Medilife

Καλοκαίρι - Φθινόπωρο 2009
Τεύχος 11

Η πλαστική χειρουργική
στα παιδιά

FNA
Παρακέντηση όζων θυρεοειδούς
με την καθοδήγηση υπερήχων

Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση
στα βρέφη

Ρομποτική χειρουργική

Τάκης Γιαννίρης
Διευθύνων Σύμβουλος
Ομίλου Ευρωκλινικής

Αγαπητοί αναγνώστες,

Στον όμιλο της Ευρωκλινικής θέτουμε για τα επόμενα χρόνια υψηλούς στόχους ανάπτυξης.

Έχοντας πάντα ως επίκεντρο τον ασθενή, συνεχίζουμε με απόλυτη συνέπεια την καθημερινή μας προσπάθεια για παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου.
Για το λόγο αυτό προχωράμε επενδύοντας τόσο σε άμεσους, όσο και σε μεσοπρόθεσμους στόχους. Στις άμεσες ενέργειές μας συμπεριλαμβάνονται η ανανέωση σημαντικού μέρους του ιατρικού εξοπλισμού αλλά και οι ουσιαστικές παρεμβάσεις στους χώρους και στον ξενοδοχειακό εξοπλισμό.

Υποστηρίζουμε με κάθε δυνατό τρόπο το έργο των Ιατρών μας και ενδυναμώνουμε το Διοικητικό και Νοσηλευτικό μας προσωπικό, στοχεύοντας πάντα στην ανέλιξή του και εντάσσοντάς το στο σχεδιασμό ανάπτυξης των κλινικών μας.

Δεσμευόμαστε για ολοένα καλύτερες υπηρεσίες υγείας στον άνθρωπο.

Medilife περιεχόμενα

Καλοκαίρι - Φθινόπωρο 2009 / τεύχος 11

Μόνιμες Στήλες

6 **News**

Healthy Food

98 **Ψαρονέφρι σοτέ με σάλτσα μανιταριών**
Τραγανή πράσινη σαλάτα
Μιλφέιγ με φρέσκιες φράουλες, άρωμα βανίλιας και σιρόπι βύσσινο

Ιατρική

18 **Ρομποτική χολοκυστεκτομή**
22 **Η ρομποτική τεχνολογία στην υπηρεσία της χειρουργικής και του ασθενούς**
26 **Δυναμική Ηχογραφία Πνευμόνων (ΔΗΠ)**
30 **Παρακέντηση όζων θυρεοειδούς διά λεπτής βελόνης (FNA) με την καθοδήγηση υπερήχων**
32 **Επαγγελματικά νοσήματα άνω άκρου**
34 **Πονοκέφαλος**
Τι είναι και σε τι οφείλεται
38 **Η χρήση των οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων στην αποκατάσταση του πτερυγίου του ωτός**
42 **Πρόοδος στη διάγνωση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης**
Η μέθοδος εμπέδησης/pH (Impedance/pH) οισοφάγου
44 **Το δέρμα ως καθρέπτης της υγείας**
Η αντιγήρανση είναι θεραπεία
48 **Καρδιακοί βηματοδότες**
50 **Αλήθειες και μύθοι για τον εμετό**
52 **Οφθαλμολογικά προβλήματα**
56 **Η κλινική αξία της στροβοσκόπησης στις παθήσεις φωνής**
60 **Αντιμετωπίζοντας τις κολπίτιδες**

Ευρωκλινική Παίδων

68 **Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση στα βρέφη**

72 **Σωματική κακοποίηση των παιδιών**
Παραμέληση και ψυχική υγεία

76 **Η πλαστική χειρουργική στα παιδιά**

82 **Το υπερηχογράφημα στη νεογνική - βρεφική και παιδική ηλικία**

86 **Ηλιακό έγκαυμα**

88 **Ιογενείς γαστρεντερίτιδες από Noro-ιούς**
Συχνότητα και διαγνωστική προσέγγιση

Υγεία & Διατροφή

64 **Βιολογικά τρόφιμα**
Όλη η αλήθεια

90 **Διατροφή και παιδικός σακχαρώδης διαβήτης τύπου Ι**

Προορισμοί

94 **Μάνη** Άγρια ομορφιά

96 **Παξοί** Όλα όσα πρέπει να ξέρετε για τον «Βενιαμίν» των Επτανήσων

Medilife

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

Αθανασιάδου 7 - 9 (πάροδος Δ. Σούτσου), 115 21, Αθήνα,
τηλ.: 210-6416600, fax: 210-6416555
Τηλέφωνο Διεύθυνσης Marketing: 210-6416180
Τηλέφωνο Άμεσης Ανάγκης: 1011

Διευθύντρια Έκδοσης: Χριστίνα Ταμπουρέα,
Διευθύντρια Marketing & Επικοινωνίας
Επιμέλεια Ύλης: Χριστίνα Κοροβέση, Νάνσυ Χριστοπούλου
Συντονισμός Ύλης: Έφη Σοφιανού

Επιστημονική Επιτροπή
Καθηγητής Μ. Φιλιππάκης, Πρόεδρος Επιστημονικής
Επιτροπής Ευρωκλινικής Αθηνών,
Διευθυντής Χειρουργικού Τομέα
Αντώνης Ψαρουδάκης, Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής
Κλινικής, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας
Εμμανουήλ Ζαχαριάδης, Διευθυντής Πνευμονολογικού Τμήματος

Παραγωγή - Έκδοση: IKO Press S.A.
Εντεταλμένος Σύμβουλος: Δημήτρης Αργυρόπουλος
Διοικητικός Διευθυντής: Τάκης Σολωμός
Αναπληρωτής Διοικητικός Διευθυντής: Άγγελος Μπαϊρακτάρης
Οικονομικός Διευθυντής: Παναγιώτης Γεωργακίλας
Εμπορική Διεύθυνση: Ιωάννα Αγγελή
Σύμβουλος Επικοινωνίας: Αναστασία Παρετζόγλου
Σύμβουλος Διοίκησης: Θάνος Παπαχρήστου

Creative Layout & Editorial Management:
Corporate Publications Division
Διευθυντής: Νικόλαος Παπαβασιλείου
Μαρίνου Αντύπα 41-45, 141 21, Νέο Ηράκλειο,
τηλ.: 210-2705100, fax: 210-2705199
Creative Art Director: Μαρκέλλα Κοτάκη
Art Directors: Σέβη Κοτάκη, Παντελής Σιδερίδης
Δημιουργικό: Αλέκα Βαλσαμάκη, Βίκυ Κουμπαρέλου,
Ήρα Λάζου, Έλενα Λούμπια, Κατερίνα Νίκα,
Γρηγορία Σκουρλή

Υπεύθυνη Επιμέλειας Κειμένων: Μαράια Γαλιατσάτου
Επιμέλεια Κειμένων: Νίκος Μπαρτζελιώτης, Βασιλική Παππά
Project Coordinator: Τατιάνα Δαρδαμάνη
Photo Research Director: Γραμματική Μαντάκη
Photo Researcher: Ελευθερία Μπακογιάννη
Φωτογραφία Εξωφύλλου: Ideal Images
Φωτογραφίες: Istockphoto, Apeiron, Visual Hellas

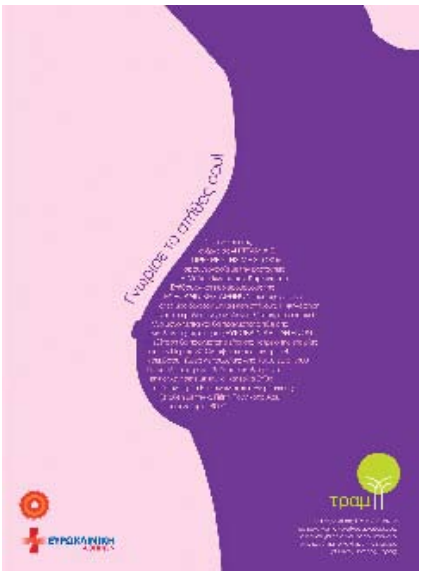
Διεύθυνση Διαφήμισης: Μαρία Καζάντζα
Υπεύθυνες Διαφήμισης: Νόρα Τσουκαλά, Ευγενία Χατζοπούλου
Υποδοχή Διαφήμισης: Μελίνα Πετρουλά, τηλ.: 210-2705370

Διεύθυνση Παραγωγής Αλέξης Βαλούρδος
Συντονισμός Παραγωγής Μάκης Κουτσανδρέας
Παραγωγή Βασίλης Γαβαλάς
Ποιοτικός Έλεγχος Παραγωγής
Λευτέρης Νικόπουλος, Γιάννης Σπαθούλας
Διεκπεραίωση Παραγωγής
Νένα Καλλία, Νίκος Κόλλιας, Αγγελική Φούντα
Υπεύθυνος Τμήματος Επεξεργασίας Εικόνας: Χρήστος Σιμίτας
Ειδικές Επεξεργασίες Γιώργος Κλαρομένος
Διαχωρισμοί Εικόνας Στέλιος Σοφιανός, Μιχάλης Διονυσάκης
Επεξεργασία Εικόνας Στέλιος Δημητροκάλλης, Χριστίνα Μάνου,
Μαρία Μπακούτη, Ηλιάνα Μποβολή,
Αίμη Μπουσίου, Δάφνη Παπαδάκη, Μαρία Ροκά,
Αλέξανδρος Χαλόουπκα, Μαρία Χασάπη

Υπεύθυνος Τελικού Ελέγχου Μακέτας Βασίλης Δρανδάκης
Τελικός Έλεγχος Μακέτας Μιχάλης Μπαξεβάνης,
Αλέξης Μούγιος, Αγγελίνα Νικολάου
Υπεύθυνος Ηλεκτρονικού Μοντάζ & Φιλμογράφησης
Αντώνης Αρμάος
Ηλεκτρονικό Μοντάζ & Φιλμογράφηση
Γιάννης Μούγιος, Βασίλης Νάκος
Το περιοδικό διατίθεται δωρεάν

Η Ευρωκλινική Αθηνών
στηρίζει τον αγώνα κατά του καρκίνου του μαστού

1. Από αριστερά: Οι κυρίες Μαρουλιώ Σταθουλοπούλου, Μαστολόγος, συνεργάτις Ευρωκλινικής Αθηνών, και Έφη Σοφιανού, Διεύθυνση Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής.
2. Υπάλληλοι της ΤΡΑΜ Α.Ε. περιμένουν να εξεταστούν.



Η εταιρεία ΤΡΑΜ Α.Ε., σε συνεργασία με την εκστρατεία «Η Μόδα Πολεμά τον Καρκίνο του Στήθους», πραγματοποίησε ενέργεια με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με την πρόληψη και τη θεραπεία του καρκίνου του στήθους.

Η Ευρωκλινική Αθηνών υποστήριξε αυτήν τη σημαντική πρωτοβουλία διαθέτοντας επιστημονικό προσωπικό για τη διενέργεια προληπτικών εξετάσεων, αλλά και για την ενημέρωση των ενδιαφερομένων. Πρωτοπορία της ενέργειας με τίτλο «Η ΤΡΑΜ Α.Ε. Πρεσβευτής με Στόχο» αποτέλεσε η λειτουργία περιπτέρου δωρεάν προληπτικών εξετάσεων στήθους μέσα στις εγκαταστάσεις της εταιρείας. Πάνω από 100 γυναίκες είχαν την ευκαιρία να εξεταστούν δωρεάν από διακεκριμένους μαστολόγους της Ευρωκλινικής Αθηνών, από τις 30 Οκτωβρίου έως τις 4 Νοεμβρίου 2008.

Νέος Διευθύνων Σύμβουλος
στον Όμιλο Ευρωκλινικής

Ο κ. Τάκης Γιαννίρης ανέλαβε από τον Απρίλιο του 2009 καθήκοντα Διευθύνοντος Συμβούλου στον Όμιλο Ευρωκλινικής. Ο κ. Γεώργιος Βελιώτης, ο οποίος είχε αναλάβει προσωρινά τη διοίκηση των κλινικών τον Δεκέμβριο του 2008, παρέμεινε Αντιπρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου.

Ο κ. Τάκης Γιαννίρης διαθέτει πλούσια διευθυντική εμπειρία σε καίριες διευθυντικές θέσεις μεγάλων επιχειρήσεων του ιδιωτικού τομέα. Διετέλεσε Γενικός Διευθυντής του Ομίλου Ιασώ, με τον οποίο και συνεργάσθηκε για περίπου 10 χρόνια. Επίσης, είναι Πρόεδρος του Δ.Σ. της Ένωσης Ιδιωτικών Κλινικών Ελλάδος (ΣΕΚ) και μέλος των Δ.Σ. των εισηγμένων εταιρειών Έλαστρον Α.Ε., Eurodrip Α.Ε. και Πλαστικά Θράκης Α.Ε.

Ο Πρόεδρος των κλινικών και Partner της Global Finance κ. Μιχάλης Μαδιανός δήλωσε: «Στο πλαίσιο της περαιτέρω ανάπτυξης των κλινικών, αλλά και του εμπλουτισμού τους με έμπειρα και καταξιωμένα στελέχη του χώρου, πιστεύω ότι ο κ. Γιαννίρης, με την πολυετή εμπειρία του στο χώρο της υγείας, θα συμβάλει καθοριστικά στην ήδη ανοδική πορεία του ομίλου μας. Ευχαριστούμε θερμά τον κ. Βελιώτη, Αντιπρόεδρο Δ.Σ. Ομίλου Ευρωκλινικής, ο οποίος ανέλαβε επιτυχώς το δύσκολο έργο της μεταβατικής περιόδου».

Δωρεά Οργάνων

Με επιτυχία πραγματοποιήθηκε δωρεά οργάνων στην Ευρωκλινική Αθηνών στις 25/9/2008 από δότρια ηλικίας 62 ετών. Για την έκβαση της δωρεάς οργάνων καθοριστική ήταν η συμβολή του κ. Γεωργίου Παναγιωτόπουλου, Διευθυντή Μ.Ε.Θ., καθώς και των χειρουργών της Ευρωκλινικής Αθηνών που ανέλαβαν την αφαίρεση των μοσχευμάτων.

Τα μοσχεύματα αξιοποιήθηκαν ως εξής:

- Ο ένας νεφρός μεταμοσχεύθηκε σε γυναίκα ηλικίας 59 ετών από την Αθήνα, η οποία υποβαλλόταν επί επτά χρόνια σε αιμοκάθαρση.
- Ο δεύτερος νεφρός, μαζί με το ήπαρ (διπλή μεταμόσχευση), μεταμοσχεύθηκαν σε άνδρα ηλικίας 43 ετών, ο οποίος βρισκόταν σε λίστα επειγόντων περιπτώσεων.
- Οι κερατοειδείς μεταμοσχεύθηκαν σε ασθενείς με σοβαρά προβλήματα όρασης στην Κρατική Οφθαλμολογική Κλινική «Γ. Γεννηματάς».
- Τα δερματικά μοσχεύματα θα αξιοποιηθούν από τη Μονάδα Μεταμόσχευσης Δέρματος «Γ. Γεννηματάς» και θα δωριστούν σε ασθενείς που έχουν ανάγκη από μεταμόσχευση δέρματος.

Οι ευεργετηθέντες ασθενείς είναι πλέον καλά στην υγεία τους και αισθάνονται ευγνωμοσύνη για τη δότρια και τους συγγενείς της. Η παρέμβαση της Ευρωκλινικής Αθηνών ήταν ένα δώρο ζωής στους συνανθρώπους μας και η συμβολή της στο ζήτημα της δωρεάς οργάνων αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση για όλους.

Ο κ. Ιωάννης Α. Χλωρογιάννης, Καρδιοχειρουργός MD.,
Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών.

Διεθνής αναγνώριση

Διεθνώς αναγνωρισμένη έρευνα για το bypass και την ολική αρτηριακή επαναιμάτωση του μυοκαρδίου από τον κ. Ιωάννη Α. Χλωρογιάννη, Καρδιοχειρουργό MD., Διευθυντή Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, και τους συνεργάτες του.

Η παράκαμψη των νοσούντων στεφανιαίων αρτηριών, γνωστή ως bypass, αποτελεί τη συχνότερη καρδιοχειρουργική επέμβαση. Όμως η συχνότερη αιτία υποτροπής της στεφανιαίας νόσου έπειτα από εγχείρηση ολικής επαναιμάτωσης αποδίδεται κυρίως στην εκφύλιση και την απόφραξη των φλεβικών μοσχευμάτων, παρά στην εξέλιξη της αθηροσκλήρυνσης μέσα στα στεφανιαία αγγεία. Έχει, μάλιστα, αποδειχθεί ότι τα φλεβικά μοσχεύματα είναι υποδεέστερα των αρτηριακών.

Για να εκτιμηθεί το κατά πόσο είναι τεχνικά εφικτή και αποτελεσματική η ολική αρτηριακή επαναιμάτωση του μυοκαρδίου σε όλους τους ασθενείς, χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά έμμισχες μαστικές αρτηρίες με ή χωρίς κερκιδική αρτηρία.

Η μέθοδος εφαρμόστηκε στην Καρδιοχειρουργική Κλινική της Ευρωκλινικής Αθηνών σε 1.825 ασθενείς τα τελευταία επτά χρόνια. Ολική αρτηριακή επαναιμάτωση επιτεύχθηκε σε 1.817 από 1.825 ασθενείς (99,5%), με 5.815 αναστομώσεις και με τη χρήση μόνο μαστικών αρτηριών με ή χωρίς κερκιδική αρτηρία. Συνδυαστικές επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν σε 345 ασθενείς (18,9%).

Τα άμεσα χειρουργικά αποτελέσματα ήταν ανώτερα από τα προβλεπόμενα, με βάση τα διεθνή δεδομένα (Euroscore).

Οι ερευνητές κατέληξαν στο εξής συμπέρασμα: η συστηματική χρήση των δύο μαστικών αρτηριών και της κερκιδικής αρτηρίας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επαναιμάτωση του μυοκαρδίου με επέμβαση bypass αποτελεί απόλυτα εφικτή και αποτελεσματική τεχνική, και συστήνεται ανεπιφύλακτα ως «χρυσός κανόνας».

Ο κ. Ιωάννης Α. Χλωρογιάννης και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν τη μελέτη τους στο αμερικανικό ιατρικό περιοδικό *Angiology*, με τίτλο «Total Arterial Myocardial Revascularization».

Η τεχνική αυτή έτυχε άμεσης αναγνώρισης και επιλέγη ως πρωτοποριακή μεταξύ χιλιάδων μελετών για αναδημοσίευση σε διεθνείς επιθεωρήσεις ιατρικών εργασιών με τίτλο «New Research on Heart Bypass Surgery from I. A. Chloroyiannis and Co-authors Summarized».

3η Νοσηλευτική Ημερίδα Ευρωκλινικής Αθηνών

Η φροντίδα των ασθενών με καρκίνο είναι μια διαρκής δυναμική διαδικασία αντιμετώπισης των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους μέσα στο χρόνο, προσαρμοζόμενη στο κοινωνικό, πολιτισμικό και φυσικό πλαίσιο στο οποίο ζουν.

Αναγνωρίζοντας την αξία της υποστηρικτικής φροντίδας στη νοσηλευτική ογκολογία, η Ευρωκλινική Αθηνών πραγματοποίησε με μεγάλη επιτυχία τη Δευτέρα 8 Δεκεμβρίου 2008 την 3η Νοσηλευτική Ημερίδα στο Ινστιτούτο Pasteur με θέμα «Η υποστηρικτική φροντίδα στη νοσηλευτική ογκολογία», σε συνεργασία με τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών Ελλάδος και την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Νοσηλευτών Ογκολογίας (EONS). Κεντρικός ομιλητής ήταν ο προσκεκλημένος κ. Jan Fubert, ο οποίος ανέπτυξε το θέμα «Supportive care: Not just a trendy word but probably the care of the future». Τα υπόλοιπα θέματα που αναπτύχθηκαν και συζητήθηκαν με ιδιαίτερο ενδιαφέρον ήταν τα εξής:

- Αξιολόγηση αναγκών ασθενών με καρκίνο
- Διαχείριση συμπτωμάτων
- Οικογένεια – άρρωστος – δομές υποστήριξης, επικοινωνία και ανάγκες
- Πνευματικές αναζητήσεις ασθενών με καρκίνο
- Δομές υποστηρικτικής φροντίδας
- Οργάνωση υποστηρικτικής φροντίδας υγείας
- Η συμβολή της διεπιστημονικής ομάδας στην υποστηρικτική φροντίδα
- Η τεκμηριωμένη νοσηλευτική πρακτική στην υποστηρικτική φροντίδα
- Εκπαίδευση στην υποστηρικτική φροντίδα

1

2

3

1. Από αριστερά: Οι κ.κ. Ειρήνη Καπνογιάννη, Νοσηλεύτρια Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, Ευρωκλινική Αθηνών, Ιωάννα Πήτου, Υπεύθυνη 5ου νοσηλευτικού ορόφου Β΄ πτέρυγας Ευρωκλινικής Αθηνών, Απόστολος Κώτσιας, Νοσηλευτής Μ.Ε.Θ., Ευρωκλινική Αθηνών, και Αποστολία Λιάτη, Υποδιευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Αθηνών.

2. Από αριστερά: Οι κ.κ. Ηλίας Αθανασιάδης, Διευθυντής Ογκολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών, Ευμορφία Αλεξανδρή, Προϊσταμένη Επίβλεψης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Αθηνών, Σούλα Καραμανλή, Προϊσταμένη Εξωτερικών Ιατρείων και Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών Ευρωκλινικής Αθηνών, και Λαμπρινή Κορδάτου, Νοσηλεύτρια ODC - Χημειοθεραπείας, Ευρωκλινική Αθηνών.

3. Από αριστερά: Οι κυρίες Παναγιώτα Ιωάννου, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Αθηνών, Άντα Πουπάκη, Τομεάρχης ΚΑΤ, Αθανασία Κουτούκη, Προϊσταμένη Χειρουργείων Ευρωκλινικής Αθηνών, και Βασιλική Μπάλλα, Προϊσταμένη 5ου νοσηλευτικού ορόφου Β' πτέρυγας Ευρωκλινικής Αθηνών.

7η Επιστημονική Ημερίδα Ευρωκλινικής Παίδων

Το Σάββατο 11 Απριλίου 2009, στο ξενοδοχείο Royal Olympic, πραγματοποιήθηκε η ετήσια Επιστημονική Ημερίδα της Ευρωκλινικής Παίδων υπό την αιγίδα της Ελληνικής Ακαδημίας Παιδιατρικής. Στόχος της ημερίδας ήταν η ενημέρωση για θέματα της σύγχρονης παιδιατρικής επιστήμης, τα οποία αναπτύχθηκαν από παιδιάτρους και ιατρούς πολλών υποειδικοτήτων. Όπως κάθε χρόνο, έτσι και φέτος η ημερίδα ήταν ανοιχτή για το κοινό και στέφθηκε με επιτυχία, καθώς η προσέλευση του κόσμου ήταν μεγάλη.

Σύγχρονα παιδιατρικά θέματα που αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια της ημερίδας:

- Η αξία της προληπτικής οφθαλμολογικής εξέτασης σε σχέση με την ηλικία του παιδιού
- Σπίλοι και αιμαγγειώματα στα παιδιά
- Επείγουσες απεικονιστικές μέθοδοι στην παιδιατρική
- Ιογενείς γαστρεντερίτιδες: Συχνότητα Noro-virus και διαγνωστική προσέγγιση
- Πυρετός χωρίς ευρήματα μετά τη χρήση του πνευμονιοκοκκικού εμβολίου
- Έγκαιρη ανίχνευση παιδιών με οικογενή υπερχοληστερολαιμία στην Ελλάδα
- Θωρακικό άλγος: Πρέπει να τρομοκρατεί τον παιδίατρο;
- Αιμορραγία πεπτικού: Αίτια και αντιμετώπιση
- Κοιλιακά άλγη λειτουργικής αιτιολογίας. Πότε πρέπει να ανησυχούμε;
- Όλα όσα θα θέλατε να γνωρίζετε για το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού

Γενικά περί εμβολιασμών

- Εμβόλια H.P.V. – Ανεμευλογιάς – Ιλαράς – Ερυθράς – Παρωτίτιδας
- Εμβόλια ηπατίτιδας Α' και Β' – Εμβολιασμοί εφήβων
- Εμβόλια Rota και μηνιγγιτιδόκοκκου

1. Από αριστερά οι κ.κ.: Βασίλης Παϊλόπουλος, Διευθυντής Παιδοκαρδιολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, Γεώργιος Χριστόπουλος, Διευθυντής Ω.Ρ.Λ. Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, Χριστίνα Ταμπουρέα, Διευθύντρια Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής, Βίκυ Λαγκαδιανού, Παιδοψυχολόγος Ευρωκλινικής Παίδων, Σταμάτης Γκατζώνης, Αναπληρωτής Διευθυντής Οφθαλμολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, Μαρία Κατσικάρη, Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, Καθ. Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων, Χρήστος Χιωτίνης, Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, Παναγιώτα Καφρίτσα, Διευθύντρια Γαστρεντερολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, και Κατερίνα Αγραφιώτη, Επιμελήτρια Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων.

2. Από αριστερά οι κ.κ.: Γεώργιος Βελιώτης, Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ομίλου Ευρωκλινικής, Τάκης Γιαννίρης, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, Παναγιώτα Καφρίτσα, Διευθύντρια Γαστρεντερολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, και Καθ. Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων.

3. Από αριστερά: Οι κυρίες Μαρία Κατσικάρη, Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, Μαρία Παπαδοπούλου, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων, Τασούλα Πάζιου, Προϊσταμένη Εξωτερικών Ιατρείων και Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών Ευρωκλινικής Παίδων, Αικατερίνη Χαραλαμπίδου, Προϊσταμένη 3ου νοσηλευτικού ορόφου Ευρωκλινικής Παίδων, και Θεοδώτα Λιακοπούλου-Τσιτσιπή, Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων.

4. Από αριστερά οι κύριοι Τάκης Γιαννίρης, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, και Καθ. Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων.

5. Από αριστερά: Οι κυρίες Εύη Αποστολίδου, Τμήμα Ποιοτικού Ελέγχου Ομίλου Ευρωκλινικής, Νάνσυ Χριστοπούλου, Διεύθυνση Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής, Μαρία Κατσικάρη, Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, και Έφη Σοφιανού, Διεύθυνση Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής.

Επέκταση τίτλου πιστοποίησης ποιότητας σε όλη την Ευρωκλινική Αθηνών

Η Ευρωκλινική Αθηνών επέκτεινε την εφαρμογή του πιστοποιητικού συμμόρφωσης του συστήματος διαχείρισης ποιότητας σύμφωνα με το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000:

- στα εξωτερικά ιατρεία
- στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
- στο Τμήμα Διαγνωστικής και Επεμβατικής Ακτινολογίας
- στο Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής

Ταυτόχρονα διατηρεί τον υπάρχοντα τίτλο πιστοποίησης:

- στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
- στο Ενδοσκοπικό Τμήμα
- στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο
- στους νοσηλευτικούς ορόφους
- στα χειρουργεία
- στην Καρδιολογική Μονάδα
- στο ODC

Η ολική πλέον επέκταση του τίτλου επιβεβαιώνει για ακόμα μία φορά την άριστη ποιότητα σε όλα τα επίπεδα υπηρεσιών υγείας που προσφέρει η Ευρωκλινική Αθηνών σε όλους τους ασθενείς.

Η Ευρωκλινική Αθηνών στην τηλεόραση!

Η Ευρωκλινική Αθηνών συνεχίζει να διαθέτει τις εγκαταστάσεις της σε εταιρείες παραγωγής για την πραγματοποίηση τηλεοπτικών γυρισμάτων. Τα σίριαλ που έχουν φιλοξενηθεί προέρχονται από τους μεγαλύτερους τηλεοπτικούς σταθμούς.

Οι σειρές του MEGA

- ***ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΙ ΜΑΖΙ:*** Εξαιρετικά επιτυχημένη τηλεοπτική σειρά μεγάλης θεαματικότητας με τους Γιάννη Μπέζο, Κατερίνα Λέχου, Δημήτρη Μαυρόπουλο.
- ***ΛΑΚΗΣ Ο ΓΛΥΚΟΥΛΗΣ:*** Επίσης υψηλής θεαματικότητας, με πρωταγωνιστές τους Πέτρο Φιλιππίδη, Ζέτα Δούκα, Ιωσήφ Μαρινάκη, Χριστίνα Αλεξανιάν κ.ά.
- ***ΤΑ ΜΥΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΔΕΜ:*** Αγαπημένη καθημερινή σειρά με τους Δάνη Κατρανίδη, Κώστα Αρζόγλου, Παναγιώτη Μπουγιούρη, Φαίη Ξυλά και πολλούς άλλους γνωστούς ηθοποιούς.
- ***ΜΑΥΡΑ ΜΕΣΑΝΥΧΤΑ:*** Επιτυχημένη μαύρη κωμωδία με τους Στέλιο Μάινα, Μπέσυ Μάλφα, Παναγιώτα Βλαντή κ.ά.
- ***L.A.P.D.:*** Αστυνομική κωμωδία με τους Ιεροκλή Μιχαηλίδη, Κρατερό Κατσούλη, Γιώργο Χρυσοστόμου κ.ά.
- ***Η ΠΟΛΥΚΑΤΟΙΚΙΑ:*** Κωμική σειρά με πρωταγωνιστές τους Παύλο Χαϊκάλη, Γιάννη Τσιμιτσέλη, Δημήτρη Κουρούμπαλη, Μάρθα Βούρτση, Αντιγόνη Γλυκοφρύδη, Βίλμα Τσακίρη, Βασιλική Ανδρίτση.
- ***ΜΙΑ ΣΤΙΓΜΗ ΔΥΟ ΖΩΕΣ:*** Καθημερινή σειρά με τους Ιωάννη Παπαζήση, Κάτια Νικολαΐδου, Αλεξάνδρα Παλαιολόγου, Μιχάλη Γιαννάτο, Χρήστο Νομικό, Αθανασία Αντωναράκου και πολλούς άλλους αξιόλογους ηθοποιούς.

Οι σειρές του ANT1

- ***ΤΟ ΚΛΕΙΔΙ ΤΟΥ ΠΑΡΑΔΕΙΣΟΥ:*** Επιτυχημένη τηλεοπτική σειρά στην οποία πρωταγωνιστούν οι Σπύρος Παπαδόπουλος, Ζέτα Μακρυπούλια, Αποστόλης Τότσικας κ.ά.
- ***ΦΙΛΑ ΤΟ ΒΑΤΡΑΧΟ ΣΟΥ:*** Ρομαντική κωμωδία με τους Θοδωρή Αθερίδη, Σμαράγδα Καρύδη, Ιζαμπέλα Κογεβίνα, Γιάννη Ζουγανέλη κ.ά.

Οι σειρές του ALPHA

- ***ΑΛΗΘΙΝΟΙ ΕΡΩΤΕΣ:*** Τηλεοπτική σειρά αυτοτελών επεισοδίων με πρωταγωνιστές τους Ανατολή Αθανασιάδου και Αλέκο Συσσοβίτη.

Επίσης, πραγματοποιήθηκαν γυρίσματα για την κινηματογραφική ταινία ***ΤΟ ΠΕΤΑΓΜΑ ΤΟΥ ΚΥΚΝΟΥ*** με την υπογραφή του Ν. Τζίμα σε σενάριο και σκηνοθεσία. Η πρεμιέρα της ταινίας έχει προγραμματιστεί για το 2009 στο φεστιβάλ κινηματογράφου στις Κάννες.

1. Από αριστερά: Ο κ. Δημήτρης Μαυρόπουλος και η κυρία Χριστίνα Ταμπουρέα, Διευθύντρια Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής.
2. Από αριστερά: Οι κ.κ. Σπύρος Παπαδόπουλος, Νάνσυ Χριστοπούλου, Διεύθυνση Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής, και Ζέτα Μακρυπούλια.
3. Από αριστερά: Οι κ.κ. Εύη Αποστολίδου, Τμήμα Ποιοτικού Ελέγχου Ομίλου Ευρωκλινικής, Ζέτα Δούκα, Χριστίνα Αλεξανιάν, Έφη Σοφιανού, Διεύθυνση Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής, και Πέτρος Φιλιππίδης.
4. Από αριστερά: Οι κ.κ. Χριστίνα Κοροβέση, Διεύθυνση Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής, Φρόσω Αγγελοπούλου, Υπεύθυνη Ποιοτικού Ελέγχου Ομίλου Ευρωκλινικής, Ευδοκία Ρουμελιώτη, Μιχάλης Ασημακόπουλος, Νάνσυ Χριστοπούλου, Διεύθυνση Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής, και Εύη Αποστολίδου, Τμήμα Ποιοτικού Ελέγχου Ομίλου Ευρωκλινικής.
5. Από αριστερά: Οι κ.κ. Παναγιώτης Πετράκης, Έφη Σοφιανού, Διεύθυνση Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής, Παναγιώτης Μπουγιούρης και Κωνσταντίνος Γιαννακόπουλος.

gohealth

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Μοναδικές παροχές υγείας στην Ευρωκλινική Αθηνών και την Ευρωκλινική Παίδων με το πρόγραμμα υγείας gohealth της Εθνικής Τράπεζας

- **ΔΩΡΕΑΝ απεριόριστες, προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις** σε παθολόγο, ορθοπαιδικό και χειρουργό της Ευρωκλινικής Αθηνών.
- **40%** στα Εξωτερικά Ιατρεία της Ευρωκλινικής Αθηνών σε όλες τις υπόλοιπες ειδικότητες των ιατρών και της Ευρωκλινικής Παίδων, σε όλες τις παιδιατρικές ειδικότητες και υποειδικότητες (Δευτέρα έως Παρασκευή, κατόπιν τηλεφωνικού ραντεβού).
- **40%** στα ειδικά διαμορφωμένα check up ενηλίκων και παίδων.
- **35%** σε όλες τις διαγνωστικές εξετάσεις στα εξωτερικά ιατρεία.
- **20%** στα έξοδα νοσηλείας.*
- **Δωρεάν χρήση των ασθενοφόρων** του ομίλου σε περίπτωση έκτακτης εισαγωγής για τους κατοίκους της Αττικής.

*Εξαιρούνται αμοιβές ιατρών, υλικά και φάρμακα, εφόσον καλύπτονται από τους οικείους ασφαλιστικούς φορείς.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Αθανασιάδου 7-9, πάροδος Σούτσου, Αθήνα
Τηλ. Κέντρο: 210-6416600
Τηλ. για ραντεβού στα Εξωτερικά Ιατρεία:
210-6416111, 9:00 π.μ. – 4:00 μ.μ.
Τηλ. (απογεύματα):
210-6416360-1, 4:00 μ.μ. – 9:00 μ.μ.

www.euroclinic.gr

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

Λεμεσού 39-41 & Αχαρνών 209, Αθήνα
Τηλ. Κέντρο: 210-8691900
Τηλ. για ραντεβού στα Εξωτερικά Ιατρεία:
210-8691700, 9:00 π.μ. – 4:00 μ.μ.
Τηλ. (απογεύματα):
210-8691911, 210-8691957 4:00 μ.μ. – 9:00 μ.μ.

MasterCard
VISA

...σας επιστρέφει μετρητά αμέσως
www.gonational.gr ✆18-18-18

ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Imako

Το πρόγραμμα υγείας go health προσφέρεται σε όλους τους κατόχους των πιστωτικών καρτών go της Εθνικής Τράπεζας χωρίς καμία επιπλέον επιβάρυνση.

Medilife@

Αν θέλετε να μοιραστείτε τις σκέψεις σας μαζί μας ή επιθυμείτε να λαμβάνετε ενημέρωση σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας και τα νέα του Ομίλου Ευρωκλινικής, επικοινωνήστε μαζί μας στέλνοντας e-mail στο mkt@euroclinic.gr

Κοπή πρωτοχρονιάτικης πίτας

Με νέα διοίκηση ξεκίνησε το 2009 για τον Όμιλο Ευρωκλινικής. Η Eureko B.V., η μητρική εταιρεία της Interamerican στην Ελλάδα, μεταβίβασε το 75% των μετοχών της Medicom Systems –στην οποία ανήκει ο Όμιλος Ευρωκλινικής– στο South Eastern Europe Fund L.P. (SEEF), το οποίο συμβουλεύει η Global Finance, διατηρώντας το υπόλοιπο 25% του μετοχικού κεφαλαίου.
Ο κ. Γεώργιος Βελιώτης, Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ομίλου Ευρωκλινικής, παρουσίασε στο ιατρικό, διοικητικό και νοσηλευτικό προσωπικό τα οικονομικά αποτελέσματα του 2008, με έσοδα αυξημένα κατά 6,68% σε σχέση με το 2007.
Επίσης, έθεσε τους στόχους για το 2009, με κυριότερους τη διατήρηση του υψηλού επιπέδου της ποιότητας των υπηρεσιών, την αύξηση του μεριδίου αγοράς και την ενδυνάμωση της συνεργασίας με ασφαλιστικές εταιρείες.
Τέλος, ο κ. Βελιώτης συνεχάρη και ευχαρίστησε το προσωπικό για την προσφορά του στην επιτυχημένη πορεία των κλινικών όλα αυτά τα χρόνια.
Στη συνέχεια, ο νέος Πρόεδρος του Ομίλου Ευρωκλινικής κ. Μιχάλης Μαδιανός τόνισε: «Ξεκινά μια νέα εποχή για τις κλινικές, μια εποχή ανάπτυξης».

Από αριστερά: Οι κύριοι Καθ. Μιχαήλ Φιλιππάκης, Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής Ευρωκλινικής Αθηνών, Γεώργιος Βελιώτης, Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ομίλου Ευρωκλινικής, Γεώργιος Κώτσαλος, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Interamerican, Καθ. Ευτύχιος Βορίδης, Μιχάλης Μαδιανός, Πρόεδρος Ομίλου Ευρωκλινικής, και Νικόλας Πλακόπιτας.

Συνεργασία Ευρωκλινικής Αθηνών με Πανελλήνιο Γυμναστικό Σύλλογο

Η Ευρωκλινική Αθηνών διεύρυνε τη συνεργασία της με τον Πανελλήνιο Γυμναστικό Σύλλογο και θα παρέχει τις υπηρεσίες της στα αγωνιστικά τμήματα χάντμπολ ανδρών, βόλεϊ ανδρών και βόλεϊ γυναικών του συλλόγου.
Ο Πανελλήνιος Γυμναστικός Σύλλογος ευχαρίστησε την Ευρωκλινική Αθηνών για τη στήριξη που θα του παρέχει την τρέχουσα αγωνιστική περίοδο.

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ γυμναστικός σύλλογος

Στην Ευρωκλινική Αθηνών η διακοπή καπνίσματος είναι εύκολη υπόθεση

- ✔ **Κλείστε σήμερα ραντεβού στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος της Ευρωκλινικής Αθηνών**
- ✔ **Βοηθήστε το συγγενή ή το φίλο σας να κόψει το κάπνισμα κάνοντας δώρο μία επίσκεψη στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος**

Η επίσκεψη στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος περιλαμβάνει :

1. Ενημέρωση του ασθενούς για την επίδραση του καπνίσματος στην υγεία και ειδικότερα στο αναπνευστικό σύστημα.
2. Ανάλυση των διαφόρων μεθόδων διακοπής του καπνίσματος.
3. Συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου με βάση τα διεθνή πρότυπα.
4. Βαθμολόγηση και συζήτηση των απαντήσεων για την επιλογή των προτεινόμενων θεραπειών.
5. Φυσική εξέταση του ασθενούς, εκτίμηση ακτινογραφίας θώρακα και λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής (σπιρομέτρηση).
6. Υπόδειξη θεραπευτικής αγωγής.
7. Τακτικά ραντεβού παρακολούθησης καθώς και τηλεφωνική επικοινωνία με τον ασθενή.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος
Ώρες Λειτουργίας: Τρίτη και Πέμπτη, 12 μ.μ. - 1 μ.μ.
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210-6416180, e-mail: mkt@euroclinic.gr

Δρ Ιωάννης Ζιούνας,
MD, PhD, FACS,
Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής,
Ευρωκλινική Αθηνών

Ρομποτική Χολοκυστεκτομή

Η ιστορική εξέλιξη

Στη δεκαετία του '90 αναπτύσσεται η λαπαροσκοπική χειρουργική, που τότε θεωρούνταν πραγματική επανάσταση για τον κλάδο της χειρουργικής. Οι επεμβάσεις γίνονταν πλέον με τομές ελάχιστων χιλιοστών, με απόλυτη ασφάλεια, σε σύντομο χρόνο, προσφέροντας στον ασθενή ίαση και ταχύτατη επάνοδο στις καθημερινές του δραστηριότητες, χωρίς επιπλοκές. Οι λαπαροσκόποι χειρουργοί αντιλαμβάνονται τα οφέλη της νέας μεθόδου, αλλά συγχρόνως εντοπίζουν δύο προβλήματα: την ύπαρξη δισδιάστατης εικόνας και τη σχετική ακαμψία των λαπαροσκοπικών εργαλείων. Προς το τέλος της δεκαετίας του '90, με τη συνδρομή της ηλεκτρονικής, της μηχανικής και της πληροφορικής, αναπτύχθηκε η ρομποτική χειρουργική, με σκοπό την τελειοποίηση της λαπαροσκοπικής τεχνικής. Το πρώτο και μοναδικό αυτήν τη στιγμή στον κόσμο σύστημα ρομποτικής χειρουργικής da Vinci® εγκρίθηκε από τον FDA, τον Ιούλιο του 2000. **Το ρομπότ δεν αντικαθιστά το χειρουργό, αποτελεί όμως ένα νέο σημαντικό εργαλείο που διευκολύνει το έργο του και δημιουργεί τις προϋποθέσεις για πιο αποτελεσματικές επεμβάσεις.** Το ρομπότ δρα ως συνεργάτης υπό τον πλήρη έλεγχο και την καθοδήγηση του χειρουργού.

Η ρομποτική χειρουργική αποτελεί την πιο πρόσφατη επαναστατική εξέλιξη στον τομέα της λαπαροσκοπικής και ελάχιστα τραυματικής χειρουργικής.

Χολοκυστεκτομή με τη μέθοδο da Vinci®

- Η χοληδόχος κύστη αποτελεί όργανο του ανθρώπινου σώματος, που βρίσκεται στην κάτω επιφάνεια του ήπατος.
- Συγκεντρώνει τη χολή που παράγεται από το ήπαρ και βοηθά στην πέψη των τροφών.
- Οι κυριότερες αιτίες αφαίρεσης της χοληδόχου κύστης είναι η λιθίαση και οι φλεγμονές που προκύπτουν εξαιτίας της.
- Μετά την αφαίρεσή της, η λειτουργία της πέψης πραγματοποιείται απευθείας από το ήπαρ.

Το ρομπότ δεν αντικαθιστά το χειρουργό, αποτελεί όμως ένα νέο σημαντικό εργαλείο που διευκολύνει το έργο του και δημιουργεί τις προϋποθέσεις για πιο αποτελεσματικές επεμβάσεις.

Τι είναι το σύστημα da Vinci®;

Το σύστημα da Vinci® αποτελεί το πρώτο και μοναδικό σύστημα ρομποτικής χειρουργικής αυτήν τη στιγμή στον κόσμο, που καλύπτει όλο το φάσμα των λαπαροσκοπικών εγχειρήσεων, αλλά και μεγάλο ποσοστό των έως σήμερα παραδοσιακά επεμβατικών εγχειρήσεων.
Αποτελείται από κονσόλα χειρισμού, το Σύστημα Insite® Vision με πραγματική 3D απεικόνιση (Real time 3D) και εκτενές σύνολο οργάνων EndoWrist® (ρομποτικό σύστημα τεσσάρων βραχιόνων).
Ο χειρουργός κάθεται σε μια κονσόλα μέσα στη χειρουργική αίθουσα και εξ αποστάσεως χειρίζεται τα χειρουργικά εργαλεία. Τα εργαλεία αυτά εισάγονται πρώτα με μικροτομές λίγων χιλιοστών στο σώμα του ασθενούς από τη χειρουργική ομάδα.
Στη συνέχεια, έχοντας τρισδιάστατη εικόνα από την κονσόλα, ο χειρουργός κινεί με ειδικά χειριστήρια τους τέσσερις βραχίονες. Κάθε βραχίονας είναι συνδεδεμένος μ' ένα χειρουργικό εργαλείο και στον κεντρικό βραχίονα βρίσκεται η κάμερα. Στους βραχίονες χρησιμοποιείται η τεχνολογία EndoWrist® – πρόκειται για εύκαμπτους καρπούς με ελαστικότητα μεγαλύτερη απ' αυτήν που θα μπορούσε να έχει ακόμη κι ένα ανθρώπινο χέρι. Ο χειρουργός χρησιμοποιεί τα χέρια του αλλά και πεντάλ για να ελέγχει την κάμερα, να ρυθμίζει την εστίαση και να προσαρμόζει τη θέση των βραχιόνων του ρομπότ.
Το da Vinci® διαθέτει επίσης ένα σύστημα φακών τρισδιάστατης απεικόνισης, το οποίο μεγεθύνει το χειρουργικό πεδίο έως και 15 φορές, διευρύνοντας ουσιαστικά τις δυνατότητες της ανθρώπινης όρασης και επιτρέποντας στο χειρουργό να κάνει λεπτομερείς, ακριβείς και πιο σταθερές κινήσεις.

Οφέλη του συστήματος da Vinci® για το χειρουργό

Απόλυτη οπτική: Το σύστημα ρομποτικής χειρουργικής da Vinci® βελτιώνει την αντίληψη του βάθους, προσφέροντας στους χειρουργούς τρισδιάστατη εικόνα. Επίσης, παρέχει τη δυνατότητα μεγέθυνσης του χειρουργικού πεδίου για πολύ ακριβείς και λεπτομερείς κινήσεις. Ενδεικτικά, τα αγγεία που έχουν μέγεθος χιλιοστού εμφανίζονται στο μέγεθος ενός μολυβιού.
Απόλυτη ακρίβεια χειρουργικών χειρισμών: Στο ρομποτικό σύστημα χρησιμοποιούνται μικρότερα εργαλεία από αυτά που χρησιμοποιούνται στη λαπαροσκοπική χειρουργική. Έχουν δυνατότητα περιστροφής έως και 360°, με αποτέλεσμα να παρέχουν άριστη πλαστικότητα, ακρίβεια και σταθερότητα κινήσεων. Επίσης, κατά τη διάρκεια της επέμβασης, δίνουν στο χειρουργό τη δυνατότητα να προσεγγίσει με απόλυτη ασφάλεια απρόσιτα μέχρι σήμερα σημεία.
Ελάχιστη παρέμβαση στο σώμα του ασθενούς: Η επέμβαση πραγματοποιείται μέσα από τομές λίγων χιλιοστών, που εμποδίζουν τη μεγάλη απώλεια αίματος και τον τραυματισμό του σώματος.

Οφέλη του συστήματος da Vinci® για τον ασθενή

- Μείωση του χρόνου νοσηλείας
- Ανώδυνη μετεγχειρητική αποκατάσταση
- Ελαχιστοποίηση απώλειας αίματος
- Καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα
- Γρήγορη επαναφορά στις καθημερινές δραστηριότητες

Χαρίλαος Κ. Παππής,
MD, PhD, FACS,
Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής,
Ευρωκλινική Αθηνών

Η ρομποτική τεχνολογία & στην υπηρεσία της χειρουργικής του ασθενούς

Στο τέλος του 20ού αιώνα βιώσαμε την επανάσταση στη χειρουργική με την εφαρμογή των λαπαροσκοπικών τεχνικών για όλες σχεδόν τις παθήσεις της κοιλιάς. Στην αυγή του 21ου αιώνα η ρομποτική χειρουργική έρχεται να συμπληρώσει τις εξελίξεις αυτές, προσφέροντας μια σειρά από εκπληκτικά πλεονεκτήματα με τη χρήση ειδικών ρομποτικών συστημάτων ελεγχόμενων από ηλεκτρονικούς υπολογιστές και καθοδηγούμενων από το χειρουργό. Άλλωστε, για τη γενική χειρουργική, τα δύο αυτά άλματα στην πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας συνδέονται άρρηκτα.

Η ελάχιστα επεμβατική χειρουργική καταξιώθηκε στον επιστημονικό χώρο από το 1987 με την εφαρμογή των λαπαροσκοπικών τεχνικών. Αφού εγκαταλείφθηκαν οι κλασικές μεγάλες τομές, άρχισαν να πραγματοποιούνται επεμβάσεις μέσα από 3-4 μικρές τομές ελάχιστων χιλιοστών. Σήμερα όλες οι επεμβάσεις στην κοιλιά γίνονται με λαπαροσκόπηση: μέσα από μια μικροσκοπική τομή της τάξεως των 10 χιλιοστών εισέρχεται μια κάμερα στην κοιλιά του ασθενούς και από άλλες τομές των 5 χιλιοστών εισέρχονται 2-3 εργαλεία για την πραγματοποίηση της επέμβασης. Η επέμβαση διεξάγεται μέσα από μεγεθυμένη εικόνα που δείχνει με κάθε λεπτομέρεια τους ιστούς και την περιοχή όπου θα πρέπει να παρέμβει ο χειρουργός. Το αποτέλεσμα είναι προφανές. Λεπτά εργαλεία για σωστή εκτέλεση των κινήσεων, σχεδόν μηδενική απώλεια αίματος, ελάχιστες κακώσεις στους γύρω ιστούς, πρόσβαση σε δύσκολες περιοχές τους σώματος και ανύπαρκτη κάκωση στο κοιλιακό τοίχωμα.

Το ρομποτικό σύστημα da Vinci® –το πλέον σύγχρονο σε όλον τον κόσμο– έχει ενσωματώσει όλες τις τελευταίες εξελίξεις από τους υπερυπολογιστές, τη διαστημική τεχνολογία, την ιατρική απεικόνιση και την έρευνα για τη βελτίωση των ιατρικών εργαλείων. Στη ρομποτική χειρουργική ο χειρουργός δεν αγγίζει τα εργαλεία ή τον ασθενή. Τα εργαλεία προσαρμόζονται από ειδικά εκπαιδευμένους γιατρούς και νοσηλευτές στους βραχίονες του ρομπότ και ο χειρουργός εκτελεί την επέμβαση, ενώ κάθεται σε ειδική κονσόλα κοντά στον ασθενή. Είναι, βέβαια, εφικτό ο χειρουργός να βρίσκεται και πολλά χιλιόμετρα μακριά, όπως το 2001, όταν πραγματοποιήθηκε η πρώτη ρομποτική χολοκυστεκτομή με το χειρουργό στη Νέα Υόρκη και τον ασθενή στο Στρασβούργο. Οι κινήσεις του χειρουργού γίνονται μέσω χειριστηρίων και μεταδίδονται βελτιωμένες με σταθερότητα και ακρίβεια στους βραχίονες του συστήματος. Δίπλα στον ασθενή βρίσκεται η υπόλοιπη ομάδα από χειρουργούς και νοσηλευτές, οι οποίοι διευκολύνουν την επέμβαση, αλλάζοντας τα ειδικά εργαλεία και διορθώνοντας τη θέση του μηχανήματος. Ο ενδοσκοπικός πύργος ελέγχου περιλαμβάνει δύο video cameras, σύστημα αυτόματης ρύθμισης εικόνας, video monitor υψηλής ευκρίνειας και άλλες χρήσιμες συσκευές, για να βλέπουν όλοι την εικόνα που παρέχεται στο χειρουργό στην κονσόλα.

Η ρομποτική τεχνολογία έρχεται να προσθέσει τεράστια πλεονεκτήματα σ' αυτά της λαπαροσκοπικής χειρουργικής. Νέα τρισδιάστατη εικόνα με υψηλή ανάλυση επιτρέπει πολύ καλύτερο προσανατολισμό στο χώρο, παρατήρηση και των πιο μικρών αγγείων, νεύρων και άλλων σημαντικών ανατομικών στοιχείων, ώστε η επέμβαση να πραγματοποιείται με απόλυτη ακρίβεια. Μέχρι σήμερα η απεικόνιση στο μόνιτορ ήταν δύο διαστάσεων με δυσκολία στον έλεγχο του βάθους. Τώρα, όμως, η εικόνα είναι πια πραγματική και δίχως περιορισμούς. Στο γεγονός αυτό προστίθεται η δυνατότητα των εργαλείων να κάνουν πολλαπλές κινήσεις 360ο, μιμούμενα την κίνηση του ανθρώπινου καρπού, αλλά και σε κατευθύνσεις φύσει ανέφικτες για το ανθρώπινο χέρι! Επιπλέον, η ανθρώπινη κίνηση υποπολλαπλασιάζεται και σταθεροποιείται από το ρομπότ, ώστε να αποκτά μεγαλύτερη ακρίβεια, εξαφανίζοντας τον τρόμο των χεριών. Όπως έγραψε και ο Doc Seaman: «Τώρα ο χειρουργός μπορεί να δουλέψει άνετα σε χώρο μόλις ενός χιλιοστού!» Έτσι, έχουμε τη δυνατότητα να προσεγγίσουμε σημεία που ως τώρα ήταν δυσπρόσιτα και να πραγματοποιήσουμε χειρισμούς που ήταν τεχνικά αδύνατοι.

Το ρομποτικό σύστημα da Vinci® φέρνει την επανάσταση στις χειρουργικές επεμβάσεις, καθώς υπόσχεται άριστο κοσμητικό αποτέλεσμα, χωρίς ακαλαίσθητες τομές, και ταχύτατη ανάρρωση.

Πλεονεκτήματα του χειρουργικού ρομπότ

- **Είναι μια ελάχιστα επεμβατική και ελάχιστα τραυματική μέθοδος, εξαιτίας της ακρίβειας των χειρισμών και της απουσίας των κλασικών μεγάλων τομών.**
- **Υπάρχει ελάχιστη ως μηδενική απώλεια αίματος και μειώνεται σημαντικά η πιθανότητα διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών.**
- **Εξασφαλίζει ταχύτερη ανάρρωση και ελάχιστο μετεγχειρητικό πόνο με μικρό χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο.**
- **Παρέχει εξαιρετικά αισθητικά αποτελέσματα.**
- **Δίνει λύση σε περιορισμούς της λαπαροσκοπικής μεθόδου (δηλαδή στη δισδιάστατη και ασταθή εικόνα, στη μειωμένη ελευθερία κινήσεων και αίσθησης και στα εργονομικά προβλήματα της χειρουργικής ομάδας).**
- **Επιτρέπει στο χειρουργό να έχει τρισδιάστατη (3D) εικόνα του χειρουργικού πεδίου σε πολύ μεγάλη μεγέθυνση.**
- **Οι χειρουργικές κινήσεις εκτελούνται σωστότερα, καθώς ο υπολογιστής εξαφανίζει τον τρόμο των χεριών και αυξάνει την ακρίβεια.**
- **Δίνεται η δυνατότητα να πραγματοποιούνται δύσκολοι χειρουργικοί χειρισμοί. Τα χειρουργικά εργαλεία των ρομποτικών βραχιόνων μπορούν να πραγματοποιήσουν όλες τις κινήσεις του ανθρώπινου χεριού, ενώ περιστρέφονται σχεδόν 360° μέσα στο χειρουργικό πεδίο, πράγμα ανέφικτο για το ανθρώπινο χέρι.**
- **Ο χειρουργός έχει πια μεγαλύτερη άνεση κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Σε αντίθεση με τη συνηθισμένη πρακτική, η ρομποτική χειρουργική επιτρέπει στο χειρουργό να πραγματοποιεί τις επεμβάσεις καθισμένος σ' ένα προσεκτικά σχεδιασμένο και εργονομικά άριστο περιβάλλον. Μ' αυτόν τον τρόπο μειώνεται ο κάματος του χειρουργού, γεγονός που συνεπάγεται πολύ σημαντικά πλεονεκτήματα, ιδίως σε περιπτώσεις δύσκολων και πολύωρων επεμβάσεων.**
- **Δίνεται στο χειρουργό η δυνατότητα να προετοιμάσει την επέμβαση χρησιμοποιώντας τις εικόνες από προεγχειρητικές εξετάσεις των ασθενών και προσαρμόζοντάς τις μέσω του υπολογιστή στο πλάνο της επέμβασης. Ο χειρουργός μπορεί, επίσης, να ανακαλεί στην οθόνη του και να συμβουλεύεται αξονικές ή μαγνητικές τομογραφίες κ.ο.κ. κατά τη διάρκεια της επέμβασης.**

Ρομποτικές επεμβάσεις στο πεπτικό σύστημα – σύγχρονες λύσεις για παθήσεις στομάχου και εντέρου

Το χειρουργικό ρομπότ da Vinci® αποδεικνύεται ο καλύτερος συνεργάτης του χειρουργού στις δύσκολες επεμβάσεις θολοπλαστικής για την αποκατάσταση διαφραγματοκήλης, καθώς και σε πολύπλοκες περιπτώσεις ευμεγέθους παραοισοφαγικής διαφραγματοκήλης. Η κατανόηση της τρισδιάστατης ανατομίας της περιοχής του κατώτερου οισοφάγου και η δυνατότητα ανάταξης και διόρθωσης της κήλης χωρίς τραυματισμό του οισοφάγου, των νεύρων και των αγγείων της περιοχής είναι οι δύο βασικές παράμετροι που οδηγούν σε μια επιτυχή επέμβαση διαφραγματοκήλης. Επίσης, η παρασκευή των ιστών, καθώς και η συρραφή, γίνονται με μεγαλύτερη ευκολία, αφού τα εργαλεία του συστήματος μιμούνται τις κινήσεις των χεριών. Λεπτές επεμβάσεις, όπως η αχαλασία του οισοφάγου και η αφαίρεση όγκων του στομάχου, πλέον πραγματοποιούνται με μεγαλύτερη ασφάλεια, καθώς μπορούμε να ελέγξουμε και να χειρουργήσουμε σε σημεία που ήταν δυσπρόσιτα με τις παλαιότερες τεχνικές.

Εντυπωσιακή είναι η συμβολή της ρομποτικής τεχνολογίας στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Δύσκολες επεμβάσεις, όπως η γαστρική παράκαμψη, υποβοηθούνται σήμερα ρομποτικά, βελτιώνοντας σημαντικά τα αποτελέσματα και τη μετεγχειρητική ανάρρωση. Φαίνεται πως έχουμε λιγότερες επιπλοκές και οι αναστομώσεις που χρειάζεται να γίνουν κατά την επέμβαση πραγματοποιούνται με μεγαλύτερη ακρίβεια λόγω της τέλειας τρισδιάστατης εικόνας και της ελευθερίας των κινήσεων των βραχιόνων.

Οι εξελίξεις, όμως, δεν σταματούν εδώ. Το ρομποτικό σύστημα da Vinci® έρχεται να παρέμβει σε σοβαρές παθήσεις του παχέος εντέρου και της λεκάνης. **Έτσι, μπορεί πια να πραγματοποιηθεί αφαίρεση παχέος εντέρου για καλοήθη ή κακοήθη νόσο με καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με τις προηγούμενες προσπελάσεις.** Η ικανότητα της τεχνολογίας να υποβοηθά το χειρουργό να παρέμβει σε δύσκολες περιοχές, να διαχωρίσει με ακρίβεια τους ιστούς και να προστατεύσει από κακώσεις οδηγεί σε ελάχιστο τραυματισμό του οργανισμού, άριστη τήρηση των ογκολογικών κανόνων και καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Επεμβάσεις χαμηλά στη λεκάνη, είτε στο έντερο είτε στα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας, πραγματοποιούνται τώρα με πολύ καλύτερη δυνατότητα κίνησης και εκτέλεσης περίπλοκων χειρουργικών πράξεων και με όλα τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής – την ταχεία και ανώδυνη ανάρρωση, το άριστο κοσμητικό αποτέλεσμα και τον ελάχιστο τραυματισμό της περιοχής.

Δρ Εμμανουήλ Ζαχαριάδης,
Διευθυντής Πνευμονολογικού Τμήματος,
Ευρωκλινικής Αθηνών
(Επιμελητές: **Ν. Παπανικολάου,
Χ. Παπαγόρας, Γ. Χρυσοχεράκης**)

Δυναμική Ηχογραφία Πνευμόνων (ΔΗΠ)

Ο ανθρώπινος οργανισμός χρειάζεται οξυγόνο για να ζήσει και να λειτουργήσει. Το όργανο που τον τροφοδοτεί με οξυγόνο είναι ο πνεύμονας και η διαδικασία η αναπνοή. Η Δυναμική Ηχογραφία Πνευμόνων είναι ένα σύστημα που συλλαμβάνει, ψηφιοποιεί, επεξεργάζεται, απεικονίζει και αποθηκεύει τους ήχους της αναπνοής.

Ο πνεύμονας είναι μια μεγάλη μεμβράνη μέσω της οποίας το οξυγόνο (απαραίτητο συστατικό για τις καύσεις) διέρχεται από την ατμόσφαιρα στον οργανισμό. Αντίθετα, το διοξείδιο του άνθρακα (που παράγεται με τις καύσεις και είναι βλαβερό) απομακρύνεται από τον οργανισμό προς το περιβάλλον. Ο θώρακας (στον οποίο περιέχονται οι πνεύμονες) λειτουργεί, με τις αναπνευστικές κινήσεις, σαν αντλία αέρα. Με τον τρόπο αυτό συμβάλλει καθοριστικά στην αναπνοή, έτσι ώστε ο πνεύμονας να «ρουφάει» οξυγόνο από την ατμόσφαιρα με την εισπνοή και να αποβάλλει διοξείδιο του άνθρακα με την εκπνοή.

Ο αέρας διακινείται προς και από τον πνεύμονα μέσα από ένα πολύπλοκο σύστημα αεραγωγών (το βρογχικό δένδρο), προκαλώντας ήχους όπως αυτοί που προκαλούνται όταν φυσάμε μέσα σε ένα μπουκάλι. Αυτούς τους ήχους (που ονομάζονται αναπνευστικό ψιθύρισμα) ακούει ο γιατρός με το στηθοσκόπιο στο θώρακα. Αν δεν υπάρχει κάποια παθολογία στον πνεύμονα ή στους βρόγχους ή γενικότερα στο θώρακα, οι ήχοι έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά **(φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα)**. Αντίθετα, εάν υπάρχει κάποια πάθηση του πνεύμονα (πνευμονία, πλευρίτιδα, βρογχικό άσθμα, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, νεοπλασίες κ.ά.), οι ήχοι ακούγονται διαφορετικά και ονομάζονται «**παθολογικοί πνευμονικοί ήχοι**». Παράδειγμα παθολογικών ήχων είναι τα ακροαστικά, που ενδεχομένως ακούει ο γιατρός στο θώρακά μας όταν είμαστε κρυωμένοι.

Τι είναι η Δυναμική Ηχογραφία Πνευμόνων (ΔΗΠ);

Τους ήχους που παράγονται με την αναπνοή (φυσιολογικοί ή παθολογικοί), μπορούμε να τους ακούσουμε εύκολα αν ακουμπήσουμε το αφτί μας ή αν βάλουμε ένα στηθοσκόπιο στο θώρακα. Είναι λογικό να σκεφθούμε ότι, αν τοποθετήσουμε πολλούς ειδικούς αισθητήρες στο θώρακα, θα ακούσουμε πολύ καλύτερα τους ήχους αυτούς.

Το ίδιο ακριβώς σκέφθηκαν και οι ερευνητές που σχεδίασαν το σύστημα VRI (Vibration Response Imaging ή, σε ελεύθερη απόδοση στα ελληνικά, Δυναμική Ηχογραφία Πνευμόνων). **Το σύστημα αυτό, πολύ συνοπτικά, είναι μια ηλεκτρονική συσκευή που έχει τη δυνατότητα να συλλαμβάνει (με ειδικά υπερευαίσθητα μικρόφωνα), να ψηφιοποιεί, να επεξεργάζεται, να απεικονίζει και να αποθηκεύει τους ήχους της αναπνοής.**

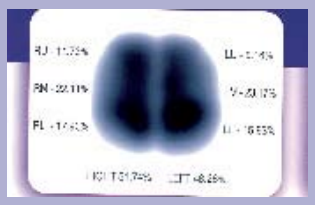
Πώς γίνεται η εξέταση

Η εξέταση είναι απλή και γι' αυτόν το λόγο μπορεί να εφαρμοσθεί εύκολα ακόμη και σε ηλικιωμένους, εξασθενημένους ή σε ασθενείς που δεν συνεργάζονται. Χρειάζεται ένας χώρος ήσυχος, χωρίς θορύβους: ο ασθενής κάθεται σ' ένα σκαμπό (ή στην άκρη του κρεβατιού), με τις παλάμες του να ακουμπάνε στην εσωτερική επιφάνεια των μηρών και με γυμνή την πλάτη. Ο γιατρός ή ο τεχνικός τοποθετεί στην πλάτη του ασθενούς δύο συστοιχίες από ειδικές βεντούζες (η καθεμία περιέχει 20 μικρόφωνα), προσέχοντας να είναι τοποθετημένες συμμετρικά μεταξύ τους. Ο ασθενής αναπνέει ήρεμα από το στόμα (λίγο πιο βαθιά απ' ό,τι συνήθως), με ένα σταθερό ρυθμό, χωρίς να κινεί υπερβολικά το σώμα του ή να προκαλεί ήχους. Όταν συμπληρωθούν μόλις 12 δευτερόλεπτα αναπνοής, η καταγραφή τελειώνει!

Σ' αυτό το σημείο, ο γιατρός ελέγχει την εικόνα και τα άλλα στοιχεία που προήλθαν από την εξέταση και επισημαίνει στον ασθενή τα τυχόν λάθη κατά τη διάρκειά της, τον συμβουλεύει σχετικά και, αν χρειαστεί, επαναλαμβάνει την εξέταση.

Στο σημείο αυτό πρέπει να επισημάνουμε ότι, σύμφωνα με την αρχή λειτουργίας της ΔΗΠ, **η εξέταση δεν εκπέμπει ιονίζουσα ακτινοβολία, αλλά απλούστατα καταγράφει με ψηφιακό τρόπο τους ήχους της αναπνοής.** Έτσι, μπορεί να επαναληφθεί όσες φορές χρειασθεί.

Πώς είναι η εικόνα των πνευμόνων με τη ΔΗΠ



Φυσιολογικός πνεύμονας

Οι πληροφορίες που αποκομίζει ο γιατρός από αυτήν την εξέταση είναι αρκετές.

Συγκεκριμένα:

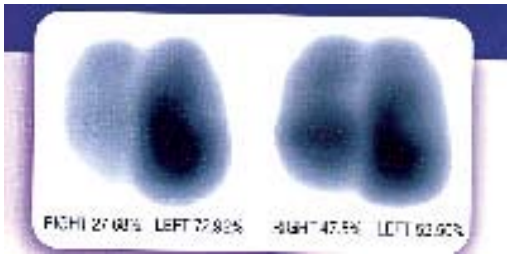
- **Οι πνεύμονες είναι η ψηφιακή ανασύσταση των ήχων της αναπνοής που καταγράφηκαν με το σύστημα και η εικόνα τους είναι χαρακτηριστική.**
- **Η εικόνα δεν είναι στατική αλλά δυναμική (και μάλιστα σε σχεδόν πραγματικό χρόνο), κάτι που σημαίνει ότι μεταβάλλεται με την εισπνοή ή την εκπνοή και ότι τη βλέπουμε μερικά δευτερόλεπτα αργότερα.**
- **Οι ήχοι του πνεύμονα ψηφιοποιούνται, δηλαδή δίνονται σε αριθμούς, έτσι ώστε να προσδιορίζεται η κατανομή τους στον δεξιό και τον αριστερό πνεύμονα.**
- **Τέλος, οι παθολογικοί ήχοι της αναπνοής αναλύονται περαιτέρω και απεικονίζονται σαν κουκίδες διαφορετικού χρώματος, ανάλογα με το αν είναι συρίττοντες (όπως, π.χ., στο βρογχικό άσθμα) ή ρεγχάζοντες (όπως, π.χ., στην πνευμονία).**

Τα ανωτέρω δεδομένα έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία ο γιατρός εκτιμά και αποφαίνεται για την ύπαρξη παθολογίας του πνεύμονα ή όχι, για τη φύση της, την πορεία της κ.ά.

Ενδείξεις και κλινικά παραδείγματα εφαρμογής

Η ΔΗΠ μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη διάγνωση και την παρακολούθηση των διαφόρων παθήσεων ή παθολογικών καταστάσεων του πνεύμονα:

- Ελέγχεται η αποκατάσταση του αερισμού του πνεύμονα έπειτα από θεραπεία με laser ή ύστερα από τοποθέτηση ενδοβρογχικού stent σε ασθενείς με ενδοβρογχική ανάπτυξη νεοπλασιών του πνεύμονα.
- Μελετώνται οι ασθενείς με βρογχικό άσθμα ή ΧΑΠ, καθώς και οι «υγιείς» καπνιστές (αυτοί, δηλαδή, που δεν πάσχουν από ΧΑΠ).
- Διαγιγνώσκονται και παρακολουθούνται πλευρίτιδες.
- Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται, σε ερευνητικό επίπεδο, για την προεγχειρητική εκτίμηση της κατάστασης ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα, οι οποίοι είναι υποψήφιοι για χειρουργική θεραπεία.



Απόφραξη δεξιού κύριου βρόγχου

Έπειτα από μεταμόσχευση αριστερού πνεύμονα

ΧΑΠ/Εμφύσημα

Αριστερή πλευρική συλλογή

Αντενδείξεις και περιορισμοί

Δεν υπάρχουν σοβαρές αντενδείξεις. Η μολυσματική δερματοπάθεια της πλάτης είναι η πιο σοβαρή αντένδειξη. Η σοβαρού βαθμού σκολίωση (ή κυφοσκολίωση) είναι σχετική αντένδειξη, γιατί μπορεί να παραμορφώσει την εικόνα και να καταστήσει την εξέταση μη διαγνωστική. Τέλος, η έντονη τριχοφυΐα της πλάτης αποτελεί περιορισμό για την εξέταση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, αν κριθεί απαραίτητο, η εξέταση μπορεί να πραγματοποιηθεί ακόμη και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης χωρίς κίνδυνο για το έμβρυο, γιατί, όπως προελέχθη, η εξέταση δεν εκπέμπει ιονίζουσα ακτινοβολία.

Η Δυναμική Ηχογραφία Πνευμόνων δεν εκπέμπει ιονίζουσα ακτινοβολία, με αποτέλεσμα να μπορεί να πραγματοποιηθεί ακόμη και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δίχως κίνδυνο για το έμβρυο.

Συμπερασματικά

Η Δυναμική Ηχογραφία Πνευμόνων (ΔΗΠ) είναι μια εξέταση απλή, αναίμακτη, δεν εκπέμπει ιονίζουσα ακτινοβολία και μπορεί να εντοπίσει διάφορες παθολογικές καταστάσεις των πνευμόνων και να παρακολουθήσει την εξέλιξή τους, όπως επίσης και τα αποτελέσματα των θεραπευτικών χειρισμών. Έτσι, σε ορισμένες περιπτώσεις (ειδικά σε νέους ασθενείς που χρειάζονται συχνή παρακολούθηση), η μέθοδος είναι σε θέση να προσφέρει μια εναλλακτική λύση και να αποφευχθεί η επανειλημμένη έκθεση των ασθενών σε ακτινοβολία.

Η εμπειρία του Πνευμονολογικού Τμήματος της Ευρωκλινικής Αθηνών με τη ΔΗΠ είναι σημαντική και επιβεβαιώνει τις διεθνείς αναφορές, σύμφωνα με τις οποίες πρόκειται για ένα νέο και πολλά υποσχόμενο διαγνωστικό εργαλείο. Κυρίως, όμως, η ΔΗΠ είναι ένα εργαλείο follow-up ασθενών με παθήσεις του πνεύμονα, και το τμήμα συμμετέχει σε διεθνές πρωτόκολλο μελέτης των δυνατοτήτων του.

Φροντίδα Διεθνών Προδιαγραφών από την

Πολυδύναμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) της **Ευρωκλινικής Αθηνών**

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΙΕΘΝΩΝ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΥΣ ΑΠΟ 700 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΤΗΣΙΩΣ

Από την έναρξη της λειτουργίας της Ευρωκλινικής Αθηνών, στον 2ο όροφο βρίσκεται η υπερσύγχρονη πολυδύναμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), όπου πραγματοποιούνται όλες οι πράξεις ανεξαιρέτως, επεμβατικές και μη.

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας διαθέτει:

1. Εξειδικευμένους στην εντατική θεραπεία ιατρούς.
2. Άριστα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.
3. Άρτιο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, από τους πιο σύγχρονους και αξιόπιστους, για άριστη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα του βαρέως πάσχοντος ασθενούς.
4. Εξειδικευμένους στην εντατική θεραπεία φυσικοθεραπευτές.
5. Δώδεκα πλήρως εξοπλισμένα, τελευταίου τύπου κρεβάτια Μ.Ε.Θ., εκ των οποίων τα δύο βρίσκονται σε ξεχωριστά δωμάτια για απομόνωση.
6. Βοηθητικό προσωπικό για την κάλυψη κάθε ανάγκης.
7. Μεγάλα παράθυρα, τα οποία προσφέρουν άπλετο φυσικό φως, ένα στοιχείο που βοηθά ψυχολογικά σε μεγάλο βαθμό τους νοσηλευόμενους ασθενείς.

Διατηρεί τον τίτλο πιστοποίησης ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000 από το 2007

Στατιστικά στοιχεία ανταγωνιστικά σε διεθνές επίπεδο

- Μέσος όρος ημερών νοσηλείας μόλις 1,5 ημέρες για τους καρδιοχειρουργικούς ασθενείς και 5,3 ημέρες για τους μη καρδιοχειρουργικούς.

Ευάγγελος Γκόβας,
Ακτινολόγος, Διευθυντής Τμήματος
Υπερήχων Ευρωκλινικής Αθηνών

Παρακέντηση όζων θυρεοειδούς διά λεπτής βελόνης (FNA) με την καθοδήγηση υπερήχων

Η παρακέντηση όζων θυρεοειδούς διά λεπτής βελόνης (FNA) με την καθοδήγηση υπερήχων είναι μια απλή και αξιόπιστη διαδικασία, που αποτελεί την καλύτερη μέθοδο για τη διάκριση των καλοήθων από τους κακοήθεις όζους του θυρεοειδούς.

Ο θυρεοειδής είναι ένας από τους βασικότερους αδένες του σώματος. Βρίσκεται στο λαιμό, μπροστά από το λάρυγγα (κάτω από το μήλο του Αδάμ), και αποτελείται από τον δεξιό και αριστερό λοβό, οι οποίοι συνδέονται με τον ισθμό. Ο θυρεοειδής προσλαμβάνει ιώδιο από το αίμα και συνθέτει ορμόνες (θυροξίνη και τριιωδοθυρονίνη). Αυτές εισέρχονται στα κύτταρα και αυξάνουν το μεταβολισμό του οργανισμού και τη θερμοκρασία του σώματος. **Η αύξηση της παραγωγής ορμονών προκαλεί υπερθυρεοειδισμό, ενώ η ελάττωσή της υποθυρεοειδισμό.** Εκτός από τη θυροξίνη και την τριιωδοθυρονίνη, ο θυρεοειδής παράγει και την ορμόνη καλσιτονίνη, η οποία παίζει καθοριστικό ρόλο στη ρύθμιση του ασβεστίου στο αίμα. Η αύξηση της τιμής της συνδέεται με το μυελοειδές καρκίνωμα του θυρεοειδούς.

Η πιο συνηθισμένη πάθηση του θυρεοειδούς είναι η **βρογχοκήλη** (υπερπλασία του αδένα), η οποία συνήθως οφείλεται σε έλλειψη ιωδίου.

Η βρογχοκήλη συχνά συνοδεύεται από συμπαγείς όζους (υπερπλαστικούς), οι οποίοι είναι κυτταροβριθείς και πολλές φορές εκφυλίζονται κυστικά και περιέχουν αίμα ή κολλοειδές (κολλοειδείς όζοι). Το κολλοειδές είναι φυσιολογική ουσία που βρίσκεται στο θυρεοειδή. Εκεί αποθηκεύονται οι ορμόνες του θυρεοειδούς, συνδέονται με τη θυρεοσφαιρίνη και απεκκρίνονται βαθμιαία στην κυκλοφορία.

Η αξιοπιστία της μεθόδου FNA εξαρτάται από την εμπειρία του ακτινολόγου και του κυτταρολόγου.

Οι όζοι της βρογχοκήλης

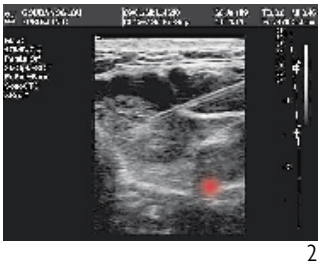
Οι όζοι της βρογχοκήλης είναι κατά κανόνα καλοήθεις και αντιμετωπίζονται θεραπευτικά με τη χορήγηση θυροξίνης. Πρέπει όμως να σημειώσουμε ότι πολλές φορές **ο καρκίνος του θυρεοειδούς** –και μάλιστα ο πιο συχνός από αυτούς, το θηλώδες καρκίνωμα– είναι δύσκολο να διακριθεί υπερηχογραφικά από έναν καλοήθη όζο. Σε πολλές περιπτώσεις οζώδους βρογχοκήλης το θηλώδες καρκίνωμα μπορεί να είναι ο μικρότερος εκ των όζων, με μέγεθος μικρότερο του εκατοστού.

Οι όζοι του θυρεοειδούς συχνά ψηλαφούνται από τους ίδιους τους ασθενείς ή φαίνονται στον καθρέπτη. Στο υπερηχογράφημα του θυρεοειδούς οι όζοι ανευρίσκονται σε ποσοστό 30-40% ως τυχαία ευρήματα και κυρίως στις γυναίκες. Η ευαισθησία της μεθόδου (η δυνατότητα, δηλαδή, των υπερήχων να ανιχνεύουν όζους) πλησιάζει το 100%.

Στο σπινθηρογράφημα, ανάλογα με το αν οι όζοι είναι λειτουργικοί (αν, δηλαδή, παράγουν ορμόνες ή όχι), χαρακτηρίζονται θερμοί ή ψυχροί αντίστοιχα. Οι ψυχροί όζοι είναι περισσότεροι (85%) και έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι κακοήθεις. Αντίθετα οι θερμοί όζοι σπάνια είναι κακοήθεις. Ο καρκίνος του θυρεοειδούς σε έδαφος οζώδους βρογχοκήλης είναι σχετικά σπάνιος (2%), αυξάνεται όμως η πιθανότητα (4%) σε περίπτωση μονήρους όζου, ενώ είναι ακόμα μεγαλύτερη αν ο μονήρης όζος είναι ψυχρός στο σπινθηρογράφημα και σκληρός στην ψηλάφηση.

Οι όζοι του θυρεοειδούς έχουν μεγάλη ποικιλία στην απεικόνισή τους με υπερήχους. Ανάλογα με το αν αντανακλούν ή απορροφούν τους υπερήχους, χαρακτηρίζονται υπερηχογενείς ή υποηχογενείς αντίστοιχα. Ανάλογα με το σχήμα τους είναι στρογγυλοί ή ατρακτοειδείς, με τη μεγαλύτερη διάμετρο παράλληλη ή κάθετη στον επιμήκη άξονα του θυρεοειδούς. Μπορεί να έχουν σαφές ή ασαφές περίγραμμα, να περιβάλλονται από λεπτή ή παχιά άλω, να είναι συμπαγείς ή κυστικά εκφυλισμένοι. Τέλος, μπορεί να περιέχουν μικροαποτιτανώσεις ή αδρές αποτιτανώσεις ή να είναι αποτιτανωμένοι σε όλη τους την περιφέρεια. Ο έλεγχος με έγχρωμο Doppler τούς διακρίνει σ' αυτούς που έχουν μόνο περιφερική αγγείωση και σ' αυτούς που έχουν και περιφερική και κεντρική αγγείωση.

1



2

1. Θυρεοειδικός όζος. 2. Βελόνα παρακέντησης εντός του θυρεοειδικού όζου.

Πότε ένας όζος θεωρείται ύποπτος;

Ύποπτα χαρακτηριστικά θυρεοειδικού όζου θεωρούνται η υποηχογένεια, η ύπαρξη μικροαποτιτανώσεων στο εσωτερικό του, η ύπαρξη αδρών αποτιτανώσεων στο κέντρο του, το ασαφές περίγραμμα, η παχιά και ασύμμετρη άλως, το στρογγυλό σχήμα του ή, σε περίπτωση επιμήκους όζου, η κάθετη θέση της μεγαλύτερης διαμέτρου στον επιμήκη άξονα του θυρεοειδούς. Επίσης, η ύπαρξη κεντρικής και περιφερικής αγγείωσης του όζου στον έλεγχο με έγχρωμο Doppler επιβαρύνει την πρόγνωση, όπως επίσης και η αύξηση του μεγέθους σε συγκριτικά υπερηχογραφήματα, παρά τη χορήγηση θυροξίνης. Επιβαρυντικό στοιχείο αποτελεί ακόμα η υποχώρηση του όζου στην προσπάθεια παρακέντησης (σκληρός όζος), εύρημα που συνηγορεί στην ύπαρξη διαφορετικού ιστού στο θυρεοειδή.

Ατρακτοειδείς κυστικά εκφυλισμένοι όζοι ή όζοι αποτιτανωμένοι στην περιφέρειά τους σπανίως είναι κακοήθεις. **Πάντως, ανεξαρτήτως από τα χαρακτηριστικά τους, οι όζοι άνω του εκατοστού συνήθως παρακεντώνται.**

Πώς γίνεται η παρακέντηση των όζων;

Η διαδικασία παρακέντησης του θυρεοειδούς όζου με καθοδήγηση υπερήχων είναι απλή διαδικασία (η αίσθηση του εξεταζομένου είναι περίπου αυτή της ενδομυϊκής ένεσης).

Μια απλή βελόνα αιμοληψίας (18 G) εισάγεται στο λαιμό. Η πορεία της παρακολουθείται με υπερήχους μέχρι η άκρη της να εισέλθει στον όζο. Στη συνέχεια αναρροφάται υλικό και αποστέλλεται στον κυτταρολόγο. Η μέθοδος δεν χρειάζεται καμία προετοιμασία πλην της αποφυγής λήψης ασπιρίνης ή αντιπηκτικών, καθώς υπάρχει η πιθανότητα να δημιουργηθεί αιμάτωμα στο σημείο της παρακέντησης. Δεν υπάρχει κανένας περιορισμός μετά το τέλος της μεθόδου.

Η μέθοδος έχει μεγάλη αξιοπιστία (70-97%) και εξαρτάται από την εμπειρία του ακτινολόγου και του κυτταρολόγου. Συχνά όμως παρουσιάζει ψευδή αρνητικά αποτελέσματα (20%). Για το λόγο αυτό, επιβάλλεται η επανάληψή της ανά διαστήματα. Αυτό το ανεπαρκές υλικό μπορεί να οφείλεται στην κυστική εκφύλιση του όζου.

Η FNA βοηθά επίσης στη διάγνωση του αδενώματος (καλοήθης όζος του θυρεοειδούς), που απαντά σε ποσοστό 5-10%, όπως επίσης και των εστιών θυρεοειδίτιδος (που μοιάζουν με θυρεοειδικούς όζους), μιας ιδιαίτερα συχνής πάθησης του θυρεοειδούς.

Γενικά η FNA είναι η καλύτερη μέθοδος για τη διάκριση των καλοήθων από τους κακοήθεις όζους του θυρεοειδούς.

Γιώργος Μπούχλης,
Ορθοπαιδικός Χειρουργός,
Διευθυντής Κλινικής Χεριού -
Επανορθωτικής Ορθοπαιδικής Μικροχειρουργικής,
Ευρωκλινικής Αθηνών

Επαγγελματικά νοσήματα άνω άκρου

Πόνοι στα δάκτυλα, στον καρπό, στον ώμο: αυτά είναι κάποια από τα συνήθη συμπτώματα που στέλνουν αρκετούς επαγγελματίες στο ιατρείο του ορθοπαιδικού. Το παρόν άρθρο παρουσιάζει εν συντομία τις παθήσεις που σχετίζονται κυρίως με την εργασία στο γραφείο, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισής τους.

Τις τελευταίες δεκαετίες όλο και περισσότεροι χειρουργοί - ορθοπαιδικοί αλλά και γιατροί εργασίας δέχονται ένα ξεχωριστό είδος παθολογίας του άνω άκρου, που δεν σχετίζεται με τραυματισμούς. Η επικρατούσα αντίληψη είναι ότι συσσωρευμένοι μικροτραυματισμοί (accumulated micro traumas) από επαναλαμβανόμενες δραστηριότητες κυρίως επαγγελματικού χαρακτήρα αποτελούν τις συνήθεις αιτίες μέρους της νοσηρότητας του άνω άκρου.
Επιπλέον, άλλες παράμετροι όπως, π.χ., η καθηλωμένη στάση του σώματος επί ώρες μπροστά σε ένα γραφείο, συντελούν επικουρικά δημιουργώντας προϋποθέσεις μυϊκής ανισορροπίας κυρίως στην περιοχή του τραχήλου και της ωμοπλάτης.

Ξεκινώντας, λοιπόν, από τα δάκτυλα προς τον αυχένα, μπορούμε να διακρίνουμε τις εξής κατηγορίες παθήσεων:

1. **Τενοντίτιδες των καμπτήρων ή των εκτεινόντων**
Η θεραπεία είναι ανάλογη με τη χρονιότητα της νόσου, αρχίζοντας με την απλή, ολιγοήμερη αποχή, τη ναρθηκοποίηση, την κορτιζονούχο ένεση και τη χειρουργική θεραπεία, εφόσον οι προηγούμενες μέθοδοι αποτύχουν.

2. **Τενοντίτιδες του καρπού**
Κυρίως του κερκιδικού καμπτήρα, του ωλένιου καμπτήρα και του απαγωγού του αντίχειρα. Η θεραπεία είναι ανάλογη με τις προηγούμενες, με επικρατούσα σε συχνότητα νόσο εκείνη του μακρού απαγωγού του αντίχειρα.

3. **Χονδροπάθεια του πισοειδούς**
Συνήθως ανταποκρίνεται καλά στη συντηρητική αγωγή και σπάνια απαιτεί χειρουργείο.

4. **Επικονδυλίτιδες (έσω και έξω)**
Πόνοι που εκδηλώνονται κυρίως στην περιοχή του αγκώνα είτε αυτόματα είτε έπειτα από μυϊκό έργο. Υπάρχουν πολλές και διάφορες θεραπείες, πράγμα που υποδηλώνει την απουσία μίας και αποτελεσματικής –είτε συντηρητικής είτε χειρουργικής– θεραπείας.

5. **Τενοντίτιδες στην περιοχή του ώμου**
Κυρίως προσβάλλεται ο τένοντας του δικεφάλου. Φαίνεται πως οι τενοντίτιδες αυτού του τύπου συνδέονται ιδιαίτερα με τη χρήση του ποντικιού (mouse). Συχνά συνδυάζονται και με ασβέστωση των υπόλοιπων τενόντων του ώμου. Η θεραπεία είναι κατ' εξοχήν συντηρητική και μόνο σε εμμονή των συμπτωμάτων χειρουργική.

6. **Τενοντομυοπάθειες (απονευρωσίτιδες) της περιοχής του ώμου**
Κυρίως ως αποτέλεσμα κακής στάσης και μυϊκής ανισορροπίας της περιοχής του τραχήλου. Ακολουθείται κατ' εξοχήν συντηρητική θεραπεία.

7. **Πιεστικά σύνδρομα νεύρων**
Είτε στην περιοχή της θωρακικής εξόδου είτε στην περιοχή της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Σε όλες τις περιπτώσεις, η συντηρητική αγωγή θα εξαντλήσει τις δυνατότητές της πριν αποφασιστεί οποιαδήποτε χειρουργική παρέμβαση.

Σε κάθε περίπτωση νοσήματος του άνω άκρου, η συντηρητική αγωγή θα εξαντλήσει τις δυνατότητές της πριν αποφασιστεί οποιαδήποτε χειρουργική παρέμβαση.

Μαντώ Κυπριανίδου,
Γενική Ιατρός
Ευρωκλινικής Αθηνών

Πονοκέφαλος: Τι είναι & σε τι οφείλεται

Καθημερινά καταναλώνονται τεράστιες ποσότητες από αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη, για να καταπραΰνουν τον πονοκέφαλο ή αλλιώς την κεφαλαλγία, η οποία είναι και μία από τις σημαντικότερες αιτίες απουσίας και ελαττωμένης παραγωγικότητας στην εργασία ή στο σχολείο.

Οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν τουλάχιστον περιστασιακούς πονοκεφάλους κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η κεφαλαλγία είναι υποκειμενικό σύμπτωμα που μπορεί να αποτελεί μέρος μιας σύνθετης πρωτοπαθούς διαταραχής όπως η ημικρανία. Μπορεί, επίσης, να είναι η εκδήλωση υποκείμενης νόσου ή να έχει δευτεροπαθή χαρακτήρα. Οι περισσότεροι ασθενείς επισκέπτονται τον ιατρό, προκειμένου να τους καθησυχάσει ότι η κεφαλαλγία τους είναι καλοήθης. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που πάσχουν από πονοκέφαλο έχουν καλοήθη κεφαλαλγία.

Οι καλοήθεις κεφαλαλγίες δευτεροπαθούς αιτιολογίας μπορεί να οφείλονται:

- **Σε μειωμένη όραση** λόγω μυωπίας, πρεσβυωπίας ή γλαυκώματος. Ο πονοκέφαλος εξουδετερώνεται μετά από χρήση κατάλληλων γυαλιών και κολλυρίων.
- **Σε τροφές** όπως τυριά, εσπεριδοειδή, σοκολάτα, πρόσθετα τροφών, όπως η ασπαρτάμη ή το γλουταμινικό μονονάτριο («σύνδρομο του κινέζικου εστιατορίου») και αλκοόλ (hangover).
- **Σε κλιματικές συνθήκες** όπως υγρασία, ρύπανση, υπερβολικό κρύο ή ζέστη.
- **Σε πονόδοντο ή πάθηση της κροταφογναθικής άρθρωσης.**

Επίσης υπάρχουν οι:

- **Φαρμακογενής κεφαλαλγία:** Προέρχεται από αγγειοδιασταλτικά, αντισυλληπτικά, νιτρώδη, αναλγητικά με κωδεΐνη και εργοταμίνη, η οποία χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της κεφαλαλγίας.
- **Αυχενικής αιτιολογίας κεφαλαλγία:** Ο πόνος δεν εντοπίζεται μόνο στον αυχένα, αλλά ακτινοβολεί μπροστά έως το μέτωπο. Ο πόνος αυτός είναι συνήθως σταθερός, μπορεί να είναι ετερόπλευρος και να επιδεινώνεται με τις κινήσεις της κεφαλής. Στην περίπτωση αυτή, η αντιμετώπιση γίνεται με φυσικοθεραπεία, τοπικό μασάζ ή/και μυοχαλαρωτικά.
- **Παραρρινοκολπίτιδα ή ιγμορίτιδα:** Ο πόνος μπορεί να εντοπίζεται στο μέτωπο, στους κροτάφους ή στην κορυφή της κεφαλής, ανάλογα με τον κόλπο ή τους κόλπους που εμπλέκονται. Αντιμετωπίζεται με τη θεραπεία της ιγμορίτιδας, που, σε αυτήν την περίπτωση, είναι τα αντιβιοτικά.

Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που πάσχουν από πονοκέφαλο έχουν καλοήθη κεφαλαλγία.

Πρωτοπαθής κεφαλαλγία: ημικρανία & κεφαλαλγία τάσεως

Η ημικρανία και η κεφαλαλγία τάσεως είναι οι πιο συχνές αιτίες πονοκεφάλου και μπορούν να είναι επεισοδιακές ή χρόνιες. Το 15% του γυναικείου πληθυσμού προσβάλλεται από ημικρανία και το 86% από κεφαλαλγία τάσεως, ενώ στους άνδρες τα ποσοστά είναι 6% και 63% αντίστοιχα. Υπάρχει σίγουρα γενετικό στοιχείο, το οποίο όμως είναι πολυπαραγοντικό. Οι περισσότεροι άνθρωποι που παρουσιάζουν ημικρανία έχουν συγγενείς που είναι επίσης πάσχοντες.

Η **ημικρανία** είναι κατά 60% μονόπλευρα σφύζουσα, μετρίας ή μεγάλης εντάσεως, και κατά 95% επιδεινώνεται με τη φυσική δραστηριότητα. Μπορεί να συνοδεύεται από ναυτία ή έμετο, φωτοφοβία, θόλωση όρασης, φωταψίες ή/και απώλεια όρασης και φωνοφοβία, ενώ μερικοί άνθρωποι βιώνουν αισθητικές διαταραχές, όπως παραισθήσεις στα δάκτυλα και τα χείλη. Τα προαναφερθέντα συμπτώματα χαρακτηρίζουν την αύρα. Μπορεί, επίσης, να υπάρχουν προειδοποιητικά συμπτώματα που να προηγούνται της κεφαλαλγίας για ώρες ή ημέρες, π.χ, αλλαγή διάθεσης, βουλιμία, λήθαργος, δυσκολία συγκέντρωσης στην επεξεργασία πληροφοριών, ακόμη και κατάθλιψη. Τέλος, υπάρχει ύφεση των συμπτωμάτων και της κεφαλαλγίας με τον ύπνο.

Οι μόνιμες επιπλοκές της ημικρανίας είναι σπάνιες, μπορεί όμως να αποτελούν παράγοντες κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο.

Υπάρχουν εκλυτικοί παράγοντες που πυροδοτούν την κεφαλαλγία. Οι συχνότεροι είναι το στρες και η διακοπή του (π.χ., κατά το σαββατοκύριακο ή τις πρώτες μέρες των διακοπών). Οι γυναικείες ορμόνες είναι σημαντικός εκλυτικός παράγοντας στις κρίσεις ημικρανίας, γι' αυτό και υπάρχει αύξηση της κεφαλαλγίας κατά την εφηβεία στις γυναίκες, αλλά όχι στους άνδρες. Οι ενήλικες γυναίκες αναφέρουν ότι οι πονοκέφαλοί τους εμφανίζονται και είναι χειρότεροι πριν ή κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρήσεως ή ότι επιδεινώνονται με την εμμηνόπαυση. Η αιτία είναι η πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων. Άλλοι εκλυτικοί παράγοντες είναι κάποιες τροφές, όπως τα τυριά, η σοκολάτα, το αλκοόλ κ.λπ.

Η κεφαλαλγία τάσεως είναι «άτυπη» κεφαλαλγία και χαρακτηρίζεται από την απουσία των χαρακτηριστικών της ημικρανίας. Ο πόνος δεν έχει σφυγμώδη ποιότητα, είναι ήπιας ως μέτριας έντασης, εντοπίζεται αμφοτερόπλευρα και δεν επιδεινώνεται με την άσκηση· συχνά δεν έχει αύρα.

Ο σκοπός της επείγουσας θεραπείας της ημικρανίας είναι να επαναφέρει τον ασθενή στην κανονική λειτουργία, ανακουφίζοντας γρήγορα τον πόνο και τα συνοδά συμπτώματα, χωρίς υποτροπή, εντός 24 ωρών.

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και τα γαστροκινητικά αντιεμετικά, αλλά και οι τριπτάνες (υπάρχουν επτά ειδών), θα πρέπει να είναι τα αναλγητικά πρώτης εκλογής. Τα οπιοειδή πρέπει να χρησιμοποιούνται για μικρό χρονικό διάστημα.

Μη καλοήθεις κεφαλαλγίες δευτερογενούς αιτιολογίας

- **Οξεία υπερτασική κρίση αλλά και υπέρταση λόγω φαιοχρωμοκυτώματος. Μπορούν να εκφραστούν με παροξυσμούς κεφαλαλγίας.** Η αντιμετώπιση γίνεται με την κατάλληλη θεραπεία και ρύθμιση της αρτηριακής πιέσεως.
- **Κροταφική αρτηρίτιδα ή γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα.** Παρουσιάζεται σπάνια σε άτομα κάτω των 55 ετών, αλλά γίνεται όλο και συχνότερη με την πάροδο της ηλικίας. Ο πόνος δεν είναι πάντοτε περιορισμένος στον ένα κρόταφο και μπορεί να είναι μετωπιαίος, ινιακός ή περισσότερο γενικευμένος. Η διάγνωση συμπεριλαμβάνει αναλύσεις αίματος και βιοψία κροταφικής αρτηρίας, και η θεραπεία γίνεται με ψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών.
- **Κεφαλαλγία που σχετίζεται με εμπύρετα νοσήματα όπως γρίπη, μηνιγγίτιδα ή εγκεφαλίτιδα.** Σ' αυτήν την περίπτωση είναι προτιμότερο να χορηγηθούν αντιβιοτικά και στη συνέχεια να γίνει διερεύνηση.
- **Νευραλγίες κρανίου.** Στη νευραλγία τριδύμου, ο πόνος προσβάλλει την άνω ή κάτω γνάθο μονόπλευρα, έχει χαρακτήρα διαξιφιστικό, έντονο και διάρκειας δευτερολέπτων, ενώ δεν έχει πόνο στα μεσοδιαστήματα. Ο πόνος πυροδοτείται από τοπικά ερεθίσματα όπως μάσηση, επαφή με το πρόσωπο ή ακόμα και από ρεύμα αέρα. Χρήζει ειδικής φαρμακευτικής θεραπείας και, σε εμμένουσες περιπτώσεις, χειρουργικής επέμβασης και ακτινοβολίας. Η μεθερπητική νευραλγία, έπεπα από έρπητα ζωστήρα στην κατανομή του τριδύμου, εμφανίζεται ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ασθενείς άνω των 70 ετών.
- **Κεφαλαλγία αγγειοεγκεφαλικής νόσου.** Το 20-30% οφείλεται σε παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο και το 75% σε εγκεφαλικό επεισόδιο, θρόμβωση συραγγωδών κόλπων εγκεφάλου, υπαραχνοειδή αιμορραγία λόγω ρήξης αρτηριακού ανευρύσματος ή αρτηριοφλεβώδη δυσπλασία.
- **Υδροκέφαλος** και οξεία απόφραξη της παροχέτευσης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ) από εγκεφαλικούς όγκους σε οποιοδήποτε σημείο (ιδιαίτερα στον οπίσθιο βόθρο). Οι περισσότεροι από τους ασθενείς που εμπίπτουν σ' αυτήν την κατηγορία παρουσιάζουν οίδημα οπτικής θηλής. Οι κεφαλαλγίες αυτές εκλύονται εξαρχής με το βήχα ή άλλο χειρισμό που αυξάνει την ενδοκράνιο πίεση.
- **Όγκοι εγκεφάλου.** Η κεφαλαλγία είναι συχνό σύμπτωμα, είτε στους πρωτοπαθείς όγκους είτε στις εγκεφαλικές μεταστάσεις, όπως και σε άλλες μάζες, όπως υποσκληρίδια αιματώματα και εγκεφαλικά αποστήματα. Όμως, σπάνια η κεφαλαλγία αποτελεί το μοναδικό σύμπτωμα.
- **Καλοήθης ενδοκράνιος υπέρταση (ψευδοόγκος).** Οφείλεται σε θρόμβωση των εγκεφαλικών σηραγγωδών κόλπων. Σε άλλες περιπτώσεις, οι ψευδοόγκοι συνδέονται με τραύματα κεφαλής, λήψη τετρακυκλίνης και έναρξη ή διακοπή κορτικοστεροειδών. Πολλοί ασθενείς αυτής της κατηγορίας είναι παχύσαρκοι και η κατάστασή τους βελτιώνεται με την απώλεια βάρους. Η κεφαλαλγία υποχωρεί με την αφαίρεση ΕΝΥ κατά την οσφυονωτιαία παρακέντηση.

Η ημικρανία και η κεφαλαλγία τάσεως είναι οι πιο συχνές αιτίες πονοκεφάλου και μπορούν να είναι επεισοδιακές ή χρόνιες.

Τρεις ακόμη κεφαλαλγίες

α) **Η χρόνια καθημερινή κεφαλαλγία.** Όταν η κεφαλαλγία εμφανίζεται συχνότερα από 15 ημέρες το μήνα ή 180 ημέρες το χρόνο, μπορεί να είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής. Στην πρωτοπαθή χρόνια κεφαλαλγία, η πιο συχνή αιτία είναι η κατάχρηση αναλγητικών (3 ή περισσότερα απλά αναλγητικά την ημέρα για 5 ή περισσότερες ημέρες την εβδομάδα). Επίσης, ψυχιατρική συνοσηρότητα μπορεί να υπάρχει έως και στο 90% των ασθενών με χρόνια καθημερινή κεφαλαλγία. Το 25% έχει μείζονα κατάθλιψη, ενώ το 70% γενικευμένο άγχος. Η κατάλληλη εκτίμηση και αντιμετώπιση είναι επομένως σημαντική για τη βελτίωση της κατάστασής τους. Εκτός από την αντικαταθλιπτική αγωγή, χρειάζεται και συμπεριφορική παρέμβαση.

β) **Η αθροιστική κεφαλαλγία.** Σπάνια αλλά συχνά, ο πόνος είναι εξοντωτικός. Είναι συχνότερη σε άνδρες παρά σε γυναίκες και οι πάσχοντες έχουν 1-4 σοβαρά επεισόδια μονόπλευρου πόνου καθημερινά, διάρκειας μικρότερης των τριών ωρών, και υπάρχουν συνοδά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, όπως βλεφαρόπτωση, κόκκινο μάτι, δακρύρροια και μύτη που τρέχει ή είναι βουλωμένη. Ο πόνος εμφανίζεται κατά περιόδους, έχει ωρολογιακή σταθερότητα και εποχιακή κατανομή, και υπαινίσσεται ότι υπάρχει διαταραχή στον υποθάλαμο με σημαντικά μειωμένες τιμές τεστοστερόνης πλάσματος κατά την περίοδο της κεφαλαλγίας.

γ) **Μετατραυματική κεφαλαλγία.** Το 40-70% των ασθενών έπειτα από κάκωση κεφαλής παρουσιάζουν χρόνια εμμένουσα κεφαλαλγία, ιδιαίτερα αν υπήρξαν και επιπλοκές όπως υπαραχνοειδής αιμορραγία, ενδοκράνιο ή υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Συνήθως, η κεφαλαλγία αυτή επιδεινώνεται με τη στάση του σώματος ή την προσπάθεια. Ο πόνος υποχωρεί μέσα σε λίγες εβδομάδες μετά τον τραυματισμό, αλλά σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να διαρκέσει και χρόνια. Ο πόνος προέρχεται, εκτός από τραύμα στον αυχένα ή κάκωση των μαλακών μορίων στην περιοχή αυτή, και από βλάβη των μικρών νεύρων στο τριχωτό της κεφαλής ως άμεση συνέπεια του τραυματισμού. Όμως, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η κατάθλιψη παίζει σπουδαίο ρόλο στη μετατραυματική κεφαλαλγία.

Η φυσική εξέταση σπάνια παρέχει πολλές πληροφορίες και, επομένως, η εκτίμηση πρέπει να βασιστεί στο ιστορικό του ασθενούς με λεπτομερή καταγραφή των ενοχλημάτων. Η συσχέτιση κεφαλαλγίας με βήχα, τροφές, άσκηση και κινήσεις αυχένα και γνάθου μπορεί να είναι σημαντική.

Οι ειδικές εξετάσεις (μαγνητική ή αξονική τομογραφία εγκεφάλου και μαγνητική αγγειογραφία εγκεφάλου) είναι χρήσιμες μόνο για τον αποκλεισμό ειδικών ανατομικών αιτιών κεφαλαλγίας.

Πότε χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση;

Οι ασθενείς που πρέπει να παραπέμπονται για περαιτέρω διερεύνηση, εκτός της κεφαλαλγίας, παρουσιάζουν:

- Παθολογικά ευρήματα στη νευρολογική εξέταση (π.χ., οίδημα οπτικής θηλής).
- Ελάττωση οπτικής οξύτητας ή παροδική απώλεια όρασης.
- Επίμονους ή εντεινόμενους έμετους.
- Σπασμούς.
- Κεφαλαλγία πρόσφατης έναρξης ή αυξανόμενης συχνότητας ή βαρύτητας.
- Ενδοκρινικές διαταραχές (διαβήτη, αμηνόρροια, γαλακτόρροια κ.λπ.).
- Οικογενειακό ιστορικό νεοπλασίας ή νευρινωμάτωσης.

Σταύρος Τομπρής,
Διευθυντής Κλινικής,
Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής,
Ευρωκλινική Αθηνών και Ευρωκλινική Παίδων

Η χρήση των **οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων** στην αποκατάσταση του πτερυγίου του ωτός

Με τον όρο **«μικρωτία»** περιγράφεται η κατάσταση στην οποία το μέγεθος του πτερυγίου του αφτιού είναι μικρότερο από το φυσιολογικό. Περιγράφονται τρεις κατηγορίες (Grade I, Grade II, Grade III), ανάλογα με τα ελλείποντα τμήματα του πτερυγίου, ενώ η κατάσταση κατά την οποία το πτερύγιο δεν έχει διαπλαστεί καθόλου ονομάζεται **ανωτία**. Η μικρωτία εμφανίζεται σε συχνότητα 1/8.000-10.000 γεννήσεις, με προτίμηση στα αγόρια και συχνότερη εμφάνιση στο δεξιό πτερύγιο. Στις βαρύτερες μορφές της, συνοδεύεται από ατρησία του ακουστικού πόρου και προβλήματα στην ακοή. Σε ποσοστό περίπου 10% μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρη. Η μικρωτία μπορεί να εμφανιστεί ως μεμονωμένο πρόβλημα ή να αποτελεί μέρος κάποιου συνδρόμου.

Χειρουργικές μέθοδοι

Η χειρουργική αποκατάσταση της μικρωτίας αποτελούσε και αποτελεί μια πρόκληση για το χειρουργό. Σήμερα υπάρχουν διαφορετικές τεχνικές και προσεγγίσεις για την επίλυση αυτού του προβλήματος.

1. Η παραδοσιακή μέθοδος χειρουργικής αποκατάστασης της μικρωτίας απαιτεί τέσσερα χειρουργικά στάδια:
   - ✗ Στην πρώτη επέμβαση γίνεται λήψη μοσχεύματος από τις πλευρές, με το οποίο ο χειρουργός κατασκευάζει το σκελετό του πτερυγίου. Κατόπιν τοποθετεί το σκελετό κάτω από το δέρμα της περιοχής.
   - ✗ Στη δεύτερη επέμβαση γίνεται η δημιουργία του λοβού του πτερυγίου.
   - ✗ Στην τρίτη επέμβαση γίνεται η τοποθέτηση δερματικού μοσχεύματος, με το οποίο καλύπτεται το αρχικό μόσχευμα.
   - ✗ Στην τέταρτη επέμβαση γίνεται η δημιουργία του τράγου και της «εισόδου» του ακουστικού πόρου.
2. Σε μια παραλλαγή της προηγούμενης μεθόδου χρησιμοποιείται προκατασκευασμένος σκελετός του πτερυγίου από πολυαιθυλένιο, έτσι ώστε να αποφευχθεί το πρώτο χειρουργείο κατά το οποίο λαμβάνεται το μόσχευμα της πλευράς. Τα υπόλοιπα στάδια είναι τα ίδια με αυτά της προηγούμενης μεθόδου.
3. Η αποκατάσταση με τη βοήθεια οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων είναι η μέθοδος κατά την οποία τοποθετούνται δύο ή τρία εμφυτεύματα στην περιοχή του αφτιού και κατασκευάζεται ένα προσθετικό πτερύγιο που συγκρατείται στα εμφυτεύματα αυτά. Για την αποκατάσταση με τη συγκεκριμένη μέθοδο απαιτούνται δύο μικρής διάρκειας χειρουργεία.

Στο πρώτο χειρουργείο γίνεται η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων. **Η επέμβαση κρατά περίπου μία ώρα και ο ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο την ίδια μέρα.** Στο δεύτερο χειρουργείο, που πραγματοποιείται τρεις μήνες μετά το πρώτο, γίνεται η αποκάλυψη των εμφυτευμάτων, η λέπτυνση των ιστών γύρω από αυτά και η αφαίρεση των κολοβωμάτων του υπάρχοντος πτερυγίου. **Η επέμβαση αυτή κρατά επίσης μία ώρα και ο ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο την ίδια μέρα.**

Η χειρουργική θεραπεία των ασθενών με έλλειμμα του πτερυγίου στοχεύει κυρίως στην αισθητική αποκατάσταση του προσώπου.

Ασθενής 23 ετών
μετά από αποτυχημένη προσπάθεια αποκατάστασης με μόσχευμα πολυαιθυλενίου.

Τελικό αποτέλεσμα
μετά την αφαίρεση του αποτυχημένου μοσχεύματος και την εφαρμογή της μεθόδου.

Η τρίτη μέθοδος μπορεί να εφαρμοστεί σε περιστατικά μικρωτίας, καθώς και σε περιπτώσεις στις οποίες το πτερύγιο παρουσιάζει έλλειμμα λόγω τραυματισμού, εγκαύματος ή χειρουργικής αφαίρεσης για θεραπεία όγκου. **Δεν απαιτεί εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις, ολοκληρώνεται σύντομα και προσφέρει άριστο αισθητικό αποτέλεσμα.** Η μέθοδος βοηθά σημαντικά στο να αναστραφούν οι προφανείς, αρνητικές, ψυχολογικές επιδράσεις που προκαλούνται στους ασθενείς από την έλλειψη του πτερυγίου του αφτιού. **Μπορεί, επίσης, να εφαρμοστεί σε παιδιά μετά την ηλικία των 6 ετών, καθώς και σε ενήλικες**.

Στην ερώτηση αν η μέθοδος αυτή θα πρέπει να είναι η μέθοδος εκλογής για την αποκατάσταση του πτερυγίου, η απάντηση είναι ότι η προσπάθεια για αποκατάσταση με αυτογενή μοσχεύματα θα πρέπει να συνεχιστεί, με στόχο τη βελτίωση του αισθητικού αποτελέσματος και της προβλεψιμότητας των παραδοσιακών χειρουργικών μεθόδων. Η γενετική μηχανική μπορεί στο μέλλον να συμβάλει σημαντικά προς την κατεύθυνση αυτή.

Η αποκατάσταση με τη χρήση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων είναι επί του παρόντος μια εναλλακτική μέθοδος με σημαντική αξία.

Η χειρουργική θεραπεία των ασθενών με έλλειμμα του πτερυγίου στοχεύει κυρίως στο να αποκαταστήσει την αισθητική του προσώπου. Σήμερα, η συγκεκριμένη μέθοδος εξυπηρετεί άριστα το σκοπό αυτό.

Ασθενής
23 ετών.
Αρχική εικόνα.

Τελικό
αποτέλεσμα.

Στη συνέχεια κατασκευάζεται από εξειδικευμένο γναθοπροσωπικό προσθετολόγο το πτερύγιο από σιλικόνη. **Το πτερύγιο αυτό είναι απόλυτα όμοιο με το φυσιολογικό πτερύγιο της άλλης πλευράς, αφού γίνεται λήψη αποτυπώματος του υγιούς πτερυγίου και αναστροφή του, για να ξεκινήσει η κατασκευή του προσθετικού πτερυγίου.** Αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία κατασκευής, η οποία διαρκεί συνήθως τέσσερις ημέρες, το πτερύγιο τοποθετείται στη θέση του και η θεραπεία ολοκληρώνεται. Το προσθετικό πτερύγιο έχει μια συγκεκριμένη φορά ένθεσης και αφαίρεσης, έτσι ώστε να μην είναι δυνατόν να αφαιρεθεί «τυχαία» από τράβηγμα. Μόνο ο ίδιος ο ασθενής γνωρίζει πώς να το αφαιρεί και πώς να το τοποθετεί. Ο ίδιος θα πρέπει να καθαρίζει την περιοχή γύρω από τα εμφυτεύματα κάθε δύο με τρεις ημέρες με μια μπατονέτα. Το πτερύγιο δεν χρειάζεται να αφαιρείται το βράδυ.

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των μεθόδων

Προσπαθώντας να συγκρίνουμε τις παραπάνω μεθόδους, θα αναλύσουμε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της καθεμιάς.

Πρώτη μέθοδος

Πλεονεκτήματα:
- Η αυτογενής αποκατάσταση.
- Η μονιμότητα της αποκατάστασης.

Μειονεκτήματα:
- Απαιτούνται πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις.
- Υπάρχει αυξημένη πιθανότητα για κάποια χειρουργική επιπλοκή.
- Υπάρχει αυξημένο συνολικό κόστος.
- Το αισθητικό αποτέλεσμα δεν είναι προβλέψιμο.
- Σε αρκετές περιπτώσεις, η συνολική προσπάθεια δεν αντιστοιχεί στο αποτέλεσμα.

Δεύτερη μέθοδος

Στη δεύτερη μέθοδο ισχύει ό,τι και για την πρώτη, με τις παρακάτω παρατηρήσεις:
- Αποφεύγεται το χειρουργείο για τη λήψη μοσχεύματος, αφού ο σκελετός του πτερυγίου είναι από συνθετικό υλικό, γεγονός που συγκαταλέγεται στα πλεονεκτήματα της μεθόδου.
- Τα μοσχεύματα πολυαιθυλενίου είναι προσχηματισμένα, άρα το τελικό αισθητικό αποτέλεσμα μπορεί να είναι καλύτερο σε σχέση με αυτό ενός αυτογενούς μοσχεύματος. Η τελική αποκατάσταση, όμως, μπορεί και πάλι να μην είναι απολύτως ικανοποιητική.
- Τα μοσχεύματα πολυαιθυλενίου επίσης παρέχουν την αίσθηση της αυτογενούς αποκατάστασης και της μονιμότητας.

Τρίτη μέθοδος

Πλεονεκτήματα:
- Απαιτούνται δύο μικρές χειρουργικές επεμβάσεις.
- Ο κίνδυνος χειρουργικών επιπλοκών είναι μικρότερος.
- Το κόστος είναι μικρότερο.
- Το αποτέλεσμα είναι προβλέψιμο.
- Το αποτέλεσμα είναι άριστο αισθητικά.
- Η συνολική αποκατάσταση ολοκληρώνεται σύντομα.
- Η προσπάθεια αντιστοιχεί στο αποτέλεσμα.

Μειονεκτήματα:
- Η αίσθηση ενός προσθετικού και όχι αυτογενούς μέλους.
- Η ανάγκη για αντικατάσταση της πρόθεσης μετά από κάποια χρόνια.

Μάριος Πάνος,
Διευθυντής Γαστρεντερολογικού Τμήματος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Πρόοδος στη διάγνωση της Γαστροοισοφαγικής Παλινδρόμησης

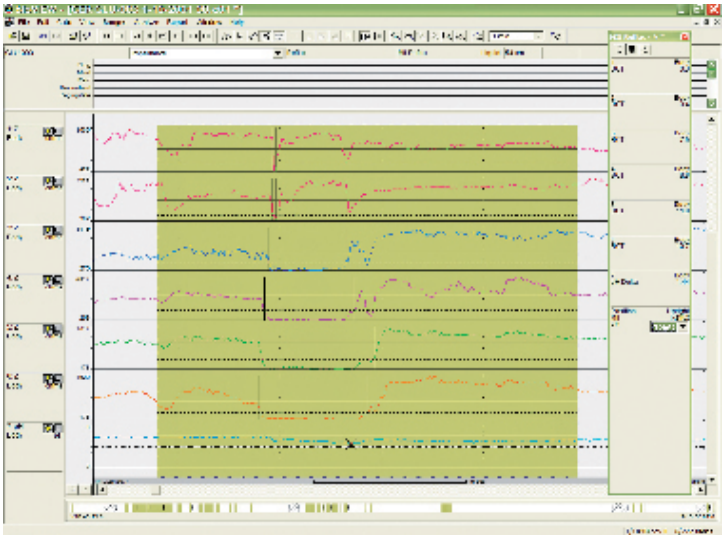
Η μέθοδος εμπέδησης/pH (Impedance/pH) οισοφάγου

Η Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση (ΓΟΠ) είναι μια νόσος συχνή στον δυτικό κόσμο, όπου ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού, το οποίο φθάνει το 40%, αναφέρει συμπτώματα όπως οπισθοστερνικό καύσος, αίσθημα παλινδρόμησης και οπισθοστερνικό άλγος τουλάχιστον μία φορά το μήνα – μια συμπτωματολογία που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής.

Βάσει μελετών, η εμπέδηση/pHμετρία οισοφάγου (Impedance/pH) είναι σήμερα η πιο ακριβής μέθοδος διάγνωσης της ΓΟΠ. Το σημαντικό αυτό άλμα στην επιστήμη της κινητικότητας/λειτουργικότητας του ανώτερου πεπτικού καθιστά δυνατή τη γρήγορη και έγκυρη διάγνωση της ΓΟΠ. Με τη μέθοδο αυτή, ο θεράπων ιατρός είναι πλέον σε θέση να γνωρίζει αν τα συμπτώματα του ασθενούς οφείλονται σε παλινδρόμηση όξινου ή μη όξινου στομαχικού περιεχομένου και να χορηγεί την κατάλληλη θεραπεία. Επίσης, εάν η εξέταση δείξει ότι τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε ΓΟΠ, παραπέμπει τον ασθενή με περισσότερη σιγουριά σε άλλες εξετάσεις.
Η εμπέδηση/pHμετρία οισοφάγου εφαρμόζεται στο Α' Γαστρεντερολογικό Τμήμα της Ευρωκλινικής Αθηνών. Πρόσφατα το τμήμα παρουσίασε τη νέα μέθοδο, καθώς και αντίστοιχα περιστατικά στο 1ο Παγκόσμιο Συνέδριο Ελλήνων Ιατρών της Διασποράς, που πραγματοποιήθηκε στην Κύπρο, από τις 27 έως τις 30 Σεπτεμβρίου.

Μια νέα μέθοδος για τη διάγνωση της ΓΟΠ, η εμπέδηση/pHμετρία οισοφάγου (Impedance/pH), άρχισε να εφαρμόζεται πρόσφατα στις ΗΠΑ και εδώ και λίγους μήνες εφαρμόζεται στην Ευρωκλινική Αθηνών. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου ο γιατρός υποψιάζεται ΓΟΠ, χωρίς όμως να υπάρχουν τα ανάλογα ευρήματα στη γαστροσκόπηση, κάτι που συμβαίνει στο 50-70% των περιπτώσεων. Η συγκεκριμένη μέθοδος δίνει τη δυνατότητα ανίχνευσης όχι μόνο παλινδρόμησης οξέος από το στομάχι προς τον οισοφάγο, αλλά και μη οξέος. Επιπλέον, έχει τη δυνατότητα να ξεχωρίζει την παλινδρόμηση υγρού, τροφής ή αέρα. **Η μέθοδος Impedance/pH αντικαθιστά τη συμβατική pHμετρία, της οποίας οι διαγνωστικές δυνατότητες περιορίζονται μόνο στην ανίχνευση οξέος.**

Η πρωτοποριακή μέθοδος της εμπέδησης/pHμετρίας ενδείκνυται ιδιαίτερα για την ομάδα ασθενών που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία με φάρμακα, όπως οι αναστολείς αντλίας πρωτονίου, στην οποία ανήκει το 35% όλων των περιπτώσεων. Επίσης, η εξέταση ενδείκνυται σε περιπτώσεις μη ειδικών συμπτωμάτων ΓΟΠ, όπως ο χρόνιος βήχας, το βράγχος φωνής, η λαρυγγίτιδα και το άσθμα.



Πάνω: Ασθενής που φέρει συσκευή μελέτης εμπέδησης/pHμετρίας οισοφάγου.

Δεξιά: Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα διαγράμματος από τη μελέτη εμπέδησης/pHμετρίας οισοφάγου, που απεικονίζει επεισόδιο μη όξινης παλινδρόμησης.

Δρ Μαρία Πίνιου-Καλλή,
Δερματολόγος, Διευθύντρια Δερματολογικού Τμήματος
Ευρωκλινικής Αθηνών

Το δέρμα ως καθρέπτης της υγείας

Η αντιγήρανση είναι θεραπεία

Το δέρμα μας είναι το κλειδί της βιολογικής μας ταυτότητας, των εμπειριών μας, της συλλογής πληροφοριών από το περιβάλλον, καθώς και της σχέσης μας με τους άλλους. Θα μπορούσε να πει κανείς ότι το δέρμα είναι το όριο του ανθρώπου με το σύμπαν. Ό,τι συμβαίνει σ' αυτό το σύστημα που προστατεύει όλα τα άλλα συστήματα του ανθρώπινου σώματος πρέπει να τυχαίνει φροντίδας και θεραπείας από εξειδικευμένους επιστήμονες.

Το δέρμα είναι το μόνο ορατό και εκτεθειμένο σύστημα του ανθρώπινου σώματος και αποτελεί επίσης το πλέον μεταβαλλόμενο σύστημα ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντος και τις αισθητικές ανάγκες της εποχής. Όσο ανέβαινε η θερμοκρασία του περιβάλλοντος της Γης, τόσο ο άνθρωπος έχανε το τρίχωμα του σώματός του και το υποδόριο λίπος του, με αποτέλεσμα, σήμερα, για λόγους υγείας και αισθητικής, να προβαίνει σε έλεγχο του βάρους του, καθώς και στην αποτρίχωση τμημάτων του σώματος. Επίσης, η αλλαγή του χρώματος του δέρματος ανάλογα με τις κλιματολογικές συνθήκες συντέλεσε σε κοινωνικές διαφοροποιήσεις που οδήγησαν την ανθρωπότητα σε ιστορικά λάθη, τα οποία, με την πρόοδο της επιστήμης και της κοινωνικής αντίληψης, τείνουν να λάβουν τέλος.

Το δέρμα μας δεν είναι μόνο το επικάλυμμα του σώματος, που προδίδει τη ληξιαρχική μας ηλικία και την κατάσταση της υγείας μας, αλλά είναι και ένα «κέντημα» επάνω στο οποίο, με τη βοήθεια των ειδικών, «κεντάμε» αυτό που θέλουμε να είμαστε, δηλαδή την ατομικότητά μας σε ένα παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον.

Με την πάροδο των χρόνων και την υπερβολική έκθεση στο ηλιακό φως, δομικά συστατικά του δέρματος (κολλαγόνο και ελαστίνη) μειώνονται, ενώ η κινητική δυνατότητα των υποκείμενων μυών παραμένει η ίδια. Έτσι, δημιουργούνται ρυτίδες και χαλάρωση –καθώς το δέρμα έχει ροπή προς τα κάτω λόγω βαρύτητας–, με αποτέλεσμα την αλλοίωση της φυσιογνωμίας και της εικόνας που έχουμε για τον εαυτό μας. **Δεδομένης της αύξησης του ορίου της επιβίωσης, θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά και έγκαιρα υπ' όψιν η εικόνα με την οποία επιθυμούμε να συνεχίσουμε τη ζωή μας. Η γήρανση του δέρματος αποτελεί νόσο που χρήζει θεραπείας, οπότε η αντιγήρανση δεν είναι απλώς ζήτημα ματαιοδοξίας.**

Έτσι, λοιπόν, για τη θεραπευτική αποκατάσταση των ρυτίδων και της χαλάρωσης του δέρματος υπάρχει δυνατότητα κάποιων θεραπευτικών παρεμβάσεων, τόσο όσον αφορά στον τόνο των μυών όσο και στην περιεκτικότητα του δέρματος σε στοιχεία που χρειάζεται, όπως το υαλουρονικό οξύ, οι βιταμίνες, τα αμινοξέα, τα ιχνοστοιχεία, οι αντιοξειδωτικοί παράγοντες κ.ά.

Η σωστή ιατρική εκτίμηση της υγείας του δέρματος οδηγεί σε μια πιο ολιστική παρέμβαση στη γηραντική διαδικασία.

Μεσοθεραπεία

Είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται εδώ και χρόνια σε διάφορα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Σήμερα, όμως, αποτελεί προσφιλέστατη μέθοδο για τη βελτίωση της αισθητικής εμφάνισης του δέρματος συνολικά. Κρίνεται απαραίτητο, αφού αποκατασταθούν οι βασικές βαθιές ρυτίδες, να λαμβάνεται μέριμνα για το δέρμα του προσώπου και του λαιμού, όπου υπάρχουν λεπτές ρυτίδες, δυσχρωμίες, θαμπή και κουρασμένη όψη.
Εφαρμόζεται με εντελώς επιφανειακά τσιμπήματα με κοκτέιλ ουσιών που ετοιμάζει ο γιατρός και που μπορεί να περιέχει βιταμίνες, αμινοξέα, αντιοξειδωτικούς παράγοντες, υαλουρονικό οξύ και παράγοντες σύσφιγξης. Μια τελευταία εξέλιξη είναι η προσθήκη αυξητικών παραγόντων που λειτουργούν θετικά στην παραγωγή κολλαγόνου και ελαστίνης.

Περιγραφή θεραπευτικών παρεμβάσεων

Εμφυτεύματα

Η ιδέα να χρησιμοποιούνται φιλικές προς το δέρμα ουσίες στα σημεία των ρυτίδων για την αναπλήρωση των αναγκαίων στοιχείων ξεκίνησε από τις ΗΠΑ πριν από 25 χρόνια με τη χρήση βοείου κολλαγόνου. Από τότε μέχρι σήμερα άλλαξαν τα δεδομένα και πλέον χρησιμοποιείται το **υαλουρονικό οξύ,** ένας πολυσακχαρίτης που υπάρχει φυσιολογικά στον οργανισμό μας και κυρίως στο δέρμα. Καθώς το δομικό αυτό στοιχείο ελαττώνεται με την πάροδο του χρόνου, ελαττώνονται και το κολλαγόνο και η ελαστίνη, με αποτέλεσμα την παραγωγή ρυτίδων.
Το διάφανο αυτό υλικό εγχύεται με διαφορετικές μεθόδους κάτω από τη ρυτίδα. Ως άμεσο αποτέλεσμα εμφανίζεται μια διόγκωση που εξαφανίζει τη ρυτίδα. Στη συνέχεια, επειδή το υλικό αυτό είναι υδρόφιλο, προσελκύει εξωκυττάριο υγρό από το ίδιο το δέρμα, με αποτέλεσμα να παραμείνει έτσι για ένα διάστημα 6-12 μηνών, αναλόγως του υλικού που χρησιμοποιείται και της ποιότητας του δέρματος. Από τα υλικά του εμφυτεύματος που εφαρμόζονται υπάρχουν κάποια διαφορετικής δομής και πυκνότητας, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για απλή εξαφάνιση ρυτίδων και αύξηση του όγκου περιοχών που υπέστησαν χαλάρωση, μέχρι και για διόρθωση ανατομικών ελλειμμάτων, όπως διόρθωση του σχήματος της μύτης, διόγκωση μαστού σε περίπτωση άνισων μαστών, για γέμισμα ουλών ακμής, όπως και για γέμισμα ουλών από ατυχήματα.
Η παραπάνω διαδικασία πραγματοποιείται με επιφανειακή αναισθησία, με κρέμες και ενέσεις που γίνονται με μικρά και σχεδόν ανώδυνα τσιμπήματα. Οι ενέσεις γίνονται στις ρινοχειλικές ρυτίδες, στις ρυτίδες του μεσοφρύου, στην πλάγια επιφάνεια των ματιών (πόδι χήνας) και στο λαιμό, αλλά και στα ζυγωματικά για αύξηση όγκου. Η διαδικασία αφορά σε ηλικίες από 35 ετών και άνω, αρκεί να υπάρχει πραγματικό πρόβλημα.

Η μεσοθεραπεία αποτελεί προσφιλέστατη μέθοδο για τη βελτίωση της αισθητικής εμφάνισης του δέρματος.

Αυξητικοί παράγοντες

Οι αυξητικοί παράγοντες που πρόσφατα άρχισαν να παίζουν όλο και πιο ενδιαφέροντα ρόλο στην αντιγήρανση είναι οι ακόλουθοι:

✿ **E.F.G. (Epidermal Growth Factor)**
Ελαττώνει και προλαμβάνει τις γραμμές και τις ρυτίδες, προσφέροντας αναζωογόνηση στα κύτταρα του δέρματος.

✿ **I.G.F. (Insulin-like Growth Factor)**
Αυξάνει το κολλαγόνο του δέρματος και την ελαστίνη, και ελαττώνει τις οξειδωτικές διεργασίες, με αποτέλεσμα την ελάττωση των μελαγχρωματικών κηλίδων.

✿ **TRX (Thioredoxin)**
Από τα πιο ισχυρά αντιοξειδωτικά.

✿ **BFGF (Basic Fibroblast Growth Factor)**
Αναζωογονεί το δέρμα και επιδρά στην αναγέννηση των ινοβλαστών που συνδέονται με τη σύνθεση κολλαγόνου και ελαστίνης.

Το μέλλον της μεσοθεραπείας φαίνεται ότι θα είναι η χρήση βλαστοκυττάρων όταν –και όπως– καταλήξει η έρευνα στον τομέα αυτό.

Απολεπιστικοί παράγοντες (peelings)

Οι απολεπιστικοί παράγοντες χρησιμοποιούνται για την απομάκρυνση των νεκρών κυττάρων της επιδερμίδας, την εξομάλυνση των ουλών, την ελάττωση των λεπτών ρυτίδων, καθώς και για τη θεραπεία των υπερκερατώσεων, των πανάδων και των φακίδων. Υπάρχουν διάφορα υλικά όπως η φαινόλη, το διάλυμα Jessner, το τριχλωριοξικό οξύ, το σαλικυλικό οξύ, το λακτικό οξύ και η ρετινόλη. Η διαφορετική σύνθεσή τους δίνει μια μεγάλη ποικιλία peelings, των οποίων η χρήση εξαρτάται από την εκτίμηση του γιατρού για το πρόβλημα. Απευθύνονται σε όλες τις ηλικίες και σε κάθε τύπο δέρματος, και δεν απαιτούν την παραμονή του θεραπευόμενου στο σπίτι.

Botox (βοτυλινική τοξίνη)

Η βοτυλινική τοξίνη είναι μια ουσία η οποία, αναλόγως της δόσης, προκαλεί χαλάρωση του μυός και αντίστοιχη χαλάρωση του υπερκείμενου δέρματος. Τόπος εφαρμογής της ένεσης είναι το μεσόφρυο, οι ρυτίδες που σχηματίζονται γύρω από την έξω γωνία των ματιών (πόδι χήνας) και οι ρυτίδες του προσώπου. Έπειτα από μακρόχρονη εμπειρία, η χρήση της έχει επεκταθεί και στο κάτω τμήμα του προσώπου, όπου απαιτείται η καλή γνώση της ανατομικής δομής του, και ειδικοί σε αυτό είναι μόνον οι δερματολόγοι και οι πλαστικοί χειρουργοί.

Η τελευταία τεχνική, που αποκαλείται και «Λαιμός της Νεφερτίτης», εφαρμόζεται στα όρια του προσώπου και του λαιμού, δημιουργώντας ένα μίνι λίφτινγκ που αποκαθιστά τη χαλάρωση του προσώπου. Τα αποτελέσματα αρχίζουν να φαίνονται από τη δεύτερη ημέρα και ολοκληρώνονται τη 15η ημέρα. Πιθανά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν αποκαθίστανται μετά την πάροδο των 15 ημερών.

Συμπληρώματα διατροφής

Η αντιγήρανση ολοκληρώνεται με τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής και τη χρήση ουσιών από το φυτικό βασίλειο, όπως είναι το λυκοπένιο, που προέρχεται από την ντομάτα, και οι ολιγομερείς προανθοκυανιδίνες, που προέρχονται από τα κουκούτσια του σταφυλιού και έχουν 20 φορές υψηλότερη αντιοξειδωτική ενέργεια απ' ό,τι η βιταμίνη C. Η συνεργασία, λοιπόν, με το διατροφολόγο στο επίπεδο αυτό κρίνεται πολύτιμη. Η αντιοξείδωση, εκτός από διεργασία για καλύτερη υγεία του δέρματος, αφορά και στην ολική προστασία του ανθρώπινου οργανισμού από εκφυλιστικές διαδικασίες και σοβαρές ασθένειες.

Καταλήγοντας, θα λέγαμε ότι η σωστή ιατρική εκτίμηση της υγείας του δέρματος μας οδηγεί σε μια πιο ολιστική παρέμβαση στη γηραντική διαδικασία και στη βελτίωση της υγείας του ανθρώπου.

Δρ Ηλίας Κ. Καραμπίνος,
MD, PhD (Athens), FESC
Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Καρδιακοί βηματοδότες

Τι είναι, πότε, πώς και σε ποιους ασθενείς εμφυτεύονται οι καρδιακοί βηματοδότες; Τι θα πρέπει να προσέχει ο ασθενής με βηματοδότη; Σε αυτά και σε άλλα ερωτήματα απαντά το άρθρο που ακολουθεί.

Η καρδιά είναι ένα όργανο-αντλία, το οποίο, για να συσπασθεί κάθε φορά, απαιτεί ένα μικρό ηλεκτρικό ερέθισμα· μια «σπίθα», η οποία παράγεται και διοχετεύεται από το ηλεκτρικό σύστημα της καρδιάς. Το σύστημα αυτό αποτελείται από έναν τόπο παραγωγής και από ένα σύστημα μεταφοράς του ερεθίσματος. Η «σπίθα» που καθορίζει αυτό το ηλεκτρικό ερέθισμα παράγεται από το φλεβόκομβο που βρίσκεται στον δεξιό κόλπο της καρδιάς, ο οποίος αποτελεί τη φυσική μπαταρία μας και καθορίζει το βήμα (ρυθμό) με το οποίο πορεύεται (συσπάται) η καρδιά μας – γι' αυτό και είναι ο φυσικός μας «βηματοδότης». Από εκεί το ηλεκτρικό ρεύμα φτάνει σ' έναν κεντρικό κόμβο και μεταδίδεται στις κοιλίες μέσω δύο «καλωδίων», το αριστερό και το δεξιό.

Πότε απαιτείται η χρήση βηματοδότη;

Όταν το ηλεκτρικό σύστημα της καρδιάς –είτε η μπαταρία είτε ο κόμβος και τα καλώδια– υποστούν βλάβες και ο καρδιακός ρυθμός πέσει κάτω από τα φυσιολογικά όρια (<40 παλμούς το λεπτό), διάφορα δυσάρεστα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν, όπως ζαλάδες, δύσπνοια, μειωμένη ικανότητα για φυσική άσκηση ή ακόμη και απώλεια αισθήσεων (συγκοπτικό επεισόδιο). Μερικές φορές ένα απλό ηλεκτροκαρδιογράφημα είναι αρκετό για να ανιχνεύσει τη βλάβη, ενώ μπορεί να χρειαστούν κι άλλες πιο ειδικές εξετάσεις (24ωρη καταγραφή του ρυθμού με Holter ή ακόμη και ηλεκτροφυσιολογική μελέτη). Αν αυτές οι εξετάσεις επιβεβαιώσουν τη βλάβη, ο ασθενής χρειάζεται βηματοδότη για να λυθεί το πρόβλημα.

Τι είναι ο βηματοδότης;

Ο βηματοδότης είναι μια μικρή ηλεκτρονική συσκευή που παράγει ηλεκτρικούς παλμούς, οι οποίοι επιτρέπουν στην καρδιά να συσπάται ρυθμικά. Αυτοί οι ηλεκτρικοί παλμοί μεταδίδονται στην καρδιά μέσω ειδικών καλωδίων. Το τεχνητό ηλεκτρικό σύστημα που παρέχεται μέσω ενός βηματοδότη και των καλωδίων του μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μονή διέγερση (μόνο του κόλπου ή της κοιλίας) ή για διπλή διέγερση (και του κόλπου και της κοιλίας). Οι βηματοδότες είναι ιδιαίτερα περίπλοκες συσκευές και λειτουργούν μόνο όταν πέσει ο φυσιολογικός ρυθμός της καρδιάς κάτω από καθορισμένα όρια. Παραμένουν «σιωπηλοί» αλλά πάντα σε ετοιμότητα όταν η καρδιά επιστρέψει στον φυσιολογικό ρυθμό. Έτσι, εξασφαλίζει καρδιακή διέγερση μόνον όταν χρειάζεται και εξοικονομεί την ισχύ της μπαταρίας. Μερικοί βηματοδότες είναι σχεδιασμένοι ώστε να διεγείρουν την καρδιά σε διαφορετικούς ρυθμούς, ανάλογα με τη φυσική δραστηριότητα του ασθενούς.

Η διαδικασία της εμφύτευσης

Η εμφύτευση του βηματοδότη απαιτεί συνθήκες χειρουργείου και πραγματοποιείται με τοπική αναισθησία, σε ειδική αίθουσα που διαθέτει ακτινολογικό εξοπλισμό και ειδικές οθόνες. Αρχικά δημιουργείται μια μικρή τομή λίγων εκατοστών στο δέρμα και αναζητείται η κατάλληλη φλέβα, διαμέσου της οποίας, με ακτινοσκοπική παρακολούθηση, τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται είτε στη δεξιά κοιλία, είτε στον δεξιό κόλπο, ή και στα δύο. Στη συνέχεια ελέγχονται η σωστή θέση και η καλή λειτουργία των καλωδίων με ηλεκτρονικά τεστ. Τέλος, «παρασκευάζεται» ένας χώρος κάτω από το δέρμα για να μπει εκεί ο βηματοδότης, ο οποίος συνδέεται με τα ήδη τοποθετημένα καλώδια. Η εμφύτευση μπορεί να διαρκέσει από 30 ως 60 λεπτά. Για τις επόμενες δύο ημέρες ο ασθενής πρέπει να προσέχει να μην κινεί τον ώμο από την πλευρά που τοποθετήθηκε ο βηματοδότης, ούτως ώστε να μη μετακινηθούν τα καλώδια και να μη χρειαστεί νέα διορθωτική επέμβαση. Για λίγες μέρες ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται έναν ελαφρύ πόνο στην τομή. Τα ράμματα αφαιρούνται έπειτα από 7-8 μέρες. Η διαδικασία της εμφύτευσης έχει πια απλοποιηθεί, εντούτοις παραμένει ένα χειρουργείο και σπάνια μπορεί να προκύψουν επιπλοκές. Η ζωή του βηματοδότη, δηλαδή η διάρκειά του, φτάνει περίπου στα 5-10 χρόνια. Αυτή η διαφορά εξαρτάται από τον τύπο του βηματοδότη, από το πώς είναι προγραμματισμένος και από το πόσο συχνά τίθεται σε λειτουργία. Είναι σημαντικό να μην αποφορτιστεί ξαφνικά η μπαταρία του βηματοδότη – κάτι το οποίο γίνεται βαθμιαία και μπορεί να προβλεφθεί από τακτικούς ελέγχους.

Ο έλεγχος του βηματοδότη

Ένας βασικός, πολύ απλός έλεγχος μπορεί να πραγματοποιείται κι από τον ίδιο τον ασθενή με περιοδική εξέταση των παλμών του, οι οποίοι δεν πρέπει να είναι κάτω από αυτούς που προγραμματίστηκαν κατά την εμφύτευση ή τον τελευταίο έλεγχο. Στην τακτική παρακολούθηση γίνονται συνήθως εξετάσεις, όπως ΗΚΓ, ακτινογραφία θώρακος ή/και υπερηχογράφημα αν χρειαστεί, για να ελεγχθεί η σωστή λειτουργία του βηματοδότη. Με μια ειδική συσκευή είναι δυνατός ο αναλυτικός έλεγχός του τηλεμετρικά, με την απλή τοποθέτηση ειδικού ανιχνευτή στο δέρμα πάνω από το βηματοδότη. Αυτή η λειτουργία παρέχει ακριβή στοιχεία για το βηματοδότη, τα οποία αφορούν στο επίπεδο φόρτισης της μπαταρίας και στην κατάσταση των καλωδίων. Με τον ίδιο τρόπο μπορούν να ρυθμιστούν ανάλογα με τις ανάγκες οι παράμετροι της λειτουργίας του βηματοδότη, όπως η βασική συχνότητα, τα φυσικά χαρακτηριστικά του ηλεκτρικού ερεθίσματος κ.λπ. **Ο έλεγχος του βηματοδότη θα πρέπει να πραγματοποιείται το λιγότερο 1-2 φορές το χρόνο ή νωρίτερα αν παρουσιαστούν κάποια συμπτώματα.**

Αντικατάσταση του βηματοδότη

Όταν ο έλεγχος αποκαλύψει ότι η μπαταρία έχει τελειώσει (φάση αποφόρτισης, η οποία διαρκεί μήνες), ο βηματοδότης πρέπει να αντικατασταθεί. Η διαδικασία είναι συνήθως πολύ σύντομη και απλή. Γίνεται τομή στο σημείο της αρχικής τομής και αποσυνδέεται ο βηματοδότης από τα ηλεκτρόδια, τα οποία παραμένουν στη θέση τους, αφού ελεγχθεί η κατάστασή τους. Ένας νέος βηματοδότης συνδέεται με τα ηλεκτρόδια και τοποθετείται στην παλιά θέση. Ο ασθενής συνήθως παραμένει στο νοσοκομείο για λίγες ώρες.

Ζώντας με το βηματοδότη

Μια ειδική κάρτα είναι η ταυτότητα του χρήστη του βηματοδότη. Αυτή περιέχει τα προσωπικά στοιχεία του χρήστη, την κατασκευή, το μοντέλο και τα βασικά χαρακτηριστικά του βηματοδότη. Ο χρήστης θα πρέπει να έχει την κάρτα πάντοτε μαζί του και να την επιδεικνύει όπου χρειάζεται, προκειμένου να πληροφορηθεί ο γιατρός για την κατάστασή του.

Ο βηματοδότης δεν περιορίζει καμία φυσική δραστηριότητα, κίνηση ή στάση σώματος του ασθενούς. Όμως, η φυσική άσκηση πρέπει να είναι ανάλογη με την κατάσταση του ασθενούς και την ικανότητά του. **Το περπάτημα, η ποδηλασία, το ανέβασμα της σκάλας, το νοικοκυριό του σπιτιού και η κηπουρική δεν δημιουργούν κανένα πρόβλημα. Η σεξουαλική δραστηριότητα δεν επηρεάζεται.** Επιτρέπεται η χρήση όλων των συνηθισμένων οικιακών συσκευών, όπως φούρνος, ηλεκτρική σκούπα, σίδερο, ραδιόφωνο, τηλεόραση κ.λπ. Ο ασθενής μπορεί επίσης να χρησιμοποιεί κινητά και ασύρματα τηλέφωνα. Κατά τη διάρκεια της χρήσης, όμως, καλό είναι το τηλέφωνο να μην κρατείται στο αφτί της πλευράς από όπου εμφυτεύτηκε ο βηματοδότης. Επίσης, το κινητό δεν πρέπει ποτέ να τοποθετείται στο τσεπάκι του πουκαμίσου πάνω από το σημείο όπου βρίσκεται ο βηματοδότης.

Ο βηματοδότης είναι απόλυτα συμβατός με όλα τα φάρμακα. Επίσης, δεν επηρεάζεται από τα ταξίδια και τις μετακινήσεις, τα οποία ο ασθενής μπορεί να πραγματοποιεί με όλα τα μέσα συγκοινωνίας. Στα αεροδρόμια, στα πολυκαταστήματα και στις τράπεζες, ο ασθενής με βηματοδότη θα πρέπει να ενημερώνει το προσωπικό ασφαλείας επιδεικνύοντας την προσωπική κάρτα του, ώστε να μην περάσει από μαγνητικό έλεγχο (μαγνητικές πόρτες, μαγνητικοί ανιχνευτές).

Ο βηματοδότης δεν περιορίζει καμία φυσική δραστηριότητα, κίνηση ή στάση του σώματος του ασθενούς.

Πρέπει να αποφεύγονται:

- **Η πίεση στη περιοχή του βηματοδότη.**
- **Όλοι οι τύποι ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας, η οποία εκπέμπεται από μεγάλα ηλεκτρικά μηχανήματα (πριόνια), ραντάρ ή σταθμούς ραδιοεκπομπών και μαγνητικούς ελέγχους στα αεροδρόμια.**

Πολλά ιατρικά μηχανήματα είναι πηγές ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας.
Αυτά είναι:

1. **Ο μαγνητικός τομογράφος**
2. **Η θεραπευτική ακτινοβολία με ιονισμό**
3. **Οι απινιδωτές**
4. **Νευρική ή μυϊκή διέγερση**
5. **Η θεραπευτική διαθερμία**
6. **Η ενέργεια υπερήχων**

Αν ο ασθενής που φέρει βηματοδότη έρθει σε επαφή με κάποια από τις παραπάνω πηγές ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας, θα πρέπει να ενημερώσει τον καρδιολόγο του.

Οι ασθενείς που φέρουν βηματοδότη θα πρέπει επίσης να ενημερώσουν το γιατρό τους για τα εξής συμπτώματα:

- **Επιστροφή των συμπτωμάτων που εμφανίστηκαν πριν από την εμφύτευση.**
- **Πόνος στον ώμο ή ψηλά στην κοιλιακή χώρα (στομάχι).**
- **Ανεξήγητος πυρετός και κοκκινίλα στην περιοχή του βηματοδότη.**

Κωνσταντίνος Χαλκιάς,
Διευθυντής Παθολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Αλήθειες & μύθοι για τον εμετό

Ο εμετός (ή έμετος, όπως ορθότερα καλείται ιατρικά) είναι ένα από τα συνηθέστερα συμπτώματα που οδηγούν έναν ασθενή επειγόντως στο γιατρό, όχι μόνο λόγω της συχνότητάς του, αλλά κυρίως λόγω της ανησυχίας και της ιδιαίτερα δυσάρεστης αίσθησης που προκαλεί πάντα. Παρακάτω θα προσεγγίσουμε τα συνηθέστερα ερωτήματα που σχετίζονται με το συγκεκριμένο σύμπτωμα.

«Τι το διαφορετικό χαρακτηρίζει τον εμετό; Η γαστρεντερίτιδα δεν είναι σχεδόν πάντα η αιτία του;»

Θυμηθείτε ότι η γαστρεντερίτιδα χωρίς διάρροιες δεν είναι καθόλου συχνή. Είναι συχνό το λάθος να υποτιμάμε άλλους, λιγότερο ή περισσότερο σοβαρούς λόγους για να αντιδράσει το πεπτικό μας σύστημα με την πρόκληση του εμέτου, όπως είναι:

- η χολοκυστίτιδα
- η ηπατίτιδα
- η παγκρεατίτιδα
- το πεπτικό έλκος
- η αλκοολική γαστρίτιδα
- η σκωληκοειδίτιδα
- τα νεοπλάσματα του στομάχου

«Οι συγκεκριμένες παθήσεις δεν διαγιγνώσκονται πολύ δύσκολα, αφού περιορίζονται όλες στην κοιλιά;»

Θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι οι παθήσεις της κοιλιάς είναι από τις δυσκολότερες της διαφορικής διάγνωσης, λόγω του ότι εκεί υπάρχει πληθώρα οργάνων και σπλάγχνων, ενώ τα συμπτώματα ή κλινικά σημεία που παράγουν, όταν πάσχουν, δεν είναι, τις περισσότερες φορές, καθόλου ειδικά.

Εξάλλου δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι έμετοι μπορούν να προκληθούν από βλάβες και άλλων συστημάτων του οργανισμού, όπως:

1. Γυναικολογικές-μαιευτικές παθήσεις (π.χ., εγκυμοσύνη, εξωμήτρια κύηση, εξαρτηματίτιδα)
2. Ουρολογικές παθήσεις (π.χ., κολικός νεφρού)
3. Πνευμονικές παθήσεις (π.χ., πνευμονία, πνευμονική ίνωση)
4. Καρδιολογικές παθήσεις (π.χ., έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια)
5. Ναυτία των ταξιδιωτών και παθήσεις του λαβυρίνθου (π.χ., λαβυρινθίτιδα, νόσος Menière)
6. Παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος (π.χ., ημικρανίες, διάσειση, μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, ενδοκράνια υπέρταση)
7. Ψυχικές διαταραχές (π.χ., ψυχογενής ανορεξία –πιθανόν προκλητός έμετος–, κατάθλιψη ή, απλώς, ψυχογενείς έμετοι από δυσάρεστες παραστάσεις, γεύσεις ή οσμές)
8. Μεταβολικές και ενδοκρινικές παθήσεις (π.χ., υπερασβεστιαιμία, διαβητική οξέωση, ουραιμία-νεφρική ανεπάρκεια)
9. Φάρμακα (σίδηρος, χημειοθεραπευτικά, αντιβιοτικά, αντιφλεγμονώδη, μυοχαλαρωτικά που χρησιμοποιούνται στην αναισθησία, μορφίνη κ.ά.)
10. Συστηματικές λοιμώξεις (π.χ., γρίπη, άλλες ιώσεις)

Η αλόγιστη χορήγηση αντιεμετικής αγωγής –ιδίως χωρίς ιατρική οδηγία– δεν ενδείκνυται, διότι ενέχει σοβαρούς κινδύνους.

«Μα στο τέλος αντιεμετικά φάρμακα δεν θα πάρω; Αν ο γιατρός μου δεν ανησυχεί για κάποια περίεργη ασθένεια, γιατί δεν παραμένω σπίτι περιμένοντας να μου περάσει;»

Ας μην ξεχνάμε πως θα πρέπει να εκτιμηθεί και ο κίνδυνος πιθανών επιπλοκών από την παρατεινόμενη διάρκεια των εμέτων, ιδίως σε ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού, όπως οι ηλικιωμένοι, οι διαβητικοί ή οι καρδιοπαθείς. Σ' αυτές τις ομάδες ασθενών, η αφυδάτωση και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές μπορεί να επιδεινώσουν τη γενική τους κατάσταση ανεξέλεγκτα, ενώ ακόμη και στον γενικό πληθυσμό η παράταση ισχυρών εμέτων μπορεί να προκαλέσει τοπικές βλάβες στο στομάχι ή τον οισοφάγο (αιμορραγία ή διάτρηση – σύνδρομο Mallory-Weiss).
Δεν θεωρείται, τέλος, σωστή η αλόγιστη χορήγηση αντιεμετικής αγωγής, ιδίως χωρίς ιατρική οδηγία, μια και μπορεί να προκαλέσει υπόταση, έκπτωση του διανοητικού επιπέδου (κίνδυνος εισροφήσεων!), αλλά και να συγκαλύψει σοβαρές υποκείμενες παθήσεις.
Είναι πάντα φρόνιμη η επανεκτίμηση της βαρύτητας του συνδρόμου έπειτα από λίγες ώρες. Θα συζητηθεί τότε αν θα χρειαστεί ο ασθενής να νοσηλευτεί και να λάβει και κατάλληλη ιατρική φροντίδα (αναπλήρωση των απωλειών σε υγρά και ηλεκτρολύτες) και αιτιολογικά τεκμηριωμένη αγωγή, ώστε να επιτευχθεί η γρηγορότερη και ασφαλέστερη αποκατάσταση της υγείας του.

«Είναι αναγκαίο, σε κάθε περίπτωση εμετού, να τρέχουμε στο νοσοκομείο;»

Σε οποιαδήποτε προσβολή του εμέτου κατά την οποία η αιτία δεν είναι προφανής (όπως, ας πούμε, υπερεμεσία της κυήσεως ή επιδημία γαστρεντερίτιδας με προσβολή και άλλων μελών της οικογένειας), θα ήταν σκόπιμο να αναζητήσουμε ιατρική συμβουλή.

Θα αναφέρουμε στο γιατρό μας με κάθε δυνατή λεπτομέρεια:

- Τον τρόπο εισβολής: αν, π.χ., προηγήθηκε κατανάλωση αλκοόλ –όπως στην παγκρεατίτιδα– ή λιπαρού γεύματος – όπως στη χολοκυστίτιδα.
- Το περιεχόμενο των εμέτων: π.χ., αιμορραγικό –όπως σε πεπτικό έλκος ή νεοπλάσματα–, χολώδες –όπως στη χολοκυστίτιδα– ή τροφώδες.
- Τα συνοδά συμπτώματα: ναυτία, ίλιγγος, κεφαλαλγία, πυρετός, ίκτερος –όπως σε ηπατική ή χολική απόφραξη–, κοιλιακό άλγος, διάρροια – όπως σε γαστρεντερίτιδα.
- Το ιστορικό άλλων νοσημάτων ή λαμβανόμενων φαρμάκων, και την τελευταία έμμηνο ρύση στις γυναίκες.

Θα του δώσουμε έτσι όλα τα στοιχεία για να αποφασίσει αν αρκεί η κλινική εικόνα για να τεκμηριωθεί η πιθανή διάγνωση. Αν όχι, θα πρέπει να εκτιμήσει από κοντά την κατάσταση και είναι πιθανόν να χρειαστεί να μας υποβάλει και σε κατάλληλες διαγνωστικές εξετάσεις.

Μιχάλης Χριστοδουλίδης,
Διευθυντής Οφθαλμολογικού Τμήματος,
Ευρωκλινικής Αθηνών

Οφθαλμολογικά Προβλήματα

Τα προβλήματα, περισσότερο ή λιγότερο σοβαρά, που σχετίζονται με την όραση απασχολούν ανθρώπους κάθε ηλικίας. Ακολουθούν κάποια ερωτήματα που προκύπτουν συχνότερα και η απάντησή τους.

«Τι είναι η βυθοσκόπηση και τι μπορούμε να διαγνώσουμε με αυτή;»

Η βυθοσκόπηση είναι μια ειδική εξέταση κατά την οποία ο οφθαλμίατρος μπορεί να δει τον αμφιβληστροειδή χιτώνα του οφθαλμού. Έτσι, μπορούμε να παρακολουθήσουμε αλλαγές που γίνονται στα αγγεία του βυθού του οφθαλμού σε άτομα με υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη και αλλοιώσεις του οπτικού νεύρου, αλλά και σε άτομα με πολλαπλή σκλήρυνση και όγκους εγκεφάλου. Μπορούμε, επίσης, να παρακολουθήσουμε αλλαγές που παρατηρούνται στην ωχρά κηλίδα και στο υαλώδες σώμα του οφθαλμού.

«Υπάρχουν φάρμακα ή βιταμίνες που σταματούν την εξέλιξη της πρεσβυωπίας;»
Η πρεσβυωπία είναι φυσιολογική εξέλιξη στη λειτουργία του οργανισμού και δεν υπάρχουν φάρμακα, βιταμίνες ή οφθαλμικές ασκήσεις που εμποδίζουν την εξέλιξή της.

«Τα μάτια μου είναι κόκκινα όταν διαβάζω πολύ ή χρησιμοποιώ ηλεκτρονικό υπολογιστή. Τι μπορεί να συμβαίνει; Πρέπει να βάζω κολλύριο;»
Το κοκκίνισμα αυτό είναι πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι οφθαλμοί χρειάζονται κάποια βοηθητικά γυαλιά για να μην κουράζονται. Δεν είναι καλή ιδέα να χρησιμοποιείτε φαρμακευτικά κολλύρια σε μόνιμη βάση, γιατί μερικά από αυτά έχουν πολλές παρενέργειες. Τα κολλύρια φυσιολογικών δακρύων έχουν αρκετά καλά αποτελέσματα.

«Ο οφθαλμικός βολβός είναι γεμάτος αίμα;»
Ο οφθαλμός τροφοδοτείται με αίμα από διάφορες αρτηρίες, φλέβες και τριχοειδή. Ο βολβός δεν περιέχει αίμα στην κοιλότητά του· αυτό βρίσκεται μόνο μέσα στα αγγεία.

«Μερικές φορές βλέπω κυματιστές γραμμές που μπορεί να με ζαλίζουν. Είναι κάτι σοβαρό;»
Μπορεί να είναι μυιοψίες (ρευστοποιήσεις του υαλώδους σώματος του οφθαλμού), ανωμαλίες μέσα στον αμφιβληστροειδή ή και μπροστά από αυτόν, ή μπορεί να είναι μέρος συμπτωμάτων οφθαλμικής ημικρανίας χωρίς απαραίτητη συνύπαρξη πονοκεφάλου.

«Τι είναι η κερατίτιδα;»
Είναι η φλεγμονή του κερατοειδούς χιτώνα του οφθαλμού. Μπορεί να προκληθεί όταν αυτός προσβληθεί από βακτήρια, ιούς, μύκητες, παράσιτα κ.ά.

Η χρήση φαρμακευτικών κολλυρίων σε μόνιμη βάση δεν ενδείκνυται, γιατί ορισμένα από αυτά έχουν πολλές παρενέργειες.

«Τα όνειρα των ανθρώπων είναι έγχρωμα;»
Ναι.
«Είμαι 67 ετών. Μπορώ να διαβάζω χωρίς γυαλιά, αλλά η μακρινή μου όραση έχει ελαττωθεί. Τι συμβαίνει;»
Είναι πολύ σύνηθες άτομα με καταρράκτη να παρουσιάζουν τα παραπάνω συμπτώματα. Ο πυρηνικός καταρράκτης αναπτύσσει μυωπία και ως εκ τούτου προκαλούνται τα ανωτέρω συμπτώματα.
«Το αριστερό μου μάτι βλέπει τις ευθείες γραμμές τεθλασμένες και πολλές φορές τα αντικείμενα παραμορφωμένα. Τι συμβαίνει;»
Πιθανώς να υπάρχει πρόβλημα στην ωχρά κηλίδα του οφθαλμού. Να επισκεφθείτε άμεσα οφθαλμίατρο για μια πλήρη οφθαλμολογική εξέταση.
«Τι προκαλεί το βλεφαροσπασμό (τικ), που είναι τόσο ενοχλητικός;»
Το τικ αυτό προκαλείται από σύσπαση των βλεφάρων και δεν έχει σχέση με το μάτι. Είναι πιο συχνό και έντονο σε συνθήκες που προκαλούν έντονο άγχος και, συνήθως, εξαφανίζεται από μόνο του. Αν επιμείνει, μπορεί να θεραπευτεί με ενέσεις botox.
«Πώς μπορώ να βελτιώσω τη νυχτερινή μου όραση;»
Φορώντας τα γυαλιά με τη σωστή συνταγογράφηση των βαθμών που έχετε και προσθέτοντας ειδική επίστρωση για τις αντανακλάσεις στους φακούς σας.
«Πόσων ετών πρέπει να είμαι για να φοράω φακούς επαφής;»
Δεν υπάρχει όριο ηλικίας. Οι περισσότεροι οφθαλμίατροι δίνουν φακούς σε άτομα μεταξύ 11 με 14 ετών. Σημασία έχει το πόσο υπεύθυνος/η είναι ο/η νέος/α για να τηρεί τους κανόνες υγιεινής που απαιτούν οι φακοί επαφής – κάτι που έχει γίνει πολύ εύκολο με τα σύγχρονα προϊόντα καθαρισμού. Αφού απαλλαχθούν από τα γυαλιά, οι νέοι/ες αποκτούν συνήθως μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και αισθάνονται περισσότερο ελκυστικοί/ές.
«Ποιοι είναι οι βαθμοί των διαθλαστικών ανωμαλιών που μπορούν να διορθωθούν με τη μέθοδο Lasik;»
Ο FDA έχει εγκρίνει επεμβάσεις μέχρι και 12 βαθμούς για μυωπία, 6 βαθμούς για υπερμετρωπία και 6 βαθμούς για αστιγματισμό.
«Βλέπω λάμψεις και "μυγάκια". Υπάρχει περίπτωση να πάθω αποκόλληση;»
Όχι απαραίτητα. Αυτό μπορεί να συμβαίνει σε ημικρανικές κρίσεις ή σε ρευστοποίηση του υαλώδους σώματος. Μπορεί να υπάρχει αποκόλληση του υαλώδους σώματος ή, ακόμη πιο σπάνια, μια πιθανή ρωγμή στον αμφιβληστροειδή του οφθαλμού. Αν παρουσιαστούν αυτά ξαφνικά, επιβάλλεται άμεση εξέταση από τον οφθαλμίατρό σας (βυθοσκόπηση) με τη βοήθεια μυδριατικών κολλυρίων.
«Αν φοράω τα γυαλιά μου, θα αυξηθεί η μυωπία μου; Μήπως πρέπει να μη φοράω τα πρεσβυωπικά μου γυαλιά ώστε να μη συνηθίσει το μάτι;»
Η εξέλιξη των διαθλαστικών ανωμαλιών δεν εξαρτάται από το αν φοράμε τα γυαλιά μας ή όχι. Επιβάλλεται, όμως, κάθε ασθενής να φοράει γυαλιά με τον κατάλληλο βαθμό διόρθωσης για την αποφυγή κοπιωπίας των οφθαλμών του και την καθαρότητα της όρασής του.
«Όποιος έχει γλαύκωμα πρέπει να βάζει κολλύρια εφ' όρου ζωής;»
Ναι.
«Η χαμηλή πίεση είναι απόδειξη ρύθμισης ενός γλαυκώματος;»
Όχι. Πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν τα οπτικά πεδία και να γίνεται παχυμετρία κερατοειδούς.
«Πόσο συχνά;»
Τα οπτικά πεδία ανά εξάμηνο ή ανά χρόνο, ενώ η παχυμετρία κερατοειδούς γίνεται μόνο μία φορά.

Ο καταρράκτης είναι:

α) **«Κληρονομικός;»**
Δεν υπάρχει κληρονομικότητα στην εξέλιξη του καταρράκτη. Άτομα άνω των 65 ετών έχουν συχνότητα καταρράκτη 50% και άτομα άνω των 75 συχνότητα 70%.
β) **«Θεραπεύεται με φάρμακα;»**
Όχι.
γ) **«Πρέπει να χειρουργείται όταν είναι ώριμος;»**
Όχι απαραίτητα. Όταν εμποδίζει τον ασθενή στις καθημερινές του ασχολίες ή όταν έχει μειώσει την όρασή του κατά 50%, τότε πρέπει να χειρουργείται.

Ο κάθε ασθενής επιβάλλεται να φοράει γυαλιά με τον κατάλληλο βαθμό διόρθωσης, ώστε να βλέπει ξεκούραστα και καθαρά.

Κωνσταντίνα Σπανού,
Ωτορινολαρυγγολόγος-Φωνίατρος,
Συνεργάτις Ευρωκλινική Αθηνών

Η κλινική αξία της στροβοσκόπησης στις παθήσεις φωνής

Η φωνή αποτελεί το πιο σημαντικό επικοινωνιακό εργαλείο. Μ' αυτό πετυχαίνουμε να εκφράζουμε τα συναισθήματα και τις σκέψεις μας, ενώ κάθε διαταραχή της επηρεάζει την ικανότητα επικοινωνίας μας. Η φωνή παράγεται φυσιολογικά στο λάρυγγα και είναι αποτέλεσμα της σύνθετης ταλάντωσης των γνήσιων φωνητικών χορδών. Η διαταραχή της φυσιολογικής κινητικότητας ή/και της ταλάντωσης των φωνητικών χορδών μπορεί να είναι αποτέλεσμα τοπικής, ή απομακρυσμένης, ή γενικευμένης νόσου, και έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσφωνίας.

Η κλινική εξέταση των φωνητικών χορδών μπορεί να γίνει με **έμμεση λαρυγγοσκόπηση** (με καθρεφτάκι), με **ενδοσκόπηση/βιντεοενδοσκόπηση** (με εύκαμπτο ρινολαρυγγοσκόπιο ή άκαμπτο ενδοσκόπιο λάρυγγος) και με **βιντεοστροβοσκόπηση**.

Βασικές αρχές στροβοσκόπησης λάρυγγος

Η πολύ γρήγορη ταλάντωση ενός αντικειμένου δεν είναι ορατή από το ανθρώπινο μάτι, αλλά μπορεί να γίνει αντιληπτή με περιοδικό φωτισμό του αντικειμένου. Οι φωνητικές χορδές ανοίγουν και κλείνουν από **60 έως 1500 φορές το δευτερόλεπτο**, ανάλογα με τη συχνότητα της φώνησης. Κατά συνέπεια, η ταλάντωσή τους δεν είναι ορατή με χρήση συνεχούς φωτισμού.

Το **στροβοσκόπιο** είναι ένα όργανο που περιέχει μία πηγή φωτισμού που εκπέμπει διακεκομμένο φως. Κάθε ώση στροβοσκοπικού φωτός φωτίζει ένα σημείο του κύκλου ταλάντωσης των φωνητικών χορδών (φωνητικού κύκλου). Όταν η συχνότητα του στροβοσκοπικού φωτός διαφέρει κατά 1-2 Hz από αυτήν της ταλάντωσης των φωνητικών χορδών, κάθε ώση φωτός φωτίζει διαδοχικές φάσεις του φωνητικού κύκλου, με αποτέλεσμα μία σε αργή κίνηση (slow motion) απεικόνιση, που επιτρέπει τη μελέτη των χαρακτηριστικών του φωνητικού κύκλου.

Η στροβοσκοπική πηγή μπορεί να συνδεθεί με εύκαμπτο ή άκαμπτο ενδοσκόπιο λάρυγγα, και η χρήση κάμερας και βίντεο δίνει τη δυνατότητα μεγέθυνσης της εικόνας και μόνιμης καταγραφής που μπορεί να αναπαραχθεί και να χρησιμοποιηθεί για μελλοντικές συγκρίσεις (π.χ., κατά τη διαδρομή της θεραπευτικής αντιμετώπισης).

Η εισαγωγή του **εύκαμπτου ρινολαρυγγοσκοπίου** γίνεται από τη μύτη έπειτα από τοπική αναισθησία και αποσυμφόρηση της μίας ρινικής θαλάμης. Η χρήση του επιτρέπει τη μελέτη της κινητικότητας του λάρυγγα σε πιο φυσικές συνθήκες, ενώ ο ασθενής διαβάζει ένα κείμενο, ή σφυρίζει, ή εισπνέει από τη μύτη, ή επαναλαμβάνει γρήγορα συλλαβές, ή τραγουδάει.

Η εισαγωγή του **άκαμπτου λαρυγγοσκοπίου** γίνεται από το στόμα και μπορεί να απαιτηθεί τοπική αναισθησία της περιοχής του στοματοφάρυγγος. Η χρήση του επιτρέπει τη λεπτομερέστερη μελέτη της παθολογίας του φωνητικού κύκλου και των φωνητικών χορδών κατά τη διάρκεια φώνησης των φθόγγων «ε» και «ι» σε διαφορετικές εντάσεις και συχνότητες.

Οι παρατηρήσεις του εξεταστή αφορούν την κίνηση των φωνητικών χορδών, την ταλάντωση του ελεύθερου χείλους των φωνητικών χορδών, τη λειτουρ-

Η στροβοσκόπηση είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για την ίαση των φωνιατρικών παθήσεων.

Πλεονεκτήματα στροβοσκόπησης έναντι της απλής ενδοσκόπησης λάρυγγος

Η ενδοσκόπηση λάρυγγα με συνεχή φωτισμό αποδίδει μια στατική εικόνα των γνήσιων φωνητικών χορδών. Η ταλάντωσή τους, όμως, είναι υπεύθυνη για το φωνητικό αποτέλεσμα και αυτή γίνεται ορατή στη διάρκεια της στροβοσκοπικής εξέτασης.

Η στροβοσκόπηση υπερέχει στις εξής περιπτώσεις:

- Στην ανάδειξη οιδήματος (πρηξίματος) των φωνητικών χορδών.
- Στην ανάδειξη περιοχών ίνωσης στις φωνητικές χορδές.
- Στη διαφορική διάγνωση καλοήθων παθήσεων (π.χ., κύστεις, οζία).
- Στην εκτίμηση της σύστασης των φωνητικών οζίων ή πολυπόδων του λάρυγγα.
- Στην εκτίμηση του βάθους μιας εξεργασίας (π.χ., κεράτωση, καρκίνος).
- Στην πρώιμη εντόπιση διαταραχών κινητικότητας των φωνητικών χορδών σε νευρολογικές παθήσεις (π.χ., νόσος Parkinson, πολλαπλή σκλήρυνση).
- Στην αξιολόγηση πάρεσης ή παράλυσης των φωνητικών χορδών (π.χ., έπειτα από θυρεοειδεκτομή, καρδιοχειρουργικές ή θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις).
- Στην εντόπιση ασθενών που προσποιούνται νόσο για ασφαλιστικούς, νομικούς ή άλλους λόγους.

γία των υπεργλωττιδικών μυών, το χρώμα και τη γενικότερη κατάσταση του λαρυγγικού βλεννογόνου και, φυσικά, την ύπαρξη τυχόν εξεργασιών.

Οι στροβοσκοπικές παράμετροι που αξιολογούνται είναι: η ευθύτητα του ελεύθερου χείλους των γνήσιων φωνητικών χορδών, το εύρος ταλάντωσης, το εύρος του βλεννογονικού κύματος, η γλωττιδική σύγκλιση, η γλωττιδική και υπεργλωττιδική συμπίεση, καθώς και η συμμετρία της ταλάντωσης των δύο φωνητικών χορδών.

Σε ποιους ασθενείς απευθύνεται η στροβοσκόπηση λάρυγγος;

☞ **Σε κάθε ασθενή με δυσφωνία, ειδικά αν το πρόβλημα διαρκεί πάνω από τρεις εβδομάδες.** Βασική προϋπόθεση είναι η δυνατότητα συνεργασίας με τον εξεταστή. Συνεπώς, η εξέταση δεν μπορεί να γίνει σε βρέφη, νήπια ή σε ασθενείς με νοητικές διαταραχές.

☞ **Σε ασθενείς, οι οποίοι ακολουθούν ήδη κάποια θεραπευτική αγωγή,** συντηρητική ή χειρουργική, για αποκατάσταση του λαρυγγολογικού τους προβλήματος.

☞ **Σε επαγγελματίες φωνής (καλλιτέχνες, εκπαιδευτικούς, δικηγόρους, πωλητές)**, όπου ο προληπτικός έλεγχος με βιντεοστροβοσκόπηση μπορεί να αναδείξει προβλήματα της λαρυγγικής λειτουργίας που σχετίζονται με αυξημένη ή κακή χρήση φωνής, έτσι ώστε με τη διόρθωσή τους να αποφευχθεί η ανάπτυξη μόνιμης παθολογίας. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους τραγουδιστές και τους ηθοποιούς, οι φωνητικές απαιτήσεις των οποίων είναι πολύ μεγαλύτερες του γενικού πληθυσμού και στους οποίους μικρές παθολογίες των φωνητικών χορδών, μη ορατές στην απλή ενδοσκόπηση λάρυγγα, μπορεί να επιφέρουν σημαντικές δυσκολίες στη φωνητική τους απόδοση. Οι επαγγελματίες αυτοί θα πρέπει αφενός να υποβάλλονται σε προληπτικό βιντεοστροβοσκοπικό έλεγχο και αφετέρου να απευθύνονται σε ειδικό φωνίατρο χωρίς καθυστέρηση αν εμφανιστούν συμπτώματα.

Η τεχνολογική πρόοδος στο χώρο της ιατρικής τις τελευταίες δεκαετίες έχει εφοδιάσει τη λαρυγγολογία μ' ένα πολύτιμο εργαλείο για την αξιολόγηση των φωνιατρικών ασθενών. Η βίντεοστροβοσκόπηση αποτελεί μια απλή, γρήγορη και αξιόπιστη μέθοδο για την πληρέστερη αξιολόγηση των λαρυγγολογικών προβλημάτων κατά την καθημερινή κλινική πράξη.

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 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 ΑΠΟ:
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΠΡΟΣ:
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:..... Τ.Κ.:.....

ΠΕΡΙΟΧΗ: ..... ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

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

Ηλίας Καρλαύτης,
Χειρουργός Γυναικολόγος,
Επιστημ. Υπεύθυνος Γυναικολογικού Τμήματος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Αντιμετωπίζοντας τις κολπίτιδες

Οι κολπικές διαταραχές (κολπίτιδες) αποτελούν σήμερα το συχνότερο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες και τη συνηθέστερη αιτία επίσκεψης στο γυναικολόγο.

Με τον όρο κολπίτιδα εννοούμε τη φλεγμονή του κόλπου. Η κολπίτιδα συνήθως εκδηλώνεται με την αίσθηση κνησμού και την ύπαρξη αυξημένων, συχνά δύσοσμων, υγρών στον κόλπο. **Η κολπίτιδα, αν και με την πρώτη ματιά φαίνεται κάτι απλό, μπορεί να αποτελέσει ένα από τα δυσκολότερα στην αντιμετώπισή τους προβλήματα.** Αυτό οφείλεται στην ιδιαιτερότητα της φυσιολογίας του κόλπου και στην πολυπλοκότητα των λεπτών ισορροπιών πάνω στις οποίες στηρίζεται η εύρυθμη λειτουργία του. Ο κόλπος, υπό κανονικές συνθήκες, αποικίζεται από έναν μεγάλο αριθμό μικροοργανισμών, οι οποίοι είναι γνωστοί ως γαλακτοβάκιλλοι και αποτελούν τη φυσιολογική χλωρίδα του. Πρόκειται, δηλαδή, για μικροοργανισμούς οι οποίοι πρέπει να υπάρχουν στον κόλπο. Η παρουσία αυτών των μικροοργανισμών είναι επιθυμητή, γιατί, χάρη σε ουσίες που παράγουν, διατηρούν το pH του κόλπου σε επιθυμητές τιμές και εμποδίζουν την ανάπτυξη κάποιων άλλων μικροοργανισμών, οι οποίοι δεν πρέπει να βρίσκονται στον κόλπο (παθογόνοι μικροοργανισμοί). Στην περίπτωση της κολπίτιδας, λοιπόν, αναπτύσσονται κάποιοι παθογόνοι μικροοργανισμοί σε βάρος της φυσιολογικής χλωρίδας, διαταράσσοντας έτσι την ισορροπία του pH, κάτι που κλινικά εκδηλώνεται με τη μορφή κνησμού και υγρών στο κόλπο. Η γυναίκα που θα εκδηλώσει αυτά τα συμπτώματα πρέπει να απευθυνθεί στο γυναικολόγο της.

Φλεγμονές & κολπίτιδες

Οι φλεγμονές (μολύνσεις) των γυναικείων γεννητικών οργάνων εμφανίζονται με αυξημένη συχνότητα το καλοκαίρι και μπορεί να παρουσιαστούν στο αιδοίο (την εξωτερική περιοχή γύρω από την είσοδο του κόλπου), στον κόλπο (κολπίτιδες) και τον τράχηλο της μήτρας, στο ενδομήτριο και στις σάλπιγγες. Προκαλούνται από μικροοργανισμούς, όπως μύκητες και τριχομονάδες (που είναι οι πιο συνηθισμένοι), χλαμύδια, μυκόπλασμα κ.ά., από μικρόβια (αερόβια και αναερόβια), καθώς και από ιούς όπως αυτοί που προκαλούν τον έρπητα των γεννητικών οργάνων (ιός HSV) και τα κονδυλώματα (ιός HPV). Και, φυσικά, δεν πρέπει να ξεχνάμε πως ορισμένοι τύποι του ιού HPV ενοχοποιούνται για δυσπλασίες (προκαρκινικές αλλοιώσεις) και καρκίνο στον τράχηλο της μήτρας και το αιδοίο.

Παράγοντες που ευνοούν τις κολπίτιδες

Κάποιες καταστάσεις καθιστούν μια γυναίκα πιο ευάλωτη στις κολπίτιδες. Μερικές από αυτές είναι:

- Κακή γενική κατάσταση του οργανισμού (έλλειψη ύπνου, περιορισμένη αντοχή λόγω ανθυγιεινής ή ανεπαρκούς διατροφής, στρες, κάπνισμα).
- Λανθασμένη ή ελλιπής τοπική υγιεινή (κολπικές πλύσεις, συνεχής χρήση ταμπόν).
- Πολυάριθμες εκτρώσεις.
- Χρήση αποσμητικών σπρέι στην ευαίσθητη περιοχή.
- Σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό.
- Εγκυμοσύνη, αλλά και εμμηνόπαυση.
- Ενδυματολογικές συνήθειες (πολύ εφαρμοστά παντελόνια ή σορτς).

Παράγοντες που ευνοοούν την ανάπτυξη μυκητιάσεων

Παράλληλα, υπάρχουν ορισμένοι επιπλέον παράγοντες που προδιαθέτουν και συντελούν ειδικά στην ανάπτυξη μυκητιάσεων.

- Παρατεταμένη χορήγηση αντιβιοτικών ευρέος φάσματος, κάτι που αποτελεί την κυριότερη αιτία ανάπτυξης μυκήτων. Γι' αυτό, εάν είναι απολύτως απαραίτητο να πάρετε αντιβίωση, φροντίστε να χρησιμοποιήσετε παράλληλα κάποιο φυσικό σκεύασμα που βοηθά στη διατήρηση της φυσιολογικής ισορροπίας του κόλπου.
- Χρήση αντισυλληπτικών χαπιών.
- Συστηματική χορήγηση κορτιζόνης.
- Νοσήματα που επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα και διαβήτης.
- Συνθετικά ρούχα ή εσώρουχα.
- Παραμονή σε υγρά, μολυσμένα μέρη, όπως τουαλέτες, πλακόστρωτο πισίνας.

Η πρόληψη και η έγκαιρη επίσκεψη στο γυναικολόγο βοηθούν σημαντικά στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Συμπτώματα

Το ενδεχόμενο να έχετε κάποια φλεγμονή του γεννητικού συστήματος πρέπει να σας απασχολήσει και να επισκεφθείτε άμεσα το γυναικολόγο σας αν παρατηρήσετε αυξημένη έκκριση κολπικών υγρών, τσούξιμο, φαγούρα λίγο ή πολύ έντονη, ερυθρότητα, οίδημα, πόνο κυρίως κατά τη σεξουαλική επαφή (δυσπαρευνία), αλλά και στο υπογάστριο αν η φλεγμονή βρίσκεται στο ενδομήτριο ή στις σάλπιγγες.

Οι μύκητες (μυκητιασική αιδοιοκολπίτιδα) δημιουργούν έντονο κνησμό (φαγούρα) στον κόλπο και στο αιδοίο, αυξημένη ποσότητα λευκών κολπικών υγρών που έχουν τυρώδη μορφή, είναι άοσμα και παχύρρευστα, καθώς και δυσκολία κατά την ούρηση ή έντονη δυσπαρευνία.

Οι τριχομονάδες χαρακτηρίζονται από αραιά υγρά, κιτρινοπράσινα και δύσοσμα, ενώ η μόλυνση από το βακτήριο του αιμόφιλου από παχύρρευστες δύσοσμες εκκρίσεις. Το μυκόπλασμα και τα χλαμύδια συχνά δεν παρουσιάζουν συμπτώματα, αλλά επηρεάζουν τη γονιμότητα, διότι, εάν προκαλέσουν σαλπιγγίτιδα, μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και σε στειρότητα.

Στον έρπητα εμφανίζονται μικρές φουσκάλες και έλκη (πληγές) στο αιδοίο, ενώ τα κονδυλώματα είναι θηλώδεις προσεκβολές στο αιδοίο, στον κόλπο ή στον τράχηλο.

Διάγνωση

Οι περισσότερες κολπίτιδες –ανεξάρτητα από το αίτιο που τις προκαλεί– παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα, γι' αυτό δεν μπορούν να διαγνωστούν με ακρίβεια αποκλειστικά βάσει των συμπτωμάτων. Έτσι, και παρά το ότι η διάγνωση από το γυναικολόγο απαιτεί σωστή λήψη ενός αναλυτικού ιστορικού και κλινική εξέταση της ασθενούς, συνήθως η οριστική διάγνωση επιτυγχάνεται με την καλλιέργεια κολποτραχηλικού υγρού. Αυτή η εξέταση είναι απαραίτητη, προκειμένου να εντοπιστεί ποιο ακριβώς μικρόβιο είναι υπεύθυνο και στη συνέχεια να δοθεί η κατάλληλη θεραπεία.

Θεραπεία

Η θεραπεία αφορά συνήθως στη λήψη κάποιου συνδυασμού αντιβιοτικών από το στόμα με κολπικά υπόθετα ή κρέμες. Ωστόσο, ακόμη και μετά τη θεραπεία, οι κολπίτιδες σε ένα σεβαστό ποσοστό των ασθενών υποτροπιάζουν, κάτι που μπορεί να οφείλεται σε ανθεκτικότατα στελέχη απέναντι στα φάρμακα ή σε επαναμόλυνση. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, η σωστή πρόληψη και η έγκαιρη επίσκεψη στο γυναικολόγο μόλις εντοπιστούν τα πρώτα συμπτώματα βοηθούν σημαντικά στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Πρόληψη

Η διαταραχή της υγείας του κόλπου και η εμφάνιση κολπίτιδων, εκτός από ενόχληση, προκαλούν ανασφάλεια και αμηχανία, επηρεάζοντας τη γενικότερη ψυχολογία κάθε γυναίκας.

Υπάρχουν ορισμένοι βασικοί κανόνες για να προλάβουμε την ανάπτυξη ή την υποτροπή κάποιας κολπίτιδας γενικότερα, αλλά και ειδικά κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού και των διακοπών. Αυτοί συνοψίζονται στις καλές συνθήκες υγιεινής (ειδικά των γεννητικών οργάνων), στην υπεύθυνη σεξουαλική συμπεριφορά και στη φροντίδα του εαυτού μας, η οποία προϋποθέτει τη διατήρηση ενός ισχυρού ανοσοποιητικού συστήματος.

Κάποιες απλές συμβουλές που αφορούν στην υγιεινή των ευαίσθητων περιοχών και ορισμένα βασικά μέτρα προστασίας που πρέπει κάθε γυναίκα να τηρεί, ώστε να προφυλάσσει αποτελεσματικά τον εαυτό της, είναι τα εξής:

- ✔ Ο καθαρισμός της γεννητικής περιοχής πρέπει να γίνεται με προϊόντα που δεν διαταράσσουν τη φυσιολογική χλωρίδα και το pH της περιοχής, αλλά αποκαθιστούν την όποια μεταβολή τους.
- ✔ Οι όποιες εκκρίσεις θα πρέπει να απομακρύνονται προσεκτικά, καθώς αποτελούν θρεπτικό υλικό για την ανάπτυξη των παθογόνων μικροοργανισμών που βρίσκονται στην περιοχή, είτε μόνιμα είτε ευκαιριακά.
- ✔ Ο καθαρισμός και το ξέπλυμα θα πρέπει να γίνονται με κατεύθυνση από τον κόλπο προς τον πρωκτό, καθώς στην περιπρωκτική περιοχή βρίσκονται μικρόβια που είναι παθογόνα για τον κόλπο.
- ✔ Στις μέρες της περιόδου θα πρέπει να είναι ακόμη πιο σχολαστικός ο καθαρισμός και να συνδυάζεται με συχνή αλλαγή σερβιέτας ή ταμπόν.
- ✔ Πριν και μετά τον καθαρισμό θα πρέπει να πλένουμε καλά τα χέρια μας.
- ✔ Πλύσεις στο εσωτερικό του κόλπου με αντισηπτικά δεν θα πρέπει να γίνονται, παρά μόνο μετά από σχετική οδηγία του γυναικολόγου, καθώς διαταράσσουν τη φυσιολογική χλωρίδα με αποτέλεσμα να ευνοείται η ανάπτυξη των παθογόνων μικροβίων.
- ✔ Αλλάζετε καθημερινά εσώρουχα και προτιμάτε τα βαμβακερά, που επιτρέπουν στο δέρμα να αναπνέει και δεν προκαλούν ερεθισμούς.
- ✔ Μη χρησιμοποιείτε ποτέ ξένα εσώρουχα ή πετσέτες.
- ✔ Κατά τη σεξουαλική επαφή, ιδίως με έναν καινούριο σύντροφο, χρησιμοποιείτε πάντα προφυλακτικό.
- ✔ Αν μετά τη λήψη κάποιων φαρμάκων παρατηρήσετε ύποπτα συμπτώματα στην περιοχή του κόλπου, συμβουλευθείτε το γιατρό σας για το τι πρέπει να κάνετε.

Ειδικά όσον αφορά στο μπάνιο στη θάλασσα ή την πισίνα, προσέξτε:

- ✔ Αφού βγείτε από το νερό, μην παραμείνετε πολλή ώρα με το βρεγμένο μαγιό (το ίδιο ισχύει και για τα βρεγμένα ρούχα). Η υγρασία και η ζέστη δημιουργούν ιδανικό περιβάλλον για την ανάπτυξη μικροβίων και μυκήτων μετά το μπάνιο στην πισίνα ή στη θάλασσα.
- ✔ Στην παραλία αλλά και στην πισίνα να ξαπλώνετε πάντα πάνω στην πετσέτα ή στην ψάθα σας και να αποφεύγετε την άμεση επαφή με την άμμο ή τα πλακάκια.

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.

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

8 Ποια από τα παρακάτω περιοδικά διαβάζετε;

Αρμονία ❑	*Το Παιδί μου κι Εγώ* ❑	*Παιδί & Νέοι Γονείς* ❑	*Forma* ❑
Prevention ❑	*Parents* ❑	*Shape* ❑	*VITA* ❑

9 Είστε ήδη συνδρομητής; ΝΑΙ ❑ ΟΧΙ ❑

10 Επιθυμώ να γίνω συνδρομητής; ΝΑΙ ❑ ΟΧΙ ❑

11 Επιθυμώ να λαμβάνω ενημέρωση στο e-mail μου σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας του Ομίλου Ευρωκλινικής:

ΝΑΙ ❑ ΟΧΙ ❑ E-mail:. . . . . .

12 Άλλες παρατηρήσεις/σχόλια: . . . . . .

. . . . . .

Όνομα: . . . . . **Επίθετο:**. . . . . .
Επάγγελμα: . . . . . **Διεύθυνση:** . . . . . .
Ημ/νία γεννήσεως: . . . . . **Τ.Κ.:** . . . . . .
Παιδιά: 1 ❑ 2 ❑ 3 και άνω ❑ **Τηλέφωνο:** . . . . . .

Μπορείτε να στείλετε το ερωτηματολόγιο στην παρακάτω διεύθυνση:
Ευρωκλινική Αθηνών, Τσόχα 21 & Δημ. Σούτσου, Αθήνα,
Υπόψη κυρίας Έφης Σοφιανού, τηλέφωνο επικοινωνίας: 210-6416180
(Αν βρίσκεστε στο χώρο της κλινικής, μπορείτε να αφήσετε το ερωτηματολόγιο στη ρεσεψιόν)

Χριστίνα Ταμπουρέα
Διευθύντρια Marketing και Επικοινωνίας

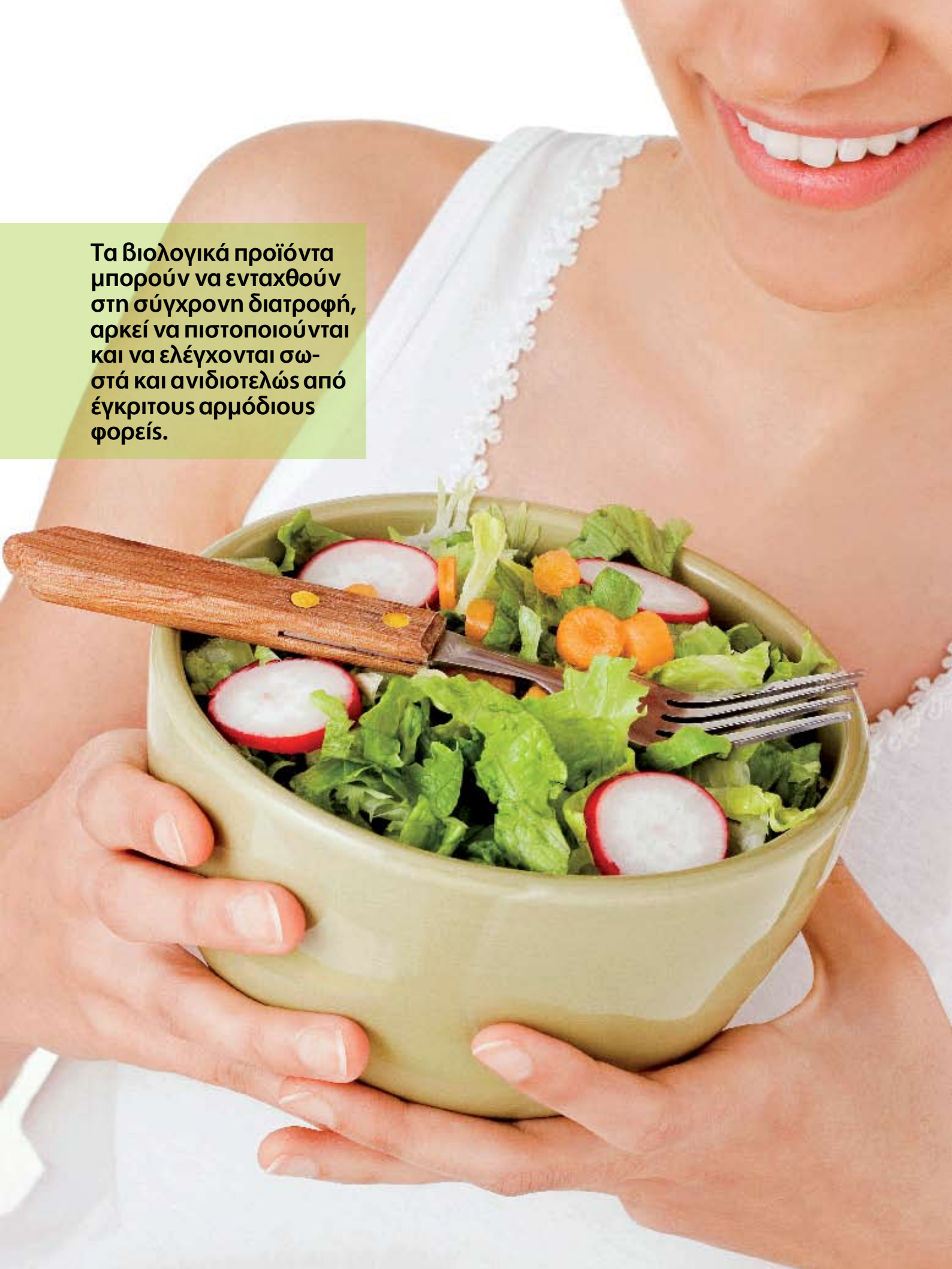
Κωνσταντίνος Ξένος,
Κλινικός Διαιτολόγος M.Sc.,
Διευθυντής Τμήματος Γονιδιακής Διατροφής
και Έρευνας Θρέψης, Ευρωκλινικής Αθηνών

Βιολογικά Τρόφιμα:
Όλη η αλήθεια

Η μεγάλη και απολύτως δικαιολογημένη έκταση που πήρε πριν από χρόνια η δημοσιοποίηση διατροφικών σκανδάλων που αφορούσαν στις διοξίνες και στο χοιρινό κρέας, αλλά και στη σπογγώδη εγκεφαλοπάθεια των βοοειδών (νόσος «τρελών αγελάδων»), ώθησε μια μεγάλη μερίδα καταναλωτών στην ανεύρεση τροφών που δεν θα έθεταν σε κίνδυνο την υγεία τους. Σημαντικό μέρος, λοιπόν, αυτής της τάσης ήρθαν να καλύψουν τα βιολογικά τρόφιμα, τα οποία προκύπτουν από βιολογική γεωργία και βιολογική κτηνοτροφία.

Τι είναι η βιολογική κτηνοτροφία;
Η βιολογική κτηνοτροφία είναι ένα σύστημα που στηρίζεται στη φυσική διαβίωση των ζώων, χρησιμοποιεί κατά βάση ζωοτροφές που έχουν παραχθεί με βιολογικό τρόπο, περιορίζει στο ελάχιστο δυνατό τη χρήση συνθετικών φαρμάκων, είναι αντίθετο προς τη γενετική τροποποίηση, προστατεύει το περιβάλλον και διακρίνεται για την υγιεινή των προϊόντων που παράγει.
Πρέπει να τονίσουμε πως η βιολογική κτηνοτροφία σχετίζεται άμεσα με το έδαφος, κάτι που σημαίνει ότι απαγορεύονται βιομηχανοποιημένες εκτροφές ή μονάδες που δεν έχουν εκτάσεις για να εκμεταλλεύονται τις απεκκρίσεις των ζώων ως φυσικά λιπάσματα ή μονάδες στις οποίες τα ζώα δεν έχουν τακτική πρόσβαση σε υπαίθριους χώρους βοσκής.
Η μαζική χρήση αυξητικών ορμονών και αντιβιοτικών στη συμβατική κτηνοτροφία αποτελεί ισχυρό επιχείρημα υπέρ των «βιοκτηνοτρόφων», που έχουν κάθε δίκιο να μέμφονται τέτοιου είδους πρακτικές.

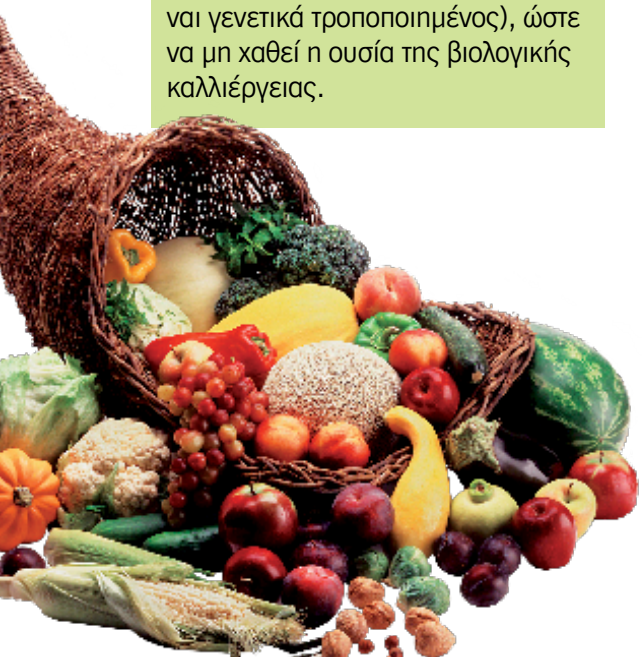
Πόσο φυσικά είναι τα βιολογικά τρόφιμα;
Θεωρητικά, οι παραγωγοί της βιολογικής γεωργίας και κτηνοτροφίας επιμένουν στους φυσικούς τρόπους καλλιέργειας και εκτροφής, χρησιμοποιώντας μεθόδους φιλικές προς το περιβάλλον, χωρίς χρήση χημικών λιπασμάτων, εντομοκτόνων, παρασιτοκτόνων και ορμονών. Το αποτέλεσμα είναι η παραγωγή υγιεινών προϊόντων διατροφής με φυσική γεύση, αλλά και η προστασία του περιβάλλοντος – κάτι που, δυστυχώς, ελάχιστα ενδιαφέρει τους καταναλωτές. Είναι όμως τα πράγματα απολύτως έτσι; Στοιχεία αναλύσεων δείχνουν πως ακόμη και ένα τρόφιμο που παράγεται σύμφωνα με τα βιολογικά πρότυπα δεν είναι πάντα απολύτως απαλλαγμένο από κατάλοιπα μικροβιοκτόνων, εντομοκτόνα και λιπάσματα της μη βιολογικής γεωργίας. Για παράδειγμα, σε μελέτη που δημοσιεύθηκε στην *Journal of Food Science* (Vol 71 - Nr. 9, 2006) και σύμφωνα πάντα με το Τμήμα Γεωργίας των Ηνωμένων Πολιτειών (USDA), αναφέρθηκε πως το 23% των βιολογικών τροφίμων που ελέγχθηκαν είχε κατάλοιπα χημικών παρασιτοκτόνων.
Αυτό δεν συμβαίνει απαραιτήτως επειδή ο παραγωγός δεν σέβεται τους κανόνες και χρησιμοποιεί χημικές ουσίες. Ποιος μπορεί να αποτρέψει την επιμόλυνση λόγω ρευμάτων αέρα και ψεκασμών από γειτονικές μη βιολογικές καλλιέργειες; Ποιος μπορεί να είναι απολύτως σίγουρος για τη σύσταση του εδάφους των καλλιεργειών του και για τα υπόγεια νερά; Ποιος μπορεί να εξασφαλίσει ιδανικές συνθήκες μεταφοράς, επεξεργασίας και αποθήκευσης των προϊόντων του; Ποιος μπορεί να τα βάλει με ιδιαίτερα επίμονους ρυπαντές του εδάφους, όπως το κάδμιο ή τα πολυχλωριωμένα διφαινύλια (PCBs);
Παρ' όλο, λοιπόν, που προκύπτουν ερωτήματα σχετικά με το πόσο «φυσικά» και απαλλαγμένα από επιβαρυντικές ουσίες μπορεί να είναι τα βιολογικά τρόφιμα, τις περισσότερες φορές, και όταν αυτά συνοδεύονται από τα απαραίτητα πιστοποιητικά των αρμόδιων φορέων, **εμπεριέχουν σαφέστατα, αν όχι μηδενική, σίγουρα μικρότερη ποσότητα χημικών ουσιών που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία του ανθρώπινου οργανισμού.**
Ενδεικτικά αναφέρουμε πως σε πρόσφατη μελέτη (Pussemier and others, 2006) φάνηκε ότι τα νιτρικά άλατα (τα οποία προκύπτουν κυρίως από αζωτούχα λιπάσματα και μπορεί σε μεγάλες συγκεντρώσεις να οδηγήσουν στην παραγωγή από τον οργανισμό μας των δυνάμει καρκινογόνων νιτροζαμινών), τα οποία υπήρχαν σε βιολογικά τρόφιμα που εξετάσθηκαν, ήταν κατά μέσο όρο 1.703 mg/Kgr τροφής, ενώ στα συμβατικά ήταν 2.637 mg/Kgr τροφής.



Τα βιολογικά προϊόντα μπορούν να ενταχθούν στη σύγχρονη διατροφή, αρκεί να πιστοποιούνται και να ελέγχονται σωστά και ανιδιοτελώς από έγκριτους αρμόδιους φορείς.

Πόσο ευπαθή είναι τα προϊόντα βιολογικής γεωργίας;

Επιστρέφοντας στη γεωργία, πρέπει να τονίσουμε ότι τα συμβατικής καλλιέργειας προϊόντα έχουν μεγαλύτερο χρόνο συντήρησης συγκριτικά με αυτά της βιολογικής καλλιέργειας εξαιτίας του τρόπου παραγωγής και επεξεργασίας τους. Γι' αυτόν το λόγο τα βιολογικά προϊόντα είναι σαφέστατα πιο ευπαθή, καθώς καλλιεργούνται και αναπτύσσονται πάντα στην εποχή τους, ενώ και η διαδικασία ωρίμασής τους γίνεται στους σωστούς χρόνους.
Παράλληλα, οι βιολογικές τροφές είναι πιο επιδεκτικές μολύνσεως από παθογόνους μικροοργανισμούς. Έτσι, αν επιβάλλεται το σχολαστικό πλύσιμο του «συμβατικού» λάχανου με καθαρό νερό, ώστε να απομακρυνθούν ουσίες που προκύπτουν από φυτοφάρμακα και χημικά λιπάσματα, η ίδια σχολαστικότητα επιβάλλεται και στο πλύσιμο του βιολογικού λάχανου, προκειμένου να μειωθεί η πιθανότητα κατανάλωσης παθογόνων μικροοργανισμών, που είναι φυσικό να υπάρχουν στις βιολογικές καλλιέργειες.
Επίσης, η βιολογική γεωργία είναι σημαντικό να χρησιμοποιεί βιολογικά παραγόμενο σπόρο ή τουλάχιστον σπόρο που πληροί κάποιες προϋποθέσεις (π.χ., που δεν είναι γενετικά τροποποιημένος), ώστε να μη χαθεί η ουσία της βιολογικής καλλιέργειας.



Η διατροφική αξία των βιολογικών τροφίμων

Το κατά πόσο τα βιολογικά τρόφιμα (ιδίως τα γεωργικά) έχουν υψηλότερη διατροφική αξία από τα συμβατικά έχει αποτελέσει θέμα έντονων αντιπαραθέσεων στην επιστημονική κοινότητα. Πάντως, στοιχεία πολλών ερευνητών, που δημοσιεύτηκαν τα τελευταία χρόνια (Carbonaro and Mattera, 2001· Carbonaro and others, 2002· Asami and others, 2003· Caris-Veyrat and others, 2004) δείχνουν πως πολύ συχνά οι βιολογικές τροφές έχουν μεγαλύτερη συγκέντρωση αντιοξειδωτικών πολυφαινολών και οργανικών οξέων, πολύτιμων για την υγεία του ανθρώπου. Αυτό εξηγείται εν μέρει λόγω του πιο «στρεσογόνου» περιβάλλοντος στο οποίο ζουν τα φυτά στις βιολογικές καλλιέργειες, αφού καλούνται να αμυνθούν έναντι διαφόρων παθογόνων μικροοργανισμών χωρίς τη βοήθεια χημικών φαρμάκων, γεγονός που συμβάλλει στη παραγωγή μεγάλων ποσών φυσικών ουσιών άμυνας, όπως τα αντιοξειδωτικά.

Συμπέρασμα

Θα μπορούσαμε να πούμε πως υπάρχουν σοβαροί λόγοι να ενταχθούν τα βιολογικά προϊόντα στη σύγχρονη διατροφή, αρκεί να γίνεται σωστή και ανιδιοτελής πιστοποίηση και έλεγχος των προϊόντων από έγκριτους αρμόδιους φορείς, καθώς και να υπάρχει συνεχής υποστήριξη και ενίσχυση από το κράτος προς τις μικρές ή μεγαλύτερες φάρμες που «επιμένουν βιολογικά».

Ευρωκλινική Παίδων

Παναγιώτα Καφρίτσα,
Διευθύντρια Γαστρεντερολογικού
Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων

Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση στα βρέφη

Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση (ΓΟΠ) ονομάζεται η παλινδρόμηση γαστρικού υγρού στον οισοφάγο, η οποία οφείλεται σε χάλαση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (της βαλβίδας που φυσιολογικά παρεμποδίζει την αναγωγή των υγρών του στομάχου στον οισοφάγο).

Επεισόδια παλινδρόμησης συμβαίνουν φυσιολογικά σε όλα τα παιδιά. Στη βρεφική ηλικία, η ΓΟΠ είναι συχνή και θεωρείται φυσιολογικό φαινόμενο. Συνήθως παρατηρείται στους τρεις πρώτους μήνες της ζωής, όπου τα μισά βρέφη έχουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο ΓΟΠ την ημέρα. **Η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται στην ηλικία των 4 μηνών, όπου περίπου το 70% των βρεφών εμφανίζουν ΓΟΠ, ενώ μέχρι την ηλικία των 12-24 μηνών τα συμπτώματα υποχωρούν στην πλειονότητα των περιπτώσεων.** Αυτό οφείλεται στην προοδευτική ωρίμαση της λειτουργίας του οισοφάγου και του στομάχου. Εκτός από την ανωριμότητα της λειτουργίας του οισοφάγου και του στομάχου, υπάρχουν παράγοντες που προδιαθέτουν τα βρέφη σε ΓΟΠ, όπως η δίαιτα, η οποία περιλαμβάνει μεγάλο όγκο υγρών, η προωρότητα και η αλλεργία στο γάλα της αγελάδας.

Συμπτώματα

Η ΓΟΠ είναι παθολογική και ονομάζεται παλινδρομική νόσος όταν συνοδεύεται από επιπλοκές. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζουμε τα συμπτώματά της, ώστε να τα αντιμετωπίζουμε έγκαιρα.
Το βρέφος με ΓΟΠ παρουσιάζει συχνές αναγωγές γάλακτος (γουλιές) κατά ή μετά το γεύμα. Συνήθως οι γουλιές γίνονται χωρίς προσπάθεια και τα περισσότερα βρέφη είναι χαρούμενα, μερικά όμως μπορεί να επηρεάζονται από τα επεισόδια και να φαίνεται ότι υποφέρουν. Όταν η ΓΟΠ παρουσιάζεται συχνά, παρατηρείται αναστάτωση στην οικογένεια και έντονη ανησυχία. Μπορεί όμως να εμφανίσει το μωρό και συμπτώματα που υποδηλώνουν επιπλεγμένη ΓΟΠ, δηλαδή παλινδρομική νόσο, όπως:

- Έντονο κλάμα
- Ρουκετοειδείς εμέτους
- Αιματέμεση
- Πόνο ή δυσφορία στη σίτιση
- Τέντωμα του κορμού και έκταση του κεφαλιού
- Ανήσυχο ύπνο
- Απώλεια ή ανεπαρκή πρόσληψη βάρους
- Βήχα, «βράσιμο», άπνοια

Τα περισσότερα βρέφη με απλή ΓΟΠ δεν χρειάζεται να υποβληθούν σε καμία εργαστηριακή εξέταση και μέχρι την ηλικία των 12-18 μηνών τα συμπτώματα υποχωρούν στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Παρ' όλα αυτά, αν η παλινδρόμηση είναι πολύ συχνή και δημιουργεί προβλήματα ή επιπλοκές, χρήζει διερεύνησης.

Η πρόγνωση της ΓΟΠ είναι καλή. Τα συμπτώματα υποχωρούν στα περισσότερα παιδιά μέχρι την ηλικία των 12-24 μηνών.

Διάγνωση

Ένα καλό ιστορικό είναι αρκετό για να επιβεβαιώσει τη διάγνωση της μη επιπλεγμένης ΓΟΠ. Η διαγνωστική προσέγγιση επομένως περιλαμβάνει τα εξής:

1. Λήψη καλού ιστορικού και φυσική εξέταση

Χρειάζεται αξιολόγηση της δίαιτας με καταγραφή της ποσότητας και συχνότητας των γευμάτων. Πολλές φορές γίνονται λάθη στην παρασκευή της τροφής και στον τρόπο-θέση σίτισης. Είναι απαραίτητη επίσης η αξιολόγηση της ποσότητας, της συχνότητας, του χρώματος και της έντασης των εμέτων. Το οικογενειακό ιστορικό για ύπαρξη γαστρεντερολογικών προβλημάτων, μεταβολικών νοσημάτων, αλλεργίας κ.ά. πρέπει επίσης να διευκρινίζεται.

2. Οι ακτινολογικές εξετάσεις όπως το υπερηχογράφημα και η διάβαση ανώτερου πεπτικού δεν αποτελούν ευαίσθητες ή ειδικές εξετάσεις για τη διάγνωση της ΓΟΠ, αλλά γίνονται όταν θέλουμε να αποκλείσουμε ανατομικές ανωμαλίες όπως πυλωρική στένωση, malrotation, δακτυλιοειδές πάγκρεας, διαφραγματοκήλη ή στένωση οισοφάγου.

3. Μέτρηση pH οισοφάγου (πεχαμετρία)

Είναι ακριβής και αξιόπιστη μέθοδος μέτρησης της όξινης παλινδρόμησης και χρησιμοποιείται για την εντόπιση όξινου pH στον οισοφάγο, για τη συσχέτιση των συμπτωμάτων του βρέφους με την παλινδρόμηση όξινου γαστρικού υγρού ή για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

4) Μέτρηση εμπέδησης οισοφάγου (εμπεδησιομετρία)

Η pHμετρία οισοφάγου μπορεί να είναι φυσιολογική σε μερικούς ασθενείς με νόσο ΓΟΠ που οφείλεται σε αλκαλική και όχι όξινη ΓΟΠ και κυρίως στα βρέφη στα οποία αλκαλοποιείται το περιεχόμενο του στομάχου με το γάλα. Γι' αυτό, το τελευταίο διάστημα, χρησιμοποιείται η τεχνική της εμπεδησιομετρίας, η οποία θεωρείται αυτήν τη στιγμή η πιο αξιόπιστη εξέταση για τη μελέτη της ΓΟΠ.

5) Γαστροσκόπηση και βιοψία

Ελέγχει την παρουσία και τη σοβαρότητα της οισοφαγίτιδας, την ανάπτυξη στένωσης του οισοφάγου ή την ύπαρξη οισοφάγου Barrett και αποκλείει άλλες παθήσεις, όπως η ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα.

Θεραπεία

Η θεραπευτική παρέμβαση συνήθως αφορά αρχικά την τροποποίηση της δίαιτας του βρέφους. Μέχρι την ηλικία των 3-4 μηνών το μωρό δεν έχει αναπτύξει το αίσθημα του κορεσμού και συνήθως είναι λαίμαργο. Θα πρέπει να πίνει ποσότητα γάλακτος ανάλογα με την ηλικία και το βάρος του και όχι σε υπερβολικές ποσότητες. Η χορήγηση ειδικών γαλάτων εμπλουτισμένων με πηκτικές ουσίες μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των εμέτων και των αναγωγών και ενδείκνυται σε κάποιες περιπτώσεις (π.χ., σε βρέφη που δεν παίρνουν βάρος ή που παρουσιάζουν άπνοιες). Στις περιπτώσεις υποψίας αλλεργίας στο γάλα αγελάδας, συνιστάται η εμπειρική χορήγηση γάλακτος εκτεταμένης υδρόλυσης της πρωτεΐνης για 1-2 εβδομάδες. Η πρηνής θέση συνοδεύεται με λιγότερη ΓΟΠ σε σχέση με την ύπτια. Επειδή, ωστόσο, η συγκεκριμένη θέση έχει συσχετιστεί με το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου, δεν συνιστάται στους πρώτους 12 μήνες της ζωής. Η αριστερά πλάγια θέση φαίνεται ότι μειώνει τη συχνότητα της ΓΟΠ.

Φαρμακευτική θεραπεία κρίνεται απαραίτητη ανάλογα με την ηλικία και τα συμπτώματα. Τα φάρμακα που χορηγούνται στοχεύουν στην καταστολή της έκκρισης γαστρικού υγρού και είναι οι αναστολείς των Η2 υποδοχέων, όπως η ρανιτιδίνη, και οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων, όπως η ομεπραζόλη και η λανσοπραζόλη. Χορηγούνται συνήθως για μερικές εβδομάδες, ανάλογα με την περίπτωση.

Η πρόγνωση της ΓΟΠ είναι καλή. Τα συμπτώματα υποχωρούν στα περισσότερα παιδιά μέχρι την ηλικία των 12-24 μηνών. Μερικά παιδιά με συχνή παλινδρόμηση μπορεί να παρουσιάσουν προβλήματα σίτισης στον επόμενο χρόνο της ζωής τους. Επίσης, τα παιδιά με ΓΟΠ είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν ΓΟΠ όταν γίνουν ενήλικες.

Ευστράτιος Ελ. Πάλλης,
Παιδοψυχίατρος
Ευρωκλινικής Παίδων

Σωματική κακοποίηση των παιδιών & Παραμέληση ψυχική υγεία

Το φαινόμενο της κακοποίησης και της παραμέλησης των παιδιών είναι άμεσα συνδεδεμένο με πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Εξαρτάται και από τα πρότυπα τα οποία επιβάλλει κάθε κοινωνία στους γονείς σχετικά με τους τρόπους ανατροφής, πειθαρχίας και συμπεριφοράς των παιδιών.

Σε μια έκθεση του Συμβουλίου της Ευρώπης αναφέρονται τα εξής: **«Η ενεργητική μορφή της κακομεταχείρισης περιλαμβάνει κυρίως σωματικές κακώσεις που προκαλούνται από ενήλικες σε παιδιά. Αυτή η μορφή της κακοποίησης συνήθως συνδέεται με λεκτική κακομεταχείριση. Η παθητική μορφή της κακομεταχείρισης περιλαμβάνει κυρίως την παραμέληση και αποστέρηση του παιδιού, με αποτέλεσμα να προκαλείται καθυστέρηση στη σωματική, τη νοητική, τη συναισθηματική και την κοινωνική του ανάπτυξη».**

Θα τονιστεί κυρίως το θέμα της κακοποίησης με την έννοια της εκδήλωσης βίαιης επιθετικής συμπεριφοράς από τους ενήλικες στα παιδιά, η οποία μπορεί να κυμαίνεται από άγριο ξυλοδαρμό με πρόκληση σημαντικής βλάβης μέχρι τη μορφή της σκληρής τιμωρίας.

Αυτή η έκφραση της βίας έχει οπωσδήποτε ως αποτέλεσμα την πρόκληση ψυχικού τραύματος στο παιδί και αποτελεί μια μορφή παραμέλησης των φυσιολογικών αναγκών του.

Η κακοποίηση και η παραμέληση ενός παιδιού γίνεται αιτία να διαταραχθεί σοβαρά η σχέση με τους γονείς του. Επίσης, πολλοί γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους δεν παύουν παράλληλα να τ' αγαπούν. Δεν μπορούν όμως να ενδιαφερθούν γι' αυτά, πράγμα που δύσκολα παραδέχονται.

Τα κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις: κλαίνε πολύ εύκολα, είναι απαιτητικά και εμφανίζουν υπερκινητικότητα.

Ψυχιατρικά - ψυχολογικά χαρακτηριστικά του κακοποιημένου παιδιού

Τα παιδιά που κακοποιούνται ή και παραμελούνται παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις: κλαίνε πολύ εύκολα, είναι απαιτητικά και εμφανίζουν υπερκινητικότητα. Ο όρος «παγωμένο βλέμμα» περιγράφει τη χαρακτηριστική έκφραση που έχουν. Στη σχέση τους με τρίτους είναι πολύ επιφυλακτικά στη σωματική επαφή και γενικά καχύποπτα. Έχουν μια ετοιμότητα να αντιδρούν σε σημάδια κινδύνου ή έντασης από το περιβάλλον.

Το ψυχικό τραύμα που έχει προκληθεί στα παιδιά αυτά από το περιβάλλον της κακοποίησης είναι τόσο έντονο, ώστε να οδηγεί στη δημιουργία των κάτωθι χαρακτηριστικών, με αποτέλεσμα οι δάσκαλοι και οι συνομήλικοι να τα απορρίπτουν:

1. **Μειωμένη ικανότητα για ευχαρίστηση**
2. **Σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς**
3. **Μειωμένη αυτοεκτίμηση**
4. **Απόσυρση**
5. **Εναντιωματική συμπεριφορά**
6. **Μεγάλη διεγερσιμότητα**
7. **Ψυχαναγκαστικότητα**
8. **Ψευδοενήλικη συμπεριφορά**
9. **Μαθησιακά προβλήματα**

Βασικές προϋποθέσεις για την ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού

Όπως είναι γνωστό, **η κακοποίηση παρατηρείται περισσότερο στη βρεφονηπιακή ηλικία**, γι' αυτό είναι σημαντικό να αναφερθούν μερικά βασικά ερευνητικά και κλινικά δεδομένα για τη σημασία που έχουν οι πρώιμες εμπειρίες στην ανάπτυξη του παιδιού. Γνωρίζουμε πως ουσιαστική για την ψυχική υγεία του βρέφους και του μικρού παιδιού είναι η εμπειρία μιας ζεστής, στενής και αδιάλειπτης σχέσης με τη μητέρα του (ή το μόνιμο μητρικό υποκατάστατο). Η έλλειψη αυτής της σχέσης δημιουργεί μητρική αποστέρηση.

Η σχέση μητέρας-παιδιού επηρεάζεται από καταστάσεις και γεγονότα που συμβαίνουν στη διάρκεια της κύησης, καθώς και από διάφορους περιγεννητικούς παράγοντες.

Η προσωπικότητα και η συμπεριφορά του παιδιού επηρεάζονται από πολύ νωρίς –από τις πρώτες μέρες της ζωής του– και η ψυχοσυναισθηματική του εξέλιξη θα ακολουθήσει μια ομαλή πορεία εφόσον η μητέρα ικανοποιεί όλες τις βασικές του ανάγκες για επιβίωση. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται οι βιολογικές ανάγκες, η ανάγκη για αγάπη, καθώς και η ανάγκη για ικανοποίηση των λιβιδινικών του επιθυμιών.

Το βρέφος συνδέεται ικανοποιητικά από τον έκτο - όγδοο μήνα της ζωής του με το άτομο που το φροντίζει, δηλαδή με τη μητέρα του, και αναπτύσσει έντονο δεσμό μαζί της. Η μητέρα είναι ευαίσθητη σε ό,τι χρειάζεται το παιδί και δύναται να του δώσει κοινωνικά ερεθίσματα, καθώς και να ανταποκριθεί στις βιολογικές και τις ψυχολογικές του ανάγκες. Έχει επισημανθεί ότι όσο περισσότερο «απαντά» το βρέφος στη συμπεριφορά της μητέρας του, τόσο πιο στοργική, πιο τρυφερή και πιο ευαίσθητη γίνεται εκείνη μαζί του.

Η μητρική αυτή συμπεριφορά προάγει τη συναισθηματική, τη νοητική και την κοινωνική ωρίμαση, καθώς και τη φυσική ανάπτυξη του παιδιού. Η αρκετά καλή μητρική συμπεριφορά είναι επίσης εκείνη που τελικά βοηθά το παιδί να αισθανθεί εσωτερική ασφάλεια, για να μπορέσει αργότερα να ανεξαρτητοποιηθεί.

Στην περίπτωση του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης - παραμέλησης, υπάρχουν εξ ορισμού όλα εκείνα τα στοιχεία από την πλευρά των γονέων, της οικογένειας και του παιδιού, που προκαλούν διαταραχή στην πρώιμη σχέση μητέρας-παιδιού, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται τόσο η ομαλή ανάπτυξή του, όσο και η φυσιολογική ωρίμαση της προσωπικότητάς του σε νοητικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο.

Ψυχοπαθολογία - Ψυχοδυναμική

Οι περισσότεροι από αυτούς τους γονείς έχουν ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογίας, με συνηθέστερη την κλινική διαταραχή της προσωπικότητας. Λίγοι γονείς παρουσιάζουν την εικόνα της ψύχωσης. Παράλληλα, μερικοί γονείς έχουν χαμηλή νοημοσύνη και προέρχονται από τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Σε αυτά τα ευρήματα πρέπει να προστεθούν η ανωριμότητα, η παρορμητικότητα, οι μεγάλες ανάγκες για εξάρτηση και οι έντονα διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις:

1. Έχει βρεθεί ότι οι ίδιοι οι γονείς είχαν κακοποιηθεί από τους δικούς τους γονείς, πράγμα που επαναλαμβάνουν στη σχέση με τα παιδιά τους μέσα από τους μηχανισμούς της ταύτισης με τον επιτιθέμενο. Υπάρχει μια βασική διαφορά μεταξύ των γονέων που ασκούν φυσική βία στα παιδιά τους, σε αντιδιαστολή από τους γονείς που τα παραμελούν. **Ως παραμέληση ορίζεται η χρόνια αποτυχία των γονέων να προστατεύσουν τα παιδιά τους από φυσικό κίνδυνο.**
2. Μπορεί να υπάρχει μια ανεπάρκεια στον γονεϊκό ρόλο, όταν οι γονείς δεν μπορούν να αντιληφθούν ότι τα παιδιά τους είναι ανώριμα εξαιτίας της ηλικίας τους.
3. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται αντιστροφή του ρόλου γονέων - παιδιού. Δηλαδή οι γονείς αυτοί περιμένουν από τα παιδιά τους να τους δείξουν αγάπη και κατανόηση και ότι στην ουσία υπάρχουν για να ικανοποιήσουν τις δικές τους ανάγκες. Συνήθως είναι γονείς με έντονες ναρκισσιστικές ανάγκες και μεγάλη ανωριμότητα. Κοινό χαρακτηριστικό αυτών των γονέων είναι η παθολογική λειτουργία του «Υπερεγώ» τους: φαίνονται επιφανειακά αδιάφοροι και έχουν έντονα ασυνείδητα αισθήματα ενοχής.
4. Ένα άλλο χαρακτηριστικό των γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι η χαμηλή τους αυτοεκτίμηση, η οποία σχετίζεται με την ανεπάρκεια που αισθάνονται στην εκτέλεση του μητρικού και πατρικού τους ρόλου.

Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος του παιδοψυχιάτρου στην αντιμετώπιση του συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού.

Αντιμετώπιση

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι ο τραυματισμός του παιδιού από τους γονείς του αποτελεί ένδειξη άρρωστης οικογένειας. Σε κάθε περίπτωση που υπάρχει υποψία για κακοποίηση, χρειάζεται άμεση εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο. Με αυτόν τον τρόπο προστατεύουμε τη ζωή του παιδιού και έμμεσα τους γονείς.

Πρόληψη

Πρωτογενής πρόληψη: Στοχεύει στη βελτίωση των συνθηκών ζωής για όλον τον πληθυσμό, ιδιαίτερα δε για οικογένειες με μικρά παιδιά.

Δευτερογενής πρόληψη: Στόχος της είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων με στόχο τον εντοπισμό οικογενειών και παιδιών που ανήκουν σε ομάδες «υψηλού κινδύνου».

Τριτογενής πρόληψη: Ασχολείται με παιδιά που έχουν ήδη κακοποιηθεί, και με τις οικογένειές τους, με στόχο να μην ξανακακοποιηθούν τα συγκεκριμένα παιδιά και τα αδέλφια που ήδη υπάρχουν ή αυτά που πρόκειται να γεννηθούν. Η τριτογενής πρόληψη καλύπτει:

- Την εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης από διεπιστημονικές ομάδες (παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, παιδίατροι, νομικοί).
- Την απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι, τουλάχιστον στην αρχική φάση.
- Τη θεραπεία και υποστήριξη των γονέων.
- Τη βελτίωση των κακών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών της οικογένειας.
- Την ψυχοθεραπεία του παιδιού όπου υπάρχουν ενδείξεις.
- Την αφαίρεση, αν είναι αναγκαίο, έστω και προσωρινά της επιμέλειας από τους γονείς.

Ο ρόλος του παιδοψυχιάτρου

Ο ρόλος του παιδοψυχιάτρου στην αντιμετώπιση του συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού είναι:

1. **Ουσιαστικός** για τη διαγνωστική εκτίμηση των περιπτώσεων κακοποίησης, σε συνεργασία με τα άλλα μέλη της ομάδας. Αυτό επιτυγχάνεται:
   α) Με τη διαγνωστική εκτίμηση των γονέων όταν υπάρχει η εντύπωση ότι παρουσιάζουν συμπτώματα ψυχικής νόσου.
   β) Με τη διαγνωστική εκτίμηση του παιδιού όταν υπάρχει ιστορικό εξελικτικών ή ψυχολογικών προβλημάτων πριν από την κακοποίηση.
2. **Συμβουλευτικός** για το προσωπικό του θεραπευτικού προγράμματος και την αντιμετώπιση της περίπτωσης, με βάση τα ψυχοπαιδολογικά και ψυχοκοινωνικά δεδομένα.
3. **Υποστηρικτικός και συμβουλευτικός** για τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της αντιμετώπισης.
4. Σε περίπτωση ψυχικής διαταραχής των γονέων ή του παιδιού, ο παιδοψυχολόγος μπορεί να **συμβουλεύσει την παραπομπή** τους στις κατάλληλες υπηρεσίες ψυχιατρικής περίθαλψης.
5. Μπορεί επίσης να **συμβάλει στην εκπαίδευση του προσωπικού** σε θέματα σχετικά με την επικοινωνία με παιδιά και γονείς, καθώς και στην ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού.

Σταυρούλα Αργυροπούλου-Μπουφούνου,
Πλαστικός Χειρουργός,
Διευθύντρια Τμήματος Πλαστικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων Ευρωκλινικής Παίδων

Η πλαστική χειρουργική στα παιδιά

Πολλοί διερωτώνται τι κάνει ένας πλαστικός χειρουργός σε ένα νοσοκομείο παίδων ή σε μια παιδιατρική κλινική – κι αυτό διότι ο ρόλος του πλαστικού χειρουργού έχει συνδεθεί με αισθητικές επεμβάσεις ή επεμβάσεις σε ενήλικες. Όμως, το ουσιαστικότερο κομμάτι της πλαστικής χειρουργικής είναι η επανορθωτική χειρουργική, που στοχεύει κυρίως στην αποκατάσταση συγγενών ανωμαλιών.

Η επανορθωτική χειρουργική έχει εξελιχθεί αλματωδώς τα τελευταία χρόνια, με θαυμαστά, πράγματι, αποτελέσματα. Το γεγονός αυτό οφείλεται:

1. Στη μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας. Έτσι, όχι μόνο περισσότερα παιδιά γεννιούνται και επιζούν, αλλά γεννιούνται και επιζούν περισσότερα παιδιά με συγγενείς ανωμαλίες.
2. Στην ύπαρξη ειδικών μονάδων εντατικής παρακολούθησης νεογνών, η οποία έχει ως αποτέλεσμα να επιζούν περισσότερα παιδιά με συγγενείς ανωμαλίες.
3. Στην ανάπτυξη νέων χειρουργικών τεχνικών για την αντιμετώπιση συγγενών ανωμαλιών.
4. Στην εφαρμογή νέου χρονοδιαγράμματος αντιμετώπισης συγγενών ανωμαλιών.

Έτσι, περισσότερα νεογνά, βρέφη και παιδιά με συγγενείς ανωμαλίες χρειάζονται βοήθεια, και περισσότερες επανορθωτικές και αισθητικές επεμβάσεις πραγματοποιούνται κατά τη νηπιακή και προσχολική ηλικία – ακόμη και κατά την πρώτη μέρα της ζωής. Βεβαίως, η αναισθησιολογία και η ανάπτυξη μονάδων εντατικής μετεγχειρητικής παρακολούθησης είναι κρίσιμης σημασίας για την επιτυχία των επανορθωτικών αυτών επεμβάσεων.

Η εξέλιξη της επανορθωτικής χειρουργικής στα παιδιά είναι αλματώδης, με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Χρονοδιάγραμμα της χειρουργικής θεραπείας

1. Πρώτος, δεύτερος ή τρίτος μήνας ή νωρίτερα, εφόσον η γενική κατάσταση του παιδιού το επιτρέπει.
2. Συνήθως ακολουθείται ο κανόνας των 10 – δηλαδή 10 εβδομάδες, 10 pd και πάνω από 10 gr αιμοσφαιρίνη.

Η επανόρθωση των συγγενών ανωμαλιών

Οι συγγενείς ανωμαλίες διορθώνονται χειρουργικά στη βρεφική, τη νηπιακή ηλικία και την προσχολική ηλικία, προκειμένου:

1. Να αποφευχθεί η πρόκληση λειτουργικών, αισθητικών και ψυχολογικών προβλημάτων στα παιδιά.
2. Να μειωθεί το άγχος της συγγενούς ανωμαλίας, που δημιουργείται στην οικογένεια.
3. Να επιτευχθεί η συναισθηματική αποφόρτιση των παιδιών.

Ο πλαστικός χειρουργός καλείται να επανορθώσει διάφορες συγγενείς ανωμαλίες, από τις πλέον απλές έως τις πλέον σπάνιες.

Οι συγγενείς ανωμαλίες διακρίνονται αδρά σε συγγενείς ανωμαλίες κεφαλής, κορμού, άνω και κάτω άκρων και γεννητικών οργάνων. Αυτές της κεφαλής περιλαμβάνουν τις ανωμαλίες βλεφάρων, ώτων, ρινός, χείλους και υπερώας. Οι πιο συνηθισμένες συγγενείς ανωμαλίες των βλεφάρων είναι η βλεφαρόπτωση και η βλεφαροφίμωση. **Η βλεφαροφίμωση** (σμίκρυνση του συνολικού εύρους της βλεφαρικής σχισμής) χειρουργείται τον δεύτερο ή τον τρίτο μήνα της ζωής του παιδιού, ώστε να αποφευχθούν η αμβλυωπία και η μείωση της οπτικής οξύτητας.

Η συγγενής βλεφαρόπτωση (η αδυναμία των μυών του βλεφάρου να κρατήσουν ανοικτή τη βλεφαρική σχισμή) χειρουργείται στην ηλικία των 4,5 έως 5 ετών, διότι μέχρι τότε είναι δυνατόν να έχει εμφανιστεί κάποια βελτίωση, ύστερα από συνεχή παρακολούθηση της κατάστασης από οφθαλμίατρο. Η βλεφαρόπτωση θεωρείται από τα πλέον προκλητικά και δύσκολα στην αντιμετώπισή τους προβλήματα, διότι ο στόχος της θεραπείας είναι τόσο λειτουργικός όσο και αισθητικός.

Οι συγγενείς ανωμαλίες των πτερυγίων των ώτων, από τα απλά προεξέχοντα πτερύγια ώτων μέχρι τις συγγενείς απλασίες των πτερυγίων, αντιμετωπίζονται από τον πλαστικό χειρουργό. Τα προεξέχοντα ή αφεστώτα ώτα αντιμετωπίζονται στην προσχολική ηλικία. Τα παιδιά έρχονται στο νοσοκομείο για να χειρουργηθούν, είτε οδηγούμενα από έξυπνες μαμάδες πριν αρχίσει το σχολείο, είτε αργότερα, επειδή αντιμετωπίζουν τις κοροϊδίες των άλλων παιδιών, είτε όταν θέλουν να αλλάξουν χτένισμα ή να φορέσουν σκουλαρίκια. Στις συγγενείς απλασίες πτερυγίων η χειρουργική αποκατάσταση γίνεται σε περισσότερες από μία εγχειρήσεις, οι οποίες αρχίζουν στην ηλικία μεταξύ των 9 και 10 ετών.

3 4

Αποκατάσταση σχιστιών

Η σχιστία χείλους, αμφοτερόπλευρος ή ετερόπλευρος, με σχιστία της υπερώας ή όχι, είναι μία από τις πλέον συνηθισμένες και πολύπλοκες συγγενείς ανωμαλίες που καλείται να διορθώσει και να αποκαταστήσει ο πλαστικός χειρουργός, τόσο λειτουργικώς όσο και αισθητικώς. Οι σχιστίες ήταν γνωστές συγγενείς ανωμαλίες από αρχαιοτάτων χρόνων, γεγονός που αποδεικνύεται από το ότι έχουν βρεθεί αγαλματίδια παιδιών με σχιστίες. Διάφορες κοινωνίες και πολιτισμοί, είτε απέρριπταν τα παιδιά αυτά, είτε τα θυσίαζαν, είτε τα θεωρούσαν υπερφυσικά όντα. Σήμερα, παιδιά με σχιστίες γεννιούνται σε αναλογία 1,34 στις 1.000 γεννήσεις περίπου. Η επιβίωσή τους οφείλεται στο ότι έχουν αναπτυχθεί πολύ οι μονάδες νεογνών στις οποίες νοσηλεύονται τα παιδιά αυτά αμέσως μετά τη γέννησή τους και από τις οποίες περνούν κάποια στιγμή στο χειρουργείο.

Η ενδομήτρια υπερηχογραφική διάγνωση έχει επιφέρει μείωση των γεννήσεων παιδιών με σχιστίες, διότι οι γονείς, πανικοβλημένοι από τη διάγνωση της σχιστίας, προβληματίζονται πάρα πολύ στη σκέψη ότι θα αποκτήσουν ένα παιδί που θα φέρει εφ' όρου ζωής κάποιο «στίγμα» και προβαίνουν σε διακοπή της κυήσεως. Αυτό βεβαίως δεν είναι ο κανόνας, καθώς υπάρχουν και εξαιρέσεις.

Η διόρθωση των συγγενών ανωμαλιών έχει ως αποτέλεσμα, μεταξύ άλλων, και τη συναισθηματική αποφόρτιση των παιδιών.

2 5

Όπως είναι γνωστό, οι σχιστίες διακρίνονται σε ετερόπλευρες και αμφοτερόπλευρες, πλήρεις ή ατελείς, με ή χωρίς σχιστία της υπερώας. Η σύγχρονη αντιμετώπιση των σχιστιών έχει βελτιωθεί σημαντικά διότι:

1. **Υπάρχει καλύτερη γνώση της ανατομικής των σχιστιών.**
2. **Έχουν βελτιωθεί οι χειρουργικές τεχνικές (μικροσκόπιο).**
3. **Η διάγνωση και το χρονοδιάγραμμα θεραπείας και θεραπευτικής αντιμετώπισης γίνονται από ομάδα ειδικών στα κέντρα σχιστιών και κρανιοπροσωπικών ανωμαλιών.**
4. **Υπάρχει συστηματική παρακολούθηση. Βεβαίως, η συνεργασία με τους γονείς είναι απαραίτητη και ουσιαστική.**

Παράγοντες που επηρεάζουν την αποκατάσταση

1. **Σχιστία τέλεια ή ατελής.**
2. **Ύπαρξη σχιστίας φατνιακών αποφύσεων.**
3. **Ύπαρξη σχιστίας μαλθακής ή σκληράς ή αμφοτέρων.**

Βασικές επιδιώξεις χειρουργικής διόρθωσης σχιστίας χείλους

1. **Ακριβής συρραφή δέρματος, μυών και βλεννογόνου.**
2. **Συμμετρικό έδαφος μυκτήρων.**
3. **Συμμετρικοί μυκτήρες.**
4. **Συμμετρικά όρια φίλτρου.**
5. **Ελαφρά εκστροφή του χείλους.**
6. **Σχηματισμός Cupid's Bow.**
7. **Καλύτερη εμφάνιση της ουλής.**

Χειρουργικές μέθοδοι

Σήμερα χρησιμοποιείται περισσότερο η μέθοδος Millard, με μικρές παραλλαγές κάποιες φορές. Πρόκειται για τη γνωστή Rotation Advancement Flap.
Στον παρόντα χρόνο δεν μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ποια είναι η καλύτερη χειρουργική μέθοδος για τη διόρθωση της σχιστίας του χείλους και της υπερώας, ούτε ποιος είναι ο καλύτερος χρόνος για την επέμβαση. Όμως, πρόσφατες μελέτες αποδεικνύουν ότι η καλή ανάπτυξη του προσώπου και η καλή ομιλία μπορούν να επιτευχθούν με τη σωστή σύγκλιση του χείλους, καθώς και της σκληράς και της μαλθακής υπερώας σε ένα στάδιο, μέσα στον πρώτο χρόνο της ηλικίας, με την προϋπόθεση ότι ο προκαλούμενος χειρουργικός τραυματισμός είναι ο μικρότερος δυνατός.

Συγγενείς ανωμαλίες των άκρων (συνδακτυλίες και πολυδακτυλίες) διορθώνονται στην προσχολική ηλικία ή και νωρίτερα. Το ίδιο ισχύει και για τις συγγενείς ανωμαλίες των έξω γεννητικών οργάνων (υποσπαδίες).
Οι σπίλοι και τα αιμαγγειώματα είναι άλλη μία σημαντική ομάδα συγγενών ανωμαλιών, που καλείται να διορθώσει ο πλαστικός χειρουργός, όπως επίσης τα εγκαύματα και τα τραύματα.

Από τα παραπάνω καθίσταται σαφές πως ο πλαστικός χειρουργός έχει πολλά να κάνει σε ένα νοσοκομείο παίδων ή σε μια μεγάλη παιδιατρική κλινική. Στην πραγματικότητα, ο κόσμος είναι πλασμένος για τους τέλειους και τους λιγότερο τέλειους, για τους όμορφους και τους λιγότερο όμορφους.

Ακόμη και στην ελληνική μυθολογία, ο Ήφαιστος, ο πιο άσχημος από τους θεούς, ήταν εξαιρετικός τεχνίτης, αλλά και φοβερός εραστής. Είχε γυναίκες του την Αφροδίτη και τη Χάρη. Όπως βλέπετε, υπάρχει χώρος για όλους. Παρ' όλα αυτά, ο πλαστικός χειρουργός θα προσπαθεί πάντοτε να αποδώσει στην ανταγωνιστική μας κοινωνία όσο το δυνατόν πιο τέλειους ανθρώπους, τόσο από λειτουργικής όσο και από αισθητικής πλευράς.

Μαρία Κατσικάρη,
Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος
Ευρωκλινικής Παίδων

Το υπερηχογράφημα στη νεογνική - βρεφική & παιδική ηλικία

Το υπερηχογράφημα (ultrasound, U/S) αποτελεί την πρώτη διαγνωστική απεικονιστική μέθοδο προσέγγισης πολλών παθήσεων της νεογνικής - βρεφικής και παιδικής ηλικίας.

Το υπερηχογράφημα είναι μια μέθοδος ανώδυνη, αναίμακτη, ταχεία και χωρίς ιονίζουσα ακτινοβολία. Εάν χρειαστεί, μπορεί να εκτελεσθεί και στο κρεβάτι του μικρού ασθενούς.
Η συνεισφορά του υπερηχογραφήματος είναι μέγιστη στη διερεύνηση της παθολογίας των περισσοτέρων συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού, έχοντας σε πολλές περιπτώσεις αντικαταστήσει τις ακτινολογικές εξετάσεις προς όφελος του ασθενούς. Με τη μέθοδο αυτή μπορούν να εξεταστούν τα περισσότερα όργανα του σώματος.

Χωρίς ιονίζουσα ακτινοβολία

Κεντρικό νευρικό σύστημα

U/S εγκεφάλου

Εφαρμόζεται μόνο σε νεογνά και βρέφη και όταν η πρόσθια πηγή είναι ανοιχτή (περίπου μέχρι τον 12ο μήνα). Αναδεικνύει οργανικές, αγγειακές, αιμορραγικές, συγγενείς, φλεγμονώδεις και χωροκατακτητικές αλλοιώσεις. Η χρήση της εξέτασης σε παθήσεις του νωτιαίου σωλήνα περιορίζεται στη νεογνική και τη βρεφική ηλικία.

U/S παρωτίδων - σιελογόνων αδένων

Αναδεικνύει συγγενείς, φλεγμονώδεις αλλοιώσεις και χωροκατακτητικές εξεργασίες.

U/S τραχήλου

Συμβάλλει στη διάγνωση παθήσεων μορφολογικού, φλεγμονώδους και ογκόμορφου χαρακτήρα του θυρεοειδούς. Αναδεικνύει κυστικές αλλοιώσεις (κύστη θυρεογλωσσικού πόρου και βραγχιακές κύστεις), την ύπαρξη, την παραμονή ή την παθολογία του θύμου αδένα, τη μορφολογία των τραχηλικών λεμφαδένων, καθώς και βλάβες του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός (ίνωμα). Σημαντική είναι η συμβολή του στην ανάδειξη χωροκατακτητικών εξεργασιών εξωθυρεοειδικής, παραθυρεοειδικής ή λεμφαδενικής προέλευσης.

U/S θώρακος - μεσοθωρακίου

Λόγω της παρουσίας του αέρα, το πνευμονικό παρέγχυμα δεν ελέγχεται με το υπερηχογράφημα. Απεικονίζονται μόνο περιφερικές βλάβες (π.χ., πνευμονίες με αποστηματοποίηση, βρογχογενής κύστη, κυστική αδενομάτωση). Ελέγχεται η ύπαρξη υπεζωκοτικών συλλογών, ο χαρακτήρας (κυστικός ή συμπαγής) χωροκατακτητικών εξεργασιών του μεσοθωρακίου και αναδεικνύονται εξεργασίες του θωρακικού τοιχώματος.

Γαστρεντερικό σύστημα

Ο οισοφάγος, ο στόμαχος και το έντερο δεν ελέγχονται με το υπερηχογράφημα λόγω του αέρα που περιέχουν τα συγκεκριμένα όργανα.

Η συνεισφορά του υπερηχογραφήματος είναι μέγιστη στη διερεύνηση της παθολογίας των περισσοτέρων συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού.

Στον τομέα της επεμβατικής ακτινολογίας, η συμβολή του υπερηχογραφήματος είναι σημαντική.

Μυοσκελετικό σύστημα

Η συμβολή του υπερηχογραφήματος την τελευταία δεκαετία είναι σημαντική στην απεικόνιση του **μυοσκελετικού συστήματος**.
Το **U/S των οστών** επιτρέπει περιορισμένα την ανάδειξη κατάγματος, περισσότερο όμως συμβάλλει στη διάγνωση της αρχικής φάσης της οστεομυελίτιδας.
Το **U/S ισχίων** αναδεικνύει τη δυσπλασία ή το συγγενές εξάρθρημα του ισχίου, καθώς και την παρουσία ενδαρθρικής συλλογής.
Επίσης, με το U/S είναι δυνατή η ανίχνευση ενδαρθρικής συλλογής και σε άλλες αρθρώσεις.
Με το **U/S μαλακών μορίων** απεικονίζονται η παθολογία του δέρματος και του υποδόριου ιστού (ξένο σώμα, λίπωμα, κύστη), των τενόντων (ρήξη, φλεγμονή), καθώς επίσης οι κακώσεις και οι χωροκατακτητικές εξεργασίες των μυών.

Με το **U/S οισοφάγου - στομάχου** πραγματοποιείται μόνο η διάγνωση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και της υπερτροφικής πυλωρικής στένωσης.
Το **U/S κοιλίας** συμβάλλει ιδιαίτερα στην ανάδειξη της φλεγμονής της σκωληκοειδούς απόφυσης, των μεσεντέριων λεμφαδένων και του εγκολεασμού του εντέρου. Παράλληλα, το υπερηχογράφημα βοηθά στις περισσότερες περιπτώσεις στην ανάταξη του εγκολεασμού του εντέρου, παρακάμπτοντας με αυτόν τον τρόπο τη χειρουργική αντιμετώπιση. Απεικονίζει επίσης κυστικούς σχηματισμούς (κύστεις επιπλόου, κύστεις μεσεντερίου).
Κατά το υπερηχογράφημα των παρεγχυματικών οργάνων της άνω κοιλίας (ήπαρ, πάγκρεας, σπλήνα), αναδεικνύονται συγγενείς, παρεγχυματικές, φλεγμονώδεις, μετατραυματικές αλλοιώσεις και χωροκατακτητικές εξεργασίες.
Η παθολογία των χοληφόρων, όπως η ατρησία, η κύστη χοληδόχου πόρου, η λιθίαση και οι φλεγμονώδεις παθήσεις της χοληδόχου κύστεως, ελέγχονται με ακρίβεια με τη συγκεκριμένη εξέταση.
Με **U/S επινεφριδίων** απεικονίζονται η υπερπλασία, η αιμορραγία και οι χωροκατακτητικές εξεργασίες των επινεφριδίων.

Ουρογεννητικό σύστημα

U/S νεφρών - κύστεως: Το υπερηχογράφημα είναι η πρώτη απεικονιστική μέθοδος διάγνωσης των συγγενών ανωμαλιών του ουροποιητικού συστήματος, οι οποίες προκαλούν υδρονέφρωση, καθώς και των αλλοιώσεων αποφρακτικού τύπου (στένωση πυελοουρητηρικής συμβολής, στένωση κυστεοουρητηρικής συμβολής, λιθίαση).
Συμβάλλει στην ανάδειξη των κυστικών βλαβών, των παρεγχυματικών αλλοιώσεων, των κακώσεων και των χωροκατακτητικών εξεργασιών, ενώ με το **Triplex U/S** ελέγχονται οι αγγειακής αιτιολογίας παρεγχυματικές βλάβες των νεφρών, καθώς και η παρακολούθηση μεταμοσχευμένου νεφρού.
Ο υπερηχογραφικός έλεγχος του ουροποιητικού συστήματος συμπεριλαμβάνει τη διερεύνηση διάτασης ή λιθίασης των ουρητήρων και της φλεγμονώδους, νεοπλασματικής, λιθιασικής ή συγγενούς αλλοίωσης της ουροδόχου κύστεως.
Με το **U/S μήτρας - ωοθηκών** ελέγχονται οι μορφολογικές ανωμαλίες, οι φλεγμονώδεις αλλοιώσεις και οι χωροκατακτητικές εξεργασίες των έσω γεννητικών οργάνων, καθώς και οι παθήσεις που προκαλούν ανωμαλίες της εμμήνου ρύσης.
Ο έλεγχος της κρυψορχίας, της κύστης του σπερματικού τόνου, της βουβωνοκήλης, της υδροκήλης και της κιρσοκήλης γίνεται με το **U/S όσχεου - όρχεων.** Το ίδιο ισχύει και για τον έλεγχο της συστροφής του όρχεως, αλλά και των φλεμονωδών μετατραυματικών και ογκόμορφων αλλοιώσεων του όρχεως και της επιδιδυμίδας.

Επεμβατική ακτινολογία

Τέλος, στον τομέα της **επεμβατικής ακτινολογίας**, η συμβολή του υπερηχογραφήματος είναι σημαντική. Με υπερηχογραφική καθοδήγηση γίνεται η βιοψία σε όργανα και σε χωροκατακτητικές εξεργασίες, καθώς και η παροχέτευση συλλογών (αιματώματα, αποστήματα).

Βασιλική Μουσάτου,
Δερματολόγος,
Ευρωκλινική Παίδων

Ηλιακό έγκαυμα

Είναι σε όλους γνωστό ότι η υπερβολική έκθεση στον ήλιο μπορεί να προκαλέσει κάποιο έγκαυμα στο ανθρώπινο δέρμα. Η σοβαρότητα του εγκαύματος αποτελεί συνάρτηση πολλών παραμέτρων, όπως ο τύπος του δέρματος (οι ανοιχτόχρωμοι κινδυνεύουν περισσότερο από τους σκούρους φωτοτύπους), η διάρκεια έκθεσης, η ώρα της ημέρας, η εποχή, το υψόμετρο, η αντανάκλαση και η προστασία με αντηλιακά ή ρουχισμό.

Το ηλιακό έγκαυμα οφείλεται στη δράση της UVA, αλλά κυρίως της UVB ακτινοβολίας, που είναι η κύρια ερυθηματογόνος ακτινοβολία και ευθύνεται για την πρόκλησή του. Τα περισσότερα αντηλιακά, ακόμη κι αν εφαρμόζονται σωστά (μεγάλη ποσότητα, τακτική επανάληψη), δεν προσφέρουν εξίσου αποτελεσματική προστασία για τη UVA όση για τη UVB ακτινοβολία, με αποτέλεσμα το έγκαυμα να προκαλείται παρά τη χρήση αντηλιακού, λόγω της υπερβολικής UVA.

Συμπτώματα

Κλινικά, το έγκαυμα από τη UVB εμφανίζεται 12-24 ώρες μετά την έκθεση, αλλά εάν αυτή είναι υπερβολική, εμφανίζεται πολύ νωρίτερα. Παρατηρείται ερύθημα (κοκκίνισμα) στην πάσχουσα περιοχή, ευαισθησία ή πόνος στην αφή και, κάποιες φορές, φυσαλίδες. Σ' αυτήν την περίπτωση μπορεί να υπάρχει οίδημα στα άκρα και στο πρόσωπο, ενώ πυρετός, ταχυκαρδία, ναυτία και υπόταση συνοδεύουν μεγάλης επιφάνειας και βαρύτητας εγκαύματα. Τα συμπτώματα διαρκούν δύο 24ωρα και μετά από 7 ημέρες ακολουθεί απολέπιση (ξεφλούδισμα) των εγκαυματικών επιφανειών. Στις περιοχές αυτές μπορεί αργότερα να εμφανιστούν κηλίδες, δυσχρωμίες, σπίλοι (ελιές), ενώ αυξάνεται η πιθανότητα καρκινογένεσης μελλοντικά.

Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση του ηλιακού εγκαύματος συνίσταται στην παραμονή σε δροσερό περιβάλλον, στην ένδυση με ελαφρά ρούχα, στην απόλυτη αποφυγή έκθεσης στον ήλιο, στη λήψη άφθονων υγρών και στη χρήση αναλγητικών για τον πόνο, όπως η ινδομεθακίνη. Ως τοπική φροντίδα για τις μεγάλες επιφάνειες συνιστάται η επάλειψη με σκευάσματα (μείγματα) που περιέχουν κορτιζόνη για την αντιμετώπιση της φλεγμονής και εντατική ενυδάτωση με μαλακτικά. Σε μικρή έκταση μπορεί να εφαρμοστούν απευθείας κορτιζονούχες κρέμες ή αλοιφές. Εάν υπάρχουν φυσαλίδες, συνιστάται ήπια αντισηψία (π.χ., οκτενιδίνη) και, αν διανοιχτούν, εφαρμογή τοπικών αντιβιοτικών αλοιφών (π.χ., φουκιδικού οξέος). Εξυπακούεται ότι δεν θα πρέπει να υπάρξει περαιτέρω έκθεση στον ήλιο για αρκετές ημέρες.

Η αποφυγή έκθεσης στον ήλιο, τα ελαφρά ρούχα, η λήψη υγρών και αναλγητικών βοηθούν στην αντιμετώπιση του ηλιακού εγκαύματος.

Γενοβέφα Χρονοπούλου,
Διευθύντρια Μικροβιολογικού Τμήματος
Ευρωκλινικής Παίδων

Ιογενείς Γαστρεντερίτιδες από Noro-ιούς

Συχνότητα & διαγνωστική προσέγγιση

Οι ιογενείς γαστρεντερίτιδες αποτελούν τη δεύτερη σε συχνότητα κλινική οντότητα μετά τις ιογενείς λοιμώξεις του αναπνευστικού, και το συχνότερο αίτιο διαρροιών στα παιδιά αλλά και στους ενήλικες.

Η συχνότητα των ιογενών γαστρεντερίτιδων εξαρτάται από την ηλικία, τη χώρα και τις συνθήκες διαβίωσης του ασθενούς και κυμαίνεται από 1 έως 3 επεισόδια το χρόνο κατ' άτομο στις ανεπτυγμένες χώρες και από 1 έως 18 στις αναπτυσσόμενες. Σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), στις υποανάπτυκτες χώρες οι γαστρεντερίτιδες ευθύνονται για 2.2 εκατομμύρια θανάτους σε παγκόσμια κλίμακα ετησίως.
Οι ιογενείς γαστρεντερίτιδες παρατηρούνται συνήθως τους χειμερινούς μήνες, σε αντίθεση με τις βακτηριακές γαστρεντερίτιδες, που έχουν έξαρση τους ζεστούς καλοκαιρινούς μήνες, κυρίως λόγω της μη καλής συντήρησης τροφίμων και ποτών.

Με βάση το παθογόνο αίτιο, οι γαστρεντερίτιδες διακρίνονται σε:
α) Ιογενείς (Rota-ιοί, Noro-ιοί, Astro-ιοί, Adeno-ιοί, Entero-ιοί, Sapo-ιοί, Corono-ιοί).
β) Βακτηριακές (σαλμονέλα, καμπυλοβακτηρίδιο, σιγκέλλα, αερομονάδα, κλωστηρίδια, υερσίνια, εντεροπαθογόνα, κολοβακτηρίδια).
γ) Παρασιτικές (λάμβλιες, κρυπτοσπορίδια, αμοιβάδες, τριχινέλλα κ.λπ.).
Μέχρι τώρα πιστεύαμε πως οι Rota-ιοί είναι οι πλέον συχνοί και πως ευθύνονται για το 50% των επιδημιών διαρροϊκών συνδρόμων σε βρέφη και παιδιά. Τα τελευταία χρόνια, όμως, νέες μελέτες φέρνουν στο προσκήνιο τους Noro-ιούς. Σύμφωνα μ' αυτές, το 85% των επιδημιών που αναφέρθηκαν από το 1995 έως το 2000 στην Ευρώπη οφείλονται σε Noro-ιούς, ενώ στην Αμερική αναφέρονται 23 εκατομμύρια περιπτώσεις λοιμώξεων από Noro-ιούς ετησίως (>60% του συνόλου).

Τι είναι οι Noro-ιοί;

Οι συγκεκριμένοι ιοί ήταν αρχικά γνωστοί ως ιοί Norwalk, διότι η ύπαρξή τους έγινε αντιληπτή ύστερα από μια επιδημία σε σχολείο του Norwalk στο Οχάιο (ΗΠΑ), που ξέσπασε το 1968 και κατά την οποία προσεβλήθη το 50% των παιδιών αλλά και μεγάλος αριθμός συγγενών τους. Το 1972 αναγνωρίστηκαν για πρώτη φορά με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο οι μικρές στρογγυλές δομές του ιού, που απομονώθηκαν από κόπρανα ασθενών της προαναφερθείσας επιδημίας, τα οποία είχαν φυλαχτεί για εξέταση. Έκτοτε απομονώθηκαν κι άλλοι ιοί με παρόμοια δομή, οι οποίοι χαρακτηρίστηκαν Norwalk-like ιοί.
Μετά το 1990, με τη βοήθεια που προσέφερε η γενετική, αναγνωρίστηκαν τέσσερα γένη των συγκεκριμένων ιών, οπότε οι ιοί Norwalk μετονομάστηκαν σε Noro-ιούς. Σύμφωνα με τη νέα ταξινόμηση, οι Noro-ιοί ανήκουν στην οικογένεια των Calici-ιών, η οποία περιλαμβάνει τέσσερα γένη, με κυριότερα ανάμεσά τους αυτό των Noro-ιών (NLVs), οι οποίοι φαίνεται πως προσβάλλουν συχνότερα τους ενήλικες, και αυτό των Sapo-ιών (SLVs), που προσβάλλουν κυρίως τα παιδιά.

Κλινική εικόνα της νόσου

Τα συνήθη συμπτώματα της νόσου είναι ναυτία, έμετοι –γι'αυτό και είναι γνωστή ως «νόσος των χειμερινών εμετών»–, μη αιματηρές διάρροιες, κακουχία, μυαλγίες, κοιλιακά άλγη και πυρετός. Η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι συνήθως 24-48 ώρες.

Οι ιογενείς γαστρεντερίτιδες παρατηρούνται συνήθως το χειμώνα, ενώ οι βακτηριακές παρουσιάζουν έξαρση τους ζεστούς καλοκαιρινούς μήνες.

Γιατί μια νόσος με τόσο μεγάλη συχνότητα δεν ήταν έως τώρα ευρέως γνωστή;

α) Δεν γινόταν αναφορά των σποραδικών κρουσμάτων.
β) Δεν διερευνούνταν πάντα τα αίτια των επιδημιών γαστρεντερίτιδας.
γ) Δεν συλλέγονταν δείγματα κοπράνων για εξέταση.
δ) Δεν υπήρχε διαγνωστικό τεστ ρουτίνας, παρά μόνο χρονοβόρες και δαπανηρές εξετάσεις.

Μικροβιολογική διάγνωση

Μέχρι πρόσφατα η μικροβιολογική διάγνωση ήταν δυνατή μόνο σε εργαστήρια αναφοράς, στα οποία χρησιμοποιείται η ηλεκτρονική μικροσκόπηση και η RT-PCR. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει η δυνατότητα ανίχνευσης του ιού σε δείγμα κοπράνων με την ανοσοενζυμική μέθοδο ELIZA, ενώ κυκλοφόρησε και ένα τεστ ανοσοχρωματογραφίας που μας δίνει τη δυνατότητα να γνωρίζουμε άμεσα αν ένα δείγμα κοπράνων περιέχει τον ιό.

Θεραπεία

Η θεραπευτική αντιμετώπιση κρίνεται απαραίτητη μόνον όταν παρατηρηθούν στον ασθενή σημάδια αφυδάτωσης και διαταραχής της οξεοβασικής ισορροπίας, τα οποία μπορεί να τον οδηγήσουν στο νοσοκομείο. Στην περίπτωση αυτή θα γίνει η αποκατάσταση των υγρών και των ηλεκτρολυτών του οργανισμού.

Μέτρα πρόληψης

α) Πολύ καλό πλύσιμο (με σαπούνι) των χεριών όσων έρχονται σε επαφή με άτομα που νοσούν.
β) Απομόνωση των ασθενών και ειδικά μέτρα προφύλαξης για το νοσηλευτικό προσωπικό και τους επισκέπτες, ώστε να αποφευχθεί η διασπορά του ιού.
γ) Διήμερη αποχή των ασθενών από την εργασία μετά την παρέλευση των συμπτωμάτων.

Η διάγνωση κρουσμάτων γαστρεντερίτιδας από Noro-ιούς μάς βοηθά να απομονώσουμε έγκαιρα τα άτομα που νοσούν, έτσι ώστε να αποφευχθούν τυχόν επιδημίες σε χώρους με ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, όπως παιδικοί σταθμοί, σχολεία, νοσοκομεία, γηροκομεία κ.λπ.

Τρόποι μετάδοσης του ιού

Ο ιός μεταδίδεται κυρίως μέσω της κοπρανοστοματικής οδού. Αποβάλλεται σε μεγάλο βαθμό από τα εμέσματα και τα κόπρανα των ασθενών μέχρι και δύο εβδομάδες μετά την ανάρρωσή τους. Λόγω ενός καψιδίου που τον περιβάλλει και που τον καθιστά ιδιαίτερα ανθεκτικό στο περιβάλλον και στα συνήθη απολυμαντικά, ο ιός έχει υψηλή μολυσματικότητα (καταστρέφεται όταν εκτεθεί στους 56°C για 30 λεπτά). Η μετάδοση μπορεί να γίνει από άτομο σε άτομο, από μολυσμένα τρόφιμα ή νερό και από άμεση επαφή με επιφάνειες ή αντικείμενα πάνω στα οποία υπάρχει ο ιός. Σπανιότερα μπορεί να μεταδοθεί μέσω της αναπνευστικής οδού μετά από επαφή με εμέσματα.

Ο χρόνος επώασης του ιού μέχρι την εκδήλωση των συμπτωμάτων είναι συνήθως 48 ώρες.

Παντελής Βιώνης,
Κλινικός Διαιτολόγος
Ευρωκλινικής Παίδων

Διατροφή & παιδικός σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1

Τι είναι ο διαβήτης;

Είναι μια χρόνια κατάσταση (νόσος) που προκύπτει από την απόλυτη ή τη σχετική ανεπάρκεια μιας ορμόνης που ονομάζεται ινσουλίνη, η οποία εκκρίνεται από το πάγκρεας. Αυτή η ορμόνη κρατά σε επιτρεπτά όρια τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Υπάρχουν δύο είδη διαβήτη, ο τύπου 1 και ο τύπου 2. Στα παιδιά και στους εφήβους εμφανίζεται ο διαβήτης τύπου 1. Σ' αυτήν την περίπτωση το πάγκρεας παράγει ίχνη ινσουλίνης ή καθόλου ινσουλίνη, με αποτέλεσμα την εμφάνιση υψηλών τιμών γλυκόζης (σακχάρου) στο αίμα.
Μακροχρόνια υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα είναι δυνατόν να οδηγήσουν στις χρόνιες επιπλοκές του διαβήτη, όπως οι οφθαλμικές παθήσεις (αμφιβληστροπάθεια), η νεφροπάθεια, η μακροαγγειακή νόσος κ.ά. Γι' αυτό το σώμα χρειάζεται υποκατάσταση της ινσουλίνης, η οποία παρέχεται μέσω ημερησίας χορήγησης ινσουλίνης. Πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν ο χρόνος και η σύνθεση των γευμάτων και των ενδιάμεσων γευματιδίων.

Γιατί το φαγητό είναι τόσο σημαντικό;

Το φαγητό το καταναλώνουμε κάθε μέρα και μας δίνει όλη την ενέργεια και τα απαραίτητα συστατικά που χρειάζεται το σώμα μας για να λειτουργήσει σωστά. Δεν υπάρχει ειδική δίαιτα για παιδιά ή εφήβους με διαβήτη. Το φαγητό πρέπει να βασίζεται στο γενικό πρότυπο υγιεινής διατροφής. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν κάποια σημεία τα οποία θα ανιχνεύσουμε και θα μελετήσουμε. Στη συνέχεια, θα αποσαφηνίσουμε και θα εξηγήσουμε πότε και ποια φαγητά πρέπει να τρώγονται σε συγκεκριμένους χρόνους και γιατί αυτό είναι τόσο απαραίτητο.

Ποιοι είναι οι βασικότεροι στόχοι της υγιεινής διατροφής για το διαβήτη;

Για να ακολουθήσει κανείς μια υγιεινή διατροφή έχοντας διαβήτη, πρέπει να τηρεί τους εξής βασικούς κανόνες:

- Να τρώει συχνά γεύματα και σνακ.
- Να τρώει τρόφιμα πλούσια σε άμυλο σε κάθε γεύμα και ενδιάμεσο γευματίδιο.
- Να μη χρησιμοποιεί τα διαβητικά προϊόντα του εμπορίου.
- Να τρώει σύμφωνα με την όρεξή του.
- Να επιλέγει ποικιλία τροφών από τις παρακάτω τροφικές ομάδες:
  - ψωμί
  - πατάτες
  - μακαρόνια
  - ρύζι
  - δημητριακά

Τα τρόφιμα αυτά παρέχουν στη διατροφή μας ένα είδος υδατανθράκων γνωστό ως άμυλο. Όταν καταναλώνουμε τα παραπάνω τρόφιμα, το άμυλο διασπάται στο σώμα μας σε μόρια γλυκόζης (σάκχαρα), τα οποία ελευθερώνονται και κυκλοφορούν στο αίμα. Αυτά τα μόρια γλυκόζης, με τη βοήθεια της ινσουλίνης, θα χρησιμοποιηθούν από το σώμα για να παραχθεί ενέργεια, η οποία είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση όλων των καθημερινών μας δραστηριοτήτων και, ειδικότερα, για την ανάπτυξη των μικρών παιδιών.

Αμυλώδεις τροφές σε κάθε κυρίως γεύμα

- Μακαρόνια
- Ψωμί
- Πίτα για σουβλάκι
- Πατάτες
- Ρύζι
- Δημητριακά
- Νουντλς

Κατά την ημερήσια χορήγηση ινσουλίνης πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν ο χρόνος και η σύνθεση των γευμάτων και των ενδιάμεσων γευματιδίων.

Αμυλώδεις τροφές σε κάθε ενδιάμεσο γευματίδιο

- **Φρούτα**
- **Κέικ (φρούτων), πάντα με την υπόδειξη της σωστής ποσότητας από διαιτολόγο**
- **Κουλουράκι Θεσσαλονίκης**
- **Μπισκότα, πάντα με την υπόδειξη της σωστής ποσότητας από διαιτολόγο**
- **Δημητριακά με γάλα**
- **Κριτσίνια**
- **Ποπ κορν**

Ζάχαρη (σάκχαρα) και σακχαρώδη προϊόντα

Τα τρόφιμα της κατηγορίας αυτής προσφέρουν ένα άλλο είδος υδατανθράκων, τα σάκχαρα. Η ζάχαρη, που υπάρχει σε υψηλή περιεκτικότητα σε διάφορα τρόφιμα, διασπάται πάρα πολύ γρήγορα σε μόρια γλυκόζης, προκαλώντας γρήγορη και απότομη αύξηση του σακχάρου στο αίμα. Το σώμα δεν μπορεί να αντεπεξέλθει σ' αυτήν τη γρήγορη αύξηση σακχάρου στο αίμα οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας. Τέτοιου είδους τρόφιμα πρέπει να καταναλώνονται σε στιγμές που το σώμα χρειάζεται γρήγορη και άμεση δόση ενέργειας, π.χ., πριν από την άσκηση ή όταν τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα είναι χαμηλά (υπογλυκαιμία). Η κατανάλωση των τροφίμων αυτών οποιαδήποτε άλλη ώρα της ημέρας θα προκαλέσει ραγδαία αύξηση του σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία). Υψηλά επίπεδα σακχάρου προκαλούν δίψα, κούραση και συχνοουρία.

Φρούτα και λαχανικά

Είναι πλούσια σε βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και φυτικές ίνες. Τα φρούτα επίσης περιέχουν φυσική ζάχαρη, τη φρουκτόζη. Κάποια από αυτά είναι αρκετά γλυκά, όπως τα σταφύλια και το καρπούζι, και πρέπει να τρώγονται σε περιορισμένες ποσότητες (πάντα με τη συμβουλή διαιτολόγου).

Αρκετά φρουτοποτά και χυμοί (νέκταρ) περιέχουν ζάχαρη και καλό είναι να αποφεύγονται. Πρέπει να προτιμώνται οι χυμοί στις συσκευασίες των οποίων αναγράφεται η ένδειξη «Χωρίς προσθήκη ζάχαρης», οι οποίοι ιδανικά καταναλώνονται μαζί με κυρίως γεύματα για μικρότερη αύξηση του σακχάρου στο αίμα.

Οι φυτικές ίνες των φρούτων βοηθούν στον καλύτερο έλεγχο του σακχάρου και πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο καθημερινό διαιτολόγιο.

Λίπη και έλαια

Σ' αυτήν την κατηγορία ανήκουν τρόφιμα που, όπως όλοι γνωρίζουμε, έχουν υψηλή θερμιδική αξία. Λίπος υπάρχει στο κρέας, στο βούτυρο, στη μαργαρίνη, στο λάδι. Υπάρχει επίσης στα παράγωγα του κρέατος, στο τυρί, σε επιδόρπια βασισμένα στη ζύμη (τυρόπιτες, λουκανικόπιτες, πίτσες, κέικ, μπισκότα, πατατάκια, γαριδάκια κ.ά).

Οι Έλληνες καταναλώνουμε τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερα λιπαρά. Καλό θα είναι, λοιπόν, τα παιδιά να μαθαίνουν από νωρίς να επιλέγουν τρόφιμα χαμηλά σε λιπαρά, και οι γονείς να επιλέγουν τους σωστούς τρόπους μαγειρέματος. Το ψήσιμο στο φούρνο, στο γκριλ ή στον ατμό και το βράσιμο είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα σωστού τρόπου μαγειρέματος.

Τα φρούτα και τα λαχανικά είναι πλούσια σε βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και φυτικές ίνες. Επιπλέον τα φρούτα περιέχουν φυσική ζάχαρη, τη φρουκτόζη.

Γάλα και τα παράγωγά του (τυρί, γιαούρτι)

Τρόφιμα πλούσια σε ασβέστιο, ένα πολύ σημαντικό ιχνοστοιχείο για τη σωστή ανάπτυξη των οστών και των δοντιών. Γιαούρτι, τυρί σε σάντουιτς και δημητριακά σε γάλα αποτελούν εξαίρετα επιδόρπια και γευματίδια. Θα πρέπει, όμως, να τονιστεί ότι αρκετά παιδικά γιαούρτια που κυκλοφορούν στην αγορά περιέχουν αρκετή ποσότητα επιπρόσθετης ζάχαρης. Επιλέξτε, λοιπόν, αυτά στα οποία αναγράφεται η ένδειξη «Χωρίς ζάχαρη». Προσέξτε ακόμη να μην πέσετε στην παγίδα των προϊόντων light, τα οποία μπορεί να είναι χαμηλά σε λιπαρά, αλλά δεν σημαίνει ότι δεν έχουν ζάχαρη. Επομένως, μην παραλείπετε να ελέγχετε τις ετικέτες πριν αγοράσετε κάποιο προϊόν.

Προσοχή: Το γάλα περιέχει ένα φυσικό σάκχαρο που ονομάζεται λακτόζη και, όταν καταναλώνεται σκέτο, σε μεγάλες ποσότητες, προκαλεί αύξηση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα. Καλύτερα λοιπόν να συνδυάζετε το γάλα με δημητριακά ή τοστ.

Κρέας, ψάρι, αβγά, τυρί, όσπρια

Τα τρόφιμα αυτά είναι πλούσια σε πρωτεΐνες, οι οποίες αποτελούν τα δομικά συστατικά που χρειάζεται το σώμα για να «χτιστεί». Από τα παραπάνω τρόφιμα καλό είναι να επιλέγονται αυτά με τα λιγότερα λιπαρά, τα οποία πρέπει να περιλαμβάνονται δύο φορές στο καθημερινό διαιτολόγιο (μεσημέρι, βράδυ). Για τις σωστές ποσότητες συμβουλευτείτε το διαιτολόγο σας.

Φυτικές ίνες

Οι φυτικές ίνες βρίσκονται κατά κανόνα στις αμυλώδεις τροφές. Τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες βοηθούν στην ανάπτυξη της αίσθησης του κορεσμού, αμβλύνουν πιθανά επεισόδια δυσκοιλιότητας και διάρροιας, και προκαλούν σταδιακή και ομαλή αύξηση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα όταν διασπώνται στο έντερο.

Τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες

Μαύρο ψωμί σίκαλης	Ρύζι Basmati
Πολύσπορο ψωμί	Φρούτα με τη φλούδα
Μαύρα κράκερ σικάλεως	Μπισκότα διαίτης
Πατάτες βραστές με τη φλούδα	Όσπρια

Παρατηρήσεις:

- **Παιδιά κάτω των πέντε ετών:** Δεν πρέπει να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες φυτικών ινών, καθώς αυτές δημιουργούν αίσθηση κορεσμού και ενοχλητικό φούσκωμα, γεγονός που μπορεί να τα αποτρέψει από το να καταναλώσουν άλλα τρόφιμα που χρειάζονται εξίσου.
- **Παιδιά από πέντε μέχρι έντεκα ετών:** Μπορούν να εντάξουν τις φυτικές ίνες στη διατροφή τους σε μεγαλύτερες ποσότητες.
- **Παιδιά πάνω των έντεκα ετών:** Πρέπει να επιλέγουν τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες.

Άσκηση και γυμναστική

Είναι γνωστό ότι όλοι χρειαζόμαστε επιπλέον ενέργεια για την άσκηση. Το αίμα μας, λοιπόν, χρησιμοποιεί τα σάκχαρα για την παραγωγή ενέργειας. Για να μη χρησιμοποιήσει το σώμα μας όλα τα σάκχαρα από το αίμα, οδηγώντας σε υπογλυκαιμία, στην οποία αναφερθήκαμε προηγουμένως, πρέπει πριν από την άσκηση να δώσουμε στον οργανισμό μας επιπλέον σάκχαρα. Τι είδους σάκχαρα όμως είναι αυτά και σε ποια ποσότητα πρέπει να προσλαμβάνονται;

Η υπερβολική ποσότητα υδατανθράκων μπορεί να μειώσει την αθλητική επίδοση, ενώ η μικρή ποσότητα δεν επαρκεί για την απαιτούμενη ενέργεια, με αποτέλεσμα τα φαινόμενα υπογλυκαιμίας.

Τα παιδιά χρειάζεται να τρώνε ένα σνακ (γεύμα) αμέσως μετά την άσκηση και να το επαναλαμβάνουν μετά από 30-40 λεπτά.

Το σώμα θα συνεχίσει να χρησιμοποιεί τη γλυκόζη από το αίμα για την παραγωγή ενέργειας, γι΄ αυτό είναι πολύ σημαντικό να τρώμε ύστερα από την άσκηση.

Επειδή, βέβαια, όλα όσα αφορούν στην άσκηση είναι εντελώς υποκειμενικά και κάθε παιδί έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες, καλό είναι να συμβουλεύεστε το διαιτολόγο σας για τη σωστή ποσότητα φαγητού και τον κατάλληλο χρόνο λήψης του.

Τι αναγράφεται στην ετικέτα

Για να είστε σίγουροι ότι ένα τρόφιμο ή ποτό δεν έχει πρόσθετη ζάχαρη, πρέπει να παρατηρήσετε προσεκτικά δύο σημεία:

- ▲ Τα συστατικά
- ▲ Τη διατροφική ανάλυση

Τα συστατικά

Αναγράφονται με σειρά βάρους, πράγμα που σημαίνει ότι το συστατικό που αναγράφεται στην αρχή της λίστας βρίσκεται σε μεγαλύτερη ποσότητα στο συγκεκριμένο προϊόν, ενώ αυτό που αναγράφεται στο τέλος περιλαμβάνεται σε μικρότερη ποσότητα. Για παράδειγμα:

▲ Αν η ζάχαρη είναι στην αρχή της λίστας, το ποτό ή το τρόφιμο περιέχει μεγάλη ποσότητα ζάχαρης.

Πολλά τρόφιμα και ποτά αναγράφουν την ένδειξη light. Αυτό, όπως προαναφέραμε, δεν σημαίνει ότι περιέχουν λιγότερη ζάχαρη. Κάθε άλλο! Μπορεί να περιέχουν ακόμα μεγαλύτερη ποσότητα από την κανονική για να βελτιώσουν τη γεύση του προϊόντος.

Υπάρχουν πολλά ονόματα σακχάρων τα οποία θα πρέπει να ελέγχονται, όπως σιρόπι γλυκόζης, ζάχαρη, σουκρόζη.

Η διατροφική ανάλυση

Η διατροφική ανάλυση συχνά χρησιμεύει όταν θέλετε να συγκρίνετε δύο τρόφιμα της ίδιας κατηγορίας (δύο χυμούς ή δύο γιαούρτια, για παράδειγμα). Μια τέτοια ανάλυση μπορεί να σας δώσει τις ακόλουθες πληροφορίες:

Χαμηλό σε λιπαρά
Γιαούρτι
Φράουλας
Παρασκευάζεται στην Ελλάδα

ΠΡΟΣΟΧΗ! Χαμηλό σε λιπαρά, όχι σε ζάχαρη.

Συχνά αναγράφεται ο τρόπος παραγωγής του προϊόντος.

ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ
Ζάχαρη, φράουλα, Σταθεροποιητές, (πεπτίνη), Χρώματα, Κιτρικό οξύ

Η ζάχαρη είναι πρώτη στη λίστα. Άρα βρίσκεται σε μεγάλη περιεκτικότητα στο γιαούρτι.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τυπικές τιμές	Ανά 100 γρ.
Ενέργεια	379 kj (89 kcal)
Πρωτεΐνη	4,8 g
Υδατάνθρακες	15,6 g
(από τα οποία σάκχαρα)	15,6 g
Λίπος	1,3 g
(από τα οποία κορεσμένα)	0,8 g
Νάτριο	λιγότερο από 0,1 g
Φυτικές ίνες	0,6 g
Ασβέστιο	160 mg
Διατηρείται στο ψυγείο	όχι στη κατάψυξη
150Ge	

Γραμμάρια συστατικών πάντα στα 100 gr.

Λεπτομέρειες και οδηγίες αποθήκευσης τροφίμων πρέπει να δίνονται.

Η χώρα παρασκευής και το όνομα του παραγωγού πρέπει να αναγράφονται

Παρασκευάζεται από την εταιρεία (πλήρης διεύθυνση της εταιρείας)

Μάνη

Άγρια ομορφιά

Καθαρές, κρυστάλλινες θάλασσες, γραφικά λιμανάκια, σπήλαια, παραλίες βραχώδεις, βοτσαλωτές ή αμμώδεις είναι μερικά από τα στοιχεία που συνθέτουν ένα τοπίο που θυμίζει ζωγραφικό πίνακα. Το Οίτυλο, η Αρεόπολη, ο Δυρός, η Κοίτα-Νόμια, ο Γερολιμένας, η Βάθεια, το Μαρμάρι, το Πόρτο Κάγιο, η Κοκκάλα, ο Δρυμός, ο Κότρωνας και τα υπόλοιπα χωριά της Μάνης είναι ιδανικά για τον επισκέπτη που θέλει να περπατήσει στα χνάρια της Ιστορίας και να κρατήσει στις αναμνήσεις του εικόνες αληθινής ομορφιάς.

❑ Νότια του Άνω Ταϋγέτου και μεταξύ της Βέργας και του Ερζερού βρίσκεται η περιοχή που εντυπωσιάζει με την ομορφιά, τα τοπία, το πνεύμα και τους ανθρώπους της. Η Μάνη περιλαμβάνει όλη την περιοχή μέχρι το Ακρωτήριο Ταίναρο και τον γνωστό Κάβο Ματαπά και, σύμφωνα με τους ιστορικούς, κατοικείται συνεχώς από την παλαιολιθική εποχή. Ο τόπος αρχικά κατοικήθηκε από τους Λέλεγες, ενώ, στη συνέχεια, από τα βραχώδη εδάφη του πέρασαν Αχαιοί, Δωριείς, Ελευθερολάκωνες και Φράγκοι. Και βέβαια, εδώ, στις 17 Μαρτίου του 1821, κηρύχθηκε η έναρξη της ελληνικής επανάστασης, όταν ο ηγέτης της Μάνης Πετρόμπεης Μαυρομιχάλης σήκωσε το λάβαρο της απελευθέρωσης της πατρίδας από τον τουρκικό ζυγό.

❑ Πολλά έχουν ειπωθεί για τους κατοίκους της περιοχής. Η αλήθεια είναι ότι οι Μανιάτες υπερασπίστηκαν με το αίμα τους τον τόπο τους για χιλιάδες χρόνια. Μαχητικοί από τη μία, ανθρώπινοι στις μεταξύ τους σχέσεις και φιλικοί προς τους επισκέπτες από την άλλη, ανταποκρίνονται στα γραφόμενα του διανοητή Φτέρη: «Οι Μανιάτες έχουν τόσο σθεναρή μνήμη, που δεν ξεχνούν ούτε το καλό ούτε το κακό».

❑ Πολλές εκδοχές απαντώνται σχετικά με το πότε και το πώς δόθηκε στην περιοχή το όνομα Μάνη. Σύμφωνα με μία, η ονομασία προέρχεται από τη λατινική λέξη manus (χέρι), επειδή οι ναυτικοί που παρέπλεαν το ακρωτήρι Ταίναρο, βλέποντας το σχήμα της ξηράς, την αποκαλούσαν Brazzo di Maina. Άλλη εκδοχή υποστηρίζει πως οι ναυτικοί που περνούσαν από την περιοχή έκαναν μάινα τα πανιά, λόγω των ισχυρών ανέμων. Μια τρίτη εκδοχή λέει ότι οι Ρωμαίοι αποκαλούσαν συχνά την περιοχή In Manis, επειδή εδώ ήταν η πύλη του Άδη, όπου έρχονταν οι ψυχές (manes). Ακόμη μία εκδοχή, που προέκυψε προσφάτως, θέλει το όνομα να προέρχεται από τον Μάνη, τον πατέρα του Κρόνου και παππού του Δία. Στη *Θεογονία* του Απολλόδωρου διαβάζουμε: «Μάνης το δεύτερο όνομα του θεού Ουρανού». Όποια κι αν είναι η αλήθεια, είναι φανερό ότι στα χώματα της Μάνης ο μύθος είναι βαθιά ριζωμένος.

❑ Η Μάνη είναι ένας τόπος ιδανικός για εξερεύνηση. Σαν ένα απέραντο μουσείο, μετράει 96 παραδοσιακούς οικισμούς –κάποιοι εκ των οποίων είναι μεσαιωνικοί–, 800 πύργους, περισσότερες από 1.000 βυζαντινές και μεταβυζαντινές εκκλησίες με υπέροχες αγιογραφίες και περισσότερα από 70 πανέμορφα σπήλαια. Στην περιοχή βρίσκονται πάνω από 100 καλντερίμια, που προσφέρονται για πεζοπορία, 32 ενδημικά φυτά μοναδικά στον κόσμο, περισσότερα από 120 ενδημικά της Ελλάδας και τρία από τα ομορφότερα φαράγγια της χώρας μας. Είναι φανερό πως η Μάνη δεν εξαντλείται με μία και μόνο επίσκεψη.

➲ Εδώ η φύση και οι άνθρωποι μοιάζουν. Σχεδόν το μοναδικό δομικό υλικό στην περιοχή είναι η πέτρα. Άφθονη στα γύρω βουνά, γκρίζα, λαξευτή, έγινε η πρώτη ύλη για να χτιστούν σπίτια, φράκτες και πύργοι εξαιρετικής αρχιτεκτονικής. Αν αγαπάτε την πεζοπορία, στη Μάνη θα βρεθείτε στον παράδεισό σας: τα μονοπάτια, συνολικού μήκους 100 χιλιομέτρων και λιθόστρωτα στο μεγαλύτερο μέρος τους, περιμένουν να τους αφήσετε τα ίχνη σας.

➲ Πρώτη στάση η Αεροπόλη, με το σκληρό αλλά ελκυστικό τοπίο, όπου το μπλε της θάλασσας «παλεύει» με το πράσινο. Εδώ, στην «κεφαλή» της Μέσα Μάνης, σ' αυτήν την πολιτεία που πήρε το όνομά της από τον Άρη, το θεό του πολέμου, τα διατηρητέα μνημεία είναι οι εκκλησίες του Αγίου Ιωάννη του Προδρόμου, του Αγίου Αθανασίου, με υπέροχες τοιχογραφίες, και της Παναγίας Τσιπιώτισσας, ο πύργος Μαυρομιχάλη –τετραώροφος, περιτριγυρισμένος από ένα μεγάλο κτηριακό συγκρότημα– και ο τριώροφος πύργος Πικουλάκη, που λειτουργεί ως μουσείο μετά την αναπαλαίωσή του.

➲ Δεύτερη στάση το Οίτυλο, ένα από τα ωραιότερα παραδοσιακά χωριά της Μάνης. Βρίσκεται 11 χλμ. από την Αρεόπολη και είναι κτισμένο αμφιθεατρικά, στη δυτική όχθη του φαραγγιού που χωρίζει τη Μέσα Μάνη από την Έξω ή Μεσσηνιακή. Τα ερείπια του κάστρου της Κελεφάς βρίσκονται απέναντί του, ενώ στα νότια μπορεί κανείς να διακρίνει τους δίδυμους κόρφους του Λιμενίου και της Τσίπας. Στην πανάρχαια αυτήν πόλη, που σύμφωνα με τον Όμηρο ανήκε στο βασίλειο του Μενελάου, ανακαλύφθηκαν αρχαιολογικά ευρήματα της μυκηναϊκής, της κλασικής και της ρωμαϊκής εποχής. Στην πλατεία του γραφικού χωριού θα δείτε το άγαλμα του Ηλία Τσαλαφατίνου, ήρωα της επανάστασης του 1821. Μόλις ένα χιλιόμετρο νοτιότερα, η Μονή Δεκούλου ή Ντεκούλου, με σωζόμενη εκκλησία και υπέροχες αγιογραφίες, σας περιμένει για στιγμές γαλήνης και δέους.

➲ Τρίτη στάση το Νέο Οίτυλο. Έξι χιλιόμετρα από την Αεροπόλη, η Τσίπα, που μετονομάστηκε σε Νέο Οίτυλο το 1903, είναι ιδανική για μπάνιο κατά τους καλοκαιρινούς μήνες. Κάτω από τις πλαγιές του βουνού σώζονται τα ερείπια του κάστρου της Κελεφάς.

➲ Τέταρτη στάση το Λιμένι, ένα μικροσκοπικό λιμανάκι που θυμίζει πίνακα ζωγραφικής, καθώς τα λιγοστά πέτρινα σπίτια του με τα χρωματιστά παράθυρα και τις κεραμιδένιες σκεπές ρίχνουν τη σκιά τους πάνω στα βράχια που βρέχονται από τα γαλαζοπράσινα νερά του ομώνυμου όρμου.

➲ Εάν βρεθείτε στη Μάνη, θα ήταν παράλειψη να μην επισκεφθείτε ένα από τα σπουδαιότερα και μεγαλύτερα σπήλαια στον κόσμο, το σπήλαιο του Δυρού. Αποτελεί πόλο έλξης χιλιάδων επισκεπτών και θα σας γοητεύσει με την ομορφιά του.

➲ Παραδοσιακά προϊόντα της περιοχής, που αξίζει να γευθείτε, είναι οι ελιές, το ελαιόλαδο, το μέλι, το τουλουμίσιο τυρί, το παστό χοιρινό ή το σύγκλινο, οι χυλοπίτες, ο τραχανάς, το φρέσκο ζυμωτό ψωμί, οι δίπλες, τα γλυκά του κουταλιού, οι μαρμελάδες, τα αρωματικά φυτά, η ρίγανη και το τσάι.

Χρήσιμα Τηλέφωνα

Κωδικός περιοχής: 27330
Δήμος Ανατολικής Μάνης, τηλ.: 25283
Αστυνομικό Τμήμα Αρεόπολης, τηλ.: 51209
Αστυνομικό Τμήμα Γυθείου, τηλ.: 22271
Κέντρο Υγείας Αρεόπολης, τηλ.: 51259
Ιατρείο Κότρωνα, τηλ.: 21210
Δασαρχείο Γυθείου, τηλ.: 22255

Παξοί

Όλα όσα πρέπει να ξέρετε για τον «Βενιαμίν» των Επτανήσων

Οι Παξοί, το μικρότερο νησί του Ιονίου, είναι μια Εδέμ πλούσια σε φυσικές ομορφιές, την οποία μπορεί κανείς να διασχίσει πεζοπορώντας απ' άκρη σ' άκρη. Είναι κατάφυτοι από ελαιώνες και, αν αυτές οι τριακόσιες χιλιάδες ρίζες ήταν καντήλια, θα κάναμε λόγο για το πιο ιερό μέρος σε ολόκληρη την Ελλάδα. Σε αντίθεση, οι Αντίπαξοι είναι ένας αμπελώνας γεμάτος μέθη για ζωή.

✔ Η θερμοκρασία εδώ δεν έχει δυσάρεστες εκπλήξεις. Τα καλοκαίρια στους Παξούς είναι δροσερά· σ' αυτό συμβάλλουν τα υψηλά ποσοστά υγρασίας, οι σποραδικές καλοκαιρινές μπόρες και οι μέτριας εντάσεως άνεμοι που φυσούν τις όμορφες απογευματινές ώρες.

✔ Το νησί των Παξών οφείλει την ονομασία του στη φοινικική λέξη «πακς», που σημαίνει γεωμετρικό τραπέζιο. Σύμφωνα με την ελληνική μυθολογία, ο θεός Ποσειδώνας χτύπησε με την τρίαινά του την Κέρκυρα για να δημιουργήσει τους Παξούς και να «στεγάσει» τον έρωτά του με την Αμφιτρίτη. Από τότε, η τρίαινα του θεού έγινε έμβλημα του νησιού, που κατακτήθηκε διαδοχικά από τους Ρωμαίους, τους Ενετούς, τους Γάλλους και τους Άγγλους.

✔ Αν και πρωτεύουσα και λιμάνι του νησιού με έντονη τουριστική κίνηση, ο Γάιος, που οφείλει το όνομά του σε ένα μαθητή του Αποστόλου Παύλου, ο οποίος δίδαξε και πέθανε στο νησί, διατηρεί το παραδοσιακό χρώμα του, θυμίζοντας ναΐφ ζωγραφιά· βρίσκεται στο τέρμα του καναλιού που χωρίζει τους Παξούς από τα δύο καταπράσινα νησιά Παναγιά και Αϊ-Νικόλας, και αποτελεί μια σύνθεση κουκλίστικων δίπατων σπιτιών με κεραμιδένιες στέγες και διατηρητέων νεοκλασικών επτανησιακής αρχιτεκτονικής, που εντυπωσιάζουν με την απλότητα και την καλαισθησία τους. Το δαντελωτό καμπαναριό της γραφικής εκκλησίας της Αναλήψεως προσθέτει μια ζωηρή πινελιά χρώματος στο σκηνικό, καθώς μοιάζει σαν να βούτηξε σε μια δεξαμενή ζεστής τερακότας.

✔ Τα υπόλοιπα μέρη του νησιού κρύβουν τις δικές τους ομορφιές. Ο γραφικός παραθεριστικός οικισμός της Λάκκας εντυπωσιάζει τον επισκέπτη με τα στενά, ήρεμα σοκάκια του, τη μαγευτική θέα από το φάρο και το ερειπωμένο πια φρούριο Ελληνόσπιτο, όπου κατέφευγαν οι ντόπιοι όταν ο Μπαρμπαρόσα και οι όμοιοί του απειλούσαν τη γαλήνη του νησιού. Ο Λόγγος φημίζεται, μεταξύ άλλων, για τις παραδοσιακές ταβέρνες του με τις εκπληκτικές ελληνικές νοστιμιές τους.

➠ Οι παραλίες Λεβρεχιό, Μαρμάρι, Κήπος και Κηπιάδης προσφέρονται για κολύμπι, windsurf, αλλά και για κάμπινγκ, ενώ πιο παρθένα σκηνικά προσφέρουν τα Φύκια και η Γλυφάδα. Τα ολόλευκα βότσαλα και η ψιλή σαν ζάχαρη άχνη άμμος στο Βουτούμι και στη Βρίκα κόβουν την ανάσα. Γύρω από το νησί κρύβονται μερικοί από τους ωραιότερους βυθούς της Ελλάδας. Εάν ασχολείστε ή θέλετε να ασχοληθείτε με την κατάδυση, ξεκινήστε το ταξίδι στο απέραντο γαλάζιο από τα υγρά σπλάγχνα των Παξών.

➠ Πηγάζουν από το υπέδαφος, καταλήγουν στη θάλασσα και η φήμη τους μετράει αιώνες. Οι περισσότερες από τις θειούχες ιαματικές πηγές του νησιού έχουν αξιοποιηθεί και οι θεραπευτικές τους ιδιότητες συστήνονται για ρευματικές και δερματικές παθήσεις κ.ά. Τις σημαντικότερες από αυτές θα τις βρείτε στον Οζιά, στο Γιαννά και στη Γλυφάδα.

➠ Μερικά από τα αξιοθέατα που μπορεί να θαυμάσει κανείς είναι το Ενετικό Κάστρο του Αϊ-Νικόλα, ο λευκός, επιβλητικός γκρεμός του Ερημίτη, η Καμάρα, ο κατακόρυφος βράχος του Ορθόλιθου και οι Γράβες. Εξήντα τέσσερις εκκλησίες είναι χτισμένες διάσπαρτα στους Παξούς. Ανάμεσά τους ξεχωρίζει η δίτρουλη εκκλησία της Υπαπαντής στη Λάκκα.

➠ Οι περιπλανήσεις στα μονοπάτια μέσα στους ελαιώνες είναι η μία εναλλακτική που έχετε για να απολαύσετε το νησί. Ο γύρος του νησιού με σκάφος είναι η άλλη. Όπως και να 'χει, δεν θα χάσετε.

➠ Κάθε χρόνο στους Παξούς γίνονται διάφορες λαϊκές γιορτές. Ξεχωρίζουν η γιορτή της Νερολαδιάς και το Πανηγύρι της Παναγιάς, όπου το Δεκαπενταύγουστο γίνεται διανομή ζωμού. Επίσης, το πρώτο δεκαήμερο του Ιουλίου γίνονται μουσικές συναντήσεις και το πρώτο δεκαήμερο του Σεπτέμβρη πραγματοποιείται το Φεστιβάλ Κλασικής Μουσικής. Αλλά ο λαμπρότερος εορτασμός στο νησί είναι στις 29 Ιουνίου, όταν, μαζί με τους Αγίους Αποστόλους, γιορτάζεται και ο Άγιος Γάιος.

➠ Από τους Παξούς αξίζει να προμηθευτείτε ελιές και λάδι – άλλωστε, δεν είναι λίγες οι φορές που το λάδι των Παξών έχει αποσπάσει βραβεία για την ξεχωριστή γεύση του και τη μοναδική ποιότητά του. Το ταξίδι της γεύσης συνεχίστε το με σκορπιό μπουρδέτο, σμέρνα μπιάνκο, τσιλιχουρδόπιτα και, οπωσδήποτε, με γλυκούς μπολσεβίκους. Τέλος, δοκιμάστε το ψωμί του φούρνου στο Λόγγο· είναι ίσως το καλύτερο της χώρας.

➠ Χαλαρώστε και πιείτε ένα κοκτέιλ ακούγοντας ambient ήχους και θαυμάζοντας το ηλιοβασίλεμα στο μπαρ του Ερημίτη. Χωμένο στους γκρεμούς των Άσπρων Βράχων, στα Μποϊκάτικα, αποδεικνύει ότι, όταν ο Θεός έχει κέφια, ο άνθρωπος μπορεί να γελάει.

Χρήσιμα Τηλέφωνα

Κωδικός περιοχής: 26620
Δήμος Παξών, τηλ.: 32100, 32207
Κέντρο Υγείας Παξών, τηλ.: 31466
Μουσείο Παξών, τηλ.: 32566
Αστυνομία, τηλ.: 32222
Λιμεναρχείο, τηλ.: 32533
Τελωνειακός σταθμός, τηλ.: 32676
Πυροσβεστικό κλιμάκιο, τηλ.: 31657, 31245

Νικήτας Παπαδάκης,
Υπεύθυνος Κουζίνας,
Ευρωκλινικής Αθηνών

Συνταγές

Για απολαυστικά και υγιεινά πιάτα

Ψαρονέφρι σοτέ
με σάλτσα μανιταριών

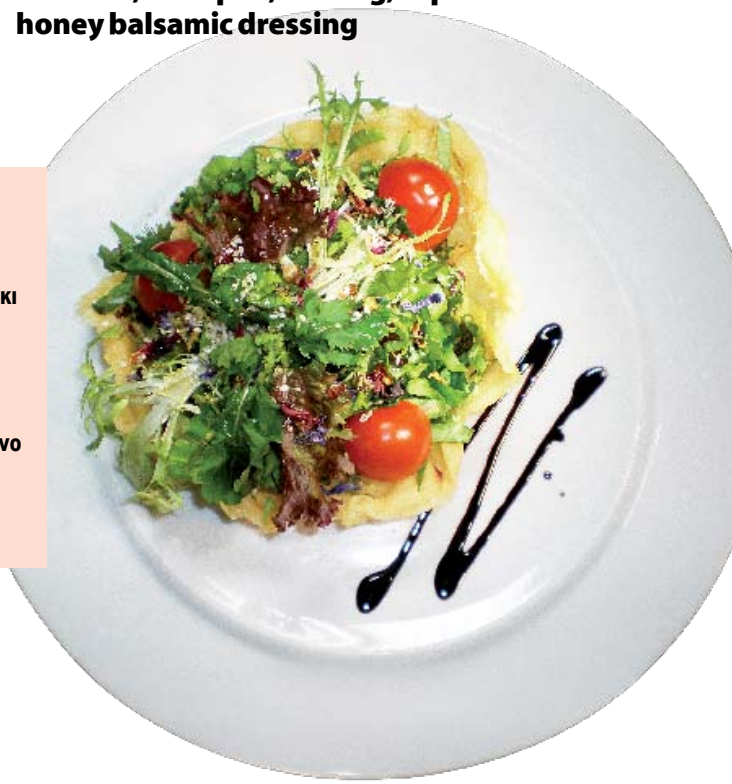
Συνοδεύεται με μπουκέτο από σπαράγγια, χωριάτικη πατάτα με φλούδα και τοματίνια γλασέ

Υλικά για 4 άτομα
1 κιλό χοιρινό φιλέτο
120 γρ. λευκό κρασί
120 γρ. φρέσκα baby σπαράγγια
400 γρ. πατάτες Νέας Γης
200 γρ. ποικιλία μανιταριών
6 τοματίνια
Θυμάρι
Αλάτι, πιπέρι

Εκτέλεση

Μαρινάρουμε το ψαρονέφρι με αλατοπίπερο και λίγο θυμάρι, το σοτάρουμε σε καυτό λάδι ή βούτυρο, προσθέτουμε τα μανιτάρια και σβήνουμε με λευκό κρασί.
Ζεματάμε τα σπαράγγια σε αλατισμένο βραστό νερό, κόβουμε τις πατάτες κυδωνάτες και τηγανίζουμε σε μέτρια φριτούρα. Τελειώνουμε με τα τοματίνια, αφού τα βάλουμε στο φούρνο με λίγη ζάχαρη, βούτυρο και κρασί για οκτώ λεπτά.

Τραγανή πράσινη σαλάτα
σε φωλιά καπνιστού ρεγκάτο με ρόκα, σπανάκι, εσκαρόλ, iceberg, τοματίνια και honey balsamic dressing



Υλικά
2 τεμάχια ρόκα
1 τεμάχιο εσκαρόλ
6 φυλλαράκια σπανάκι
1 τεμάχιο iceberg
4 τοματίνια
80 γρ. μέλι
40 γρ. βαλσάμικο
120 γρ. έξτρα παρθένο ελαιόλαδο
5 γρ. σουσάμι
Αλάτι, πιπέρι

Εκτέλεση

Ξεκινάμε φτιάχνοντας τη φωλιά. Ρίχνουμε το καπνιστό ρεγκάτο τριμμένο σε αντικολλητικό τηγάνι και ψήνουμε σε μέτρια φωτιά μέχρι να κάνει κρούστα. Στη συνέχεια, βγάζουμε την κρούστα από το τηγάνι και την αναποδογυρίζουμε σε ένα μπολ για να σχηματιστεί η φωλιά. Πλένουμε καλά τα λαχανικά και τα κόβουμε με τα χέρια φύλλο φύλλο. Τα ανακατεύουμε και τα τοποθετούμε μέσα στη φωλιά.
Για το dressing χτυπάμε καλά τα υπόλοιπα υλικά σε σέικερ μέχρι να ομογενοποιηθούν και να πάρουν τη μορφή κρέμας.

Μιλφέιγ
με φρέσκιες φράουλες, άρωμα βανίλιας και σιρόπι βύσσινο

Υλικά για 6 άτομα
1 πακέτο σφολιάτα
500 γρ. φρέσκο γάλα
80 γρ. ζάχαρη
100 γρ. αλεύρι
3 αβγά
20 γρ. βούτυρο
1 στικ φρέσκιας βανίλιας
500 γρ. φράουλες
50 γρ. Αρμανιάκ
Λίγο λεμόνι
Λίγο αλάτι

Εκτέλεση

Ξεκινάμε φτιάχνοντας την κρέμα: βάζουμε σε ένα κατσαρολάκι το γάλα και σιγά σιγά ρίχνουμε όλα τα υλικά και τα βράζουμε καλά μέχρι να σχηματίσουν μια λεία κρέμα. Την αφήνουμε να κρυώσει και προσθέτουμε τις μαριναρισμένες φράουλες με το Αρμανιάκ και τη ζάχαρη. Προαιρετικά ρίχνουμε λίγο κιγιέ. Βάζουμε σε τσέρκι τη σφολιάτα, ρίχνουμε κρέμα και επαναλαμβάνουμε (το γλυκό θα πρέπει να έχει τρεις στρώσεις σφολιάτας - κρέμας). Γαρνίρουμε με τριμμένη σφολιάτα, ζάχαρη άχνη, φρέσκιες φράουλες και σιρόπι βύσσινο. Αφήνουμε το γλυκό στο ψυγείο για μιάμιση ώρα πριν το σερβίρουμε.