 **Λαπαροσκοπικά γίνεται μόνο χολοκυστεκτομή (για πέτρες στη χολή, όπως συνήθως λέγεται).**
Τίποτε αναληθέστερο από αυτό! Αν και μέχρι σήμερα υπάρχουν δυστυχώς ακόμη επαγγελματίες υγείας που συνειδητά –προφανώς λόγω ελλιπούς εκπαίδευσης και εξυπηρετώντας συμφέροντα– υποστηρίζουν το μύθο αυτό, η καθημερινή πραγματικότητα τους διαψεύδει. Στις περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες αλλά και στην Ελλάδα, από χειρουργούς που δεν διστάζουν να πρωτοπορούν, εφαρμόζεται η λαπαροσκοπική χειρουργική στις εξής επεμβάσεις: **χολοκυστεκτομή** για χολολιθίαση αλλά και οξεία χολοκυστίτιδα, **αποκατάσταση κηλών** (βουβωνοκήλη, μηροκήλη, ομφαλοκήλη, επιγαστρική κήλη, μετεγχειρητική κήλη, διαφραγματοκήλη), **σκωληκοειδεκτομή, αφαίρεση τμημάτων του εντέρου** για καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις, **διαγνωστικές επεμβάσεις, βιοψίες** ενδοκοιλιακών οργάνων, τοποθέτηση **δακτυλίου στομάχου** και άλλες επεμβάσεις για παχυσαρκία, **κυστικοί όγκοι ωοθηκών**, αλλά και σαλπιγγεκτομές, υστερεκτομές, γαστρεκτομές, γαστρεντεροαναστομώσεις, νεφρεκτομές, σπληνεκτομές, αφαίρεση όγκων επινεφριδίων, όγκοι και κύστεις ήπατος, λεμφαδενικοί καθαρισμοί και ογκολογική σταδιοποίηση, ριζικές προστατεκτομές, τοποθέτηση διαφόρων καθετήρων και, όσο περνά ο και-

Σχεδόν όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται λαπαροσκοπικά έχουν πραγματοποιηθεί και στη χώρα μας με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.

ρός, όλο και συνθετότερες επεμβάσεις (π.χ., οισοφαγεκτομές, παγκρεατεκτομές).

4 Η λαπαροσκοπική χειρουργική δεν είναι για όλες τις ηλικίες.
Ίσως αυτό να είχε αρκετή δόση αλήθειας την πρώτη πενταετία εφαρμογής της μεθόδου. Όμως μετά το 1995 και τις μελέτες που απεδείκνυαν πως οι λαπαροσκοπικές επεμβάσεις γίνονται ασφαλώς **στα παιδιά** αλλά και **σε ασθενείς άνω των 65 ετών** (εφόσον, βέβαια, δεν υπάρχουν άλλες σημαντικές ασθένειες όπως π.χ., καρδιοαναπνευστικά προβλήματα), και αυτός ο μύθος κατέρρευσε.

5 Οι λαπαροσκοπικές επεμβάσεις είναι δύσκολες επεμβάσεις και έχουν πολλές επιπλοκές.
Η πραγματικότητα είναι πως οι λαπαροσκοπικές επεμβάσεις, αν και τεχνικά απαιτητικές, είναι ασφαλέστερες των κλασικών «ανοικτών» επεμβάσεων και αυτό έχει πολλαπλά αποδειχθεί από το 1990 που έγινε η πρώτη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή στη χώρα μας, αλλά **μόνον** όταν εφαρμόζονται κάτω από αυστηρούς κανόνες και από σωστά εκπαιδευμένους χειρουργούς. Η μεγέθυνση της χειρουργικής εικόνας με το λαπαροσκόπιο, η πρόσβαση μέσω του λαπαροσκοπίου δυσπρόσιτων περιοχών της κοιλιάς και η ελάχιστη επέμβαση στα ενδοκοιλιακά όργανα είναι οι βασικές αιτίες της αυξημένης ασφάλειας αλλά και αποτελεσματικότητας στην εκτέλεση όλο και δυσκολότερων λαπαροσκοπικών επεμβάσεων. Δεν είναι τυχαίο και άλλωστε είναι πασίγνωστο στη χειρουργική κοινότητα πως οι μεγαλύτερες επιπλοκές στη χώρα μας προήλθαν από επιπολαιότητα και υπερεκτίμηση των γνώσεων ενδοσκοπικής χειρουργικής από χειρουργούς που με ελάχιστη εκπαίδευση ξεκίνησαν τις λαπαροσκοπικές επεμβάσεις και στον δημόσιο αλλά και στον ιδιωτικό τομέα υγείας.

6 Δεν υπάρχουν σημαντικά πλεονεκτήματα για τους ασθενείς έναντι των «ανοικτών» επεμβάσεων (ιδίως όταν αυτές γίνονται με πολύ μικρές τομές).
Ο καθημερινός μύθος! Έχει αποδειχθεί από εκατοντάδες μελέτες εδώ και δεκαπέντε χρόνια αλλά και από την καθημερινή κλινική εμπειρία πως οι λαπαροσκοπικές επεμβάσεις έχουν σαφώς **λιγότερο πόνο** χαμηλότερης έντασης και διάρκειας, **ταχύτερη ανάρρωση** με **λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα, λιγότερο χειρουργικό στρες** και **πολύ μικρότερη διάρκεια νοσηλείας.**

7 Οι λαπαροσκοπικές επεμβάσεις κοστίζουν πολύ.
Είναι μια σημερινή πραγματικότητα ότι το κόστος των επεμβάσεων αυτών τόσο σε απαιτούμενα μηχανήματα και εργαλεία όσο και σε ιατρικές αμοιβές είναι **αυξημένο** σε σχέση με τις «ανοικτές» επεμβάσεις. Δεν θα πρέπει όμως να παραγνωρίζουμε το **συνολικό τελικό κέρδος** και για τον ίδιο τον ασθενή και για την οικονομία γενικότερα, που προκύπτει από την ταχύτερη δραστηριοποίηση του χειρουργημένου και την επάνοδό του σε πλήρη δραστηριότητα εντός ολίγων ημερών.

8 Υπάρχουν χειρουργοί που χειρουργούν καλύτερα λαπαροσκοπικά από ό,τι «ανοικτά»;
Όσο κι αν αυτό ακούγεται **αξιοπερίεργο**, είναι αλήθεια πως οι καλά εκπαιδευμένοι ενδοσκόποι χειρουργοί που πρωτοεφάρμοσαν τις νέες τεχνικές αλλά και οι νέοι χειρουργοί της τελευταίας δεκαετίας έχουν κύρια εκπαίδευση αλλά και περισσότερες εμπειρίες από τη λαπαροσκοπική χειρουργική.

Οι λαπαροσκοπικές επεμβάσεις είναι ασφαλέστερες των κλασικών «ανοικτών» επεμβάσεων, αλλά μόνον όταν εφαρμόζονται σύμφωνα με αυστηρούς κανόνες.

***Σημείωση**: Ο χειρουργός Πάνος Αντωνίου συμμετείχε στις πρώτες επεμβάσεις και στην αρχική εφαρμογή γενικότερα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής στην Ελλάδα από το 1990.*

9 Είναι αλήθεια πως οι χειρουργοί εκπαιδεύονται όπως οι πιλότοι;
Αυτό είναι απολύτως σωστό! Σήμερα, για να αποκτήσει (παγκοσμίως) κάποιος το δικαίωμα να χειρουργεί λαπαροσκοπικά, πρέπει να έχει αφιερώσει πολλές ώρες εκπαίδευσης στο πειραματικό χειρουργείο, βοηθώντας έμπειρους χειρουργούς τόσο στο χειρουργείο όσο και σε **εξομοιωτές επεμβάσεων** (simulators) κατά το πρότυπο εκπαίδευσης των πιλότων.

10 Πρέπει να έχει ο χειρουργός που κάνει λαπαροσκοπικές επεμβάσεις ειδικό πτυχίο ή πιστοποιητικό εκπαίδευσης;
Αυτό είναι το μόνο σίγουρο! Πρέπει να αποδεικνύεται από πιστοποιητικά εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης η συνεχής, διά βίου, επιμόρφωσή του στις νεότερες εξελίξεις, κατ' επέκταση και στη λαπαροσκοπική χειρουργική. Όσο κι αν φαίνεται άκομψο να το ρωτήσουμε, δεν είναι κάτι που πρέπει να το υποθέσουμε. Ο λαπαροσκόπος χειρουργός πρέπει να δέχεται και να μπορεί να απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις του ασθενούς, ακόμη και σε σχέση με την εκπαίδευσή του, έτσι ώστε να οδηγηθεί στο χειρουργείο με πλήρη επίγνωση του ποιος είναι αυτός που θα τον χειρουργήσει, τι ακριβώς θα κάνει και τι πιθανότητες επιπλοκών υπάρχουν. Η μεγαλύτερη δυνατή διαφάνεια στον τομέα αυτό εξασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό και το τελικό αποτέλεσμα.

ιατρική

Βασίλης Παυλιδέλης
Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος, Συνεργάτης **Ευρωκλινικής Αθηνών**

Ανάπλαση πτερυγίου ωτός με χρήση αυτογενούς πλευρικού χόνδρου

Ένα στα 10.000 παιδιά που γεννιούνται σε όλον τον κόσμο, αγόρι ή κορίτσι, παρουσιάζει πλήρη ή μερική έλλειψη πτερυγίου ωτός, η οποία ονομάζεται απλασία ωτός ή επιστημονικά διεθνώς ανωτία (anotia). Η σπουδαιότερη αιτία της συγγενούς αυτής ανωμαλίας είναι η διακοπή της αιμάτωσης στην περιοχή όπου διαπλάθεται το αφτί του εμβρύου. Η διακοπή της αιμάτωσης οφείλεται σε διάφορους παράγοντες – γονιδιακούς και άλλου τύπου. Κληρονομικοί παράγοντες επίσης ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της απλασίας του πτερυγίου ωτός.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η απλασία πτερυγίου ωτός συνυπάρχει με ατρησία του έξω ακουστικού πόρου. Επομένως το αφτί, πέραν των άλλων, «αδυνατεί να ακούσει», επειδή στην περίπτωση αυτή παρουσιάζει υπανάπτυξη και το μέσο αφτί. Η παρουσία της ατρησίας οδηγεί στη μελέτη αυτού του ενδεχομένου, ώστε κατά τη χειρουργική αισθητική πλαστική αποκατάσταση του πτερυγίου να γίνεται παράλληλη προσπά-

θεια και για τη λειτουργική αποκατάσταση της ακοής.

Η μόνη ανά τον κόσμο ευρύτερα αποδεκτή χειρουργική τεχνική για την οριστική αντιμετώπιση της απλασίας του πτερυγίου ωτός είναι η χειρουργική τεχνική ανάπλασης του πτερυγίου ωτός με χρήση πλευρικού χόνδρου, ο οποίος λαμβάνεται από τον ίδιο τον ασθενή (αυτογενής χόνδρος).

Το αποτέλεσμα που επιτυγχάνεται με τη νέα αυτή χειρουργική τεχνική αποκατάστασης του ελλείποντος πτερυγίου είναι εντυπωσιακό και πέραν πάσης προσδοκίας τόσο από αισθητική όσο και από λειτουργική άποψη. Ιδανική ηλικία για την έναρξη της διαδικασίας ανάπλασης πτερυγίου ωτός είναι τα 8-10 έτη. Σύμφωνα με τη νέα αυτή τεχνική, είναι απαραίτητες δύο πλαστικές επεμβάσεις με χρονική διαφορά 6-9 μηνών.

Στην πρώτη επέμβαση λαμβάνεται επαρκής πλευρικός χόνδρος από το έκτο, το έβδομο, το όγδοο και το ένατο πλευρό του πάσχοντος. Αμέσως μετά τη λήψη του ο χόνδρος αυτός μορφοποιείται στο χειρουργείο, επάνω σε τραπέζι, σε έναν κατάλληλο σκελετό πτερυγίου ωτός. Η μορφοποίηση του σκελετού αυτού διαρκεί τρεις ώρες και πραγματοποιείται ενώ ο ασθενής βρίσκεται κάτω από γενική νάρκωση. Ταυτόχρονα πραγματοποιείται η συρραφή του τραύματος στην πλευρά «δότης». Ο σκελετός τοποθετείται κάτω από το δέρμα σε ειδική θήκη/τσέπη, η οποία έχει διαμορφωθεί στη θέση όπου θα δημιουργηθεί νέο πτερύγιο. Στη συνέχεια τοποθετείται μικρή αναρρόφηση, ώστε να διευκολυνθεί η επικόλληση του δέρματος επί του σκελετού και κατόπιν γίνεται κατάλληλη επίδεση του τραύματος, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος νέκρωσης (μαυρίσματος). Μετά από 4-6 μήνες το δέρμα προσφύεται επαρκώς επάνω στο σκελετό και τότε πλέον γίνονται εμφανέστερες οι γνωστές ανατομικές λεπτομέρειες του πτερυγίου (έλικα, ανθέλικα, τράγος, αντίτραγος, κύμβη, κόγχη κ.λπ.). Αυτό το πρώτο στάδιο της επέμβασης διαρκεί 4-5 ώρες, πραγματοποιείται με γενική νάρκωση και απαιτεί παραμονή δύο ημερών στην κλινική.

Στη δεύτερη επέμβαση, η οποία πραγματοποιείται 6-9 μήνες μετά την πρώτη, καθορίζονται η οριστική θέση και η απόσταση του αναπλασθέντος πτερυγίου ωτός από το κεφάλι, ώστε να σχηματισθεί το αποκατασταθέν/αναπλασθέν νέο πτερύγιο του ωτός. Αυτό το δεύτερο στάδιο της επέμβασης διαρκεί 2-3 ώρες, πραγματοποιείται επίσης με γενική νάρκωση και δεν απαιτεί παρά μόνο μία ημέρα παραμονής στην κλινική.

Σε κάποιες περιπτώσεις, μετά την ολοκλήρωση των δύο βασικών επεμβάσεων για την ανάπλαση του πτερυγίου, διαπιστώνεται ότι χρειάζονται μερικές μικροβελτιώσεις σε διάφορα σημεία του νεοδημιουργηθέντος πτερυγίου, ώστε να αποκτήσει τελειότερη μορφή. Αυτές οι μικροβελτιώσεις μπορεί να θεωρηθούν ως τρίτο στάδιο της ανάπλασης. Πραγματοποιούνται με ελαφρές χειρουργικές διορθώσεις, κυρίως στο δέρμα της περιοχής, με τοπική νάρκωση, σε χειρουργείο ημέρας, χωρίς να απαιτείται παραμονή στην κλινική. Η πραγματοποίηση τέτοιων μικροδιορθώσεων γίνεται τουλάχιστον ένα έτος μετά το δεύτερο στάδιο της ανάπλασης.

Πριν

Μετά

Η ανάπλαση του πτερυγίου ωτός έχει θεαματικά αισθητικά αποτελέσματα και βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Με τη σύγχρονη αυτή χερουργική τεχνική ανάπλασης του πτερυγίου ωτός με χρήση αυτογενούς πλευρικού χόνδρου, ο οποίος, όπως προαναφέραμε, λαμβάνεται από το ίδιο το πάσχον άτομο, **η ομοιότητα του νεοσχηματισθέντος πτερυγίου ως προς το άλλο –το «φυσιολογικό» πτερύγιο του ατόμου– ανέρχεται στο 70%-90%, ανάλογα με την κάθε περίπτωση.**

Η ανάπλαση πτερυγίου ωτός είναι συνδυασμός επανορθωτικής και αισθητικής επέμβασης. Διορθώνει μια σοβαρή συγγενή ανωμαλία, προσφέρει θεαματικό αισθητικό αποτέλεσμα και παράλληλα δύναται να βελτιώσει την ακοή, χαρίζοντας στο άτομο υγεία, ευεξία και, κατ' επέκταση, μια δημιουργική και ευτυχισμένη ζωή. Γι' αυτό, όλα τα ασφαλιστικά ταμεία αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο κόστος των επεμβάσεων που απαιτούνται για την ολοκλήρωση της ανάπλασης.

www.pavlidelis.gr

ιατρική

Αναστάσιος Λιβάνιος
Χειρουργός Ουρολόγος, Μέλος ΟΝΟΓΟ, Συνεργάτης **Αθηναϊκής Κλινικής**

Ουροδυναμικός έλεγχος και ακράτεια

Ο ουροδυναμικός έλεγχος εξασφαλίζει έναν πιο εμπεριστατωμένο τρόπο για τον έλεγχο της λειτουργίας της ουροδόχου κύστεως. Πρέπει πάντα να χρησιμοποιείται όταν ο θεράπων ιατρός, μετά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού και της φυσικής εξέτασης του ασθενούς, έχει την υποψία ότι η ακράτεια οφείλεται σε περισσότερες από μία αιτίες. Προσφέρει κατ' αυτόν τον τρόπο τη διάγνωση της ακράτειας.

Τον ουροδυναμικό έλεγχο συνοδεύουν (εκ των προτέρων) κι άλλες απεικονιστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, όπως:

- Καλλιέργεια ούρων (κατά τη διάρκεια λοίμωξης του κατώτερου ουροποιητικού δεν διενεργείται ουροδυναμική εξέταση),
- U/S (υπέρηχος νεφρών – κύστεως) και
- μέτρηση υπολείμματος ούρων P.V.R. (Post Void Residual).

Η ουροδυναμική εξέταση για τον έλεγχο της ακράτειας ούρων στη γυναίκα περιλαμβάνει:

α) ροή ούρων (προ και μετά ούρησης) και

β) κυστεομανομετρία πλήρωσης,

κατά την οποία ελέγχονται:

- οι πιέσεις που αναπτύσσονται στην ουροδόχο κύστη κατά τη διάρκεια της πλήρωσης (low complience) και η χωρητικότητά της,
- η επιτακτική ακράτεια ούρων (σύνδρομο υπερλειτουργικής κύστεως),
- το σημείο όπου είναι αδύνατον οι μύες του πυελικού εδάφους και ο σφιγκτήρας να συγκρατήσουν τα ούρα, με τη βοήθεια του τεστ V.L.P.P. (Valsava Leak Point Pressure) και, τέλος,
- τη μέγιστη πίεση ουρηθρικής σύγκλεισης (Maximum Urethral Closure Pressure), η οποία μετράει την πίεση στην οποία η ουρήθρα μπορεί και παραμένει κλειστή.

Η ακράτεια ούρων δεν αποτελεί νόσο, συνιστά όμως ένα μεγάλο πρόβλημα στην καθημερινή ζωή καθώς και στην αυτοπεποίθηση κάθε γυναίκας.

Ο ουροδυναμικός έλεγχος είναι μια εξέταση που επιβάλλεται αφενός όταν έχει αποφασισθεί η αντιμετώπιση της ακράτειας με χειρουργική επέμβαση και αφετέρου όταν η ασθενής δεν ανταποκρίνεται σε οποιαδήποτε άλλη θεραπεία.

Ακράτεια ούρων στη γυναίκα

Τι είναι η ακράτεια ούρων;

Ακράτεια ούρων είναι η ακούσια απώλεια ούρων. Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν βήχουμε, γελάμε, φτερνιζόμαστε ή έχουμε επιτακτική ανάγκη να πάμε στην τουαλέτα και δεν προλαβαίνουμε. Η ακράτεια ούρων δεν αποτελεί νόσο αλλά σύμπτωμα δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού, συνιστά όμως ένα μεγάλο πρόβλημα στην καθημερινή ζωή καθώς και στην αυτοπεποίθηση κάθε γυναίκας.

Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι ακράτειας στη γυναίκα;

Υπάρχουν τρεις διαφορετικοί τύποι:

1) **Ακράτεια προσπαθείας.** Ο πιο συχνός τύπος ακράτειας ούρων στη γυναίκα. Συμβαίνει όταν έχουμε απότομη αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης μετά από βήχα, φτέρνισμα, γέλιο και διάφορες άλλες δραστηριότητες.

2) **Επιτακτική ακράτεια.** Καλείται και υπερλειτουργική κύστη. Συμβαίνει όταν η επιθυμία για ούρηση είναι τόσο έντονη και ξαφνική, ώστε να μην προλαβαίνει κανείς να φτάσει στην τουαλέτα, ακόμη κι όταν η κύστη περιέχει πολύ μικρή ποσότητα ούρων. Επιπλέον, σε αυτόν τον τύπο ακράτειας μερικές γυναίκες μπορεί να έχουν ξαφνική απώλεια ούρων χωρίς καμία προειδοποίηση όσον αφορά την αίσθηση. Επίσης, άλλες γυναίκες μπορεί να έχουν απώλεια όταν ακούσουν και μόνο το νερό να πέφτει ή βάλουν τα χέρια τους κάτω από αυτό.

3) **Μικτή ακράτεια.** Είναι συνδυασμός διαφορετικών τύπων ακράτειας, συνήθως των δύο παραπάνω. Αυτοί οι δύο τύποι ακράτειας εμφανίζονται συχνά σε γυναίκες άνω των 50 ετών.

Τι μπορεί να προκαλέσει την ακράτεια ούρων;

Η ακράτεια ούρων μπορεί κάποιες φορές να είναι προσωρινό πρόβλημα που προκύπτει εξαιτίας μιας λοίμωξης του κατώτερου ουροποιητικού, μιας φαρμακευτικής αγωγής, ή ακόμη και μιας μεγάλης δυσκοιλιότητας. Όταν οι παραπάνω αιτίες αντιμετωπισθούν, διορθώνεται και η ακράτεια. Το χρόνιο, όμως, πρόβλημα ακράτειας μπορεί να οφείλεται σε χαλάρωση (weakness) των μυών του πυελικού εδάφους ή ακόμη και σε καταστροφή τους, όπως επίσης σε δυσλειτουργία των νεύρων που ελέγχουν την ούρηση.

Πώς πραγματοποιείται η διάγνωση της ακράτειας ούρων;

Για τη διάγνωση της ακράτειας ούρων στη γυναίκα χρειάζονται:

- Ιατρικό ιστορικό,
- φυσική εξέταση σε συνδυασμό με ειδικά διαγνωστικά τεστ και
- καλλιέργεια ούρων (για ενδεχόμενη λοίμωξη), που μπορεί συχνά να μας αποκαλύψει την αιτία της γυναικείας ακράτειας.

Αν, όμως, η ακράτεια οφείλεται σε περισσότερα από ένα προβλήματα, χρειάζεται περαιτέρω έλεγχο με άλλες διαγνωστικές εξετάσεις, όπως η ουροδυναμική.

Πώς μπορεί να αντιμετωπισθεί η πρόοδος της ακράτειας και η μείωση των επεισοδίων απώλειας ούρων;

- Με εκγύμναση των μυών του πυελικού εδάφους (ασκήσεις Kegel),
- διατήρηση του φυσιολογικού σωματικού βάρους,
- διακοπή του καπνίσματος και
- αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ, καφεΐνης και τροφών που ερεθίζουν την ουροδόχο κύστη.

Αν οι ασκήσεις των μυών του πυελικού εδάφους και ο διαφορετικός τρόπος ζωής δεν επιφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, τότε μπορεί να γίνει συνδυασμός με φαρμακευτική αγωγή.

Αντιχολινεργικά όπως οξυβουτυνίνη, τολτεροδίνη και σολφιναχίνη μειώνουν τη συσπαστικότητα της ουροδόχου κύστεως και αυξάνουν τη χωρητικότητά της. Αυτά τα φαρμακευτικά σκευάσματα χρησιμοποιούνται συνήθως στην επιτακτικού τύπου ακράτεια, μπορεί όμως να προκαλέσουν κάποιες παρενέργειες, όπως ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, επίσχεση ούρων κ.ά. Σήμερα υπάρχουν και νέα σκευάσματα που στοχεύουν στη μείωση των παρενεργειών, όπως τα επιδερμικά επιθέματα (skin patches). Αντικαταθλιπτικά όπως ντουλοξετίνη και ιμιπραμίνη χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της ακράτειας προσπαθείας. Προκαλούν χάλαση της ουροδόχου κύστεως και αύξηση της σύσπασης του αυχένα της κύστεως και του έξω σφιγκτήρα. Μπορούν να χορηγηθούν σε συνδυασμό με αντιχολινεργικά σκευάσματα.

Η ακράτεια ούρων μπορεί κάποιες φορές να είναι προσωρινό πρόβλημα με συγκεκριμένες αιτίες. Όταν αυτές αντιμετωπισθούν, διορθώνεται και η ακράτεια.

Χειρουργική Αντιμετώπιση

Η χειρουργική αντιμετώπιση αφορά την ακράτεια προσπαθείας (stress incontinence) και του μικτού τύπου ακράτειας. Σκοπός της είναι να ανασηκωθεί η ουρήθρα ή ο αυχένας της κύστεως στη φυσιολογική τους θέση. Υπάρχουν διάφορες επεμβάσεις που έχουν εφαρμοσθεί στο παρελθόν. Σήμερα πραγματοποιούνται κυρίως χειρουργικές πράξεις ελάχιστης επεμβατικότητας υπό τοπική ή περιοχική αναισθησία τοποθέτησης ταινίας ελεύθερης τάσεως (TVT TOT).

Η απόφαση για χειρουργική αντιμετώπιση πρέπει να βασίζεται σε σίγουρη διάγνωση μέσω της φυσικής εξέτασης και του ουροδυναμικού ελέγχου, αφού έχει προηγηθεί προσπάθεια αντιμετώπισης με άλλες θεραπευτικές μεθόδους.

Γεώργιος Α. Κουτσουνόπουλος
Γαστρεντερολόγος, Συνεργάτης **Αθηναϊκής Κλινικής**

Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (ΣΕΕ) –Σπαστική Κολίτιδα

Το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου, γνωστό και ως σπαστική κολίτιδα, ιδιοπαθής δυσκοιλιότητα ή νευρογενής διάρροια, είναι μια κινητική διαταραχή της λειτουργίας του κατώτερου πεπτικού συστήματος. Εμφανίζεται κυρίως ως αλλαγή του ρυθμού κένωσης του εντέρου με διάρροια ή δυσκοιλιότητα και κοιλιακό πόνο.

Η συχνότητά του είναι αρκετά υψηλή στον γενικό πληθυσμό και υπολογίζεται στο 25%-30% των ατόμων που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Η απώλεια εργατοωρών προσεγγίζει εκείνη των πασχόντων από κοινό κρυολόγημα. Επιπλέον, το κόστος των κλινικοεργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται για τον αποκλεισμό κάποιου σοβαρού νοσήματος υπογραμμίζει το μέγεθος του προβλήματος για τη δημόσια υγεία και τη δυσκολία στη διάγνωσή του.

Το ΣΕΕ είναι χρόνιο νόσημα και χαρακτηρίζεται από περιόδους έξαρσης και ύφεσης. **Παρουσιάζεται συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άνδρες** ηλικίας 20-50 ετών σε σχέση 2:1. Συνήθως πρόκειται για άτομα υψηλού μορφωτικού και κοινωνικού επιπέδου.

Ποια είναι η αιτία που πυροδοτεί το ΣΕΕ;

Πρωταρχικά πρέπει να τονισθεί το γεγονός ότι δεν οφείλεται σε προσβολή του οργανισμού από εξωτερικούς παράγοντες, όπως ιούς ή βακτηρίδια. **Οι παράγοντες που**

φαίνεται να ενοχοποιούνται είναι ψυχολογικής φύσεως και συνδυάζονται συχνότερα με κάποιο δυσάρεστο προσωπικό γεγονός –θάνατο προσφιλούς προσώπου, διαζύγιο, απώλεια εργασίας, σεξουαλική κακοποίηση– και γενικότερα με καταστάσεις που δημιουργούν στρες και κατάθλιψη ή που μειώνουν την αυτοεκτίμηση. Έτσι, λοιπόν, στο ΣΕΕ το έντερο παρουσιάζει παθολογική ευαισθησία που εκφράζεται με αύξηση ή μείωση της κινητικότητάς του και κοιλιακό πόνο, ιδίως κατά τη δίοδο της τροφής μετά τη διαδικασία της πέψης.

Κύρια συμπτώματα-κριτήρια που βοηθούν τον ειδικό να προσεγγίσει το ΣΕΕ και να το διαχωρίσει από άλλα γαστρεντερολογικά νοσήματα είναι:

1) Διάταση της κοιλίας,
2) αναφερόμενα επεισόδια κοιλιακού πόνου,
3) υποχώρηση του κοιλιακού άλγους με την κένωση,
4) συχνότερη αφόδευση και πιο μαλακά κόπρανα με την έναρξη του πόνου και
5) αίσθηση μη πλήρους κένωσης του εντέρου και παρουσία βλέννης στα κόπρανα.

Το 90% των πασχόντων από ΣΕΕ εμφανίζει τουλάχιστον τρία ή και περισσότερα από αυτά τα συμπτώματα. Ο κοιλιακός πόνος παρουσιάζεται σταθερός, κολικοειδής ή βύθιος και εντοπίζεται συνηθέστερα στην κάτω αριστερή κοιλία, είναι πιο συχνός με τα γεύματα και κατά κανόνα δεν ξυπνά τον ασθενή. Οι διάρροιες αποτελούνται βασικά από κενώσεις μικρού όγκου που σπάνια είναι περισσότερες από τρεις το 24ωρο. Η δυσκοιλιότητα ορίζεται ως κένωση σε διάστημα μεγαλύτερο των τριών ημερών από την προηγούμενη, ενώ τα κόπρανα έχουν σκληρή σύσταση και πολλές φορές μικρή διάμετρο. Συνοδά συμπτώματα από το ανώτερο πεπτικό (οισοφάγος - στόμαχος) που σπανιότερα υπάρχουν είναι η ναυτία, ο έμετος, η δυσκολία στην κατάποση και το αίσθημα στομαχικού κορεσμού μετά τη λήψη μικρής ποσότητας τροφής. Τέλος, συμπτώματα που δεν σχετίζονται με το πεπτικό –αίσθηση εύκολης κόπωσης, πονοκέφαλος, οσφυαλγία, συχνουρία, πόνος κατά τη σεξουαλική συνεύρεση– εμφανίζονται με διαφορετική συχνότητα.

Η διάγνωση του ΣΕΕ δεν μπορεί να εξασφαλισθεί μόνο από θετικά συμπτώματα-κριτήρια, αλλά, όπως προαναφέρθηκε, θα πρέπει να στηριχθεί στον αποκλεισμό άλλων οργανικών παθήσεων που «συμπεριφέρονται» παρόμοια με το συγκεκριμένο σύνδρομο. Έτσι, η λεπτομερειακή λήψη ιστορικού, η κλινική εξέταση, ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος θεωρούνται απαραίτητα εργαλεία, ενώ η εξέταση των κοπράνων για παρουσία αίματος, παράσιτων ή βακτηριδίων και η ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου ολοκληρώνουν την ιατρική προσέγγιση και τεκμηριώνουν τη λεγόμενη εξ αποκλεισμού διάγνωση.

Το ΣΕΕ είναι μια χρόνια αλλά καλοήθης πάθηση που βελτιώνεται σημαντικά όταν ο ασθενής αποφεύγει κάθε σωματική και κυρίως ψυχολογική επιβάρυνση.

Η θεραπεία του ΣΕΕ περιλαμβάνει γενικά μέτρα, διαιτητική αγωγή, φαρμακευτική υποστήριξη και άλλες μεθόδους. Αρχικά, ο γιατρός θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή ότι πρόκειται για μια χρόνια αλλά καλοήθη πάθηση και ότι η κατάστασή του θα βελτιωθεί σημαντικά με την αποφυγή κάθε σωματικής και κυρίως ψυχολογικής επιβάρυνσης. Ο ρόλος της δίαιτας είναι βασικός, με τις περισσότερες μελέτες να καταλήγουν στο ότι ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει τις τροφές που τον «πειράζουν». Επιπρόσθετα, ο ασθενής με διαρροϊκές κενώσεις καλό είναι να αποφεύγει τα λίπη, τα καρυκεύματα (πιπέρι, σκόρδο, κρεμμύδι κ.λπ.), ενώ εκείνος με δυσκοιλιότητα πρέπει να εντάξει στη διατροφή του φυτικές ίνες (ψωμί ολικής άλεσης, πιτυρούχα σκευάσματα, όσπρια, λαχανικά κ.ά.). Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του ΣΕΕ περιλαμβάνει φάρμακα με δράση στην εντερική κινητικότητα, αγχολυτικά, ηρεμιστικά και αντικαταθλιπτικά. Τέλος, περίπου το 25% των ασθενών βελτιώνεται ύστερα από ψυχοθεραπεία ή θεραπεία συμπεριφοράς.

Συμπερασματικά, το ΣΕΕ είναι ένα λειτουργικό σύνδρομο που αφορά μεγάλη μερίδα πληθυσμού. Η προσέγγισή του απαιτεί κλινική εμπειρία, διαγνωστική οξύτητα, λεπτούς χειρισμούς και απεριόριστη εμπιστοσύνη στον θεράποντα ιατρό.

ιατρική

Αλέξανδρος Τσακατίκας
Πνευμονολόγος, **Αθηναϊκή Κλινική**

Η χρησιμότητα της σπιρομέτρησης

Η σπιρομέτρηση είναι μια απλή εργαστηριακή εξέταση που αποσκοπεί στο να καταμετρήσει (να «φωτογραφήσει») την ανεμπόδιστη ή μη διαδρομή που διανύει ο αέρας στους βρόγχους κατά την πλήρη αναπνοή. Με την εξέταση αυτή μετρούνται όγκοι, ροές και χωρητικότητες του αναπνευστικού συστήματος σε συνάρτηση με το χρόνο. Σήμερα είναι αυτονόητο ότι η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης πραγματοποιείται με πιεσόμετρο και αποτελεί μια πολύ διαδεδομένη πράξη. Δεν συμβαίνει το ίδιο, όμως, και με τη μέτρηση των ροών και δυστυχώς η εκτέλεση σπιρομετρήσεων υπολείπεται κατά πολύ του μεγάλου αριθμού παθήσεων του αναπνευστικού στον κόσμο.

Η χρησιμότητα και οι ενδείξεις της σπιρομέτρησης είναι πολλές. Ας δούμε τις κυριότερες:

1) **Μέτρηση της αεραγωγιμότητας των βρόγχων.** Οι αναμενόμενες τιμές έχουν προκαθορισθεί βάσει διεθνών στάνταρ και τοποθετούνται ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τη φυλή και τα σωματομετρικά στοιχεία του εξεταζόμενου. Χρησιμεύει στην πρόγνωση για ασφάλεια ζωής και σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό αναπνευστικών παθήσεων.

2) **Κλινική διάγνωση.** Το βρογχικό άσθμα, η Χρονία Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και η διάμεση πνευμονοπάθεια είναι παθήσεις των οποίων η ορθή παρακολούθηση στηρίζεται στη σπιρομέτρηση. Ο σύγχρονος γιατρός βασίζεται στις καταγραφόμενες τιμές για να τροποποιήσει τις θεραπευτικές του δυνατότητες. Πρακτικά σήμερα δεν μπο-

ρεί να θεωρηθεί ότι οποιοσδήποτε γιατρός παρακολουθεί με ασφάλεια τον ασθενή του χωρίς να βασίζεται στην καμπύλη ροής όγκου (F/V) και στον βίαια εκπνεόμενο όγκο (FEV1), που αποτελούν τις σπουδαιότερες παραμέτρους του λειτουργικού ελέγχου της αναπνοής.

3) **Διαφοροδιάγνωση μεταξύ αποφρακτικού ή περιοριστικού συνδρόμου.** Παθήσεις όπως η πνευμονική ίνωση, η κυφοσκολίωση, η ατελεκτασία, οι νόσοι του κολλαγόνου, οι κοκκιωματώσεις, η διάμεση πνευμονίτιδα κ.ά. έχουν τυπική εικόνα στον λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής και αποτελούν το αποκαλούμενο «περιοριστικό μοντέλο». Αντιθέτως, το αποφρακτικό μοντέλο απαρτίζεται κυρίως από το βρογχικό άσθμα και τη ΧΑΠ και διαφοροποιείται σημαντικά από το άλλο (εικόνα 1).

4) **Η χρήση βρογχοδιασταλτικών σε ασθενείς με εγκατεστημένη Χρονία Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια** είναι λίγο-πολύ συνεχής. Ο μοναδικός τρόπος εκτίμησης της αποτελεσματικής βρογχοδιαστολής είναι η σπιρομέτρηση και πρακτικά δεν μπορεί να υπάρξει σωστή αντιμετώπιση της νόσου χωρίς τακτικό λειτουργικό έλεγχο αναπνοής.

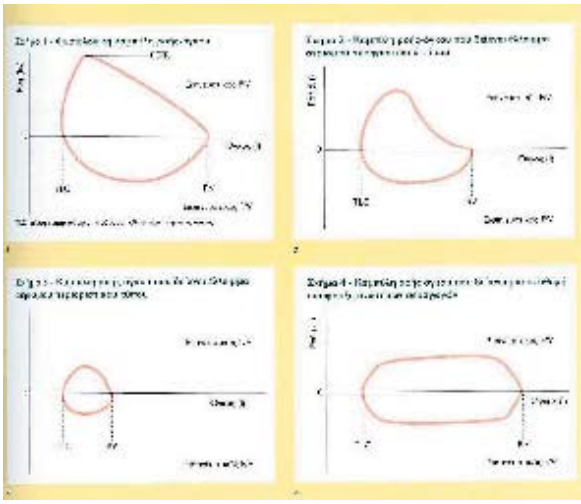
5) **Μέτρηση της αναστρεψιμότητας** μετά από εισπνοές βρογχοδιασταλτικού φαρμάκου (αεροζόλ) **σε ασθενή με αρρύθμιστο άσθμα.** Εκτελείται πρώτα η σπιρομέτρηση και κατόπιν ο ασθενής εισπνέει εκνέφωμα β2 – διεγέρτη ή/και αντιχολινεργικού (προτιμότερο για 10 - 15 λεπτά σε μάσκα αεροζόλ). Ακολουθεί νέα μέτρηση και έτσι εκτιμάται και καθορίζεται η μορφή της φαρμακευτικής αγωγής που θα λάβει ο ασθενής στη συνέχεια. Η μεγάλη αναστρεψιμότητα θεωρείται στοιχείο ταχύτερης ανταπόκρισης στην αγωγή.

6) **Επανεκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς.** Η επιτυχής έκβαση της θεραπείας στο follow-up του ανωτέρω ασθενούς θα βασιστεί στη σπιρομέτρηση. Η επίτευξη φυσιολογικών - αναμενόμενων τιμών σε ασθενείς με άσθμα θα σημάνει τη σταθεροποίηση της νόσου και πιθανόν την παύση της φαρμακευτικής αγωγής.

7) **Κάπνισμα.** Η ανίχνευση της βλάβης των μικρών αεραγωγών (διάμετρος μικρότερη των 2 χιλ.), πράγμα που συμβαίνει ακόμη και στο παθητικό κάπνισμα, μπορεί να επισημανθεί με τη σπιρομέτρηση. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να γνωρίζει ο καπνιστής ότι οι πρώιμες βλάβες από το κάπνισμα μπορούν να ανιχνευθούν και να επισημανθεί το μέγεθός τους μόνο με σπιρομετρία. Η νόσος των μικρών αεραγωγών είναι το σημείο που μπορεί να παρέμβει ο πνευμονολόγος ώστε να ωφεληθεί ο ασθενής έγκαιρα και –το κυριότερο– χωρίς εμφανείς λειτουργικές διαταραχές.

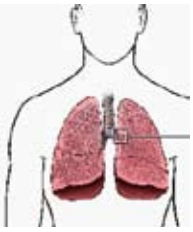
8) **Προεγχειρητική εκτίμηση.** Η αξιολόγηση του βαθμού του διεγχειρητικού κινδύνου σε ασθενή με νόσημα του αναπνευστικού παρέχεται κυρίως από τη σπιρομέτρηση σε συνάρτηση με την κλινική εξέταση. Ο αναισθησιολόγος θα χρειαστεί να «διαβάσει» την εξέταση πριν χορηγήσει την αναισθησία, ώστε να ρυθμίσει ιδανικά τον ασθενή του.

9) **Επαγγέλματα.** Η επίδραση ορισμένων επαγγελμάτων επί του αναπνευστικού μπορεί να είναι πρόσκαιρα ή μόνιμα βλαπτική. Ο λειτουργικός έλεγχος του αναπνευστικού μπορεί να διαφωτίσει τον κλινικό ώστε να δράσει αποτελεσματικότερα και να προφυλάξει τον εξεταζόμενο από την περαιτέρω έκθεση στον βλαπτικό παράγοντα. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει στο επαγγελματικό άσθμα.



Εικόνα 1

Όλοι μπορούμε να ωφεληθούμε από τη συχνότερη πραγματοποίηση σπιρομετρήσεων.



10) Βοηθά θεαματικά στη **διαφοροδιάγνωση της δύσπνοιας**, ειδικά όταν αυτή είναι καρδιογενούς αιτιολογίας.

Οι ενδείξεις και η χρησιμότητα της σπιρομέτρησης είναι περισσότερες από αυτές που αναφέρονται και ποικίλλουν. **Η εξέταση της σπιρομέτρησης γίνεται από γιατρούς και νοσηλευτές, είναι εύκολη, φθηνή, αναίμακτη και σύντομη.** Μετά το 6ο έτος ηλικίας μπορούμε να έχουμε αξιόπιστες σπιρομετρήσεις. Η μόνη πραγματική «αντένδειξη» για να μην πραγματοποιηθεί η εξέταση είναι η ίδια η άρνηση του εξεταζομένου. Οι σχετικές αντενδείξεις καλό είναι να λαμβάνονται υπόψη, αλλά, πάνω απ' όλα, είναι απαραίτητη η απόλυτη συνεργασία του ασθενούς. Όλοι μπορούμε να ωφεληθούμε από τη συχνότερη πραγματοποίηση σπιρομετρήσεων, με τελικό αποτέλεσμα τη μείωση της νοσηρότητας των παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος.

ιατρική

Δήμητρα Κάτρη
Χειρουργός Οφθαλμίατρος, Μέλος της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καταρράκτη και Διαθλαστικής Χειρουργικής, Συνεργάτις
Αθηναϊκής Κλινικής

Τελικά, μπορούμε να πετάξουμε τα γυαλιά μας;

Πριν από λίγα χρόνια τα γυαλιά και οι φακοί επαφής ήταν οι μόνοι τρόποι διόρθωσης της μυωπίας, της υπερμετρωπίας, του αστιγματισμού και της πρεσβυωπίας. Ο ασθενής ήταν απόλυτα εξαρτημένος από αυτά για να βλέπει καθαρά. Με τις κατάλληλες διαθλαστικές επεμβάσεις που εφαρμόζει ο κλάδος της οφθαλμολογίας, οι συνηθισμένες διαθλαστικές ανωμαλίες διορθώνονται αλλάζοντας ριζικά τον τρόπο ζωής των ασθενών, δίνοντας τη δυνατότητα σε όσους φορούν γυαλιά ή φακούς επαφής να απαλλαγούν από αυτά ή τουλάχιστον να εκτελούν τις περισσότερες καθημερινές δραστηριότητές τους χωρίς να έχουν ανάγκη επιπρόσθετης διόρθωσης.
Η χρήση ακτίνων λέιζερ γίνεται από ειδικούς **οφθαλμίατρους, απόλυτα εξειδικευμένους** σε θέματα διαθλαστικής χειρουργικής και πραγματοποιείται σε ειδικά οργανωμένα κέντρα.

Τι είναι οι ακτίνες λέιζερ;

Πρόκειται για μια λεπτή δέσμη ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας η οποία συνήθως βρίσκεται στην περιοχή του ορατού φάσματος ή και εκτός αυτού. Οι ακτίνες λέιζερ είναι περισσότερο ακριβείς από το νυστέρι, αναίμακτες και σαφώς περισσότερο ακίνδυνες. Η θεραπεία πραγματοποιείται σε εξωτερική βάση και δεν απαιτείται παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Η διόρθωση των διαθλαστικών προβλημάτων (μυωπίας, υπερμετρωπίας, αστιγματισμού) γίνεται με το ειδικό Excimer Laser.

Οι τεχνικές που κυρίως εφαρμόζονται είναι:
Α. Φωτοδιαθλαστική κετεκτομή – **PRK.**
Β. **LASIK.**
Γ. Παραλλαγές των παραπάνω (π.χ., LASEK, EPILASIK κ.ά.).
Η τεχνική PRK είναι λιγότερο επεμβατική, αλλά ο ασθενής μπορεί να έχει το πρώτο διάστημα περισσότερα ενοχλήματα από τη LASIK, τα οποία βεβαίως υποχωρούν σύντομα.
Στην τεχνική LASIK τα ενοχλήματα είναι σχεδόν ανύπαρκτα, από την πρώτη κιόλας ημέρα ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει στις δραστηριότητές του, υπάρχει μεγαλύτερη προβλεψιμότητα στο τελικό οπτικό αποτέλεσμα και το διάστημα ενσταλάξεως κολλυρίων είναι σαφώς πιο περιορισμένο. Ωστόσο πρόκειται για μια μέθοδο περισσότερο επεμβατική από την προηγούμενη και γι' αυτό οι επιπλοκές, αν και ελάχιστες, είναι στατιστικά περισσότερες.
Η μέθοδος που θα εφαρμοσθεί θα αποφασισθεί από τον ειδικό χειρουργό διαθλαστικών επεμβάσεων ανάλογα με την κατάσταση των ματιών του ασθενούς, όπως αυτή προκύπτει από ενδελεχή προεγχειρητικό έλεγχο.
Τα μηχανήματα των Excimer Laser έχουν βελτιωθεί σε υψηλό βαθμό τα τελευταία χρόνια (4ης γενεάς) και επιτρέπουν τη διόρθωση ακόμη και πολύπλοκων οπτικών διαθλαστικών σφαλμάτων. Παράλληλα, ο χειρουργικός χρόνος έχει περιορισθεί σημαντικά, δεν προκαλείται ενόχληση ή πόνος στον ασθενή κατά την επέμβαση, και η ασφάλεια, η αποτελεσματικότητα και η ακρίβεια των επεμβάσεων είναι εξασφαλισμένες.

Απαντήσεις σε ερωτήματα ασθενών

1. Ποιες είναι οι προϋποθέσεις για να υποστώ τη χειρουργική επέμβαση;
α. Πλήρης και σχολαστική οφθαλμολογική εξέταση από τον ειδικό οφθαλμίατρο, ώστε να προσδιορισθεί με ακρίβεια η διαθλαστική ανωμαλία, η λεπτομερής γενικότερη κατάσταση των οφθαλμών του ασθενούς (π.χ., καμπυλότητα κερατοειδούς, παχυμετρία κερατοειδούς, ενδοφθάλμια πίεση, κατάσταση βυθού κ.ά.) και να αποκλειστούν ορισμένες οφθαλμολογικές παθήσεις, όπως κερατόκωνο, γλαύκωμα, παθήσεις αμφιβληστροειδούς κ.ά. ή γενικά νοσήματα, όπως, π.χ., νοσήματα κολλαγόνου.
β. Η ασθενής να μη βρίσκεται σε περίοδο εγκυμοσύνης και θηλασμού.
γ. Η ηλικία του ασθενούς να είναι μεγαλύτερη ή ίση των 20 ετών.
δ. Το διαθλαστικό πρόβλημα να παραμένει σταθερό τον τελευταίο χρόνο.

2. Τι επίπεδο όρασης να περιμένω μετά από μια επέμβαση;
Οι περισσότεροι μπορούν να προσδοκούν όραση αντίστοιχη με εκείνη που είχαν φορώντας γυαλιά ή φακούς επαφής. Η όραση μπορεί να είναι σχετικά θολή τις πρώτες 1-2 εβδομάδες μετά την επέμβαση, ανάλογα με τους βαθμούς διόρθωσης, τον τύπο επεμβάσεως κ.ά. Συνήθως οι ασθενείς έχουν αξιοπρεπή όραση από τις πρώτες ημέρες.

Τα μηχανήματα 4ης γενεάς των Excimer Laser επιτρέπουν τη διόρθωση ακόμη και πολύπλοκων οπτικών διαθλαστικών σφαλμάτων. Η ασφάλεια, η αποτελεσματικότητα και η ακρίβεια των επεμβάσεων είναι εξασφαλισμένες.

3. Είναι η επέμβαση με λέιζερ επώδυνη;
Και οι δύο επεμβάσεις είναι απολύτως ανώδυνες και γίνονται μόνο με ενστάλαξη αναισθητικών σταγόνων.

4. Πόσο χρόνο διαρκεί η διαδικασία της επέμβασης;
Εξαρτάται από το είδος της, αλλά ο μέσος όρος της κυρίως επέμβασης είναι μικρός.

5. Ποιοι κίνδυνοι υπάρχουν;
Οι επιπλοκές, μετά από έναν αριθμό αρκετών εκατομμυρίων επεμβάσεων, δείχνουν ελάχιστες. Εντούτοις, όπως σε όλες τις ιατρικές πράξεις, υπάρχουν παράγοντες κινδύνου που θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν. Οι τρεις κύριες πηγές ανησυχίας είναι η μόλυνση (συστήνεται η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή), οι θολερότητες του κερατοειδούς (πολύ σπάνιες, χωρίς να παρενοχλούν την όραση, στις περισσότερες περιπτώσεις εξαφανίζονται μέσα στους 12 πρώτους μήνες) και η υποδιόρθωση ή υπερδιόρθωση (οι υποδιορθώσεις είναι δυνατόν να εξαλειφθούν με συμπληρωματική επέμβαση, ενώ οι υπερδιορθώσεις, που συνήθως είναι σπάνιες, εφόσον παραμείνουν, ρυθμίζονται με την κατάλληλη αγωγή.

6. Διορθώνεται η πρεσβυωπία;
Οι τεχνικές που εφαρμόζονται είναι προς το παρόν σε πειραματικό στάδιο και δεν είναι ευρύτερα αποδεκτές. Γεγονός παραμένει πως βρισκόμαστε στην εποχή που το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών μπορεί πια να απαλλαγεί από τα γυαλιά.

Στ. Γκοτζαρίδης
Χειρουργός Οφθαλμίατρος, **Αθηναϊκή Κλινική**, Ειδικός στη Χειρουργική Υαλοειδούς Αμφιβληστροειδούς

Αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς: Τι μέλλει γενέσθαι;

Η διάγνωση της αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς γίνεται πάντα από οφθαλμίατρο, αφού προηγουμένως ενσταλαχθούν στους οφθαλμούς του ασθενούς σταγόνες που προκαλούν τη διαστολή της κόρης. Τα πρώιμα συμπτώματα του ασθενούς είναι λάμψεις (αστραπές, αστράκια), μυωψίες (μυγάκια, αράχνες) και έκπτωση της όρασης με τη μορφή «κουρτίνας», που ξεκινά από το περιφερικό οπτικό πεδίο του ασθενούς, προχωρά προς το κεντρικό οπτικό πεδίο και καταλήγει να καλύπτει όλη την όραση του ματιού.

Ενδείξεις της αποκόλλησης αποτελούν κάποιες ρωγμές στον αμφιβληστροειδή, που, αν διαγνωσθούν έγκαιρα, μπορεί να σταματήσει η εξέλιξη της αποκόλλησης μέσω της περιχαράκωσής τους που γίνεται με λέιζερ φωτοπηξία. Εάν, όμως, η πάθηση δεν διαγνωσθεί έγκαιρα ή η φωτοπηξία με λέιζερ επαρκεί για να συγκρατήσει τον αμφιβληστροειδή, οι ρωγμές επεκτείνονται έως ότου αποκολληθεί ολόκληρος ο αμφιβληστροειδής.

Σε περιορισμένης και μικρής έκτασης αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς, κατά τη χειρουργική τεχνική που εφαρμόζεται, ο βολβός του ματιού πιέζεται εξωτερικά (μόνιμη σκληρική πίεση) με μοσχεύματα συμπαγούς σιλικόνης ή σπόγγου σιλικόνης, τα οποία ράβονται στην εξωτερική επιφάνεια του βολβού. Απώτερος σκοπός είναι η μόνιμη προσέγγιση και επανακόλληση του σκληρικού τοιχώματος με τον αμφιβληστροειδή. Για τη συγκόλληση της ρωγμής του αμφιβληστροειδούς εφαρμόζεται κρυοπηξία ή λέιζερ φωτοπηξία.

Εάν η αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς είναι εκτεταμένη, τότε η τεχνική που εφαρμόζεται είναι η **υαλοειδεκτομή**. Με αυτήν την τεχνική, που είναι και η πρώτη λαπαροσκοπική τεχνική που έχει εφαρμοσθεί στον ανθρώπινο οργανισμό, διανοίγονται στην περιφέρεια του βολβού τρεις μικρές οπές. Από εκεί εισέρχονται μικροεργαλεία με τα οποία αφαιρείται το υαλοειδές σώμα του οφθαλμού, επανατοποθετείται ο αμφιβληστροειδής στη θέση του και εφαρμόζεται κρυοπηξία ή ενδολέιζερ φωτοπηξία για τη συγκόλληση των χειλέων της αμφιβληστροειδικής ρωγμής. Στο τέλος της επέμβασης, η οφθαλμική κοιλότητα πληρούται με ένα ειδικό αέριο που θα διατηρήσει τον αμφιβληστροειδή στη θέση του για τουλάχιστον 15 ημέρες. Ουσιαστικά, η δράση του αερίου είναι η ίδια με εκείνη του γύψου που τοποθετεί ο ορθοπαιδικός στα κατάγματα, δηλαδή κρατά σταθερά στη θέση του τον αμφιβληστροειδή για να κολλήσει, όπως ο γύψος το οστό. Το αέριο αυτό σταδιακά θα απορροφηθεί από τον οφθαλμό και θα αντικατασταθεί από τον φυσιολογικό ορό του ασθενούς.

Σύμφωνα με παγκόσμιες στατιστικές, η χειρουργική αποκατάσταση της αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς ξεπερνά το 90% με μία εγχείρηση – εάν πραγματοποιηθεί κατά τα πρώιμα στάδια.

Σε περιπτώσεις παραμελημένων ή δύσκολων αποκολλήσεων, στο τέλος της εγχείρησης το μάτι συμπληρώνεται με έλαιο υγρής σιλικόνης αντί του αερίου. Η σιλικόνη έχει την ίδια λειτουργία με το αέριο, μόνο που δεν απορροφάται και θα πρέπει να αφαιρεθεί χειρουργικά όταν κρίνει ο χειρουργός. Το πλεονέκτημα της σιλικόνης είναι ότι προσφέρει σταθερότητα για μακρό χρονικό διάστημα.

Στατιστικά παγκοσμίως, η χειρουργική αποκατάσταση της αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς ξεπερνά το 90% με μία εγχείρηση –εάν πραγματοποιηθεί κατά τα πρώιμα στάδια–, ενώ οι προχωρημένες και παραμελημένες αποκολλήσεις έχουν χαμηλότερο ποσοστό επιτυχίας – της τάξεως του 70%-80% με μία ή περισσότερες επεμβάσεις.

Λόγω των νέων βελτιωμένων χειρουργικών τεχνικών, η αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς έχει αποβάλει τα τελευταία χρόνια την κακή της φήμη που την καθιστούσε υπεύθυνη για την απώλεια της όρασης και ίσως και του ματιού. **Ακρογωνιαίο λίθο της επιτυχίας αποτελεί η έγκαιρη διάγνωση και η χειρουργική αντιμετώπιση της αποκόλλησης.**

ιατρική

Ιωάννης Θρ. Ντούντας
Χειρουργός Οφθαλμίατρος - Οφθαλμοπλαστικός, Συνεργάτης **Αθηναϊκής Κλινικής**

Χειρουργική αποκατάσταση των βλεφάρων σε ιδιαίτερες παθολογικές καταστάσεις

Οι διάφορες παθολογικές καταστάσεις των βλεφάρων μπορούν και πρέπει να αντιμετωπισθούν, όχι μόνον για αισθητικούς αλλά και για λειτουργικούς λόγους.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι πίσω από τα βλέφαρα βρίσκεται ένα σημαντικό και ευαίσθητο όργανο του ανθρώπου, το μάτι, στην προφύλαξη του οποίου τα βλέφαρα παίζουν σημαντικό ρόλο.
Υπάρχουν παθήσεις όπως η θυρεοειδική οφθαλμοπάθεια, η πάρεση προσωπικού νεύρου, οι ανωμαλίες στην απονεύρωση του μυός του βλεφάρου (βλεφαρόπτωση) κ.ά., οι οποίες προκαλούν ανωμαλίες στη θέση ή στην κινητικότητα των βλεφάρων με αποτέλεσμα την εμφάνιση προβλημάτων στην επιφάνεια του ματιού (κερατοειδής επιπεφυκότας).
Επίσης, η αντιμετώπιση των παθήσεων αυτών έχει να κάνει και με μια νέα σημαντική παράμετρο που σήμερα απασχολεί όλο και περισσότερο τον άνθρωπο, μια παράμετρο που ονομάζεται **ποιότητα ζωής**.

Η **δυσθυρεοειδική οφθαλμοπάθεια**, μια φλεγμονώδης αυτοάνοσος ασθένεια που πλήττει περίπου το 20% των ατόμων που πάσχουν από υπερλειτουργία του θυρεοειδή αδένα, εκτός των άλλων (εξόφθαλμο, διπλωπία, περιορισμό κινητικότητας του ματιού), δημιουργεί μια «άγρια όψη» στην εμφάνιση των ασθενών λόγω της σύσπασης των βλεφάρων. Ακόμη, λόγω της ξηρότητας του ματιού που μένει ακάλυπτο σε ένα μεγάλο μέρος του, έχουμε ερεθισμό, θάμπωμα όρασης, αίσθηση ξένου σώματος, έως και πόνο κατά το

άνοιγμα και το κλείσιμο των βλεφάρων. Τα συμπτώματα αυτά επιδεινώνονται όταν υπάρχει αέρας ή γίνεται χρήση κλιματιστικού στο χώρο που βρίσκονται τα συγκεκριμένα άτομα και συνήθως δεν αντιμετωπίζονται μόνο με οφθαλμικές λιπαντικές σταγόνες ή αλοιφές.

Εκτός από τη θεραπεία του συνυπάρχοντος υπερθυρεοειδισμού από τον ενδοκρινολόγο, **η χειρουργική επέμβαση διορθώνει τόσο την κερατοπάθεια από έκθεση όσο και τη δυσμορφία.** Με τοπική αναισθησία και ημερήσια νοσηλεία γίνεται η μετάθεση των μυών που δημιουργούν αυτήν τη χαρακτηριστική σύσπαση στο επάνω ή στο κάτω βλέφαρο. Με αυτόν τον τρόπο αντιμετωπίζονται τα συμπτώματα ερεθισμού του ματιού και βελτιώνεται η εμφάνιση του ασθενούς. Βλεφαροπλαστική μπορεί να γίνει σε συνδυασμό με την παραπάνω επέμβαση προκειμένου να απομακρυνθεί το επιπλέον λίπος και δέρμα από τα βλέφαρα – οι λεγόμενες «σακούλες» στα επάνω και κάτω βλέφαρα.

Η μόνιμη παράλυση του προσωπικού νεύρου (7η εγκεφαλική συζυγία), λόγω του μη καλού κλεισίματος των βλεφάρων, οδηγεί σε χρόνιο ερεθισμό του ματιού. Υπάρχει επίσης σύσπαση του άνω και κάτω βλεφάρου και πτώση του αντίστοιχου φρυδιού. Συνυπάρχουν άφθονα δάκρυα, που είναι ενοχλητικά και δυσκολεύουν την όραση του ασθενούς, λόγω αντανακλαστικά αυξημένης παραγωγής και μη καλής αποχέτευσης από την ατονία των βλεφάρων που έχουν παραλύσει. Η παράλυση του βλεφάρου μπορεί να προκαλέσει μείωση της όρασης λόγω ξηρότητας του κερατοειδούς, επειδή τα βλέφαρα δεν κλείνουν σωστά (λαγόφθαλμος) κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Μετά από 3 έως 6 μήνες, όταν υπάρχει ελάχιστη ή καθόλου βελτίωση της παράλυσης, την προσωρινή αντιμετώπιση –με υποκατάστατα δακρύων ή αλοιφές κατά τη διάρκεια της νύχτας– ακολουθεί η μόνιμη χειρουργική αντιμετώπιση. Ανάλογα με τη βαρύτητα της περίπτωσης επιλέγονται χειρουργικές τεχνικές για την αποκατάσταση του κάτω βλεφάρου (κανθοπλαστική ή μόσχευμα σκληράς υπερώας) ή την αποκατάσταση του άνω βλεφάρου (τοποθέτηση βαριδίων από χρυσό) ή συνδυασμός και των δύο.

Η πτώση των άνω βλεφάρων είναι μια κατάσταση όπου το χείλος του βλεφάρου είναι μετατοπισμένο προς τα κάτω, καλύπτοντας μερικές φορές την κόρη του οφθαλμού και δημιουργώντας έτσι πρόβλημα στην όραση. Η βλεφαρόπτωση μπορεί να είναι εκ γενετής (συγγενής) ή να δημιουργηθεί αργότερα σε ώριμη ηλικία (επίκτητη). Στην πρώτη περίπτωση, επειδή η κάλυψη του ματιού από το βλέφαρο δη-

Τα βλέφαρα προστατεύουν ένα ευαίσθητο όργανο, το μάτι, και οι παθήσεις τους χρειάζονται ειδική αντιμετώπιση.

μιουργεί σοβαρό κίνδυνο μείωσης της όρασης, το λεγόμενο «τεμπέλικο μάτι» (αμβλυωπία) στους **μικρούς ασθενείς**, πρέπει να αντιμετωπισθεί έγκαιρα. Θα πρέπει επίσης να θυμόμαστε ότι διαθλαστικές ανωμαλίες και στραβισμός συνοδεύουν συχνά μια συγγενή βλεφαρόπτωση.

Στους ενήλικες η πιο συχνή αιτία πτώσης οφείλεται σε απόσπαση της απονεύρωσης του μυ από την αρχική του θέση. Το ιστορικό και η εξέταση θα μας βοηθήσουν να εντοπίσουμε την αιτία της πτώσης (από νευρογενή ή μηχανική αιτία, ή τραυματισμούς), για να επιλεγεί ο τύπος της χειρουργικής επέμβασης.

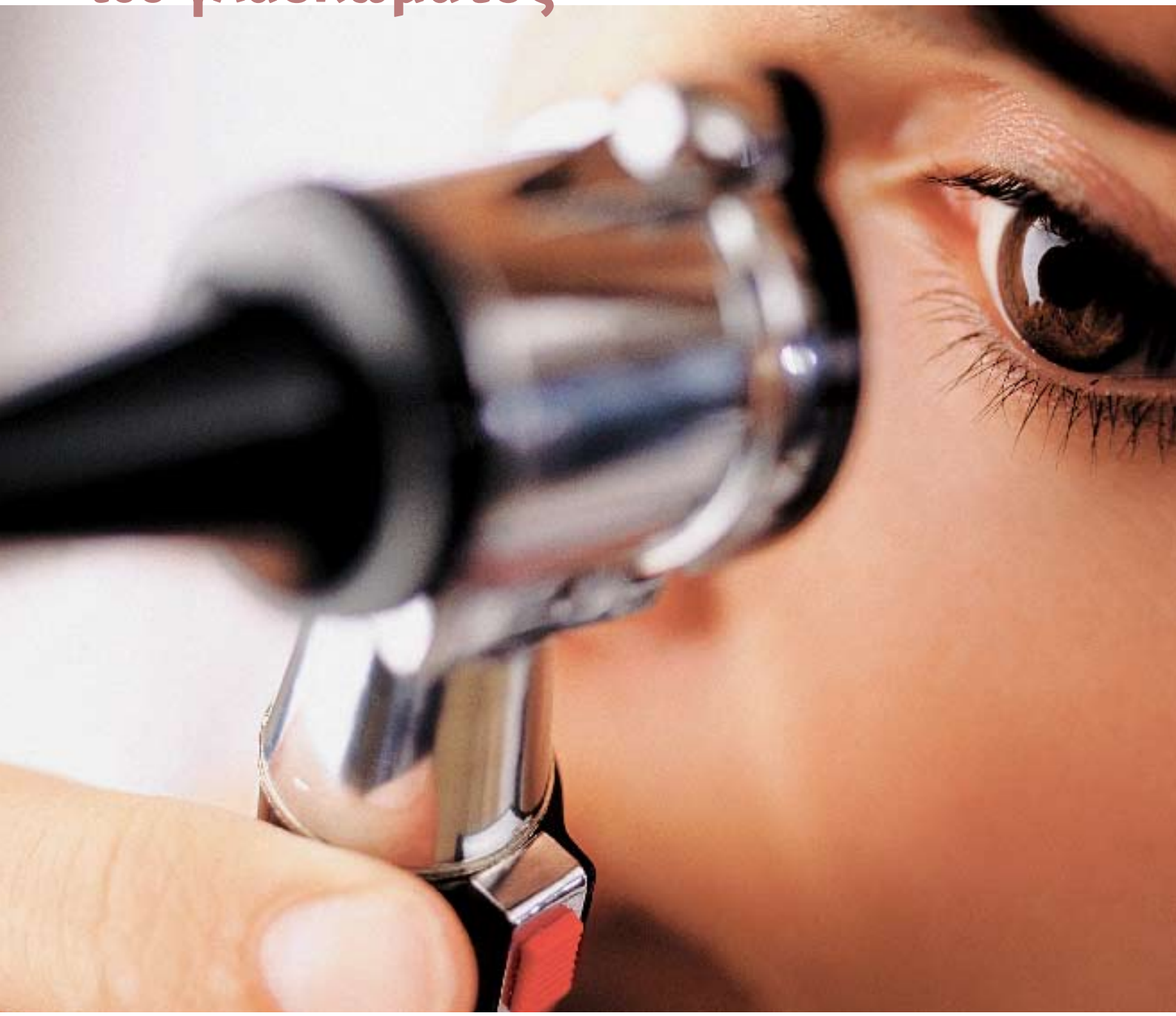
Η χειρουργική διόρθωση γίνεται με τοπική αναισθησία και ημερήσια νοσηλεία, εκτός φυσικά από τους μικρούς ασθενείς όπου είναι αναγκαία η γενική αναισθησία. **Έτσι, αποκαθίσταται τόσο η λειτουργία των βλεφάρων όσο και η εμφάνιση των ασθενών.**

Οι παθήσεις των βλεφάρων χρειάζονται ειδική αντιμετώπιση από εξειδικευμένο χειρουργό οφθαλμίατρο - οφθαλμοπλαστικό.

ιατρική

Μιχαήλ Χριστοδουλίδης
Χειρουργός Οφθαλμίατρος, Διευθυντής Οφθαλμολογικής Κλινικής, **Ευρωκλινική Αθηνών**

SLT (Selective Laser Trabeculoplasty): Μια νέα μέθοδος για τη θεραπεία του γλαυκώματος



Τι είναι το SLT;
Είναι μια απλή και αποτελεσματική επέμβαση που μειώνει την ενδοφθάλμια πίεση που σχετίζεται με το γλαύκωμα. Πραγματοποιείται σε συνθήκες εξωτερικού ιατρείου και διαρκεί λιγότερο από πέντε λεπτά.

Είναι επώδυνο;
Όχι. Είναι μια τελείως ανώδυνη επέμβαση χωρίς παρενέργειες.

Πώς πραγματοποιείται η επέμβαση;
Μετά την ενστάλαξη αναισθητικών κολλυρίων, δεσμίδες φωτός από το ειδικό μηχάνημα κατευθύνονται μέσα από έναν ειδικό φακό στον οφθαλμό. Η όλη διαδικασία διαρκεί λίγα λεπτά. Στη συνέχεια συνταγογραφούνται σταγόνες κολλυρίων για μερικές ημέρες.

Μπορεί να επαναληφθεί;
Το SLT είναι αναίμακτο, μη θερμικό και μη επιθετικό προς τους ιστούς. Έτσι, μπορεί να επαναληφθεί με ασφάλεια.

Ποιοι θα ωφεληθούν μετά από μια τέτοια επέμβαση;
1) Άτομα με γλαύκωμα ανοικτής γωνίας, ψευδοαποφολιδωτικό ή μελαγχρωστικό γλαύκωμα (αν δεν είστε σίγουροι, ρωτήστε τον οφθαλμίατρό σας).
2) Άτομα με δυσανεξία στην αντιγλαυκωματική θεραπεία ή άτομα που δυσκολεύονται να συμμορφωθούν με τις οδηγίες λήψης της θεραπείας.
3) Άτομα που ακολουθούν θεραπεία με αντιγλαυκωματικά φάρμακα και θέλουν να ελαττώσουν την εξάρτηση ή ακόμη και να απαλλαγούν από αυτά.
4) Άτομα που τους είναι δύσκολο να εξετάζονται τακτικά από τον οφθαλμίατρό τους λόγω οικονομικών δυσκολιών, έλλειψη μεταφορικού μέσου ή άλλων παραμέτρων.
5) Άτομα που έχουν υποβληθεί ανεπιτυχώς σε θεραπεία με ALT (Argon Laser Trabeculoplasty).

Πόσο αποτελεσματική είναι η SLT θεραπεία;
Η SLT θεραπεία μειώνει την ενδοφθάλμια πίεση μέχρι και 25% στο 75%-85% των ασθενών. Σε άτομα στα οποία δεν ανταποκρίνεται, η παραδοσιακή θεραπεία με φάρμακα ή άλλη μορφή θεραπείας μπορούν να είναι αποτελεσματικές.

Γιατί είναι σημαντικό να μειώσουμε την ενδοφθάλμια πίεση;
Το υδατοειδές υγρό του οφθαλμού παράγεται συνεχώς και αποχετεύεται για την εξασφάλιση της υγείας του κερατοειδούς χιτώνα και του φακού. Όταν η αποχέτευση του υγρού αυτού παρεμποδίζεται, η ενδοφθάλμια πίεση αυξάνεται κι έτσι παρουσιάζεται το γλαύκωμα ανοικτής γωνίας, η συχνότερη μορφή γλαυκώματος. Το γλαύκωμα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της όρασης. Έτσι, η ρύθμιση της πίεσης επιβάλλεται, ώστε να σταματήσει η καταστροφή των νευρικών ινών του οπτικού νεύρου.

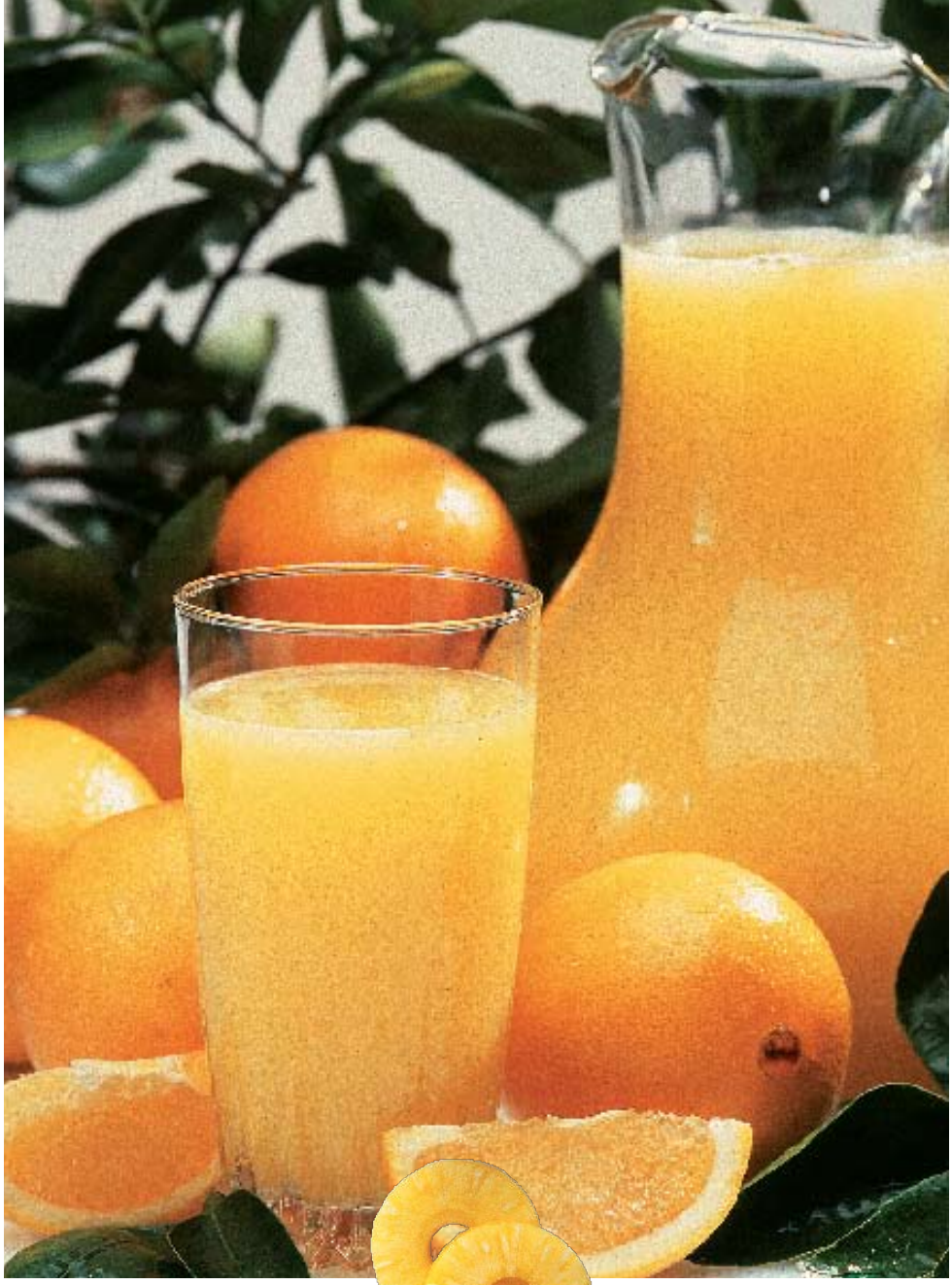
Το SLT είναι μια απλή και αποτελεσματική επέμβαση που μειώνει την ενδοφθάλμια πίεση που σχετίζεται με το γλαύκωμα. Πραγματοποιείται σε συνθήκες εξωτερικού ιατρείου και διαρκεί λιγότερο από πέντε λεπτά.

Ποιες άλλες μορφές θεραπείας υπάρχουν για την αντιμετώπιση του γλαυκώματος;
1) Η θεραπεία με κολλύρια είναι η συχνότερη στον έλεγχο της ενδοφθάλμιας πίεσης. Τα διάφορα κολλύρια, όμως, έχουν παρενέργειες και δεν είναι αποτελεσματικά σε όλους τους ασθενείς. Επιπλέον, πολλοί ξεχνούν να τα ενσταλάζουν καθημερινά.
2) Αν όλες οι μη επεμβατικές μέθοδοι αποτύχουν, τότε η χειρουργική επέμβαση είναι η θεραπεία εκλογής. Είναι μια επιθετική μορφή θεραπείας με τους κινδύνους που εγκυμονεί οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση.
3) Η ALT (Argon Laser Trabeculoplasty) υπήρξε η πιο διαδεδομένη θεραπεία με λέιζερ για τη ρύθμιση του γλαυκώματος. Παρ' όλα αυτά, η καταστροφή ιστού ήταν μη αναστρέψιμη για τον οφθαλμό.

Μαρίνα Μουγκρίδου
Κλινική Διαιτολόγος - Διατροφολόγος **Αθηναϊκής Κλινικής**

Διατροφή... ενόψει διακοπών

Έξι απλά βήματα για να φροντίσετε το σώμα σας



1. Προστατέψτε την καρδιά σας από τη ζέστη αποφεύγοντας τα ζωικά λιπαρά: Τις ζεστές ημέρες του καλοκαιριού φροντίστε ιδιαιτέρως την υγεία του αναπνευστικού και του καρδιαγγειακού σας συστήματος. Αποφύγετε το κόκκινο κρέας και προτιμήστε πουλερικά, ψάρια και θαλασσινά. Επιλέξτε άπαχα γαλακτοκομικά. Πιείτε άφθονο νερό και καταναλώστε τρόφιμα πλούσια σε νερό και ηλεκτρολύτες που χάνονται με τον ιδρώτα (φρούτα, λαχανικά).

2. Αποφύγετε την ατονία του καλοκαιριού με βιταμίνες και ηλεκτρολύτες: Οι υψηλές θερμοκρασίες του ελληνικού καλοκαιριού και οι αλλαγές στα ωράρια της καθημερινότητας συχνά προκαλούν στον οργανισμό υποτονικότητα και εξάντληση. Αποκτήστε την ενέργεια που χρειάζεστε τρώγοντας ελαφρά και απλά φαγητά που δεν συνδυάζουν πολλά διαφορετικά συστατικά και δεν περιέχουν πολλά λίπη. Τρώτε μικρά και συχνά γεύματα για να αφομοιώνονται καλύτερα τα θρεπτικά συστατικά τους χωρίς να κουράζεται ο οργανισμός, περιορίστε τη ζάχαρη και καταναλώστε άφθονους φρεσκοστυμμένους χυμούς λαχανικών και φρούτων. Δοκιμάστε ελαφρά σνακ που συνδυάζουν νερό, βιταμίνες και ηλεκτρολύτες (π.χ., χυμό φρέσκων φρούτων μαζί με μία φρυγανιά ολικής άλεσης και τυρί χαμηλών λιπαρών).

3. Φροντίστε το δέρμα σας με πολυακόρεστα λιπαρά και λιποδιαλυτές βιταμίνες: Το δέρμα είναι η πρώτη ασπίδα κατά του ήλιου και ταλαιπωρείται ιδιαίτερα αυτήν την εποχή. Οι φρέσκοι χυμοί, το μεταλλικό νερό και τα πολύχρωμα λαχανικά διατηρούν την υδατική ισορροπία του δέρματος. Επίσης, τρόφιμα πλούσια σε ωφέλιμα πολυακόρεστα λιπαρά και βιταμίνη Ε, όπως το αβοκάντο, το ελαιόλαδο, οι ελιές, οι σαρδέλες και οι ξηροί καρποί – προσοχή στην ποσότητα γιατί παχαίνουν!– ενισχύουν το μεταβολισμό των κυττάρων του δέρματος. Ιδιαίτερα θρεπτικά για το δέρμα είναι επίσης τα δημητριακά ολικής άλεσης, τα καρότα, το σέλινο, η μελιτζάνα και το σπανάκι.

4. Προλάβετε το φαινόμενο της φωτογήρανσης με αντιοξειδωτικά: Όλο και περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι η συχνή έκθεση στον ήλιο προκαλεί κυτταρική γήρανση, διότι συσσωρεύονται στο σώμα ελεύθερες ρίζες και ο οργανισμός υφίσταται οξειδωτικό στρες. Ειδικά για το δέρμα, η συσσώρευση ελεύθερων ριζών εμποδίζει την παραγωγή κολλαγόνου και ελαστίνης και προκαλεί το σχηματισμό ρυτίδων. Τα αντιοξειδωτικά εξουδετερώνουν τις ελεύθερες ρίζες και προλαμβάνουν την πρόωρη κυτταρική γήρανση. Τροφές πλούσιες σε αντιοξειδωτικά είναι η ντομάτα, τα θαλασσινά, τα άγρια χόρτα, το τσάι, οι φράου-

Βιταμίνες, ηλεκτρολύτες και αντιοξειδωτικά, πάντα σε συνδυασμό με άφθονο νερό, αποτελούν ασπίδα προστασίας για τον οργανισμό.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ... ΕΝΟΨΕΙ ΔΙΑΚΟΠΩΝ: ΕΞΙ ΑΠΛΑ ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΝΑ ΦΡΟΝΤΙΣΕΤΕ ΤΟ ΣΩΜΑ ΣΑΣ

λες, τα σταφύλια, τα μούρα. Γενικότερα, ισχύει ο κανόνας των πέντε χρωμάτων στο πιάτο μας.

5. Καταπολεμήστε την εμφάνιση της κυτταρίτιδας με τρόφιμα που ρυθμίζουν την καλή κυκλοφορία των υγρών στο σώμα: Η κυτταρίτιδα είναι ένα πρόβλημα που απαντάται στο 80%-90% των γυναικών και το οποίο επιδεινώνεται με την ηλικία. Είναι μία νόσος του δέρματος κατά την οποία νερό και λίπος συσσωρεύονται κάτω από το δέρμα κάνοντάς το να χάνει την ελαστικότητά του. Αποφύγετε τη ζάχαρη και το αλάτι και πίνετε συχνά χυμούς λαχανικών και νερό. Προτιμήστε λαχανικά ωμά ή στον ατμό, ώστε να ωφελείστε πλήρως από τα θρεπτικά συστατικά τους και σε καμία περίπτωση κονσερβοποιημένα. Καταναλώστε παντζάρια, κολοκυθάκια, μούρα, κοτόπουλο ψητό, καστανό ρύζι και κρίθινα παξιμάδια. Ταυτόχρονα αυξήστε τη σωματική δραστηριότητα και ιδιαίτερα το κολύμπι και αποφύγετε τα συνθετικά και τα πολύ στενά ρούχα.

6. Αντισταθείτε στους πειρασμούς που βλάπτουν την υγεία και τη σιλουέτα σας με έξυπνους τρόπους: Περιορίστε τα τηγανητά μεζεδάκια επιλέγοντας ψητά θαλασσινά, αχνιστά χόρτα και ψητά λαχανικά. Προτιμήστε λευκό κρασί ή ένα ποτήρι παγωμένη μπίρα –πλούσια σε αντιοξειδωτικά και τα δύο– αντί για τα «σκληρά» ποτά και τα γεμάτα ζάχαρη κοκτέιλ. Αποφύγετε τα παγωτά αμερικανικού τύπου που φτιάχνονται με κρέμα γάλακτος αντί για γάλα και επιλέξτε σορμπέ ή παγωτά λάιτ, χαμηλά σε λιπαρά.

Καλοκαιρινοί σύμμαχοι της υγείας και της ομορφιάς

Σύκα, δαμάσκηνα: Είναι πλούσια σε φυτικές ίνες, βιταμίνες και μέταλλα. Τα σύκα είναι γνωστά για τις μαλακτικές και τις υπακτικές τους ιδιότητες και αποτελούν καλή πηγή ασβεστίου, καλίου και φωσφόρου.

Καρπούζι, πεπόνι: Είναι πλούσια σε βιταμίνες Α και C και σε κάλιο. Παρά τη γλυκιά γεύση τους, έχουν λίγες θερμίδες. Επιπλέον είναι διουρητικά και συμβάλλουν κατά της δυσκοιλιότητας. Υπάρχουν ενδείξεις ότι το πεπόνι συμβάλλει κατά της αρθρίτιδας, των ρευματισμών και των παθήσεων της χολής.

Σταφύλια: Ευδοκιμούν στο τέλος του καλοκαιριού, είναι πλούσια σε βιταμίνες Α και C και σε αντιοξειδωτικές ουσίες.

Ροδάκινα: Αποτελούν σημαντική πηγή φυτικών ινών, καθώς και βιταμινών C και Α.

Βερίκοκα: Είναι πλούσια σε βιταμίνες C και Α και σε κάλιο, ασβέστιο και σίδηρο. Περιέχουν β-καροτίνη, η οποία είναι αντιοξειδωτική.

Κεράσια: Περιέχουν ασβέστιο, φώσφορο, κάλιο και βιταμίνη C. Αποτελούν ισχυρά αντιοξειδωτικά, καθώς είναι πλούσια σε φλαβονοειδή.

Ντομάτες: Είναι πλούσιες σε βιταμίνη C και λυκοπένιο –κυρίως οι μαγειρεμένες–, επομένως έχουν έντονες αντιοξειδωτικές ιδιότητες. Επιπλέον περιέχουν βιταμίνες Α και Β και μέταλλα, όπως φώσφορο και ιώδιο. Οι ντομάτες φαίνεται ότι βοηθούν κατά της δυσκοιλιότητας και των ρευματισμών, ενώ ο χυμός τους ωφελεί το δέρμα.

Σπανάκι: Πλούσιο σε καροτίνη, φυλλικό οξύ, σίδηρο και χλωροφύλλη. Βοηθά στην καλή λειτουργία του εντέρου και είναι καλό διουρητικό και τονωτικό.

Παντζάρι: Περιέχει σίδηρο, φώσφορο, ιώδιο, ασβέστιο, χαλκό και βιταμίνη Β. Έχει υπακτικές και αιμοποιητικές ιδιότητες.

Κολοκυθάκια, μελιτζάνες: Είναι διουρητικά και υπακτικά. Τα κολοκυθάκια είναι πλούσια σε β-καροτίνη.

Μπάμιες: Είναι δημοφιλείς στη χώρα μας, λαδερές με ντομάτα ή μαγειρεμένες με κοτόπουλο. Προέρχονται από την Αφρική και ενδείκνυνται για όσους πάσχουν από αρθριτικά και δυσκοιλιότητα.

Φασολάκια: Λαδερά ή σαλάτα, καταναλώνονται πολύ το καλοκαίρι. Είναι πλούσια σε φυτικές ίνες, καθώς και σε βιταμίνες Α και Β.

Άγρια χόρτα: Τα ραδίκια είναι τονωτικά και δρουν ευεργετικά στην πέψη και τη χώνευση. Επίσης, είναι υπακτικά και περιέχουν βιταμίνη Β. Το ίδιο θρεπτικά είναι τα βλίτα, η γλιστρίδα και τα υπόλοιπα χόρτα της ελληνικής φύσης.

Παντελής Βιώνης
Κλινικός Διαιτολόγος, SRD **Ευρωκλινικής Παίδων**

Η σημασία του ασβεστίου στον οργανισμό

Αναμφισβήτητα το ασβέστιο είναι ένα από τα πιο σημαντικά ιχνοστοιχεία για το ανθρώπινο σώμα. Έχοντας ως καθοριστικό ρόλο τη δόμηση των οστών και των δοντιών, ρυθμίζει πολλές λειτουργίες στον οργανισμό μας, όπως **τη μεταφορά των νευρικών μηνυμάτων, τη λειτουργία της καρδιάς, τη σύσπαση και τη χαλάρωση των μυών.** Είναι επίσης απαραίτητο **στην πήξη του αίματος και στη λειτουργία διαφόρων ενζύμων του μεταβολισμού.**

Το μεταλλοειδές μέρος των οστών αποτελείται κυρίως από κρυστάλλους υδροξυαπατίτη (Ca/o Co4/2 CH/2), οι οποίοι περιέχουν μεγάλα ποσά ασβεστίου και φωσφορικού άλατος. Ο ρόλος των κρυστάλλων αυτών είναι να σκληραίνουν τα οστά, έτσι ώστε να αντέχουν το βάρος του σώματος και τις πιέσεις που εξασκούνται πάνω τους όταν κινούμαστε, αλλά και να αποικοδομούνται απελευθερώνοντας το ασβέστιο που περιέχουν όταν υπάρχει ανάγκη ασβεστίου για τη φυσιολογική λειτουργία των διαφόρων οργάνων του σώματος.

Το ισοζύγιο του ασβεστίου στον οργανισμό ρυθμίζεται από **τρεις ορμόνες**. Αυτές είναι η **1,25 vit D3**, η **παραθυρεοειδής** ορμόνη και η **καλσιτονίνη**. Αυτές είναι υπεύθυνες για την απορρόφηση του ασβεστίου από το έντερο, την καθίζηση του ασβεστίου στα οστά και την αποβολή του από τα ούρα. Όταν τα επίπεδα Ca+ μειώνονται, η 1,25 vitD3 αυξάνει την απορρόφηση του ασβεστίου από το έντερο και μαζί με την **παραθυρεοειδή** ορμόνη (PTH) κινητοποιεί ασβέστιο από τα οστά και τα νεφρά στο αίμα, αποκαθιστώντας τα επίπεδά του στο αίμα. Αντίθετα, όταν το Ca+ αυξάνεται, επεμβαίνει η ορμόνη καλσιτονίνη και μεταφέρει Ca+ από το αίμα στα οστά αποκαθιστώντας και πάλι τα επίπεδα του ασβεστίου στο αίμα.

Μέχρι την ηλικία των 25 ετών ο οργανισμός «χτίζει» το σκελετό του, γι' αυτό και η ανάγκη για επαρκή πρόσληψη ασβεστίου είναι υψηλότερη. Ανεπαρκής πρόσληψη ασβεστίου στα ευαίσθητα αυτά χρόνια της ανάπτυξης μπορεί να αποτρέψει την επίτευξη της μέγιστης μάζας των οστών. Οι απώλειές του δεν αναπληρώνονται σωστά, με αποτέλεσμα να φθείρονται το οστά και να επιταχύνεται η εκδήλωση της οστεοπόρωσης. Η **οστεοπόρωση** είναι μια ασθένεια με πολλαπλή αιτιολογία. Στην εκδήλωσή της εμπλέκονται μεταξύ άλλων ορμονικοί παράγοντες (κυρίως μετά την εμμηνόπαυση στις γυναίκες), η έλλειψη άσκησης και το κάπνισμα. Πλήττει μία στις τρεις γυναίκες και έναν στους δώδεκα άνδρες.

Το ασβέστιο αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά ιχνοστοιχεία και ρυθμίζει πολλές λειτουργίες στον οργανισμό μας.

Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που βοηθούν στην απορρόφηση του ασβεστίου είναι η βιταμίνη D. Στην Ελλάδα η κύρια πηγή για την παραγωγή της βιταμίνης D είναι το φως του ήλιου. Τα περισσότερα άτομα παίρνουν αρκετή βιταμίνη D κατά τη διάρκεια των τυπικών τους καθημερινών υπαίθριων δραστηριοτήτων. Για να πάρει αρκετό φως του ήλιου το σώμα μας και να παράγει επαρκή βιταμίνη D θα πρέπει οι παλάμες, το πρόσωπο και τα

χέρια να εκτεθούν στον ήλιο για 5-15 λεπτά, τέσσερις φορές εβδομαδιαίως.
Είναι αλήθεια ότι η ποσότητα της βιταμίνης D που εμπεριέχεται στα τρόφιμα δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες μας. **Μικρές ποσότητες βιταμίνης D υπάρχουν στα λιπαρά ψάρια (σολομός, σαρδέλα, τόνος, ξιφίας, ρέγκα, σκουμπρί), στο συκώτι, στα αβγά, στο γάλα και στο βούτυρο.**
Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί ότι οι βιταμίνες C και E, το μαγνήσιο, ο ψευδάργυρος, το μαγγάνιο και το βόριο πιθανόν να συμβάλλουν στην επιτυχή απορρόφηση του ασβεστίου από τα οστά.

Ποιοι είναι όμως εκείνοι οι παράγοντες στη διατροφή μας που εμποδίζουν την απορρόφηση ασβεστίου;

Το οξαλικό οξύ, επίσης γνωστό ως εστέρας του οξαλικού οξέος. Είναι ο πιο ισχυρός ανασταλτικός παράγοντας της απορρόφησης Ca+ και βρίσκεται σε υψηλές ποσότητες στο σπανάκι, στο παντζάρι, στη σοκολάτα, στο μαϊντανό, στους ξηρούς καρπούς και σε κάπως χαμηλότερες στη γλυκιά πατάτα και στα ξερά φασόλια.

Το φυτικό οξύ είναι λιγότερο ανασταλτικός παράγοντας από τον εστέρα του οξαλικού οξέος. Η μαγιά έχει ένα ένζυμο (φυτάση), το οποίο χωρίζει το φυτικό οξύ σε κόκκους κατά τη διάρκεια της ζύμωσης και μειώνει την περιεκτικότητα σε φυτικό οξύ του ψωμιού και άλλων ζυμωμένων τροφίμων. Μόνον οι συγκεντρωμένες πηγές φυτικού οξέος, όπως το πίτουρο σίτου ή τα ξερά φασόλια μειώνουν ουσιαστικά την απορρόφηση του ασβεστίου. Το κουάκερ, για παράδειγμα, έχει υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικό οξύ.

Νάτριο: Η αυξανόμενη πρόσληψη Na+ οδηγεί στην αυξανόμενη απώλεια Ca+ στα ούρα, που οφείλεται ενδεχομένως στον ανταγωνισμό μεταξύ Na+ και Ca+ για την επαναρρόφηση στο νεφρό ή στην επίδραση του Na+ στην έκκριση της παραθυροειδούς ορμόνης (PTH).

Πρωτεΐνη: Τόσο η πολύ χαμηλή πρόσληψη πρωτεϊνών (μικρότερη από 0,8 γρ./κιλό σωματικού βάρους) όσο και η υπερβολική πρόσληψη (μεγαλύτερη από 1,5-2 γρ. ανά κιλό σωματικού βάρους) αυξάνουν το ρυθμό απώλειας ασβεστίου από τα οστά. Με μέτρια πρόσληψη πρωτεϊνών (1 γρ./κιλό σωματικού βάρους) ο μεταβολισμός του ασβεστίου γίνεται κανονικά και η οστική πυκνότητα δεν επηρεάζεται αρνητικά, με εξαίρεση ίσως ένα μικρό ποσοστό ατόμων ηλικίας άνω των 65 χρόνων.

Έχει διαπιστωθεί ότι οι βιταμίνες C και E, το μαγνήσιο, ο ψευδάργυρος, το μαγγάνιο και το βόριο πιθανόν να συμβάλλουν στην επιτυχή απορρόφηφη του ασβεστίου από τα οστά.

Φωσφόρος: Ο φωσφόρος βρίσκεται χαρακτηριστικά στα πλούσια σε πρωτεΐνη τρόφιμα και τείνει να μειώσει την έκκριση του Ca+ στα ούρα, εντούτοις τρόφιμα πλούσια σε πρωτεΐνη τείνουν να αυξήσουν την περιεκτικότητα των πεπτικών εκκρίσεων σε Ca+, με συνέπεια την αυξανόμενη απώλεια ασβεστίου στα περιττώματα. Κατά συνέπεια, ο φωσφόρος δεν αντισταθμίζει την καθαρή απώλεια ασβεστίου που συνδέεται με την αυξανόμενη πρόσληψη πρωτεΐνης.

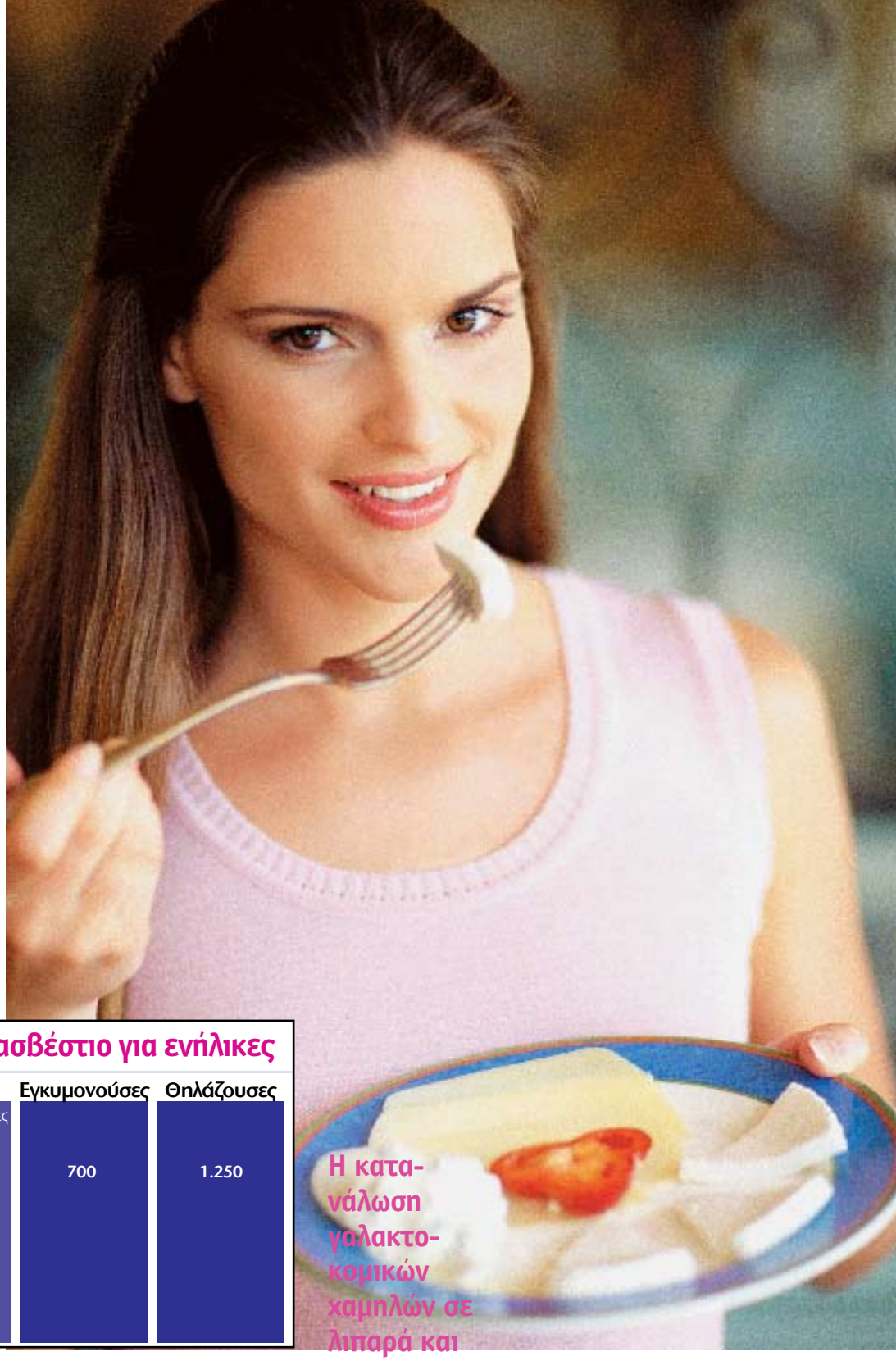
Καφεΐνη: Η καφεΐνη σε μεγάλα ποσά αυξάνει την ουρική περιεκτικότητα σε ασβέστιο. Καφές, σοκολάτα, αναψυκτικά τύπου κόλα και σοκολατούχο γάλα, είναι κάποιοι από τους «ενόχους».
Υπάρχει μια αρκετά μεγάλη κατηγορία τροφίμων πλούσια σε ασβέστιο, με τα γαλακτοκομικά να κατέχουν την πρώτη θέση. Στους πίνακες που ακολουθούν θα δούμε κάποια τρόφιμα που περιέχουν ασβέστιο (από την υψηλότερη στη χαμηλότερη περιεκτικότητα).

Ημερήσιες ανάγκες σε ασβέστιο για παιδιά μέχρι 18 ετών

Ασβέστιο RNI mg	1-3 ετών		4-6 ετών		7-10 ετών		11-14 ετών		15 –18 ετών	
	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια
	350	350	450	450	550	550	1.000	800	1.000	800

* **RNI:** *Recommended Nutrient Intake (Committee on Medical Aspects of Food and Nutrition Policy, 1991)*

Ερευνητές από τα πανεπιστήμια Purdue, Creghton και Tennessee πραγματοποίησαν έρευνες για τη συμβολή του γάλακτος στην απώλεια βάρους.
Οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι **άτομα που κατανάλωναν μεγαλύτερες ποσότητες γάλακτος είχαν λιγότερο σωματικό βάρος ή λιγότερη αύξηση βάρους συγκριτικά με άτομα που κατανάλωναν λιγότερο γάλα.**
Ο συνδυασμός υψηλών επιπέδων ασβεστίου στον οργανισμό και επαρκούς πρόσληψης πρωτεΐνης αργής πέψης, όπως είναι η καζεΐνη του γάλακτος, αυξάνει περαιτέρω τη θερμογένεση (διαδικασία στην οποία το σώμα μας καίει λίπος – παράγει ενέργεια), αποτρέπει την υπερπαραγωγή της κορτιζόλης (καταβολική ορμόνη που καταστρέφει μυς και κόκαλα) και, σε συνδυασμό με την άσκηση, συμβάλλει στη γενικότερη μείωση του σωματικού βάρους. Επίσης, η συστηματική κατανάλωση γαλακτοκομικών χαμηλών σε λιπαρά, σε συνδυασμό με την τακτική άσκηση μπορεί να βοηθήσει στη δημιουργία καινούριας μυϊκής μάζας (σαρκογονία).
Δυστυχώς σήμερα πολλά παιδιά και νέοι έχουν αντικαταστήσει το γάλα, την κυριότερη πηγή ασβεστίου, με αναψυκτικά, σοκολατούχα ροφήματα και φρουτοποτά, με αποτέλεσμα να δημιουργούν προϋποθέσεις για μακροχρόνιους κινδύνους στην υγεία τους.



Ημερήσιες ανάγκες σε ασβέστιο για ενήλικες

	19-50 ετών		Άνω των 50		Εγκυμονούσες	Θηλάζουσες
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες		
RNI mg Ασβέστιο	700	700	700	700	700	1.250

Η κατανάλωση γαλακτοκομικών χαμηλών σε λιπαρά και η άσκηση βοηθούν στη δημιουργία καινούριας μυϊκής μάζας.

Πρόσφατες μελέτες παρακολούθησης συσχετίζουν την πρόσληψη γαλακτοκομικών προϊόντων και ασβεστίου με μειωμένο ποσοστό εμφάνισης υπέρτασης, παχυσαρκίας, καθώς και μεταβολικού συνδρόμου.

Τρόφιμα	Τυπικό μέγεθος μερίδας	Ασβέστιο (mg)
Γάλα ημίπαχο 1,5%	250 ml	320
Γάλα πλήρες 3,5%	**250 ml**	**285**
Γιαούρτι (πλήρες ή άπαχο)	200 γρ.	390
Γιαούρτι με φρούτα	**200 γρ.**	**316**
Τυρί φέτα	40 γρ.	130
Τυρί χαλούμι	**40 γρ.**	**248**
Τυρί παρμεζάνα	40 γρ.	460
Τυρί τσένταρ	**40 γρ.**	**327**
Σαρδέλες κονσέρβα	100 γρ.	380
Σολομός κονσέρβα	**100 γρ.**	**220**
Τόφου	100 γρ.	150
Παγωτό	**100 γρ.**	**133**
Αμύγδαλα	50 γρ.	110
Κρέμα βανίλια	**100 γρ.**	**100**
Φασόλια σόγιας (βρασμένα)	100 γρ.	76
Ταχίνι	**20 γρ.**	**65**

Σύμφωνα με έρευνες, άτομα που καταναλώνουν επαρκείς ποσότητες γαλακτοκομικών έχουν λιγότερο σωματικό βάρος από τα άτομα που δεν καταναλώνουν αρκετό γάλα.

Τρόφιμα	Τυπικό μέγεθος μερίδας	Ασβέστιο
Σπανάκι βρασμένο	100 ml	50
Βερίκοκα ξερά	**50 ml**	**35**
Πορτοκάλια	122 γρ.	35
Αβγά	**1 μεγάλο (48 γρ.)**	**21**
Φράουλες	145 γρ.	19
Μπρόκολο	**60 γρ. (ωμό)**	**18**
Κοτόπουλο ψητό	100 γρ.	16
Ψωμί πολύσπορο	**30 γρ.**	**15**
Ψωμί ολικής αλέσεως	30 γρ.	16
Μήλο	**1 μέτριο (156 γρ.)**	**7**
Ξερά σύκα	100 γρ.	250
Σπόροι σουσαμιού	**100 γρ.**	**670**
Μαρούλι	100 γρ.	110

Από τον **Βασίλη Δημαρά**

Σπέτσες

Με αρχοντικό αέρα

Ηρωικό παρελθόν, ναυτική παράδοση, κοσμοπολίτικη ατμόσφαιρα και άρτια τουριστική υποδομή συντελούν ώστε οι Σπέτσες να παραμένουν εδώ και δεκαετίες σημείο συνάντησης επωνύμων και μη.

Η πρώτη εικόνα από τις Σπέτσες μένει για πάντα χαραγμένη στη μνήμη. Τα παραδοσιακά, πλούσια αρχοντικά των καπεταναίων φαίνονται πριν ακόμη το καράβι πλησιάσει στο λιμάνι και λαμποκοπούν στο φως του ήλιου. Τα κανόνια της Επανάστασης στέκονται ακόμη περήφανα πάνω από το πολυσύχναστο λιμάνι, μαρτυρώντας το ένδοξο παρελθόν του νησιού.

Οι Σπέτσες απέχουν 53 ναυτικά μίλια από τον Πειραιά και βρίσκονται στην είσοδο του Αργολικού Κόλπου. Για την ονομασία του νησιού υπάρχουν πολλές εκδοχές. Πρώτοι κάνουν λόγο ο Στράβων και ο Παυσανίας. Κατά την αρχαιότητα το νησί ονομαζόταν **Πιτυούσα**, που σημαίνει «πευκόφυτη». Από την παραφθορά του ονόματος προέκυψε το **Πέτσα**, που αργότερα έγινε **Σπέτσα** από τους Ενετούς και στη συνέχεια **Σπέτσαι**. Κατ' άλλους το όνομα προέρχεται επίσης από τους Ενετούς, που αποκαλούσαν το νησί **Isola di Spezzia**, δηλαδή «νησί των αρωμάτων», λόγω των αρωματικών φυτών του. Από την αρβανίτικη παραφθορά αυτού του ονόματος προέκυψε η λέξη **Σπέτσες**.

Γυρίζοντας το νησί

Η μοναδική αρχιτεκτονική των Σπετσών είναι το κύριο χαρακτηριστικό του μικρού οικισμού. Τα στενά πλακόστρωτα δρομάκια με την καλαίσθητη αισθητική τους καθώς και τα αμέτρητα αρχοντικά προσδίδουν στο νησί μια ξεχωριστή λάμψη και αίγλη που πολλά κοσμοπολίτικα μέρη θα ζήλευαν. Η περιήγησή σας ξεκινά από την ιστορική πλατεία της **Ντάπιας** με τα επιβλητικά κανόνια. Για αρχή, πάρτε τον παραλιακό δρόμο και κατευθυνθείτε προς την **Αγίου Μάμμα**. Εκεί, τα πολλά cafés και εστιατόρια μπορεί να αλλάζουν λίγο τη γραφική εικόνα του νησιού, όμως του προσθέτουν ζωντάνια και χρώμα. Συνεχίζοντας τον ίδιο δρόμο θα πέσετε πάνω σε μερικά από τα επιβλητικότερα αρχοντικά των Σπετσών. Σε ένα από αυτά πραγματοποιήθηκαν τα γυρίσματα της ελληνικής ταινίας *Τζένη, Τζένη*. Ακριβώς δίπλα βρίσκεται το **μοναστήρι του Αγίου Νικολάου**, όπου στις 3 Απριλίου του 1821 υψώθηκε

η σημαία της Επανάστασης. Εκεί κοντά είναι και η **Καποδιστριακή Πνευματική Λέσχη**, καθώς και το **Παλιό Λιμάνι**, όπου θα βρείτε το καλύτερο φαγητό. Λίγο πιο κάτω είναι ο κήπος του κανονιοστασίου, με το αναστηλωμένο **κανονιοστάσιο του Χατζηγιάννη Μέξη**. Όταν φτάσετε στην περιοχή του **Φάρου**, η θέα προς το Παλιό Λιμάνι θα σας ανταμείψει.

Η δυτική μεριά των Σπετσών δεν στερείται ενδιαφέροντος. Η **πλατεία Πευκάκια** με το δασύλλιο και το **αρχοντικό της Μπουμπουλίνας** είναι μόνο η αρχή. Στο μουσείο, που λειτουργεί από το 1991, ξεχωρίζει η συλλογή από αντικείμενα της ηρωίδας και το φλωρεντιανής προέλευσης ξυλόγλυπτο ταβάνι της μεγάλης σάλας. Λίγο πιο κάτω βρίσκεται και η **πλατεία Μπουμπουλίνας**, όπου δεσπόζει το άγαλμα της ηρωίδας και το ιστορικό ξενοδοχείο **Ποσειδώνιο**. Συνεχίζοντας θα περάσετε μπροστά από το **Δημαρχείο**, που στεγάζεται στο παλιό σπίτι του Ν. Κυριακού, με τα εντυπωσιακά αετώματα.

Στο κέντρο του οικισμού θα αντικρίσετε την **πλατεία του Ρολογιού** και από εκεί θα οδηγηθείτε στο **αρχοντικό του Χατζηγιάννη Μέξη**, όπου, από το 1939, φιλοξενείται το **Μουσείο Σπετσών** με πολλά σημαντικά εκθέματα – μεταξύ άλλων, τα οστά της Μπουμπουλίνας, ιστορικά έγγραφα και προσωπικά αντικείμενα.

Παραλίες

Δίπλα στο λιμάνι υπάρχει η **αμμουδιά του Αγίου Μάμμα**, ενώ εκεί κοντά βρίσκεται και η βοτσαλωτή **παραλία του Αγίου Νικολάου**. Πιο κάτω θα συναντήσετε την οργανωμένη **παραλία της Αγίας Μαρίνας** – από τις διασημότερες του νησιού. Στη νοτιοανατολική πλευρά, θα συναντήσετε την **παραλία Κουζουνός** με άμμο και βότσαλα, ενώ ακολουθεί η **Ξυλοκέριζα**, μια καταπράσινη οργανωμένη παραλία με βότσαλα. Οι **Καμάρες**, με τρεις μικρούς, απόμερους κολπίσκους, η **Αγία Παρασκευή** και η **Ζογεριά** προς τη βόρεια μεριά αποτελούν τρεις ακόμη πολύ καλές επιλογές. Δίπλα στην Αγία Παρασκευή βρίσκονται οι **Άγιοι Ανάργυροι** με τον μικρό παραθεριστικό οικισμό και οργανωμένη παραλία. Στο δεξί άκρο της θα βρείτε την ξακουστή **Σπηλιά του Μπεκίρη**, καταφύγιο των αγωνιστών του 1821.

Πώς να πάτε

Οδικώς φτάνετε μέχρι την Κόστα, στη χερσόνησο της Ερμιονίδας, είτε με ΚΤΕΛ από τον Κηφισό είτε με το αυτοκίνητό σας. Από εκεί υπάρχει σύνδεση με φέρι μπόουτ, θαλάσσια ταξί και καΐκια. Μπορείτε, επίσης, να πάρετε το πλοίο της γραμμής από τον Πειραιά. Η διάρκεια του ταξιδιού είναι γύρω στις 4,5 με 5 ώρες. Εναλλακτικά υπάρχουν και τα ταχύπλοα, που εκτελούν το ίδιο δρομολόγιο σε 2 με 2,5 ώρες.

Πού να μείνετε

• Στο **Orloff Resort**, πάνω από το Παλιό Λιμάνι, που ήταν το παλιό αρχοντικό της οικογένειας Ορλώφ. Τηλ.: 22980-75445, www.orloffresort.com

• Στα **Νησιά**, το παλιό νηματουργείο του Δασκαλάκη, που σήμερα έχει μετατραπεί σε πολυτελές συγκρότημα με διαμερίσματα. Τηλ.: 22980-75000, www.nissia.gr

• Στο **Spetses Hotel**, στη βορειοδυτική πλευρά του οικισμού των Σπετσών, μπροστά στην παραλία. Τηλ.: 22980-72602-4, www.spetses-hotel.gr

• Στο **Zoe's Club**, που βρίσκεται στο κέντρο του οικισμού. Τηλ.: 22980-74447-8, 22980-74093, www.zoesclub.gr

• Στην **Αρμάτα**, ένα μικρό ξενοδοχείο με τυπικό νησιώτικο στυλ. Τηλ.: 22980-72683, www.armatahotel.gr

• Στη **Villa Christina**, ένα παραδοσιακό νησιώτικο ξενοδοχείο. Τηλ.: 22980-72218, 210-8077382

• Στο **Economou Mansion**, ένα διατηρητέο αρχοντικό του 1850 με εντυπωσιακές ξύλινες οροφές. Τηλ.: 22980-73400

Πού να φάτε

• Στον **Πάτραλη**, δίπλα ακριβώς στη θάλασσα, για φρέσκο ψάρι, αστακομακαρονάδα, μυδοπίλαφο, κακαβιά.

• Στον **Λάζαρο**, στην περιοχή Καστέλλι, για εξαιρετικό γεμιστό μπιφτέκι με φέτα, κοτόπουλο με κανέλα ή λεμονάτο κατσικάκι.

• Στο **Λιοτρίβι**, στο παλιό λιμάνι, για ιταλικές σπεσιαλιτέ. Εκεί θα δοκιμάσετε τη φοβερή αχινοσαλάτα και τις φρημισμένες ταλιατέλες του ψαρά.

• Στον **Ταρσανά**, στο Παλιό Λιμάνι, για την καλύτερη αστακομακαρονάδα του νησιού.

• Στο εστιατόριο **Ορλώφ** για ουζομεζέδες.

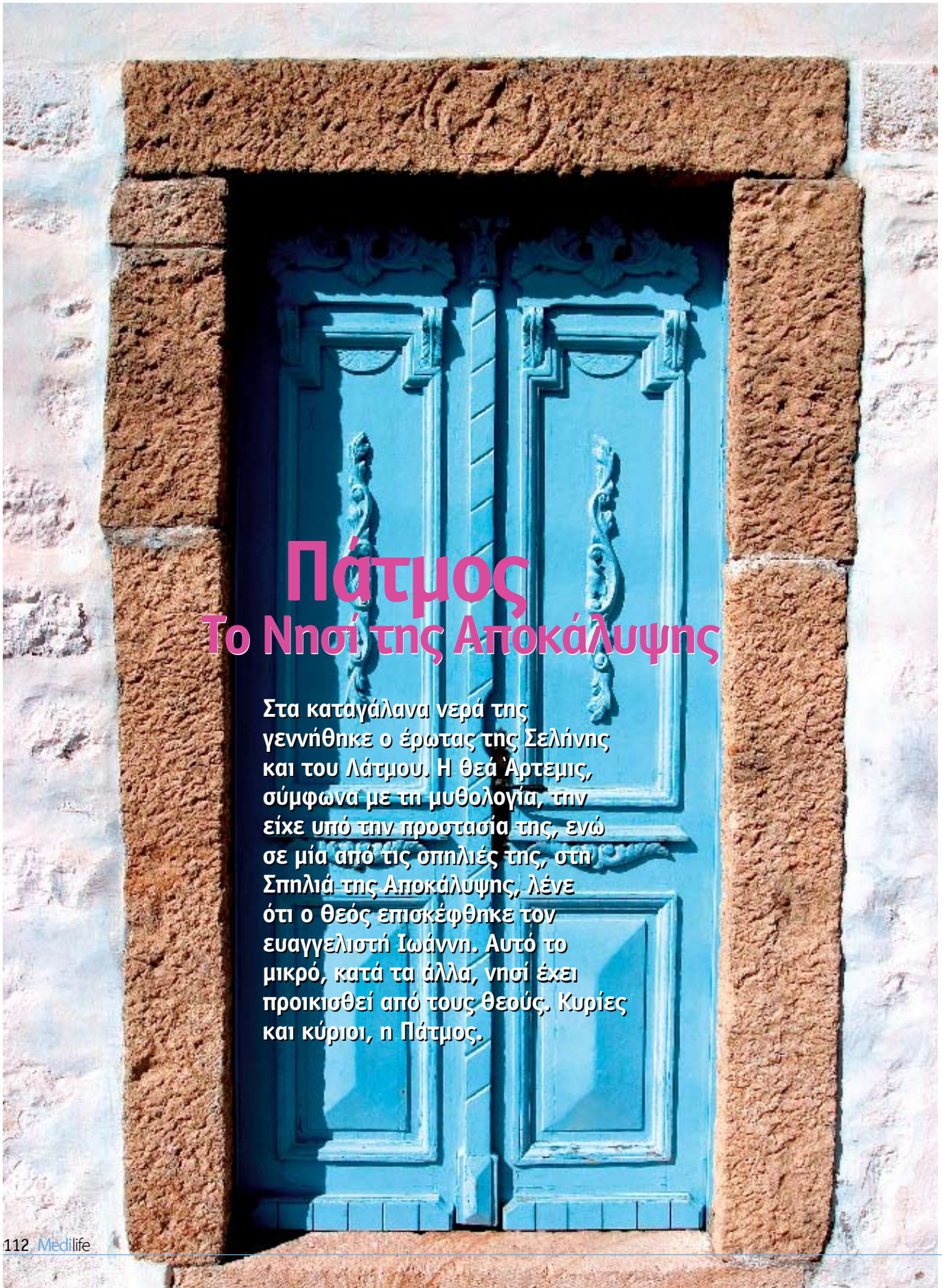
• Στην **ταβέρνα του Χαράλαμπου**, κοντά στην εκκλησία του Αγ. Ελευθερίου, για νόστιμα μαγειρευτά.

• Στην **Εξέδρα** για ψάρι αλά σπετσιώτα.

Χρήσιμα Τηλέφωνα

Κωδικός κλήσης: 22980
Λιμεναρχείο: 72245
Αγροτ. ιατρείο: 72590, 72492
Θαλάσσια ταξί: 72072
Μουσείο Μπουμπουλίνας: 72077
Μουσείο Σπετσών: 72994

Από τον **Βασίλη Δημαρά**



Πάτμος
Το Νησί της Αποκάλυψης

Στα καταγάλανα νερά της γεννήθηκε ο έρωτας της Σελήνης και του Λάτμου. Η θεά Άρτεμις, σύμφωνα με τη μυθολογία, την είχε υπό την προστασία της, ενώ σε μία από τις σπηλιές της, στη Σπηλιά της Αποκάλυψης, λένε ότι ο θεός επισκέφθηκε τον ευαγγελιστή Ιωάννη. Αυτό το μικρό, κατά τα άλλα, νησί έχει προικισθεί από τους θεούς. Κυρίες και κύριοι, η Πάτμος.

Τα συναισθήματα ανάμικτα όταν αντικρίζεις το Νησί της Αποκάλυψης, καθώς το πλοίο ετοιμάζεται να δέσει στο λιμάνι. Ποιος θα περίμενε ότι ένα τόσο μικρό νησί, μόλις 34 χιλιομέτρων, θα μπορούσε να μαγέψει από την πρώτη στιγμή, με την πρώτη ματιά, κάθε επισκέπτη; Η Πάτμος, το βορειότερο νησί της Δωδεκανήσου, υπήρξε αρχικά κατάλυμα της περιπλανώμενης θεάς Άρτεμης, αργότερα τόπος εξορίας και κατάκλισης του ευαγγελιστή Ιωάννη, ενώ σήμερα αποτελεί πόλο έλξης πολλών τουριστών.

Η πρωτεύουσα του νησιού ονομάζεται και **Παλιά Αρχόντισσα**. Είναι ένας μεσαιωνικός οικισμός χτισμένος γύρω από το μοναστήρι του Αγίου Ιωάννη. Έχει πολλά βυζαντινά χαρακτηριστικά στην αρχιτεκτονική του και τα περισσότερα σπίτια έχουν δύο ή τρεις ορόφους με πλούσια διακόσμηση από ξυλόγλυπτα και παραδοσιακά έπιπλα. Εκείνο όμως που χαρακτηρίζει τη Χώρα είναι τα σοκάκια με τις καμάρες και τα πλακόστρωτα δρομάκια. Η περιήγηση μοιάζει ταξίδι πίσω στο χρόνο.

Εκτός από τη Χώρα, υπάρχουν κι άλλα όμορφα χωριά που αξίζουν την προσοχή σας. Η **Σκάλα** είναι το λιμάνι και ταυτόχρονα ο μεγαλύτερος οικισμός του νησιού. Σ' αυτό το γραφικό λιμάνι συγκεντρώνεται όλη η νυχτερινή ζωή. Πιο ήσυχος και ειδυλλιακός είναι ο οικισμός του **Γροίκου**. Απέχει περίπου 5 χιλιόμετρα από το λιμάνι της Σκάλας και είναι χτισμένος στον ομώνυμο κόλπο του Γροίκου, όπου κυριαρχεί η μυστηριώδης πέτρα **Καλικατσού**.

Το μοναστήρι αποτελεί σημείο αναφοράς του νησιού. Χτισμένο σ' αυτήν τη θέση, μοιάζει να έχει υπό την προστασία του όλη την Πάτμο. Η οικοδόμηση άρχισε το 1088 από τον όσιο Χριστόδουλο. Η πρώτη εικόνα που αντικρίζει ο επισκέπτης είναι αυτή της στρωμένης με χαλίκια αυλής. Στη μέση της αυλής υπάρχει ένα πέτρινο κτίσμα, ενώ γύρω της θα βρείτε τέσσερα από τα δέκα συνολικά παρεκκλήσια της μονής. Κάτι ακόμη που δεν πρέπει να παραλείψετε να δείτε είναι η βιβλιοθήκη της μονής. Αποτελεί τη γραπτή Ιστορία τόσο της μονής όσο και του νησιού ολόκληρου. Θεωρείται μία από τις σημαντικότερες και αρτιότερα οργανωμένες μοναστικές βιβλιοθήκες της χριστιανοσύνης.

Το **Ιερό Σπήλαιο**, στη μέση της πλαγιάς του λόφου, που ξεκινά από τη Σκάλα και φτάνει μέχρι τη Χώρα, είναι ένα ολόλευκο κτήριο. Αν και από μακριά δίνει την εντύπωση ότι πρόκειται για ένα και μόνο κτίσμα, στην ουσία αποτελεί πολλά διαφορετικά. Το πέρασμα της πόρτας που οδηγεί στο εσωτερικό είναι στην πραγματικότητα πέρασμα σε μια άλλη, θεία διάσταση. Το ημίφως, ο πελώριος σχισμένος βράχος και τα σημάδια της παρουσίας του Ιωάννη μοιάζουν να έχουν σταματήσει το χρόνο στην εποχή που γραφόταν η *Αποκάλυψη*.

Δεν είναι μόνο η γραφικότητα του νησιού και η κατανυκτική του ατμόσφαιρα που σε κερδίζουν, αλλά και οι μαγευτικές παραλίες. Παρά το μικρό μέγεθός της, η Πάτμος έχει αρκετές παραλίες και κάθε μία έχει να προσφέρει κάτι διαφορετικό. Το καλύτερο είναι να καταφέρετε να τις επισκεφθείτε έστω μία φορά κατά τη διάρκεια της παραμονής σας.

Ο **Κάμπος** είναι ίσως η πιο οργανωμένη παραλία. Η ωραιότερη του νησιού, όμως, είναι σίγουρα η **Ψιλή Άμμος**, που φέρνει στο μυαλό σκηνές από τροπικά μέρη με τα τεράστια κύματά της και τη χρυσαφένια αμμουδιά. Μία ακόμη καλή πρόταση είναι το **Αγριολίβαδο**, ενώ η **Λάμπη**, που βρίσκεται στην άκρη του βορείου τμήματος της Πάτμου, είναι γνωστή για τα πολύχρωμα βότσαλά της. Το **Διακόφτι** είναι το πιο στενό σημείο της Πάτμου, παραλία κατάλληλη για ελεύθερες καταδύσεις. Τέλος, για απόλυτη ηρεμία, υπάρχει η **Βάγια** – προσέξτε, όμως, γιατί τα νερά της είναι παγωμένα.

Κοντά στην Πάτμο υπάρχουν τα δύο εξίσου γραφικά νησάκια **Λειψοί** και **Αρκαί**, τα οποία μπορείτε να επισκεφθείτε πηγαίνοντας μονοήμερες κρουαζιέρες. Μάλιστα, υπάρχουν καραβάκια που φεύγουν σε καθημερινή βάση από την Πάτμο με προορισμό τα συγκεκριμένα νησάκια.

Πώς να πάτε

Με πλοίο από τον Πειραιά ή τη Ραφήνα, με αεροπλάνο από τη Ρόδο.

Πού να μείνετε

- Στο **Petra Hotel**. Βρίσκεται στο ήσυχο και γραφικό ψαροχώρι του Γροίκου (τηλ.: *34020, 31035).
- Στο **Patmos Paradise**. Πανέμορφο, με μαγευτική θέα προς το πέλαγος και τον κόλπο του Κάμπου (τηλ.: 32624).
- Στο **Porto Scourati**. Ρομαντική ατμόσφαιρα, παραδοσιακή αρχιτεκτονική (τηλ.: 33123).
- Στο **Πλειάδες**. Πετρόχτιστα διαμερίσματα, στούντιο και σουίτες (τηλ.: 32826).

***Κωδικός κλήσης: 22470**

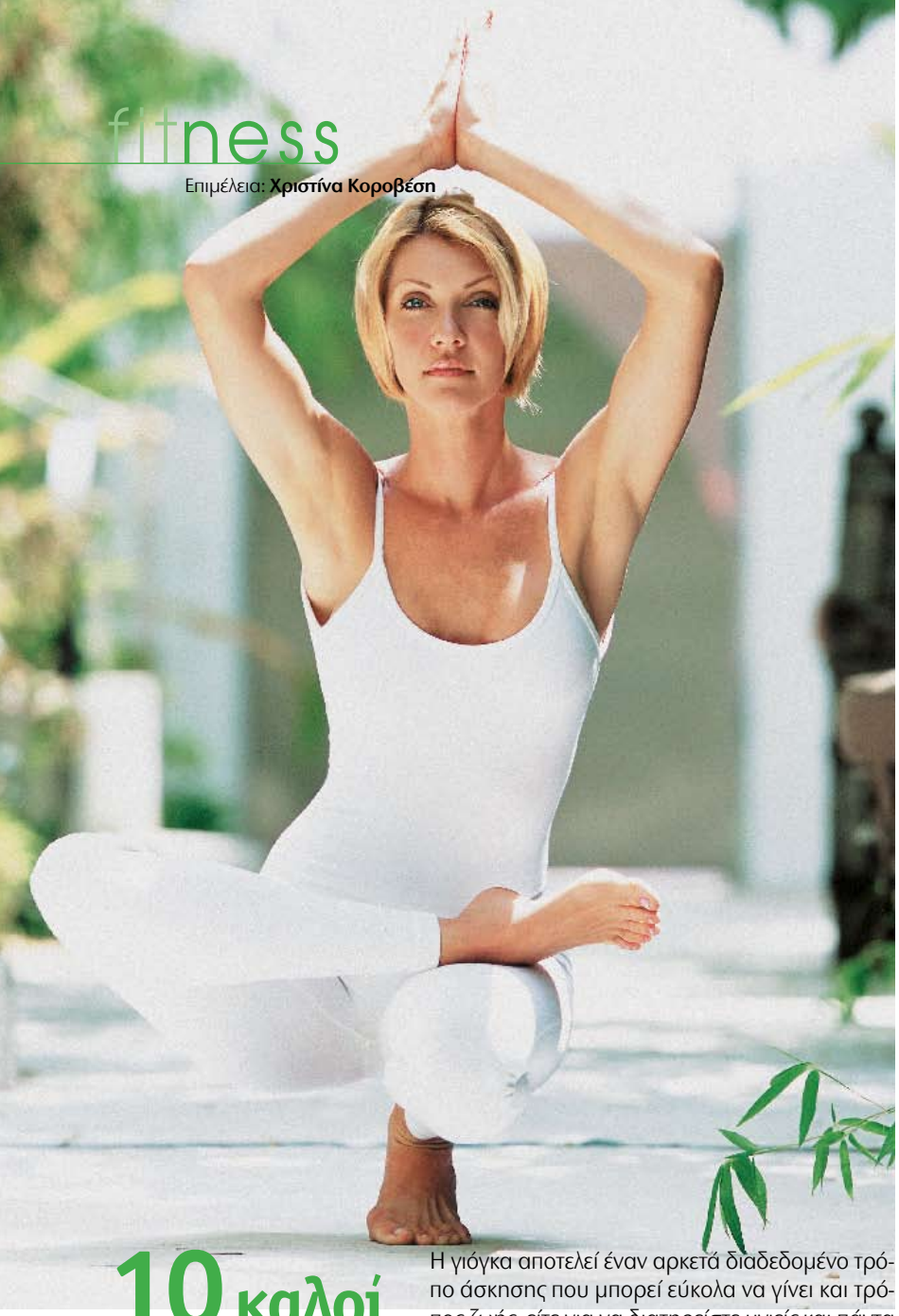
Πού να φάτε

- Στο **Γλάρο**, στο Αγριολίβαδο, για τοπικές νοστιμιές.
- Στον **Μπενέτο**, στα Σάψιλα, για κρέας και ψάρι.
- Στον **Πανάγο**, στον Άνω Κάμπο, για ελληνική κουζίνα.
- Στο **Μπαλκόνι**, στη Χώρα, για νόστιμους μεζέδες.
- Στον **Αρίωνα**, στη Χώρα, για το καλύτερο προφιτερόλ στο νησί.

Χρήσιμα Τηλέφωνα

- Αστυνομία: 31303
- Λιμεναρχείο: 31231
- Ταξί: 31225
- Κέντρο Υγείας: 31211

Επιμέλεια: **Χριστίνα Κοροβέση**



10 καλοί λόγοι για να κάνετε γιόγκα

Η γιόγκα αποτελεί έναν αρκετά διαδεδομένο τρόπο άσκησης που μπορεί εύκολα να γίνει και τρόπος ζωής, είτε για να διατηρείστε υγιείς και πάντα σε φόρμα είτε ως θεραπεία σε ορισμένες ασθένειες. Ορισμένα στυλ γιόγκα είναι πιο έντονα και δυναμικά, ενώ άλλα είναι χαλαρωτικά και πνευματικά. Ανεξάρτητα από το είδος που θα επιλέξετε, ο συγκεκριμένος τύπος άσκησης αποτελεί έναν εξαιρετικό τρόπο για να κάνετε στρέτσινγκ, να δυναμώσετε το σώμα σας, να συγκεντρωθείτε και να χαλαρώσετε το πνεύμα σας.

1 **Αυξημένη ευλυγισία και χαμηλότερο ρίσκο τραυματισμού.** Κάθε στάση της γιόγκα στοχεύει σε συγκεκριμένους μυς, με αποτέλεσμα να αυξάνει την ελαστικότητα του σώματος και να μειώνει το ρίσκο τραυματισμών κατά την ενασχόλησή σας με διάφορες δραστηριότητες.

2 **Λιγότερο στρες.** Η γιόγκα σάς βοηθά να ηρεμήσετε και μειώνει τα επίπεδα άγχους, ενώ το μυαλό επικεντρώνεται στη συγκεκριμένη στιγμή της άσκησης χωρίς να αποσπάται από εξωτερικούς παράγοντες.

3 **Αυξημένη προσοχή και συγκέντρωση.** Ένα από τα βασικότερα στοιχεία της γιόγκα είναι η ρυθμική και συγκεντρωμένη αναπνοή. Οι γεμάτες και ολοκληρωμένες αναπνοές βοηθούν το μυαλό να χαλαρώσει.

4 **Καλύτερη σχέση μεταξύ μυαλού και σώματος.** Η γιόγκα προϋποθέτει τη συγκέντρωση όλης της δύναμης κατά την εκτέλεση κάθε κίνησης ή στάσης, ώστε αυτές να εκτελούνται με ακρίβεια – κάτι που ωφελεί τόσο το σώμα όσο και το μυαλό και ενισχύει τη μεταξύ τους σχέση.

5 **Μεγαλύτερη δύναμη και αντοχή.** Τα πιο έντονα στυλ γιόγκα, όπως, για παράδειγμα, η power yoga, δυναμώνουν τον οργανισμό και την αντοχή του, καθιστώντας τον παράλληλα περισσότερο ευέλικτο.

6 **Λιγότερες μυϊκές ανισορροπίες.** Όσοι δοκιμάζουν το συγκεκριμένο τρόπο άσκησης για πρώτη φορά μπορεί να παρατηρήσουν ανισορροπίες στους μυς και στην ελαστικότητά τους. Με τη γιόγκα, όμως, θα μπορέσουν να τις βελτιώσουν.

7 **Καλύτερη αίσθηση ισορροπίας και σταθερότητας.** Η γιόγκα ενεργοποιεί τους βασικούς μυς ισορροπίας, συντελώντας στη βελτίωση της συνολικής σταθερότητας του σώματος. Αυτό δρα επικουρικά ιδιαιτέρως σε άτομα με τραυματισμούς ή άλλες παθήσεις που επηρεάζουν την αίσθηση ισορροπίας τους.

8 **Βελτιωμένη στάση του σώματος.** Η γιόγκα βοηθά να ανοίξουν κάποια «σφιγμένα» μέρη του σώματος, όπως οι ώμοι και οι μύες της πλάτης, και ενισχύει την καλή στάση του σώματος.

9 **Καλύτερη γνώση του σώματος.** Κάθε στάση της γιόγκα απαιτεί τη σύσπαση ή/και τη χαλάρωση συγκεκριμένων μυών. Καθώς εκτελείτε τις ασκήσεις, αντιλαμβάνεστε καλύτερα τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του σώματός σας.

10 **Εύκολος συνδυασμός με επιπλέον προγράμματα εκγύμνασης ή δίαιτας.** Η γιόγκα συνδυάζει ευλυγισία, δύναμη και ισορροπία. Είναι ένα είδος άσκησης κατά το οποίο γυμνάζεται το σώμα μαζί με το πνεύμα και μπορεί να προστεθεί σε οποιοδήποτε πρόγραμμα ακολουθείτε για να διατηρείστε σε φόρμα.

Πηγή: *Vitality Magazine*