Και σε τόπο μακρινό...

Μπες Μπες Μπες
Mpes Mpes Mpes

ΜΟΝΟ ΑΠΟ 5€

Κάλυψη - Αποκάλυψη

Για σένα, που θες Internet από το κινητό σου,
η COSMOTE σου δίνει απίθανη κάλυψη,
με ταχύτητες που γρηγορότερες δεν υπάρχουν.

Όπου θες, γρήγορα ΜΠΕΣ!

COSMOTE ο κόσμος μας, εσύ.

www.cosmote.gr

Medilife

Free Copy Ιούνιος - Δεκέμβριος 2010

Medilife

Ιούνιος - Δεκέμβριος 2010 - Τεύχος 13

- Φλεβική Ανεπάρκεια
- Κότσι - Νέα τεχνική αντιμετώπισης
- Ρινοπλαστική - Ωτοπλαστική
- Σιδηροπενική Αναιμία

editorial

Ιωάννης Κοκολινάκης,
Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου
Ευρωκλινικής

Αγαπητοί αναγνώστες,

Ο Όμιλος της Ευρωκλινικής, προσηλωμένος στην φιλοσοφία που διέπει τη λειτουργία του εδώ και πολλά χρόνια, συνεχίζει την αέναη προσπάθεια για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υψηλού επιπέδου.

Υπερήφανοι για το ανθρώπινο δυναμικό μας, εξακολουθούμε να προσθέτουμε στις ιατρικές μας μονάδες νέο εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας και να δημιουργούμε εξειδικευμένα τμήματα που έχουν στόχο να δίνουν αξιόπιστες απαντήσεις και αποτελεσματικές λύσεις στα προβλήματα των ανθρώπων που εμπιστεύονται τον Όμιλο της Ευρωκλινικής.

Σε μια περίοδο κρίσης αρχών, αξιών και θεσμών, σε μια περίοδο που η ανασφάλεια τείνει να χαρακτηρίσει κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα, η αφοσίωση στην φιλοσοφία μας γίνεται ακόμη πιο επιβεβλημένη, γιατί τώρα, περισσότερο από ποτέ, «Κοντά μας πρέπει να νιώθετε ασφαλείς».

Medilife περιεχόμενα

Ιούνιος - Δεκέμβριος 2010 / Τεύχος 13

Μόνιμες Στήλες

6 **News**

Ιατρική

24 **Προληπτικός έλεγχος για καρκίνο**
28 **Ταξιδιωτική Ιατρική**
30 **Κότσι:** Νέα τεχνική αντιμετώπισης
32 **Λαπαροσκοπική αποκατάσταση κηλών κοιλιακού τοιχώματος με τοποθέτηση πλέγματος**
34 **Οισοφάγος Barrett:** Μια προκαρκινική πάθηση
38 **Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση**
40 **Τα γενέθλια του «πατέρα» της αγγειοπλαστικής**
44 **Φλεβική ανεπάρκεια**
48 **Ρινοπλαστική - Ωτοπλαστική**
50 **Ενδοσκοπική Πλαστική Χειρουργική**
52 **Κυφοπλαστική με μπαλονάκι**
56 **Μαστογραφία:** Μύθοι και πραγματικότητα
60 **Κήλες του κοιλιακού τοιχώματος:** Σύγχρονες τεχνικές αντιμετώπισης
64 **Σακχαρώδης διαβήτης και διακοπές**
68 **Λίγα λόγια για την άνοια**
70 **Αδυνάτισμα:** Μύθοι & αλήθειες Η σωστή προσέγγιση
74 **Monovision**

Ευρωκλινική Παίδων

78 **Σιδηροπενική αναιμία:** Πρόληψη & αντιμετώπιση

82 **Λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (H.pylori)**
86 **Το παιδί με κοντό ανάστημα**
88 **Οξεία ωτίτιδα στα παιδιά**
92 **Πλαστική χειρουργική και παιδί**
94 **Οξεία σκωληκοειδίτιδα στα παιδιά**
96 **Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή & νευροαναπτυξιακές διαταραχές**
98 **Νευρομυϊκά νοσήματα:** Κατάταξη και κλινική εικόνα
102 **Στρεπτοκοκκική αμυγδαλίτιδα**
104 **Ήλιος και δέρμα**
108 **Γυαλιά ηλίου και παιδί**

Healthy Food

112 **Συνταγές για απολαυστικά και υγιεινά πιάτα**

Medilife

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

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

Διευθύντρια Έκδοσης: Χριστίνα Ταμπουρέα,
Εμπορική Διευθύντρια Ομίλου Ευρωκλινικής
Επιμέλεια Ύλης: Χριστίνα Κοροβέση, Νάνσυ Χριστοπούλου
Συντονισμός Ύλης: Έφη Σοφιανού

Επιστημονική Επιτροπή
Καθηγητής Μ. Φιλιππάκης, Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής Ευρωκλινικής Αθηνών, Διευθυντής Χειρουργικού Τομέα
Νικόλαος Φινοκαλιώτης, Διευθυντής Χειρουργικής 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
Εμπορικός Διευθυντής Ομίλου: Στάθης Βωβός
Εμπορική Διεύθυνση: Ιωάννα Αγγελή
Σύμβουλος Επικοινωνίας: Αναστασία Παρετζόγλου
Σύμβουλος Διοίκησης: Θάνος Παπαχρήστου

Creative Layout & Editorial Management: Corporate Publications Division
Business Unit Director: Νικόλαος Παπαβασιλείου
Μαρίνου Αντύπα 41-45, 141 21, Νέο Ηράκλειο,
τηλ.: 210-2705100, fax: 210-2705199
Creative Art Director: Μαρκέλλα Κοπτάκη
Art Directors: Σέβη Κοπτάκη, 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: Ελίνα Αμπατζόγλου
Photo Research Director: Γραμματική Μαντάκη
Photo Research Editors: Νικολέτα Διαμαντοπούλου, Νάντια Νιάρχου, Ματίνα Πολιά

Φωτογραφία Εξωφύλλου: Istockphoto
Φωτογραφίες: Istockphoto, IML Image Group, Ideal Images, Apeiron
Διεύθυνση Διαφήμισης: Μαρία Καζάντζα
Υπεύθυνες Διαφήμισης: Χριστίνα Γιαννοπούλου, Ευγενία Χατζοπούλου
Υποδοχή Διαφήμισης: Μελίνα Πετρουλά, τηλ.: 210-2705370

Διεύθυνση Παραγωγής: Αλέξης Βαλούρδος
Συντονισμός Παραγωγής: Μάκης Κουτσανδρέας
Υπεύθυνος Παραγωγής: Βασίλης Γαβαλάς
Ποιοτικός Έλεγχος Παραγωγής: Λευτέρης Νικόπουλος, Γιάννης Σπαθούλας
Βοηθός Διευθυντή Παραγωγής: Νένα Καλλία
Παραγωγή: Αγγελική Φούντα
Διεκπεραίωση Παραγωγής: Νίκος Κόλλιας, Ηλίας Σελεμαζίδης
Υπεύθυνος Τμήματος Επεξεργασίας Εικόνας: Χρήστος Σιμίτας
Διαχωρισμοί Εικόνας: Μιχάλης Διονυσάκης, Ηλιάνα Μποβολή, Στέλιος Σοφιανός
Επεξεργασία Εικόνας: Στέλιος Δημητροκάλης, Μαρία Μπακούτη, Αίμη Μπουσίου, Δάφνη Παπαδάκη, Μαρία Ροκά, Αλέξανδρος Χαλόουπκα, Μαρία Χασάπη
Υπεύθυνος Τελικού Ελέγχου Μακέτας: Βασίλης Δρανδάκης
Τελικός Έλεγχος Μακέτας: Αλέξης Μούγιος, Μιχάλης Μπαξεβάνης, Αγγελίνα Νικολάου
Υπεύθυνος Ηλεκτρονικού Μοντάζ & Φιλμογράφησης: Αντώνης Αρμάος
Ηλεκτρονικό Μοντάζ & Φιλμογράφηση: Γιάννης Μούγιος, Βασίλης Νάκος
Το περιοδικό διατίθεται δωρεάν

Συμμετοχή Ομίλου Ευρωκλινικής στο 25ο Διεθνές Καρδιολογικό Συνέδριο Κλινικής Καρδιολογίας

Ο κ. Adolf Hutter, Professor of Medicine and Physician (Cardiologist), Massachusetts General Hospital.

Δυναμική ήταν η παρουσία του Ομίλου Ευρωκλινικής στο 25ο Διεθνές Καρδιολογικό Συνέδριο Κλινικής Καρδιολογίας, το οποίο πραγματοποιήθηκε με μεγάλη επιτυχία στο ξενοδοχείο Caravel από τις 8 έως τις 10 Απριλίου 2010 και το οποίο οργάνωσαν το Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας και η Α' Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, υπό την αιγίδα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Κορυφαίοι καρδιολόγοι και καρδιοχειρουργοί της Ευρωκλινικής Αθηνών παρουσίασαν πολύ ενδιαφέροντα θέματα.

Η 12η συνεδρία με θέμα «Καρδιολογικός Έλεγχος Ερασιτεχνών Αθλητών» πραγματοποιήθηκε με την υποστήριξη του Τμήματος Αθλητικής Καρδιολογίας της Ευρωκλινικής Αθηνών υπό την προεδρία του κ. Παύλου Τούτουζα, Ομότιμου Καθηγητή Πανεπιστημίου Αθηνών και Υπεύθυνου Καρδιολογικού Τομέα της Ευρωκλινικής Αθηνών, και του κ. Δημητρίου Ρίχτερ, Διευθυντή Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών.

Ο κ. Adolf Hutter από το Massachusetts General Hospital των Ηνωμένων Πολιτειών συμμετείχε στο συνέδριο ως επίσημος προσκεκλημένος και μίλησε για τον «καρδιολογικό έλεγχο των έφηβων αθλητών με και χωρίς ηλεκτροκαρδιογράφημα», καθώς και για την «καρδιολογική εκτίμηση επαγγελματιών αθλητών».

Από αριστερά: οι κύριοι Γεώργιος Γκουμάς, Αναπληρωτής Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Καθηγητής Παύλος Τούτουζας, Υπεύθυνος Καρδιολογικού Τομέα Ευρωκλινικής Αθηνών, Ιωάννης Χλωρογιάννης, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών.

Από αριστερά: οι κύριοι Δημήτριος Ρίχτερ, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Καθηγητής Παύλος Τούτουζας, Υπεύθυνος Καρδιολογικού Τομέα Ευρωκλινικής Αθηνών, Μιχάλης Μαδιανός, Πρόεδρος Ομίλου Ευρωκλινικής, Adolf Hutter, Professor of Medicine and Physician (Cardiologist), Massachusetts General Hospital, Άγγελος Πλακόπιτας, Global Finance, Νικόλας Πλακόπιτας, Global Finance, Ιωάννης Κοκολινάκης, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής.

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

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

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

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

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 gohealth προσφέρεται σε όλους τους κατόχους των πιστωτικών καρτών go της Εθνικής Τράπεζας χωρίς καμία επιπλέον επιβάρυνση.

Η Ευρωκλινική Αθηνών στην Κω

«Πρόληψη και θεραπεία του καρκίνου του πεπτικού συστήματος»

Από αριστερά: οι κ.κ. Γρηγόρης Κωτούλας, Διευθυντής Ακτινοδιαγνωστικού Τομέα Ευρωκλινικής Αθηνών, Ελένη Καραφώκα-Μαύρου, Γενική Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών, Γιάννης Ιωαννίδης, Πρόεδρος Παραρτήματος Αντικαρκινικής Εταιρείας της Κω, Καθηγητής Ιωάννης Μπράμης, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Μάριος Πάνος, Διευθυντής Α' Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών.

Άποψη της αίθουσας

Από αριστερά: οι κ.κ. Γρηγόρης Κωτούλας, Διευθυντής Ακτινοδιαγνωστικού Τομέα Ευρωκλινικής Αθηνών, Ελένη Καραφώκα-Μαύρου, Γενική Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών, Γιάννης Ιωαννίδης, Πρόεδρος Παραρτήματος Αντικαρκινικής Εταιρείας της Κω, Καθηγητής Ιωάννης Μπράμης, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Μάριος Πάνος, Διευθυντής Α' Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Κατερίνα Κουρούτη, Account Manager, Εμπορική Διεύθυνση Ομίλου Ευρωκλινικής, Χριστίνα Κοροβέση, Product Manager, Εμπορική Διεύθυνση Ομίλου Ευρωκλινικής.

Σε μια προσπάθεια ενημέρωσης, η Ευρωκλινική Αθηνών και το παράρτημα της Αντικαρκινικής Εταιρείας στη Κω, σε συνεργασία με άλλους 10 φορείς του νησιού, διοργάνωσαν την Κυριακή 18 Απριλίου 2010, στο Πολύκεντρο Θαλασσινού, μια πολύ ενδιαφέρουσα ημερίδα με θέμα «Πρόληψη και θεραπεία του καρκίνου του πεπτικού συστήματος».

Η εκδήλωση πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του εορτασμού της ημέρας κατά του καρκίνου. Διακεκριμένοι ιατροί της Ευρωκλινικής Αθηνών, όπως ο Καθηγητής Ιωάννης Μπράμης, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, η κυρία Ελένη Καραφώκα-Μαύρου, Γενική Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών, ο κ. Μάριος Πάνος, Διευθυντής Α' Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, και ο κ. Γρηγόρης Κωτούλας, Διευθυντής Ακτινοδιαγνωστικού Τομέα Ευρωκλινικής Αθηνών, ανέπτυξαν με απλά λόγια το πρόβλημα του καρκίνου, τονίζοντας τις τεράστιες δυνατότητες που παρέχει σήμερα η επιστήμη για την έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη. «Απαγορεύεται να φεύγουν σήμερα άνθρωποι από καρκίνο αν κάνουν προληπτικές εξετάσεις» δήλωσε χαρακτηριστικά ο Καθηγητής Ιωάννης Μπράμης.

Διοικητικά στελέχη της κλινικής παρουσίασαν στο κοινό την εικόνα και τις δυνατότητες του Ομίλου Ευρωκλινικής, με ιδιαίτερη ανταπόκριση.

Alico

Επιλογή Ζωής

Η επιλογή της Ασφαλιστικής Εταιρίας που θα εμπιστευθείτε την Ασφάλεια της Ζωής σας είναι μια σημαντική απόφαση.

Η Alico -από την δημιουργία της το 1921- διασφαλίζει την πραγματική σημασία της καθημερινής ημέρας για τα 13 εκατομμύρια των Ασφαλισμένων της σε 54 χώρες στον κόσμο.

Στην Ελλάδα, η Alico δημιουργεί πάντοτε στις καλύτερες θέσεις του κλάδου των Ασφαλειών Ζωής, Υγείας, Αποταμιεύσεων και Συνταξιοδότησης και αναγνωρίζεται διαχρονικά για τη συνέπεια, την αποτελεσματικότητα και την οικονομική σχέση της:

- Περιουσία μεγαλύτερη από 1,4 δισεκατομμύρια ευρώ
- Ίδιο Κεφάλαιο, σχεδόν τριπλάσιο από το απαιτούμενο Περιθώριο Φερεγγυότητας

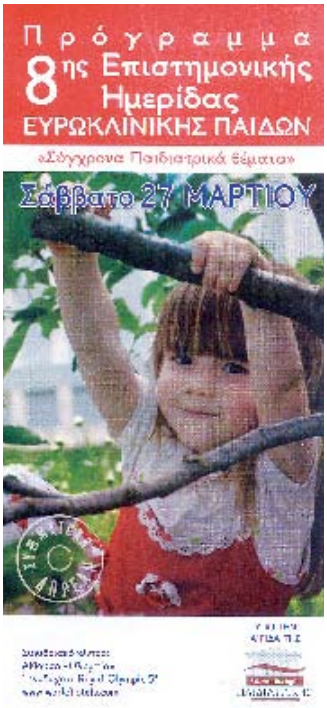
Δεν είναι τυχαίο ότι περισσότερες από 1.300 μεγάλες ελληνικές και διεθνείς επιχειρήσεις έχουν εμπιστευθεί στην Alico την Ομαδική Ασφάλιση του Προσωπικού τους, ενώ όλοι είναι πολλοί οι Ασφαλισμένοι που λαμβάνουν Σύνταξη από την Εταιρία.

Με αίσθημα κοινωνικής ευθύνης η Alico δημιουργεί πάντα δίπλα σας με αξιοπιστία στο ασφαλιστικό έργο, προσφέροντας δυναμικά την Ασφάλεια της Ζωής σας!

www.alico.gr

ΚΕΝΤΡΙΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
Λεωφ. Κηφισίας 119, 151 24 Μαρούσι, Αθήνα
Τηλ. 210 6787000, Fax 210 6123722
e-mail: contact@alico.gr

No 1 ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

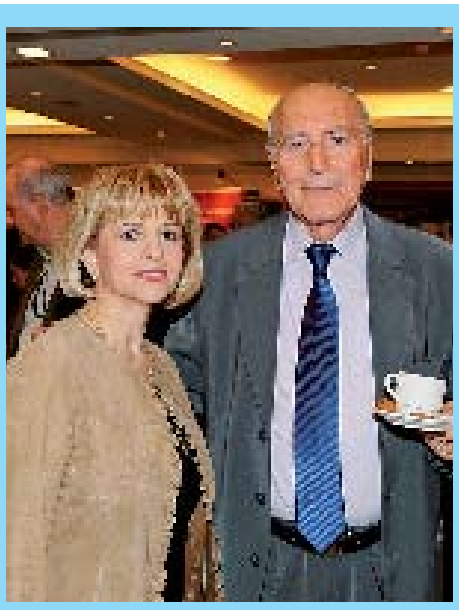


8η Επιστημονική Ημερίδα Ευρωκλινικής Παίδων

Όπως κάθε Σάββατο του Λαζάρου, έτσι και φέτος πραγματοποιήθηκε η καθιερωμένη ετήσια Επιστημονική Ημερίδα της Ευρωκλινικής Παίδων στο ξενοδοχείο Royal Olympic, υπό την αιγίδα της Ελληνικής Ακαδημίας Παιδιατρικής. Παιδίατροι και ιατροί άλλων ειδικοτήτων είχαν την ευκαιρία να συζητήσουν για θέματα της σύγχρονης παιδιατρικής επιστήμης. Η ημερίδα ήταν ανοιχτή για το κοινό και στέφθηκε με πολύ μεγάλη επιτυχία.

Παιδιατρικά θέματα που αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια της ημερίδας:

- Στραβισμός. Τι πρέπει να γνωρίζει ο παιδίατρος.
- Νευρομυϊκά νοσήματα παιδικής ηλικίας. Κλινική εικόνα - ταξινόμηση.
- Η αντιμετώπιση των ωτίτιδων σήμερα.
- Το παιδί με κοντό ανάστημα. Δυνατότητες παρέμβασης. Προοπτικές υπό το πρίσμα των νεότερων δεδομένων.
- Ζώντας στην πολυεθνική μαθητική κοινότητα της Αθήνας.
- Νέα γρίπη H1N1. Η εμπειρία της κλινικής μας.
- Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και αναπτυξιακές δυσκολίες.
- Λοίμωξη από H.pylori στο παιδί και την οικογένεια.
- Ουρολοιμώξεις. Ένα πολυσυζητημένο δίλημμα.
- Νέα από το χώρο των εμβολίων.



Από αριστερά: η Καθηγήτρια Θεοδώτα Λιακοπούλου-Τσιτσιπή, Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, ο Καθηγητής Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων.

Από αριστερά: οι κ.κ. Δημήτρης Μιχελάκης, Επιμελητής Πλαστικός Χειρουργός και Εγκαυμάτων, Ευρωκλινική Παίδων, Μαρία Παπαδοπούλου, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων, Χριστίνα Ταμπουρέα, Εμπορική Διευθύντρια Ομίλου Ευρωκλινικής, Θάνος Μυτιληναίος, Διευθυντής Ανθρώπινου Δυναμικού Ομίλου Ευρωκλινικής, Παναγιώτα Ιωάννου, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Αθηνών.

Από αριστερά: οι κυρίες Μαρία Κουλούρη, Αλλεργιολόγος Ευρωκλινικής Παίδων, Γενοβέφα Χρονοπούλου, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων.

Από αριστερά: οι κύριοι Δημήτρης Μιχελάκης, Επιμελητής Πλαστικός Χειρουργός και Εγκαυμάτων, Ευρωκλινική Παίδων, Θάνος Μυτιληναίος, Διευθυντής Ανθρώπινου Δυναμικού Ομίλου Ευρωκλινικής, Σπύρος Μπακαλάρος, Διοικητικός Διευθυντής Ευρωκλινικής Παίδων.

Από αριστερά: οι κ.κ. Παναγιώτα Καφρίτσα, Διευθύντρια Γαστρεντερολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, Δημήτριος Χιώτης, Διευθυντής Ενδοκρινολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, Χριστίνα Ταμπουρέα, Εμπορική Διευθύντρια Ομίλου Ευρωκλινικής, Ιωάννα Μπαρμπουνάκη, Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων, Γεώργιος Χριστόπουλος, Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, Κατερίνα Αγραφιώτη, Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων.

Από αριστερά: η κυρία Βίκυ Λαγκαδιανού, Παιδοψυχολόγος Ευρωκλινικής Παίδων, ο κ. Ευστράτιος Πάλλης, Παιδοψυχίατρος Ευρωκλινικής Παίδων.

Από αριστερά: οι κύριοι Δημήτριος Χιώτης, Διευθυντής Ενδοκρινολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, Ιωάννης Δημητρίου, Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων.

MEDIplan SENIOR

ΣΧΕΔΙΟ ΥΓΕΙΑΣ INTERAMERICAN

για την τρίτη ηλικία από την Interamerican και την Ευρωκλινική Αθηνών

Από αριστερά: οι κ.κ. Νικόλας Πλακόπιπτας, Global Finance, Ιωάννης Κοκολινάκης, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, Λάμπρος Κληρονόμος, Διευθυντής Εσωτερικού Ελέγχου, Λίνα Λιάτη, Υποδιευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Αθηνών, Μαρία Στριγά, Διοικητική Διευθύντρια Ευρωκλινικής Αθηνών, Θάνος Μυτιληναίος, Διευθυντής Ανθρώπινου Δυναμικού, Στέφανος Παπαδημητρίου, Οικονομικός Διευθυντής Ομίλου Ευρωκλινικής.

Από αριστερά: από την Εμπορική Διεύθυνση οι κυρίες Τζίνα Γιαννοπούλου, Account Manager, Χριστίνα Ταμπουρέα, Εμπορική Διευθύντρια Ομίλου Ευρωκλινικής, Έφη Σοφιανού, Εμπορική Διεύθυνση, Χριστίνα Κοροβέση, Product Manager, Νάνσυ Χριστοπούλου, Junior Product Manager, Κατερίνα Κουρούτη, Account Manager.

Από αριστερά: οι κύριοι Γιάννης Καντώρος, Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής Πωλήσεων & Marketing Ομίλου Interamerican, Μιχάλης Μαδιανός, Πρόεδρος Ομίλου Ευρωκλινικής, Ιωάννης Κοκολινάκης, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, Γεώργιος Μαυρέλης, Γενικός Διευθυντής Πωλήσεων & Marketing Ομίλου Interamerican.

Ένα πρωτοποριακό πρόγραμμα φροντίδας της υγείας για άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών ανακοίνωσαν η Ευρωκλινική Αθηνών και η Interamerican, στο πλαίσιο της ευρύτερης συνεργασίας τους, σε εκδήλωση που πραγματοποιήθηκε την Τετάρτη, 21 Απριλίου 2010, στο κλαμπ Baraonda. **Πρόκειται για το σχέδιο υγείας Mediplan Senior της Interamerican, το οποίο υποστηρίζεται στο επίπεδο των υπηρεσιών υγείας από την Ευρωκλινική Αθηνών και περιλαμβάνει παροχές ειδικά σχεδιασμένες για την τρίτη ηλικία.**

Το Mediplan Senior απευθύνεται σε μια ιδιαίτερα ευαίσθητη σε θέματα υγείας και δύσκολα ασφαλίσιμη πληθυσμική ομάδα. Απαντά στο πρόβλημα του υψηλού κόστους ασφάλισης σε αυτήν την ηλικιακή περίοδο και στο συνεχώς αυξανόμενο προσδόκιμο ζωής, που δημιουργεί την ανάγκη για μακροχρόνια κάλυψη.

Το Mediplan Senior προσφέρει ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας στην Ευρωκλινική Αθηνών.

Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα περιλαμβάνει:

◆ 2 δωρεάν προγραμματισμένες επισκέψεις γενικής ιατρικής ◆ απεριόριστες προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις πολύ χαμηλού κόστους της τάξεως των 25 ευρώ ◆ προνομιακές τιμές για επιπλέον επισκέψεις σε επιμελητές και διευθυντές ιατρούς στα εξωτερικά ιατρεία ◆ 40% έκπτωση σε όλες τις διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις ◆ 50% έκπτωση στην ψηφιακή μαστογραφία, τιμές ΦΕΚ (Δημοσίου) για αξονική ή μαγνητική τομογραφία και triplex ◆ 25% έκπτωση σε εξετάσεις Αισθητικής Δερματολογίας ◆ δωρεάν τεστ μνήμης για τη νόσο Alzheimer και εξέταση από ειδικό νευρολόγο στο ελάχιστο κόστος των 40 ευρώ ◆ δωρεάν Ειδικό Προστατικό Αντιγόνο και δωρεάν Free Psa ◆ έκπτωση 25% στα έξοδα νοσηλείας.

Όσον αφορά την πρόληψη, προσφέρονται ολοκληρωμένα πακέτα προληπτικού ελέγχου σε ιδιαίτερα μειωμένο κόστος. Επίσης, είναι αξιοσημείωτο πως το Mediplan Senior καινοτομεί και παρέχει ένα εξειδικευμένο και πρωτοποριακό check up Πρόληψης Καρκίνου για πρώτη φορά στην Ελλάδα.

Σε περίπτωση ανάγκης, παρέχεται άμεση εξυπηρέτηση μέσω της Γραμμής 1011 και δωρεάν χρήση των ασθενοφόρων.

Ακόμη, με το Mediplan Senior παρέχονται οι υπηρεσίες Άμεσης Ιατρικής Βοήθειας της Interamerican: η τηλεφωνική Γραμμή Υγείας αδιαλείπτως και οι υπηρεσίες βοήθειας και υγειονομικής μεταφοράς (με ασθενοφόρο ή εναέριο μέσο). Το ετήσιο κόστος ασφάλισης υγείας με το Mediplan Senior είναι 96 ευρώ για ένα άτομο και 156 ευρώ για δύο άτομα.

Με το νέο πρόγραμμα, η Interamerican, με τη συνεργασία της Ευρωκλινικής Αθηνών, καινοτομεί, προτείνοντας λύσεις σε μια αυξανόμενη σε μέγεθος αγορά που αντιμετωπίζει υψηλό κόστος και σοβαρές δυσκολίες φροντίδας της υγείας.

MEDISYSTEM
ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ INTERAMERICAN

Δικαίωμα στην υγεία!

Ασφάλιση υγείας με υψηλή ποιότητα & προσιτό κόστος

Νέα προγράμματα Υγείας MEDISYSTEM από 34€ το μήνα

Στην INTERAMERICAN δημιουργήσαμε τα πρωτοποριακά προγράμματα MEDISYSTEM, γιατί πιστεύουμε ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα σε ποιοτικές υπηρεσίες Υγείας. Τα νέα προγράμματα MEDISYSTEM Fit, Active & Dynamic ανταποκρίνονται στις ξεχωριστές ανάγκες και στις ατομικές δυνατότητες όλων.
Με την INTERAMERICAN και στην Υγεία, δεν είσαι μόνος.

Ενημερωθείτε σήμερα
✆800 11 42000
www.interamerican.gr
ή επικοινωνήστε με τον ασφαλιστικό σας σύμβουλο

INTERAMERICAN
Μεγάλη και Σίγουρη

ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ - ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΕΥΡΕΚΟ

Επιστημονικές Συναντήσεις
Ιατρών Ευρωκλινικής Αθηνών

Με μεγάλη επιτυχία συνεχίζονται για δεύτερη χρονιά οι ενημερωτικές και εκπαιδευτικές συναντήσεις των ιατρών της Ευρωκλινικής Αθηνών, οι οποίες διοργανώνονται από τη διοίκηση και το επιστημονικό συμβούλιο του Ομίλου Ευρωκλινικής και πραγματοποιούνται κάθε δεύτερη Πέμπτη στο αμφιθέατρο του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur. Οι ιατροί, παρουσιάζοντας πραγματικές περιπτώσεις ασθενών, μοιράζονται τις εμπειρίες και τις πολύτιμες γνώσεις τους με το ιατρικό, νοσηλευτικό και το διοικητικό προσωπικό που παρακολουθεί τις συναντήσεις. Από την αρχή του έτους έχουν παρουσιαστεί τα παρακάτω:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΘΕΜΑ	ΟΜΙΛΗΤΗΣ
14.01.2010	Σύγχρονη υπολιπιδαιμική αγωγή.	Δημήτρης Ρίχτερ
28.01.2010	Η περίπτωση ασθενούς με άσθμα και νέκρωση δακτύλων.	Καθ. Φωτεινή Σκοπούλη και συνεργάτες
11.02.2010	Τα αντιφατικά αποτελέσματα της αξιοποίησης των βλαστοκυττάρων στην ανάπλαση του καρδιακού μυός. Βλαστοκύτταρα: ενδείξεις, δυνατότητες, σκοπιμότητες και ελληνική πραγματικότητα.	Δημοσθένης Κατρίτσης Καίτη Σταυροπούλου
25.02.2010	Το ολοένα αυξανόμενο πρόβλημα της κατάχρησης αντιβιοτικών και οι σωστοί κανόνες χημειοθεραπείας των λοιμώξεων.	Καθ. Ιωάννης Κοσμίδης
10.03.2010	Η περίπτωση βαριάς θρομβοπενίας σε χειρουργικό ασθενή.	Ιωάννης Ζελενίτσας και Θεόδωρος Ιγνατιάδης
15.04.2010	Οι λειτουργικές δοκιμασίες στη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου. Οι μη χειρουργικές μέθοδοι στην αντιμετώπιση της σοβαρής στεφανιαίας νόσου. Η εμπειρία στην αντιμετώπιση του καρδιολογικού ασθενούς.	Ηλίας Καραμπίνος Βασίλης Σπανός Καθ. Παύλος Τούτουζας
22.04.2010	Τα μικρά μυστικά της ενδοκρινολογίας στη Γενική Ιατρική Πράξη.	Έλλη Λάκκα-Παπαδόδημα
06.05.2010	Ταξιδιωτική Ιατρική.	Καθ. Ιωάννης Κοσμίδης
26.05.2010	Κριτήρια εισόδου και εξόδου από τη ΜΕΘ SIRS & ARDS. Ινότροπα και αγγειοσπαστικά φάρμακα.	Γεώργιος Παναγιωτόπουλος

Οι επιστημονικές συναντήσεις είναι ανοιχτές και στο κοινό. Για περισσότερες πληροφορίες: mkt@euroclinic.gr

Από αριστερά: οι κύριοι Δημήτριος Ρίχτερ, Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Καθηγητής Ευτύχιος Βορίδης, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου Ευρωκλινικής Αθηνών.

Από αριστερά: η κυρία Καίτη Σταυροπούλου, Διευθύντρια της Τράπεζας Ομφαλοπλακουντιακού Αίματος του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών, ο Καθηγητής Δημήτρης Λουκόπουλος, Διευθυντής Αιματολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών.

Από αριστερά: οι κ.κ. Καθηγητής Ιωάννης Κοσμίδης, Διευθυντής Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Έφη Σοφιανού, Υπεύθυνη Διοργάνωσης Επιστημονικών Συναντήσεων, Εμπορική Διεύθυνση Ομίλου Ευρωκλινικής, Εμμανουήλ Μάνεσης, Διευθυντής Ηπατολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών.

Από αριστερά: οι κύριοι Θεόδωρος Ιγνατιάδης, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Καθηγητής Δημήτρης Λουκόπουλος, Διευθυντής Αιματολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών, Ιωάννης Ζελενίτσας, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών.

Από αριστερά: οι κ.κ. Καθηγητής Χαράλαμπος Μουτσόπουλος, Διευθυντής Παθολογικής Φυσιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Φωτεινή Σκοπούλη, Διευθύντρια Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Καθηγητής Δημήτρης Λουκόπουλος, Διευθυντής Αιματολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών, Φωτεινή Σολιώτη, Ρευματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Σοφία Χριστάκη, Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών.

Από αριστερά: οι κύριοι Χρήστος Καμπόλης, Εντατικολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Γεώργιος Παναγιωτόπουλος, Διευθυντής ΜΕΘ Ευρωκλινικής Αθηνών, Καθηγητής Δημήτρης Λουκόπουλος, Διευθυντής Αιματολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών, Ζώης Παναγόπουλος, Εντατικολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών.

Η Ευρωκλινική Παίδων χαρίζει δώρα με αφορμή τη Γιορτή της Μητέρας

Η Ευρωκλινική Παίδων επισκέφθηκε τον παιδικό σταθμό «Λίλιαν Λύκου» στον Βύρωνα. Εκεί, σε ένα πανέμορφο περιβάλλον, συναντήσαμε τους 130 λιλιπούτειους φίλους μας, οι οποίοι μας υποδέχτηκαν με μεγάλη χαρά, παραλαμβάνοντας με ενθουσιασμό τα δώρα και τα παιχνίδια που τους προσφέραμε.

Φυσικά, δεν ξεχάσαμε και όλες τις μητέρες, αφού είχαμε τη χαρά να τους προσφέρουμε προνόμια υγείας για τα παιδιά τους, καθώς και σημαντικές εκπτώσεις σε υπηρεσίες υγείας και αισθητικής στην Ευρωκλινική Αθηνών.

Η κυρία Λίλιαν Λύκου, ιδιοκτήτρια του παιδικού σταθμού, και οι μικροί, χαριτωμένοι φίλοι μας με την κυρία Έφη Σοφιανού από την Εμπορική Διεύθυνση του Ομίλου Ευρωκλινικής.

Για εργαστήρια με απαιτήσεις!

RANDOX

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΙ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΙ RANDOX Labs U.K.

e-mail: info@accessdiagn.gr www.accessdiagn.gr

Τ.Θ. 3 ΒΑΣΙΛΙΚΑ - Τ.Κ. 57006 - ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ - ΤΗΛ: 23960 23500 - 23659 - 23533 - FAX: 23960 23617

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ EN ISO 9001 ΕΚΕΒΥΑ

Υπερσύγχρονο Κέντρο Μαστού Ευρωκλινικής Αθηνών

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής δημιούργησε ένα υπερσύγχρονο Κέντρο Μαστού, με σκοπό να προσφέρει υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου, για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των παθήσεων του μαστού.
Σήμερα, που ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μάστιγα της εποχής μας και κύρια αιτία θνησιμότητας των γυναικών, η Ευρωκλινική, με τη δημιουργία ενός αυτόνομου και πλήρους Κέντρου Μαστού, έρχεται να καλύψει 100% τις ανάγκες των γυναικών σε ό,τι αφορά το μαστό.
Το νέο υπερσύγχρονο Κέντρο Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών ανοίγει τις πύλες του στις 16 Ιουνίου και θα στεγάζεται στον 6ο όροφο του κεντρικού κτηρίου.
Με επίκεντρο την προσφορά στη γυναίκα, στόχος είναι η παροχή συντονισμένης φροντίδας από ομάδα εξειδικευμένων επιστημόνων και ειδικά εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού.

Το Κέντρο Μαστού είναι εξοπλισμένο με τα πλέον σύγχρονα μηχανήματα απεικόνισης, όπως:

- Ψηφιακό Μαστογράφο
- Υπέρηχο Μαστού με την τεχνική Shearwave ελαστογραφίας
- Σύστημα προεγχειρητικής εντόπισης αψηλάφητων ευρημάτων
- Σύστημα εκτομής για τη στερεοτακτική βιοψία μαστού (mammotome)
- Μαγνητική Τομογραφία Μαστού

Είναι επανδρωμένο με εξειδικευμένους επιστήμονες όλων των απαιτούμενων ειδικοτήτων, όπως:

- Ειδικούς Ακτινοδιαγνώστες Μαστού
- Χειρουργούς Μαστού
- Ογκολόγους Παθολόγους
- Πλαστικό Χειρουργό
- Ψυχολόγο
- Φυσιοθεραπευτή
- Κλινικό Γενετιστή
- Ειδικούς νοσηλευτές

Το Κέντρο Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης με ειδικές απεικονιστικές εξετάσεις, υπηρεσίες διάγνωσης και αντιμετώπισης καλοήθων και κακοήθων παθήσεων του μαστού. Παράλληλα, προσφέρει μικροεπεμβατικές ακτινολογικές εξετάσεις, στερεοτακτικές βιοψίες και κλειστές (αναίμακτες) βιοψίες με υπερηχογραφική και μαστογραφική καθοδήγηση.
Ομάδα εξειδικευμένων χειρουργών μαστού και πλαστικών χειρουργών πραγματοποιεί σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές, βιοψία φρουρού λεμφαδένα και ογκοπλαστική αποκατάσταση μαστού, καθώς και πλαστική αποκατάσταση μαστών.
Παρέχεται συμβουλευτική από Ογκολογικό Συμβούλιο, γενετική συμβουλευτική, καθώς και ψυχολογική υποστήριξη για τις γυναίκες με καρκίνο μαστού.
Ο χώρος υποδοχής, οι χώροι αναμονής, τα ιατρεία, τα εξεταστήρια και οι χώροι όπου πραγματοποιούνται οι διαγνωστικές εξετάσεις με τα υπερσύγχρονα μηχανήματα είναι σχεδιασμένοι έτσι, ώστε οι γυναίκες να αισθάνονται άνεση και ασφάλεια σε ένα μοντέρνο και ζεστό περιβάλλον.

Εβδομαδιαίο Ογκολογικό Συμβούλιο Ευρωκλινικής Αθηνών

Ογκολογικά συμβούλια πραγματοποιούνται μία φορά την εβδομάδα στην Ευρωκλινική Αθηνών και συντονίζονται από τον Καθηγητή Χειρουργικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Ιωάννη Μπράμη και τον Διευθυντή Ογκολόγο - Παθολόγο, Visiting Prefessor του Northwestern University του Σικάγο, Ηλία Αθανασιάδη. Αντικείμενο των ογκολογικών συμβουλίων αποτελεί η παρουσίαση, η συζήτηση και, ανάλογα με την περίπτωση, η λήψη ιατρικών αποφάσεων για έναν σημαντικό αριθμό ασθενών, τους οποίους φροντίζουν ιατροί που συμμετέχουν στο Ογκολογικό Συμβούλιο. Επίσης συζητούνται περιστατικά που προέρχονται από οποιονδήποτε ιατρό εργάζεται στην κλινική ή συνεργάζεται με την κλινική, όπως επίσης και από ιατρούς που δεν έχουν επαγγελματική σχέση με την κλινική και χρειάζονται συμβουλευτική γνώμη από ειδικούς. **Στα συμβούλια συμμετέχουν ιατροί όλων των ειδικοτήτων, όπως ογκολόγοι, χειρουργοί, παθολόγοι, πνευμονολόγοι, ακτινολόγοι, ακτινοθεραπευτές, παθολογοανατόμοι κ.ά.**

Το εβδομαδιαίο ογκολογικό συμβούλιο, που καθιερώθηκε πριν από έξι μήνες με πρωτοβουλία των κυρίων Μπράμη και Αθανασιάδη, εξελίσσεται με πολύ μεγάλη επιτυχία, δεδομένου του μεγάλου αριθμού περιστατικών που συζητούνται, ενώ αποτελεί ένδειξη της σταθερής δέσμευσης της Ευρωκλινικής Αθηνών για επένδυση στον Τομέα της Ογκολογίας.

Αιτήσεις για συζήτηση περιστατικών μπορούν να κάνουν οι ενδιαφερόμενοι γιατροί που χρήζουν συμβουλευτικής γνώμης για τα περιστατικά τους στη γιατρό - συνεργάτη του κ. Ιωάννη Μπράμη, κυρία Ελένη Καραφώκα (τηλ. επικοινωνίας: 210-6416178).

Το ογκολογικό συμβούλιο πραγματοποιείται κάθε Τρίτη από τις 9:00 π.μ. έως τις 10:30 π.μ. στα γραφεία της Διοίκησης της Ευρωκλινικής Αθηνών (Τσόχα 21, 4ος όροφος).

Κέντρο Μελέτης και Αντιμετώπισης της Παχυσαρκίας

Τον Σεπτέμβριο εγκαινιάζεται το Κέντρο Μελέτης και Αντιμετώπισης της Παχυσαρκίας της Ευρωκλινικής Αθηνών, το οποίο θα στελεχώνεται από κορυφαίο επιστημονικό προσωπικό όλων των απαραίτητων ειδικοτήτων.

Στόχος του κέντρου είναι η σωστή ομαδική προσέγγιση και λύση στο πρόβλημα της παχυσαρκίας.

Χειρουργοί, γαστρεντερολόγοι, ενδοκρινολόγοι, καθώς και πνευμονολόγος, καρδιολόγος, αναισθησιολόγος, διατροφολόγος, πλαστικός χειρουργός και ψυχίατρος, είναι οι γιατροί από τις οποίους θα στελεχώνεται. Το νέο Κέντρο Μελέτης και Αντιμετώπισης της Παχυσαρκίας θα είναι έτοιμο για να υποδεχθεί με συνέπεια και υπευθυνότητα κάθε ασθενή, προσφέροντας υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου.

Η δημιουργία του Κέντρου Μελέτης και Αντιμετώπισης της Παχυσαρκίας αποσκοπεί στην επίλυση του προβλήματος της νοσογόνου και μη παχυσαρκίας από ομάδα έμπειρων ιατρών, οι οποίοι θα ασχοληθούν με τη συνολική αντιμετώπιση –σε επίπεδο συντηρητικής αλλά και χειρουργικής θεραπείας– του ασθενούς.

Η πρώτη επίσκεψη του ασθενούς σε οποιαδήποτε ειδικότητα θα πραγματοποιείται δωρεάν.

Στο κέρδος σας
από τις αγορές σας λέτε...

Χωρίς επιστροφές μετρητών **Με επιστροφές μετρητών**

Έχετε ποτέ σκεφθεί πόσες από τις αγορές που κάνετε με την πιστωτική σας κάρτα δεν σας επιστρέφουν τίποτα; Λένε «όχι» στο κέρδος σας; Γι' αυτό... no ή go; Φυσικά, go! Οι πιστωτικές κάρτες της Εθνικής Τράπεζας που σας επιστρέφουν μετρητά, τη στιγμή που ψωνίζετε, σε περισσότερες από 2.300 επιχειρήσεις. Σε κάθε σας αγορά, πείτε «ναι» στο κέρδος σας... με go!

...σας επιστρέφει μετρητά αμέσως

Για περισσότερες πληροφορίες, απευθυνθείτε στα καταστήματα της Εθνικής Τράπεζας ή στο τηλέφωνο 18 18 18.

ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Εκπαίδευση προσωπικού σε θέματα **πυρασφάλειας**

Ο κ. Κυριακούλης Κυριακουλέας, Επιπυραγός-Υποδιοικητής 4ου Πυροσβεστικού Σταθμού Αθηνών, φωτογραφήθηκε με τον κ. Αθανάσιο Κωτόπουλο, Προϊστάμενο Ασφαλείας του Ομίλου Ευρωκλινικής, και με το προσωπικό Ασφαλείας, Τεχνικής και Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ομίλου Ευρωκλινικής.

Με επιτυχία ολοκληρώθηκε η ειδική εκπαίδευση σε θέματα πυρασφάλειας του προσωπικού του Ομίλου Ευρωκλινικής.
Η εκπαίδευση έγινε από ειδικά εκπαιδευμένο αξιωματικό της Πυροσβεστικής Υπηρεσίας και αφορούσε στο προσωπικό Ασφαλείας, Τεχνικής και Νοσηλευτικής υπηρεσίας των κλινικών μας. Περιελάμβανε θεωρητική και πρακτική εξάσκηση του προσωπικού σε θέματα πυρκαγιάς σε στερεά, υγρά, αέρια και πάσης φύσεως υλικά, σε πυρκαγιά από βραχυκύκλωμα, καθώς και σε τρόπους αντιμετώπισής τους. Το προσωπικό εκπαιδεύτηκε στην εκκένωση κτηρίων, στην ασφαλή απομάκρυνση των ασθενών από την κλινική, καθώς και των συνοδών ή των επισκεπτών τους σε περίπτωση σεισμού, εκτεταμένης πυρκαγιάς ή διαρροής τοξικών ουσιών. «Η συνεχής εκπαίδευση μας βοηθά να είμαστε πάντα σε ετοιμότητα για την προστασία και την ασφάλεια πρωτίστως των ασθενών που μας εμπιστεύονται» είπε χαρακτηριστικά ο Προϊστάμενος Ασφαλείας του Ομίλου Ευρωκλινικής Αθανάσιος Κωτόπουλος, που μαζί με την ομάδα του διοργάνωσε αυτήν την εκπαίδευση.

Στιγμιότυπο της πρακτικής εξάσκησης.

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής
χορηγός του Αθλητικού Πολιτιστικού Συλλόγου
«Ολυμπιακός Ρυθμός»

Πάντα κοντά στον αθλητισμό, ο Όμιλος Ευρωκλινικής υποστηρίζει τον Αθλητικό Σύλλογο Ρυθμικής και Αεροβικής Γυμναστικής Αργυρούπολης «Ολυμπιακός Ρυθμός». Πρόκειται για τον πρωταθλητή Ελλάδος, με 6 αθλήτριες στη Ρυθμική και 11 αθλήτριες στην Αεροβική Αγωνιστική Γυμναστική.
Ο Όμιλος της Ευρωκλινικής, με τη βοήθειά του, συνεισφέρει εξασφαλίζοντας τη συμμετοχή και το ταξίδι του «Ολυμπιακού Ρυθμού» στο Παγκόσμιο Κύπελλο που διοργανώνει η FIG (Fédération Internationale de Gymnastique) στην πόλη Conversano της Ιταλίας, στις 19-24 Μαΐου, όπου θα συμμετέχουν 30 χώρες από όλον τον κόσμο.
Ευχόμαστε ολόψυχα στις αθλήτριές μας καλή επιτυχία.

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:** . . . . . .

Σας ευχαριστούμε θερμά

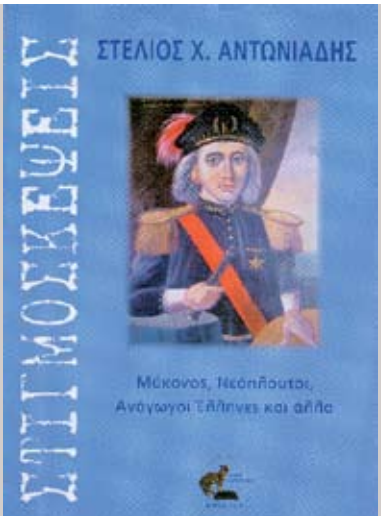
Χριστίνα Ταμπουρέα
Εμπορική Διευθύντρια Ομίλου Ευρωκλινικής

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)

Το τελευταίο αντίο σε δύο κορυφαίους επιστήμονες και εξαίρετους ανθρώπους της Ευρωκλινικής Αθηνών

Ο **Χρήστος Σκορδής** προσέφερε ένα μεγάλο κομμάτι του εαυτού του στα κοινά των ιατρών, των ιατρών του ιδιωτικού τομέα και της Ευρωκλινικής, όχι απλώς για να συμμετέχει στα κοινά, αλλά κυρίως για να προσφέρει τον προσωπικό του πλούτο, τη γνώση, την ευφυΐα, την εμπειρία, τη μαχητικότητα, την καλλιέργεια. Ως γιατρός ήταν πάντα ενημερωμένος και πάντα στο πλευρό των ασθενών του. Αγαπούσε τον άνθρωπο, δινόταν στον ασθενή για να του προσφέρει την καλύτερη δυνατή θεραπεία και ανακούφιση. Ως άνθρωπος ήταν αξιοπρεπής, μετριοπαθής, ασφαλής, αισιόδοξος, προσιτός και φιλικός, με το θάρρος της γνώμης του, με αγάπη για τη ζωή, τρυφερός και προστατευτικός με την οικογένειά του.
Η προσφορά του στα νέα παιδιά, στους αθλητές των ομάδων, στους αθλητές της Εθνικής ομάδας και στους Ολυμπιονίκες μας ήταν μεγάλη. Στάθηκε πάντα δίπλα τους όχι μόνο σαν γιατρός, αλλά και σαν πατέρας, σαν αδελφός, σαν φίλος, προσπαθώντας να τους λύσει τα ιατρικά προβλήματά τους και όχι μόνο. Όλοι τους θα τον θυμούνται με αγάπη και σεβασμό.

Όλοι όσοι ζήσαμε τον **Δημήτρη Αγγελιδάκη**, όλοι όσοι άμεσα ή έμμεσα συνεργαστήκαμε μαζί του, αισθανόμασταν ότι είχαμε δίπλα μας έναν ώριμο επιστήμονα, έναν ακούραστο γιατρό, ένα συνάδελφο που ήταν πάντα πρόθυμος και πάντα δίπλα στον ασθενή, με μεγάλο ενδιαφέρον. Στους συνεργάτες του προσέφερε απλόχερα τις γνώσεις και την πείρα του, πάντα με υπομονή, κατανόηση και καλοσύνη. Γι' αυτό και η λύπη τους είναι πραγματικά οδύνη.
Ήταν άνθρωπος έντονα συναισθηματικός και ευαίσθητος, γι' αυτό η προσφορά του στον ασθενή-άνθρωπο ήταν σημαντική και διαρκής. Πάντα είχε ως οδηγό του το τι καλύτερο μπορεί να κάνει, το τι καλύτερο μπορεί να προσφέρει σήμερα η επιστήμη (πάντα ήταν πλήρως ενημερωμένος), ώστε να ανακουφιστεί ο ασθενής ή και να ιαθεί πλήρως όταν αυτό ήταν εφικτό. Η μεγαλύτερη χαρά του ήταν το ειλικρινές, πηγαίο «ευχαριστώ» των πολλών ασθενών του, που τους χάρισε την υγεία τους παραβλέποντας τα υλικά ανταλλάγματα. Ήταν, όπως προαναφέραμε, άνθρωπος συναισθηματικός και ευαίσθητος, αλλά προπάντων αξιοπρεπής, λεβέντης στην επαγγελματική και προσωπική του ζωή.



Στιγμοσκέψεις

***Στιγμοσκέψεις*, το νέο βιβλίο από τον Καθηγητή Στέλιο Αντωνιάδη, Διευθυντή Παιδοκαρδιολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, που κυκλοφορεί από τις εκδόσεις Οσελότος.**
Ένα υπέροχο κουβάρι σκέψεων ξετυλίγεται σε αυτό το ξεχωριστό βιβλίο. Ο κ. Αντωνιάδης μάς ταξιδεύει σε μονοπάτια που πιστεύαμε ότι γνωρίζαμε, αλλά που τελικά μπορεί να είναι πολύ διαφορετικά. Η αυτόματη γραφή και η αμεσότητα μας παρασύρουν σε έναν υπέροχο «στιγμοσκεπτικό μηχανισμό».
Ο κ. Αντωνιάδης κατάφερε ακόμη μία φορά να μιλήσει στις καρδιές μας.
Ίσως γιατί γνωρίζει καλά από «παιδικές καρδιές»...

@ 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

Φροντίδα Διεθνών Προδιαγραφών από την

Πολυδύναμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) 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 (ΜΕΘ), 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 ΜΕΘ, 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 ημέρα για τους καρδιοχειρουργικούς ασθενείς και 5,3 ημέρες για τους μη καρδιοχειρουργικούς.

Καθ. Γεώργιος Αδαμόπουλος,
Διευθυντής ΩΡΛ Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Προληπτικός έλεγχος **για καρκίνο**

Ο προληπτικός έλεγχος σε άτομα που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα έχει σκοπό την πρώιμη διάγνωση και, κατ' επέκταση, τη μείωση των θανάτων από καρκίνο, με θεραπείες που είναι ηπιότερες, λιγότερο επώδυνες και λιγότερο ριζικές.

Βεβαίως υπάρχει κίνδυνος οι εξετάσεις να αποβούν ψευδώς θετικές ή ψευδώς αρνητικές. Στην πρώτη περίπτωση είναι αναγκαίο να ενημερωθεί ο ασθενής για την ανάγκη να γίνουν εξετάσεις για την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό της παρουσίας μιας κακοήθους νεοπλασίας. Το γεγονός αυτό προφανώς επηρεάζει δυσάρεστα τον ψυχισμό του ατόμου και το επιβαρύνει οικονομικά. Παρά ταύτα, ο έλεγχος είναι απαραίτητος, διότι το όφελος είναι τόσο σημαντικό, ώστε να υπερβαίνει την ψυχική καταπόνηση και τα οικονομικά έξοδα. Στη δεύτερη περίπτωση, τα φυσιολογικά ευρήματα από τις εξετάσεις δίνουν στον ασθενή ένα αίσθημα ασφάλειας και τον εφησυχάζουν. Αυτό μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή στο άλλο άκρο, ώστε να αγνοήσει την εμφάνιση ενδεχόμενων συμπτωμάτων και να χαθεί έτσι πολύτιμος χρόνος για την ορθή αντιμετώπισή τους. Για το λόγο αυτό πρέπει να επισημανθεί στον εξεταζόμενο ότι δεν καλύπτεται απόλυτα, ότι πρέπει να αποφεύγει τους παράγοντες που ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκίνου, όπως, για παράδειγμα, το κάπνισμα, η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών κ.λπ., να αξιολογεί την εμφάνιση ύποπτων συμπτωμάτων και να υποβάλλεται στον απαραίτητο έλεγχο.

Επτά σημεία κινδύνου που πρέπει να ερωτώνται στο ιστορικό:

1. Η μεταβολή των συνηθειών του εντέρου ή της ουροδόχου κύστης.
2. Η παρουσία μιας πληγής που δεν κλείνει.
3. Η εμφάνιση ασυνήθιστης αιμορραγίας ή έκκρισης.
4. Η εμφάνιση σκληρίας ή ογκιδίου στο μαστό ή αλλού.
5. Η δυσπεψία ή η δυσκολία στην κατάποση.
6. Η παρουσία στο δέρμα ελιάς που αλλάζει.
7. Ο επίμονος βήχας ή η βραχνάδα.

Οι τοπικές εκδηλώσεις που πρέπει να ελέγχονται είναι:

- **Αιμορραγία:** στόμαχος, παχύ έντερο, βρόγχοι, ενδομήτριο, ουροδόχος κύστη, νεφρός.
- **Ογκίδιο:** μαστός, λεμφογάγγλια σε οποιαδήποτε περιοχή.
- **Πόνος:** στα οστά.
- **Ανωμαλίες του δέρματος:** μελάνωμα, βασικό καρκίνωμα.
- **Έλκωση:** οισοφάγος, στόμαχος, πρωκτός, δέρμα.
- **Απόφραξη, βήχας, υποτροπιάζουσα φλεγμονή (βρόγχοι), επώδυνη κατάποση, δυσφαγία, εύκολος κορεσμός (ο εξεταζόμενος χορταίνει εύκολα), εμετός (γαστροοισοφάγος), μεταβολή στις συνήθειες στις κενώσεις, τελεία απόφραξη (παχύ έντερο, ορθό).**
- **Διόγκωση της κοιλίας** (ωοθήκες, γαστρικός καρκίνος).

Γενικές εκδηλώσεις που πρέπει να ελέγχονται είναι:

1. Απώλεια βάρους και ανορεξία (γαστρεντερικοί όγκοι).
2. Κόπωση.
3. Υπερασβεστιαιμία (μυέλωμα, μαστός, νεφρός).
4. Αιμορραγική διάθεση.
5. Ορμονικές διαταραχές.
6. Νευροπάθειες - μυοπάθειες (καρκίνος του πνεύμονος).
7. Ανωμαλίες του δέρματος.

istockphoto

Ο προληπτικός έλεγχος είναι απαραίτητος, διότι το όφελος είναι τόσο σημαντικό, ώστε να υπερβαίνει την ψυχική καταπόνηση και τα οικονομικά έξοδα.

Βασικές εργαστηριακές εξετάσεις:

1. Γενική εξέταση αίματος και ούρων.
2. Εξέταση κοπράνων για μικροσκοπική παρουσία αίματος (μη φανερή αιμορραγία).
3. Ακτινογραφία θώρακος.
4. Στήθος: μαστογραφία.
5. Τράχηλος μήτρας: τεστ Παπανικολάου.
6. Στόμαχος: γαστροσκόπηση.
7. Παχύ έντερο: εξέταση κοπράνων για μη φανερή (μικροσκοπική) αιμορραγία.
8. Κολονοσκόπηση.
9. Προστάτης: PSA.
10. Ενδοσκόπηση στοματοφαρυγγολάρυγγος, βρογχοσκόπηση.
11. Καρκινικοί δείκτες:
- CEA: γαστρεντερικό, πνεύμονες, μαστός.
- CA-125: ωοθήκες.
- Αλφαφετοπρωτεΐνη: ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, εμβρυικοί όγκοι.
- LDH (Lactate Dehydrogenase): καρκινικό φορτίο ή νέκρωση.
- PSA: προστατικός καρκίνος και ορισμένοι καρκίνοι του μαστού
- HCG (Human Chorionic Gonadotrophin): όγκοι του γαστρεντερικού, χοριοκαρκίνωμα, τεράτωμα.

Ακολουθούν οι προτεινόμενες από την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία «Καρκίνος του Μαστού» γενικές εξετάσεις για την ανακάλυψη του μέσου όρου των ασυμπτωματικώς πασχόντων από καρκίνο:

1. Αυτοεξέταση του μαστού κάθε μήνα μετά την ηλικία των 20 ετών.
2. Κλινική εξέταση του μαστού κάθε 3 χρόνια μεταξύ 20 και 39 ετών και, στη συνέχεια, κάθε χρόνο.
3. Μαστογραφία κάθε χρόνο μετά την ηλικία των 40 ετών.

Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας:

Τεστ Παπανικολάου κάθε χρόνο σε όλες τις γυναίκες που είναι σεξουαλικώς δραστήριες ή μετά την ηλικία των 18 ετών. Έπειτα από τρεις ή περισσότερες διαδοχικές φυσιολογικές εξετάσεις, το τεστ μπορεί να γίνεται λιγότερο συχνά, κατά την κρίση του ιατρού. Επίσης, λιγότερο συχνά το τεστ χρειάζεται να γίνεται σε γυναίκες άνω των 65 ετών.

Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και των ωοθηκών:

Εξέταση της πυέλου κάθε 1 με 3 χρόνια, μεταξύ 18 και 40 ετών και, στη συνέχεια, κάθε χρόνο.

Καρκίνος του προστάτη:

Πρωκτική ψηλάφηση του προστάτη και PSA κάθε χρόνο μετά την ηλικία των 50 ετών ή μετά την ηλικία των 45 ετών σε άτομα υψηλού κινδύνου.

Καρκίνος του ορθού και του παχέος εντέρου:

1. Λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανα: εξέταση κοπράνων κάθε χρόνο μετά την ηλικία των 50 ετών.
2. Σιγμοειδοσκόπηση με το εύκαμπτο ενδοσκόπιο: κάθε 5 χρόνια μετά την ηλικία των 50 ετών.
3. Κολονοσκόπηση: κάθε 10 χρόνια μετά την ηλικία των 50 ετών.

istockphoto

Οδηγώντας τη διάγνωση
στο επόμενο επίπεδο. Μαζί.
Answers for life.
SIEMENS

Ιωάννης Κοσμίδης,
Καθηγητής Παθολόγος, Λοιμωξιολόγος,
Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Ταξιδιωτική Ιατρική

Τα ταξίδια είναι ίσως η ομορφότερη δραστηριότητα του ανθρώπου· αποτελούν ένα διάλειμμα από την καθημερινή ρουτίνα και τα προβλήματά της, και προσφέρουν νέες παραστάσεις, εμπειρίες, γνώσεις αλλά και νέες γεύσεις. Φημισμένα μνημεία, πανέμορφες πόλεις και τοπία παντός είδους χαρίζουν αναμνήσεις και πλούσιο υλικό για συζητήσεις μεταξύ φίλων.

Δεν είναι τυχαίο ότι σε πολλά τηλεοπτικά παιχνίδια, όταν οι νικητές ερωτώνται τι θα κάνουν με τα χρήματα που κέρδισαν, η πλειοψηφία απαντά αμέσως ότι θα κάνει ένα ωραίο ταξίδι.

Μην ξεχνάμε το γνωστό τραγούδι του Δώρου Γεωργιάδη, *Αν Ήμουν Πλούσιος, Βασιλιάς, Ταξιδευτής*.

Όπως όμως συμβαίνει με τις περισσότερες ευχάριστες εμπειρίες της ζωής, την ευχαρίστηση μπορεί να ακολουθήσουν δυσάρεστες συνέπειες. Σε ένα ταξίδι μπορεί να προκύψουν προβλήματα υγείας, τα οποία θα μας χαλάσουν το κέφι ή θα μας εμποδίσουν να δούμε αυτά που θα θέλαμε, αναγκάζοντάς μας να επιστρέψουμε επειγόντως.

Ευτυχώς, οι κίνδυνοι κάθε χώρας είναι πλέον γνωστοί. Τελευταία, μάλιστα, έχει αναπτυχθεί μια εξειδίκευση της Ιατρικής, η Ταξιδιωτική Ιατρική, που έχει αναπτυχθεί αρκούντως και στη χώρα μας, καθώς υπάρχουν σχετικές επιστημονικές εταιρείες και διεξάγονται με μεγάλη συχνότητα ειδικά συνέδρια.

Σε ένα Ιατρείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής, εκτός από τη λήψη πληροφοριών για τον προορισμό, τη διάρκεια και τις δραστηριότητες στον τόπο προορισμού του (μερικές από αυτές ενδεχομένως να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες), **ο υποψήφιος ταξιδιώτης ενημερώνεται και για τους κινδύνους που μπορεί να διατρέξει η υγεία του.**

Οι κίνδυνοι αυτοί αφορούν κυρίως λοιμώξεις που υπάρχουν σε ορισμένες χώρες, και ειδικότερα σε συγκεκριμένες περιοχές των χωρών αυτών. Τα παραδείγματα τέτοιων λοιμώξεων ποικίλλουν: από απλή τροφική δηλητηρίαση (διάρροια ταξιδιωτών) μέχρι κίτρινο πυρετό, ελονοσία, δάγκειο, ηπατίτιδα Α και Β, τυφοειδή πυρετό, ιαπωνική εγκεφαλίτιδα, πυρετό Chikungunya και πολλές άλλες λοιμώξεις.

Εκτός από τις λοιμώξεις, υπάρχουν και άλλα προβλήματα, όπως η νόσος του υψομέτρου, η διαφορετική τροφή, η διαφορά της ώρας που απορρυθμίζει τα ωράρια λήψεως φαρμάκων –κάτι πολύ σημαντικό για τους διαβητικούς που παίρνουν ινσουλίνη–, οι κίνδυνοι από δήγματα ζώων, όπως σκυλιών ή πιθήκων, άλλα ατυχήματα κ.λπ.

Πιο συγκεκριμένα, προβλήματα μπορούν να αντιμετωπίσουν κυρίως τα παιδιά, οι έγκυοι αλλά και άτομα με χρόνια νοσήματα.

Μην ανησυχείτε, όμως! Για όλα τα παραπάνω, η Ταξιδιωτική Ιατρική είναι σε θέση να σας δώσει τις κατάλληλες οδηγίες, ώστε όλοι οι κίνδυνοι να ελαχιστοποιηθούν και στις περισσότερες περιπτώσεις να μηδενιστούν. Μπορεί, λοιπόν, να χρειαστεί προφυλακτική χορήγηση φαρμάκων για την ελονοσία, κατάλληλοι εμβολιασμοί ανάλογα με τους προορισμούς του ταξιδιού και τις ιδιαιτερότητες του δρομολογίου και, φυσικά, συμβουλές για το φαγητό και άλλου είδους προφυλάξεις.

Στην Ευρωκλινική λειτουργεί Ιατρείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής, στο πλαίσιο του Ιατρείου Λοιμώξεων, υπό τη διεύθυνση του Καθηγητή Παθολογίας Ιωάννη Κοσμίδη, λοιμωξιολόγου, ο οποίος, ύστερα από συνέντευξη με τον υποψήφιο ταξιδιώτη κατά την οποία συζητιούνται όλες οι λεπτομέρειες του προγραμματιζόμενου ταξιδιού και ενδεχόμενα προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας, του δίνει τις απαραίτητες συμβουλές.

Παράλληλα, δίδονται στον υποψήφιο ταξιδιώτη φυλλάδια με γενικές οδηγίες, ειδικές συμβουλές ανάλογα με τον προορισμό, ακόμη και ονόματα, τηλέφωνα και διευθύνσεις λοιμωξιολόγων στη χώρα προορισμού για κάθε περίπτωση ανάγκης.

Αν παρουσιασθεί οποιοδήποτε πρόβλημα, το ιατρικό προσωπικό του Ιατρείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής συμβουλεύει και βοηθά τον ταξιδιώτη είτε εξ αποστάσεως είτε μετά την επιστροφή.

ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ & ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Προετοιμάζεστε για σαφάρι, ορειβασία, για ένα απλό ή επαγγελματικό ταξίδι ή για ένα ταξίδι αναψυχής σε κάποια τροπική χώρα; Ταξιδέψτε υγιείς και με ασφάλεια. Μια απλή επίσκεψη στο Ιατρείο Ταξιδιωτικής Συμβουλευτικής & Λοιμώξεων αρκεί.

Το Ιατρείο Ταξιδιωτικής Συμβουλευτικής & Λοιμώξεων της Ευρωκλινικής Αθηνών λειτουργεί υπό την επιστημονική εποπτεία του Καθηγητή Ιωάννη Κοσμίδη, Λοιμωξιολόγου και Μέλους της Διεθνούς Εταιρείας Ταξιδιωτικής Ιατρικής. Μεταξύ άλλων, το Ιατρείο Ταξιδιωτικής Συμβουλευτικής & Λοιμώξεων παρέχει:

Συμβουλές πριν από το ταξίδι, ανάλογα με το δρομολόγιο και τους προορισμούς, σχετικά με:

- Κινδύνους από τροπικές και άλλες λοιμώξεις.
- Ατυχήματα.
- Ειδικές καταστάσεις, όπως νόσος υψομέτρου, θερμοπληξία, jet lag κ.λπ.

Οδηγίες πρόληψης:

- Ποια εμβόλια είναι υποχρεωτικά και ποια άλλα συνιστώνται για τον τόπο προορισμού.
- Προληπτική χορήγηση φαρμάκων όταν αυτή απαιτείται.
- Προληπτική προστασία για μικρά παιδιά και εγκύους.

Συμβουλές υγιεινής:

- Τι πρέπει να έχουν μαζί τους οι ταξιδιώτες.
- Τροφές που μπορούν να καταναλώνουν άφοβα.
- Πώς να προστατεύονται από έντομα που μεταδίδουν ασθένειες.
- Τι πρέπει να τηρούν κατά τη διάρκεια του ταξιδιού όσοι πάσχουν από χρόνιες ασθένειες.

Οδηγίες για αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας, που ενδεχομένως να παρουσιαστούν στον τόπο διαμονής.

Φροντίδα μετά την επιστροφή, διάγνωση και θεραπεία οποιουδήποτε προβλήματος.

Στο ίδιο ιατρείο εξετάζονται περιστατικά με προβλήματα λοιμώξεων, όπως ουρολοιμώξεις, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις αναπνευστικού (βρογχίτιδες κ.ά.), δερματικές λοιμώξεις, προστατίτιδες κ.λπ.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

Για περισσότερες πληροφορίες και ραντεβού, καλέστε στο τηλ.: 210-6416040

Λευτέρης Ζαμπάκος,
Χειρουργός Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών

Γεώργιος Δημάκης,
Χειρουργός Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών

Κότσι
Νέα Τεχνική Αντιμετώπισης

Ο βλαισός μέγας δάκτυλος, άλλως αυτό που στην καθομιλουμένη ονομάζουμε κότσι, αποτελεί μια διόγκωση της άρθρωσης του μεγάλου δακτύλου του ποδιού. Σχηματίζεται τόσο από τα οστά του πρώτου δακτύλου του ποδιού, όσο και από τον ορογόνο θύλακα που καλύπτει την πρώτη μεταταρσοφαλαγγική άρθρωση.

Όσο το κότσι μεγαλώνει, η άρθρωση αρχίζει να προεξέχει προς την εσωτερική πλευρά του ποδιού, δημιουργώντας μια αντιαισθητική και πολλές φορές επώδυνη παραμόρφωση. Συνήθως τα κότσια συνοδεύονται με σφυροδακτυλία των γειτονικών δακτύλων, καθώς και μεταταρσαλγία, δηλαδή πόνο και υπερκερατώσεις στην πρόσθια επιφάνεια του πέλματος.

Τα κότσια εμφανίζονται συνήθως σε άτομα που κάνουν παρατεταμένη χρήση στενών υποδημάτων. Ακατάλληλα θεωρούνται συνήθως τα παπούτσια με στενή μύτη και ψηλό τακούνι. Η κληρονομικότητα και η αρθρίτιδα παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο, καθώς ο βλαισός μεγάλος δάκτυλος έχει παρατηρηθεί και σε πρωτόγονες φυλές που δεν φόρεσαν ποτέ παπούτσια. Τα κότσια εμφανίζονται συχνότερα σε γυναίκες σε αναλογία 9:1. **Μελέτες έχουν δείξει ότι το 88% των γυναικών φορούν στενά παπούτσια και από αυτές το 55% έχουν κότσια.**

Ενδείξεις για χειρουργική αντιμετώπιση είναι:

- Η αισθητική παραμόρφωση ή και η εφίππευση των δακτύλων
- Ο πόνος που παρεμποδίζει τις καθημερινές δραστηριότητες
- Ο χρόνιος ερεθισμός και το πρήξιμο που δεν βελτιώνεται με φάρμακα
- Η δυσκαμψία των δακτύλων

Υπάρχουν εκατοντάδες τεχνικές για τη διόρθωση του βλαισού μεγάλου δακτύλου και των συνοδών παραμορφώσεων του πρόσθιου ποδός. Το πρόβλημα μέχρι πριν από λίγα χρόνια ήταν ότι οι επεμβάσεις αυτές ήταν πολύ επώδυνες και απαιτούσαν παρατεταμένη ναρθηκοποί-

istockphoto

istockphoto

Το μέλλον της αποκατάστασης των παραμορφώσεων του άκρου ποδός είναι εδώ και λέγεται ελάχιστα επεμβατική χειρουργική.

ηση του ποδιού, δηλαδή εφαρμογή ειδικού άκαμπτου υποδήματος για αρκετούς μήνες.

Σήμερα, με τη χρήση σύγχρονων ειδικών εργαλείων και χάρη σε ειδικές τεχνικές, το μεγαλύτερο ποσοστό των παθήσεων αυτών μπορεί να αντιμετωπισθεί με ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές μέσα από μικρές οπές που δεν ξεπερνούν τα 5 mm. **Η ασθενής χειρουργείται κάτω από την επίδραση τοπικής αναισθησίας και πηγαίνει αυθημερόν σπίτι της, χωρίς να πονά και με τη δυνατότητα να περπατά από την πρώτη κιόλας στιγμή.**

Στις περισσότερες περιπτώσεις, μέσα σε 2 κιόλας εβδομάδες, μπορεί να φορέσει αθλητικό παπούτσι και να επανέλθει στις συνηθισμένες της δραστηριότητες.

Τα πλεονεκτήματα της νέας τεχνικής είναι:

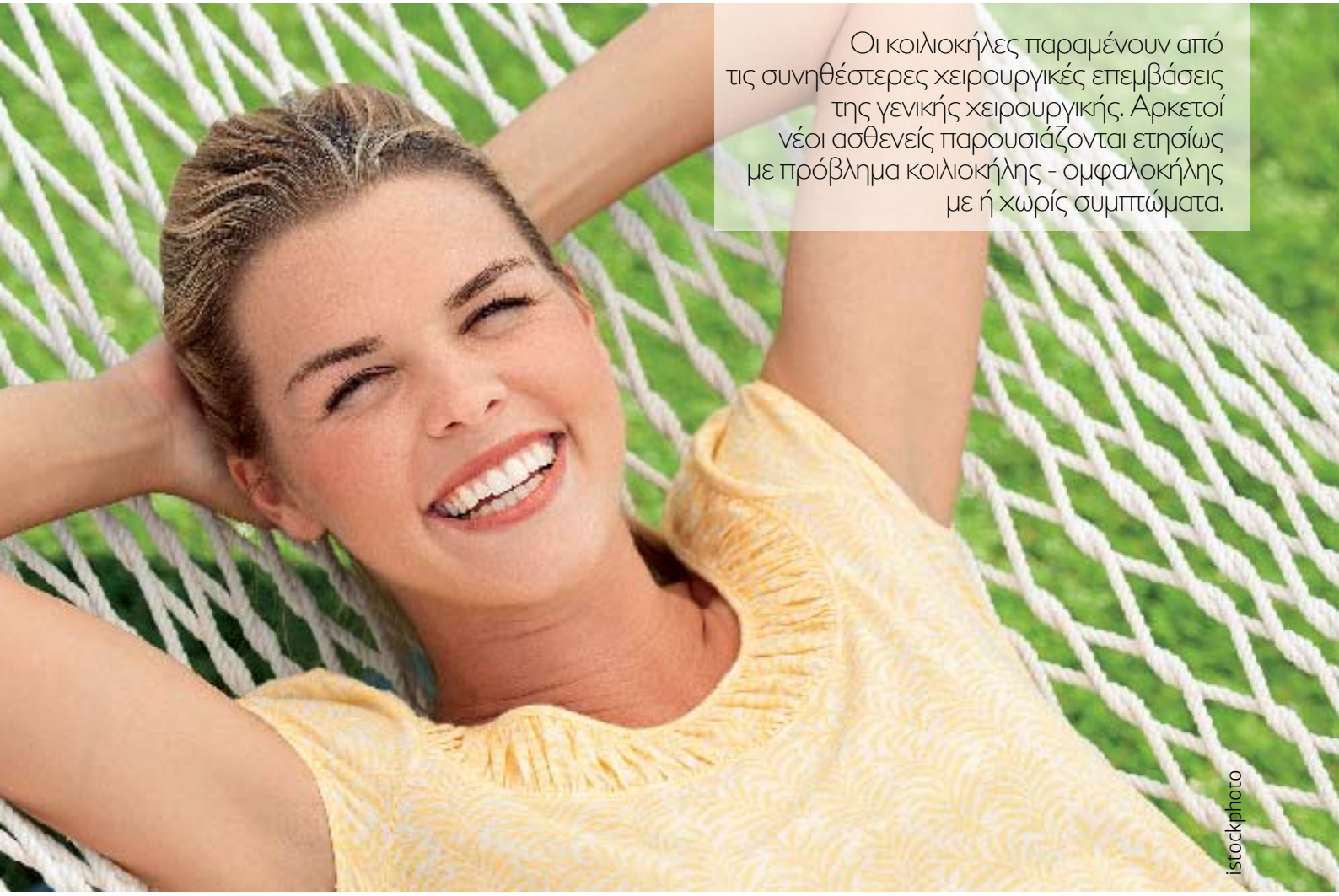
* Ελάχιστος μετεγχειρητικός πόνος
* Τοπική αναισθησία
* Ημερήσια νοσηλεία
* Αόρατες σχεδόν τομές, αισθητικά ανώτερες από οποιαδήποτε άλλη τεχνική
* Άμεση φόρτιση
* Ταχύτερη επαναφορά στις δραστηριότητες και την εργασία

Όπως και με την αρθροσκόπηση τη δεκαετία του '80, οι διαδερμικές τεχνικές φέρνουν την επανάσταση σε αυτόν τον τομέα. Το μέλλον της αποκατάστασης των παραμορφώσεων του άκρου ποδός είναι εδώ και λέγεται ελάχιστα επεμβατική χειρουργική.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ

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

Λαπαροσκοπική αποκατάσταση κηλών κοιλιακού τοιχώματος με τοποθέτηση πλέγματος



Οι κοιλιοκήλες παραμένουν από τις συνηθέστερες χειρουργικές επεμβάσεις της γενικής χειρουργικής. Αρκετοί νέοι ασθενείς παρουσιάζονται ετησίως με πρόβλημα κοιλιοκήλης - ομφαλοκήλης με ή χωρίς συμπτώματα.

istockphoto

istockphoto

Η πείρα του χειρουργού και οι λεπτομέρειες της μεθόδου αποτελούν εχέγγυα για την επιτυχή αποκατάσταση της κοιλιοκήλης.

Οι κύριες αιτίες που οδηγούν τον ασθενή στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας είναι ο πόνος και η αισθητική ανωμαλία που δημιουργείται από την προβολή του κοιλιακού σάκου. Αν στις παραπάνω αιτίες προσθέσουμε και την πιθανότητα περίσφιγξης της κήλης, τότε ολοκληρώνονται οι προϋποθέσεις προς χειρουργική αντιμετώπιση.
Έχει υπολογιστεί ότι η πιθανότητα ανάπτυξης μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης έπειτα από επέμβαση κοιλίας με λαπαροτομία είναι μεταξύ 10% - 50% την πρώτη πενταετία.

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη κοιλιοκήλης είναι:

- Γένος (αυξημένη επίπτωση στους άρρενες)
- Ηλικία
- Ενδοκοιλιακή πίεση αυξημένη (παχυσαρκία, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια)
- Ατελής επούλωση τραύματος (κακή διατροφή, χρήση κορτικοστεροειδών, κάπνισμα, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, αποφρακτικός ίκτερος, διαβήτης τύπου ΙΙ)
- Νόσοι του κολλαγόνου
- Προηγηθείσες επεμβάσεις και αποκαταστάσεις κηλών
- Μέγεθος της κήλης
- Αριθμός των κηλών

Παρ' όλα αυτά, ο ακριβής μηχανισμός της δημιουργίας κήλης είναι πολυπαραγοντικός και η χειρουργική αποκατάσταση αποτελεί μία από τις πλέον κοινές εγχειρήσεις των γενικών χειρουργών.

Έχει υπολογισθεί ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής πραγματοποιούνται περίπου 200.000 επεμβάσεις ετησίως. Με την ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας και της σημαντικής ανάπτυξης στη δημιουργία πλεγμάτων, η λαπαροσκοπική αποκατάσταση των κοιλιοκηλών με χρήση ενδοπεριτοναϊκού πλέγματος κερδίζει συνεχώς έδαφος.

Τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής μεθόδου συνοψίζονται σε:

- Μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών (πόνος, ειλεός)
- Μείωση του χρόνου νοσηλείας
- Χαμηλότερα ποσοστά υποτροπών

Αποτελεί πλέον κοινή παραδοχή ότι η χρήση πλέγματος έχει μειώσει σημαντικά την εμφάνιση υποτροπών.
Ένα, επίσης, σημαντικό πλεονέκτημα της λαπαροσκοπικής τοποθέτησης ενδοπεριτοναϊκού πλέγματος είναι η αναγνώριση μεγάλων ή πολλαπλών ελλειμμάτων του κοιλιακού τοιχώματος και η σύγχρονη αποκατάστασή τους στον ίδιο χειρουργικό χρόνο, κάτι το οποίο είναι εξαιρετικά δυσχερές στις αντίστοιχες ανοικτές επεμβάσεις.
Η πείρα του χειρουργού και οι λεπτομέρειες της μεθόδου, όπως η παρασκευή και η έκθεση των ελλειμμάτων του τοιχώματος, η σωστή μέτρησή τους, η επικάλυψή τους με το προσθετικό υλικό κατ' ελάχιστο 3 cm από όλα τα όρια, αλλά και η σωστή καθήλωσή τους στο κοιλιακό τοίχωμα, αποτελούν εχέγγυα για την επιτυχή αποκατάσταση της κοιλιοκήλης.

Μάριος Ζ Πάνος,
MD, FRCP,
Διευθυντής Α' Γαστρεντερολογικής Κλινικής,
Ευρωκλινική Αθηνών

Κωνσταντίνος Βαρυτιμιάδης,
MD,
Επιμελητής Α' Γαστρεντερολογικής Κλινικής,
Ευρωκλινική Αθηνών

Οισοφάγος Barrett

Μια προκαρκινική πάθηση

Νέα ενδοσκοπική μέθοδος θεραπείας με ραδιοσυχνότητες (HALO)

Τι είναι ο οισοφάγος Barrett;

Με τον όρο «οισοφάγος Barrett» αναφερόμαστε στην παθολογική αλλαγή (μεταπλασία) των κυττάρων που σχηματίζουν την εσωτερική επικάλυψη (επιθήλιο) του κατώτερου οισοφάγου. Η αιτία αυτής της βλάβης είναι η χρόνια έκθεση στο οξύ του στομάχου. Αυτό συμβαίνει συνήθως λόγω της παλινδρόμησης οξέος από το στομάχι προς τον οισοφάγο (γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος). Στην παλινδρόμηση προδιαθέτει η παρουσία διαφραγματοκήλης.

Η εσωτερική επικάλυψη του οισοφάγου αποτελείται από πλακώδες επιθήλιο (φαίνεται λευκωπό στη γαστροσκόπηση). Αντίθετα, στο στόμαχο υπάρχει το κυλινδρικό (ερυθρωπή χροιά στη γαστροσκόπηση. Αυτοί οι δύο τύποι επιθηλίου συναντιούνται στη γαστροοισοφαγική συμβολή. Όταν υπάρχει χρόνια έκθεση του κατώτερου οισοφάγου στο οξύ, έχουμε επέκταση του κυλινδρικού επιθηλίου προς τα επάνω, με αποτέλεσμα η γαστροοισοφαγική συμβολή να αναγνωρίζεται πλέον πιο ψηλά στον οισοφάγο. Όμως, το κυλινδρικό επιθήλιο δεν είναι φυσιολογικό, αλλά υφίσταται μια μεταλλαγή που ονομάζεται «εντερική μεταπλασία». Αυτό επιβεβαιώνεται με βιοψία και διαγιγνώσκεται «οισοφάγος Barrett».

Ο οισοφάγος Barrett αποτελεί τη σοβαρότερη επιπλοκή της παλινδρομικής νόσου. Είναι μια καλά αναγνωρισμένη προκαρκινωματώδης κατάσταση, αφού δίνει έδαφος για την ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου. Ευτυχώς, αυτό δεν γίνεται από τη μία στιγμή στην άλλη, αλλά περνάει από στάδια προκαρκινικών καταστάσεων. Πρώτα εμφανίζεται χαμηλόβαθμη δυσπλασία, στη συνέχεια υψηλόβαθμη δυσπλασία, για να εξελιχθεί με τη σειρά της σε αδενοκαρκίνωμα.

Επιδημιολογία

Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι οι ασθενείς με οισοφάγο Barrett έχουν 30-125 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου σε σύγκριση με άτομα χωρίς Barrett. Τις τελευταίες δεκαετίες, παράλληλα με την αύξηση της συχνότητας της γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου, έχει αυξηθεί και η συχνότητα του οισοφάγου Barrett. Το 2005, στις ΗΠΑ υπολογίστηκε ότι 3,3 εκατ. ενηλίκων άνω των 50 ετών είχαν οισοφάγο Barrett. Η συχνότητα στον ενήλικα πληθυσμό κυμαίνεται σε 0,5% - 1,4%. Αντίστοιχα, από το 1975 μέχρι το 2001 το αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου έχει αυξηθεί κατά 6 φορές και η συχνότητα θανάτου από αυτόν τον καρκίνο κατά 7 φορές. Αν δεν λάβουμε υπόψη μας τη χαμηλή επιβίωση από το αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου, που ανέρχεται μόλις στο 17% στα 5 έτη, καταλαβαίνουμε ότι η διάγνωση και η προληπτική θεραπεία προκαρκινωματωδών μορφών (δυσπλασία) είναι η πλέον αποτελεσματική τακτική για την αντιμετώπιση του σημαντικού αυτού ιατρικού προβλήματος.

Διάγνωση

Η διάγνωση τόσο του Barrett όσο και του βαθμού δυσπλασίας που μπορεί να παρουσιάζει γίνεται με τη γαστροσκόπηση και τη λήψη βιοψιών. Κατά τη γαστροσκόπηση, ο ενδοσκόπος μπορεί να διαπιστώσει την

παθολογική «γεωγραφία» της περιοχής του κατώτερου οισοφάγου, με την αντικατάσταση του λευκωπού πλακώδους επιθηλίου από το κυλινδρικό επιθήλιο του Barrett, που έχει τη χαρακτηριστική ροζ απόχρωση του σολομού. Η λήψη βιοψίας επιβεβαιώνει τη διάγνωση.

Ομάδες ασθενών που είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη οισοφάγου Barrett είναι το άρρεν φύλο, τα άτομα ηλικίας άνω των 45 ετών, η λευκή φυλή και όσοι έχουν χρόνια συμπτώματα παλινδρόμησης (κυρίως οπισθοστερνικό καύσο). Συνεπώς, **άτομα με συχνά και επαναλαμβανόμενα επεισόδια παλινδρόμησης (καούρες, ξινίλες, ρεψίματα) θα πρέπει να υποβάλλονται σε μια αρχική ενδοσκόπηση, ιδίως αν είναι λευκοί άντρες άνω των 45 ετών.**

Η πείρα του ενδοσκόπου - γαστρεντερολόγου είναι σημαντική στη διάγνωση του Barrett. Ωστόσο, έχουν αναπτυχθεί τεχνολογίες που διευκολύνουν την ενδοσκοπική αναγνώριση αυτής της παθολογίας, όπως το Narrow Band Imaging (NBI), με το οποίο, χρησιμοποιώντας κάποια φίλτρα φωτός, μπορούμε να εντοπίσουμε με ακρίβεια το μέγεθος και τα όρια του οισοφάγου Barrett.

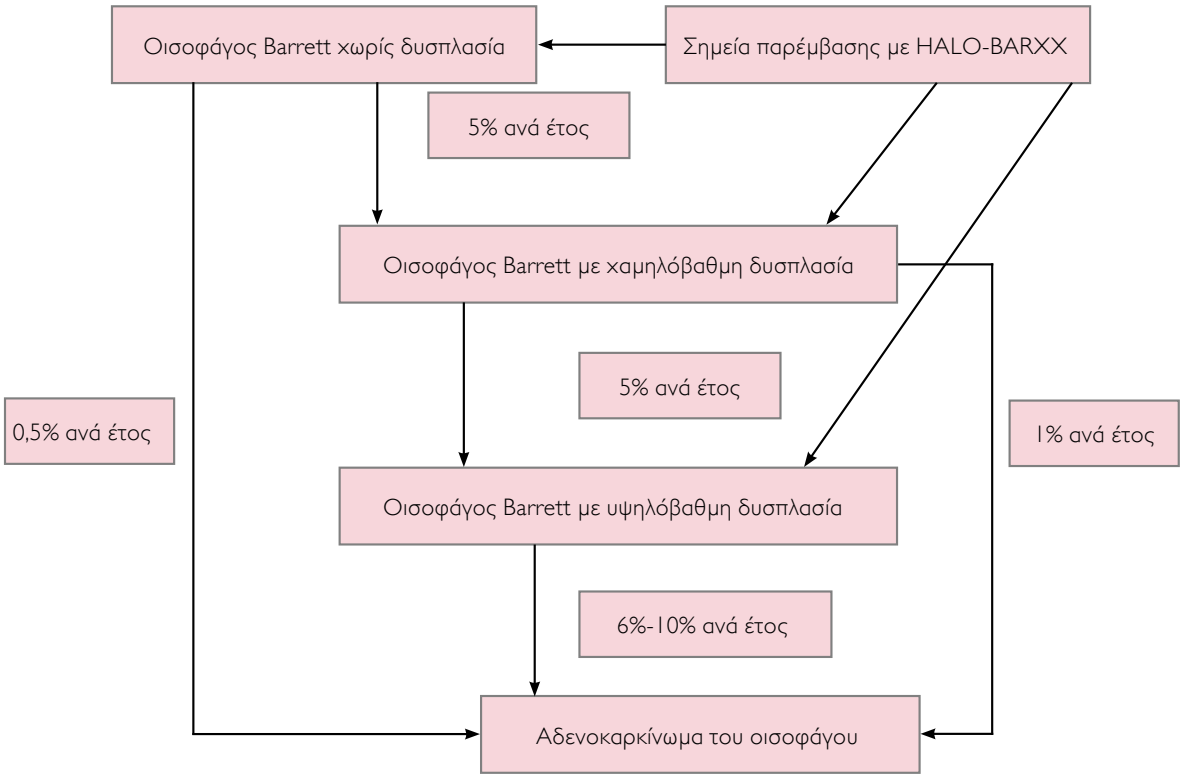
Μετά τη διάγνωση, οι ασθενείς πρέπει να βρίσκονται υπό τακτικό ενδοσκοπικό έλεγχο με λήψη πολλαπλών βιοψιών, ώστε να γίνει έγκαιρα αντιληπτή η τυχόν ανάπτυξη δυσπλασίας ή πρώιμου καρκίνου. Έτσι, μπορούμε να παρέμβουμε άμεσα και να σταματήσουμε τη μετεξέλιξη σε διηθητικό καρκίνο. Μέχρι πρόσφατα η μόνη θεραπευτική παρέμβαση γινόταν με χειρουργική επέμβαση, και μόνο εφόσον η δυσπλασία ήταν στο στάδιο της υψηλόβαθμης ή είχε ήδη μεταπέσει στο στάδιο του καρκίνου.

Νέα στρατηγική στην αντιμετώπιση του οισοφάγου Barrett

Τελευταία, όμως, υπάρχει μια στροφή στη στρατηγική αντιμετώπισης του οισοφάγου Barrett: αντί να περιμένουμε πότε θα αναπτυχθεί υψηλόβαθμη δυσπλασία ή καρκίνος για να επέμβουμε, προτιμούμε να θεραπεύσουμε τον Barrett είτε όταν υπάρχει μόνο χαμηλόβαθμη δυσπλασία είτε ακόμα (πολύ πρόσφατες μελέτες) μόλις τεθεί η αρχική του διάγνωση. Η ιδέα υπήρχε και παλαιότερα, αλλά οι ενδοσκοπικές τεχνικές που είχαν εφαρ-

istockphoto

Τα αποτελέσματα των κλινικών μελετών που έχουν γίνει σε ασθενείς με Barrett είναι πολλά υποσχόμενα.



Σχήμα 1: Η φυσική πορεία του οισοφάγου Barrett προς αδενοκαρκίνωμα και τα σημεία στα οποία παρεμβαίνει η θεραπεία καυτηρίασης με ραδιοσυχνότητες HALO-BARXX.

μοσθεί (όπως φωτοδυναμική θεραπεία ή καυτηρίαση με Argon) δεν παρήγαγαν τα επιθυμητά αποτελέσματα ή είχαν πολλές επιπλοκές. Το θεραπευτικό αυτό κενό ήρθε να συμπληρώσει μια νέα μέθοδος, κατά την οποία γίνεται ενδοσκοπικά καυτηρίαση όλης της έκτασης του βλεννογόνου Barrett με ραδιοσυχνότητες (HALO-BARXX).

Ενδοσκοπική θεραπεία οισοφάγου Barrett με ραδιοσυχνότητες (HALO-BARXX)

Η θεραπεία γίνεται μέσω του ενδοσκοπίου με ήπια καταστολή (μέθη), όπως και στην απλή γαστροσκόπηση, είτε σε εξωτερική βάση είτε με εισαγωγή μίας ημέρας. Ανάλογα με την έκταση του οισοφάγου Barrett, χρησιμοποιούνται δύο ειδών ηλεκτρόδια, με τα οποία επιτυγχάνεται η καταστροφή του παθολογικού επιθηλίου. Το ένα έχει τη μορφή μπαλονιού 360 μοιρών και επιλέγεται για βλάβες μεγάλου μεγέθους. Για μικρής έκτασης βλάβες, όπως οι «νησίδες ή γλωσσίδες Barrett», έχει σχεδιαστεί ένας καθετήρας που καταλήγει σε τοξοειδή πλακέτα 90 μοιρών, η οποία προσαρμόζεται στην άκρη του γαστροσκοπίου.
Συνήθως, έπειτα από 2-3 συνεδρίες (με μεσοδιάστημα 2 μηνών), έχει επιτευχθεί πλήρης εξαφάνιση του μεταπλαστικού επιθηλίου και αντικατάστασή του από το φυσιολογικό πλακώδες. Παράλληλα, είναι μια ασφαλής μέθοδος, αφού το βάθος της καυτηρίασης περιορίζεται στην επιφανειακή στοιβάδα (επιθήλιο), που είναι και η παθολογική, χωρίς τις επιπλοκές της διάτρησης και της δημιουργίας οισοφαγικών στενώσεων, που παρατηρούνταν σε παλαιότερες τεχνικές (όπως, π.χ., στη φωτοδυναμική θεραπεία).
Τα αποτελέσματα των κλινικών μελετών που έχουν γίνει σε ασθενείς με Barrett, χωρίς ή με χαμηλόβαθμη δυσπλασία, είναι πολλά υποσχόμενα, καθώς περίπου το 95% παραμένει ελεύθερο της νόσου στην πενταετία και στην τριετία αντίστοιχα, ενώ οι επιπλοκές κυμαίνονται στα επίπεδα της απλής γαστροσκόπησης.

Συμπεράσματα

Με τη νέα ενδοσκοπική μέθοδο της ηλεκτροκαυτηρίασης του οισοφάγου Barrett με ραδιοσυχνότητες μπορούμε πρώιμα να παρέμβουμε θεραπευτικά, σχεδόν προληπτικά, διακόπτοντας τη φυσική πορεία μιας προκαρκινωματώδους κατάστασης (οισοφάγος Barrett - χαμηλόβαθμη δυσπλασία - υψηλόβαθμη δυσπλασία - αδενοκαρκίνωμα) (Σχήμα 1).
Οι αναγκαίες τεχνικές για την πρώιμη διάγνωση του οισοφάγου Barrett (μέθοδος NBI), την ιστολογική διάγνωση (εξέταση βιοψίας με ειδικές χρώσεις) και την εξάλειψη της μεταπλασίας (θεραπεία με ραδιοσυχνότητες HALO-BARXX) είναι διαθέσιμες ως μέθοδοι ρουτίνας στην Ευρωκλινική Αθηνών.

Όλος ο κόσμος των θρεπτικών υλικών
στο www.bioprepare.gr

Bioprepare®
microbiology

Γ. Παπανικολάου & ΣΙΑ Ε.Ε. – Παραγωγή Μικροβιολογικών Αντιδραστηρίων
Ίδρυσι 24, Τέρψιας Αττικής, 15 344, τηλ.: 210 8046430, φαξ: 210 8046431, e-mail: bioprep1@otenet.gr
www.bioprepare.gr

Ελένη Καραφώκα,
Χειρουργός, Λαπαροσκοπική Χειρουργική &
Χειρουργική Ογκολογία, Ευρωκλινική Αθηνών

Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση (Γ.Ο.Π.)

Τι είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;

Ανάμεσα στο κατώτερο τμήμα του οισοφάγου και στο ανώτερο τμήμα του στομάχου υπάρχει ένας σφιγκτήρας, ο «καρδιοοισοφαγικός σφιγκτήρας». Η τροφή, μετά την είσοδό της από το στόμα, κινείται υποχρεωτικά προς το στομάχι μέσω του οισοφάγου. Ο ρόλος του καρδιοοισοφαγικού σφιγκτήρα είναι να αποκλείει την ανάποδη κίνηση της τροφής και των γαστρικών υγρών προς τον οισοφάγο.

Ως Γ.Ο.Π. ορίζεται η παθολογική κατάσταση κατά την οποία η συχνή και παρατεταμένη παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου από το στομάχι προς τον οισοφάγο ξεπερνά τις αντοχές του πρώτου, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται κλινικά σημεία ή/και συμπτώματα.

Ποιες αιτίες μπορεί να προκαλέσουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;

Οι αιτίες μπορεί να είναι λειτουργικές ή ανατομικές. Στις πρώτες περιλαμβάνονται αυτές που προκαλούν αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση, όπως η παχυσαρκία, η εγκυμοσύνη, η άρση βαρών ή η βαριά χειρωνακτική εργασία, καταστάσεις που προκαλούν αύξηση της ενδογαστρικής πίεσης, όπως μεγάλα σε όγκο γεύματα ή τα αεριούχα ποτά, αλλά και αιτίες που προκαλούν χαλάρωση στον καρδιοοισοφαγικό σφιγκτήρα, όπως τα λιπαρά ή πικάντικα γεύματα, η σοκολάτα, ο καφές, το τσάι, το αλκοόλ και τα αντιχολινεργικά φάρμακα. Η διαφραγματοκήλες, συγγενείς ή επίκτητες, πολύ συχνά προκαλούν παλινδρόμηση.

Με ποια συμπτώματα εμφανίζεται η νόσος;

Η νόσος εμφανίζεται με μία ομάδα συμπτωμάτων από τα οποία μερικά είναι τυπικά και παραπέμπουν κατευθείαν στο πρόβλημα, ενώ άλλα είναι άτυπα και μπορεί να παραπλανούν, μιμούμενα άλλες παθήσεις. Από τα πιο συνηθισμένα είναι το αίσθημα οπισθοστερνικού καύσου («καούρες») και η αναγωγή όξινου περιεχομένου στο στόμα. Ωστόσο, η νόσος μπορεί να εμφανιστεί και με εικόνα δυσφαγίας σε πιο προχωρημένες καταστάσεις ή ως αίσθημα δυσπεψίας με φούσκωμα στο στομάχι. Τυπική συμπτωματολογία στηθάγχης με πόνο στο θώρακα και αντανάκλαση στον ώμο ή στο αριστερό χέρι μπορεί να οφείλεται σε ένα επεισόδιο παλινδρόμησης και πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη στη διερεύνηση τέτοιων ασθενών. Πολύ συχνά η νόσος εμφανίζεται με εντελώς εξωοισοφαγικά συμπτώματα, όπως χρόνιος βήχας ή υποτροπιάζουσα φαρυγγίτιδα ή λαρυγγίτιδα, ως πολύποδας στις φωνητικές χορδές, ακόμη και ως χρόνιο άσθμα ή πνευμονίτιδα και πνευμονική ίνωση ως αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενων επεισοδίων εισρόφησης.

Ποιες οι απώτερες επιπλοκές της νόσου;

Όλα τα απώτερα προβλήματα που δημιουργούνται από αυτήν τη νόσο οφείλονται στο γεγονός ότι ο οισοφάγος, αλλά και τα όργανα του ανώτερου και του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος (φάρυγγας, λάρυγγας, φωνητικές χορδές και ο ίδιος ο πνεύμονας), έρχονται πολύ συχνά και για μεγάλα διαστήματα σε επαφή με το περιεχόμενο του στομάχου (όξινο ή αλκαλικό και με άπεπτες τροφές). Παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου συμβαίνει φυσιολογικά, αρκετές φορές την ημέρα, όμως ο οισοφάγος διαθέτει μηχανισμούς που «ξεπλένουν» αυτό το υλικό γρήγορα και έτσι το περιβάλλον του επανέρχεται στη φυσιολογική κατάσταση. Υπάρχει ένα όριο στο πόσα τέτοια περιστατικά μπορεί να αντέξει ο οισοφάγος, πέρα από το οποίο οι επιπτώσεις της παλινδρόμησης γίνονται εμφανείς και αρχίζουν να δημιουργούν προβλήματα και συμπτώματα:

- Οισοφαγίτιδα (I, II, III, VI βαθμού)
- Στένωση του οισοφάγου
- Βράχυνση του οισοφάγου
- Οισοφάγος Barret (θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως προκαρκινική κατάσταση)
- Καρκίνος του οισοφάγου
- Επιπτώσεις από τον χρόνιο ερεθισμό του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος

Πώς μπορεί να διαπιστωθεί η πάθηση;

Ένας έμπειρος και ευαισθητοποιημένος γιατρός μπορεί εύκολα από το ιατρικό ιστορικό να ανιχνεύσει τα συμπτώματα της Γ.Ο.Π., με την προϋπόθεση ότι ο ασθενής θα

Ένας έμπειρος ιατρός μπορεί εύκολα να ανιχνεύσει τα συμπτώματα της Γ.Ο.Π., αρκεί ο ασθενής να απευθυνθεί σε αυτόν.

απευθυνθεί σε αυτόν. Ο οικογενειακός γιατρός είναι αυτός που θα καθοδηγήσει τον ασθενή και θα τον παραπέμψει στον ειδικό γαστρεντερολόγο, ο οποίος θα κάνει τον ενδοσκοπικό έλεγχο. Οι διαφόρου βαθμού οισοφαγίτιδες, η στένωση και βράχυνση του οισοφάγου, ο οισοφάγος Barret και ο καρκίνος του οισοφάγου είναι καταστάσεις που διαπιστώνονται και τεκμηριώνονται με την οισοφαγοσκόπηση και τη λήψη βιοψιών.

Πολλές φορές δεν υπάρχουν ευρήματα από τον οισοφάγο, αλλά ο ασθενής παραπονείται για βραχνάδα στη φωνή, βήχα και φαρυγγίτιδα, ακόμη και για συχνά επεισόδια ωτίτιδας. Εδώ είναι απαραίτητη η ΩΡΛ εξέταση, με την οποία ο έμπειρος και ευαισθητοποιημένος ΩΡΛ θα αναγνωρίσει τα ευρήματα παλινδρομικής νόσου και θα παραπέμψει τον ασθενή του για pH-μετρία εικοσιτετραώρου, που είναι τελικά η μόνη εξέταση που αποδεικνύει και τεκμηριώνει πέραν πάσης αμφιβολίας την πάθηση και τη βαρύτητά της.

Πώς θεραπεύεται η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;

Σήμερα, η ιατρική επιστήμη έχει στη διάθεσή της και προτείνει μια γκάμα από θεραπευτικές λύσεις, δίνοντάς μας έτσι την ευκαιρία να αντιμετωπίσουμε τον κάθε ασθενή ως ξεχωριστή περίπτωση και να επιλέξουμε ποια είναι η καταλληλότερη θεραπευτική αντιμετώπιση γι' αυτόν, ξεκινώντας από οδηγίες για αλλαγή του τρόπου ζωής του και φτάνοντας μέχρι τη χειρουργική επέμβαση. Πιο αναλυτικά:

Αλλαγή τρόπου ζωής

- Απώλεια βάρους
- Μικρά και ελαφρά γεύματα, χαμηλά σε λιπαρά
- Αποφυγή κατάκλισης για τουλάχιστον μία ώρα μετά τα γεύματα
- Αποφυγή λήψης αλκοόλ, καφέ, σοκολάτας, τσαγιού, μέντας, αεριούχων ποτών
- Αποφυγή άρσης βαρών

Φαρμακευτική αγωγή

- Αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (PPIs)

Χειρουργική αντιμετώπιση

- Θολοπλαστική κατά Nissen
- Άλλου τύπου θολοπλαστικές ανάλογα με την περίπτωση
  - Με κλασικό ανοικτό χειρουργείο
  - Λαπαροσκοπικά
  - Ρομποτικά με το σύστημα Da Vinci ®

Ενδοσκοπική μέθοδος αντιμετώπισης Γ.Ο.Π.

- Διαγαστρική θολοπτύχωση με τη μέθοδο Essofix ®

Βασίλειος Ν. Σπανός,
Επιμελητής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Τα γενέθλια του «πατέρα» της **αγγειοπλαστικής**

Την 25η Ιουνίου συμπληρώνονται 71 χρόνια από τη γέννηση του Andreas Gruentzig, ο οποίος οραματίστηκε και πραγματοποίησε τη διάνοιξη των βουλωμένων αρτηριών της καρδιάς χωρίς χειρουργείο, στο πλαίσιο μιας στεφανιογραφίας.

istockphoto

Ο Andreas Gruentzig γεννήθηκε το 1939 στη Λειψία και σε νεαρά ηλικία μετοίκησε στην Ελβετία. Εκεί γνώρισε την τεχνική ενός Αμερικανού, του Charles Dotter, ο οποίος χρησιμοποιούσε καθετήρες αυξανόμενου μεγέθους για τη διάνοιξη βουλωμένων αρτηριών στα κάτω άκρα, και θέλησε να την εφαρμόσει στις αρτηρίες της καρδιάς. Θεώρησε ότι τα αποτελέσματα θα ήταν καλύτερα, αν χρησιμοποιούσε ένα μπαλόνι που με τη διαστολή του θα επιτύγχανε τη διάνοιξη της στένωσης. Άρχισε, λοιπόν, τις σχετικές προσπάθειες στην κουζίνα του σπιτιού του στη Ζυρίχη και το 1975 κατάφερε να προσαρμόσει ένα μπαλόνι από συνθετικό υλικό στην άκρη του καθετήρα του Dotter. Στην άλλη άκρη μπορούσε να συνδεθεί μια αντλία πιέσεως για τη διαστολή του μπαλονιού (www.ptca.org/archive/bios/gruentzig.html).

Η υποδοχή της νέας τεχνικής στο συνέδριο της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας το 1976 δεν ήταν αντίστοιχη των προσδοκιών του Gruentzig. Το κλίμα άλλαξε την επόμενη χρονιά, όταν ο Gruentzig παρουσίασε την πρώτη επέμβαση αγγειοπλαστικής σε έναν νεαρό ασθενή που προοριζόταν για μπαϊπάς, με στένωση στη σπουδαιότερη αρτηρία της καρδιάς, τον πρόσθιο κατιόντα. Η επέμβαση είχε πραγματοποιηθεί με απόλυτη επιτυχία στη Ζυρίχη στις 16 Σεπτεμβρίου 1977.

Μέχρι τότε οι ασθενείς ζούσαν με βουλωμένες αρτηρίες και, συνήθως, βασίζονταν στα φάρμακα για να μπορούν να περπατούν χωρίς πόνο στο στήθος. Ως ύστατη λύση χρησιμοποιούσαν το μπαϊπάς, οπότε η βουλωμένη αρτηρία έπαιρνε αίμα από το μόσχευμα που τοποθετούσε ο χειρουργός. Χάρις στον Gruentzig μπορέσαμε να επιδιορθώσουμε την ίδια την αρτηρία, αντιμετωπίζοντας τη στένωση με το φούσκωμα ενός μπαλονιού. Βέβαια, η διάνοιξη της αρτηρίας από την αγγειοπλαστική ήταν σχετικά μικρή και στις μισές περίπου περιπτώσεις είχαμε επαναστένωση, δηλαδή υποτροπή της στένωσης λίγους μήνες μετά την επέμβαση. Μπορούσαμε πάντως να έχουμε ελεύθερη ροή στις αρτηρίες στις άλλες μισές περιπτώσεις, όταν δηλαδή δεν προέκυπτε επαναστένωση.

Χρειάστηκαν δέκα χρόνια από την εμφάνιση της αγγειοπλαστικής έως την τοποθέτηση του πρώτου stent από τον Ελβετό Ulrich Sigwart. Τα stents είναι μεταλλικά ελάσματα, τοποθετημένα πάνω στο μπαλόνι της αγγειοπλαστικής. Κατά την άσκηση θετικής πίεσης και τη διαστολή του μπαλονιού, το stent ανοίγει στο εσωτερικό τοίχωμα της αρτηρίας. Η παραμονή του στο τοίχωμα σταθεροποιεί το αποτέλεσμα, αντιμετωπίζοντας επιπλοκές από το φούσκωμα του μπαλονιού, που παλαιότερα οδηγούσαν τον ασθενή σε επείγον μπαϊπάς. **Με τα stents μειώθηκε στο μισό (20-30%) η πιθανότητα επαναστένωσης, σε σύγκριση με την αγγειοπλαστική με μπαλόνι.** Σημαντικό μειονέκτημα της μεθόδου ήταν ότι το αίμα δημιουργούσε θρόμβο μέσα στο stent σε ποσοστό 10% περίπου, με αποτέλεσμα επαπειλούμενο έμφραγμα.

Τα εύσημα για την αντιμετώπιση της θρόμβωσης των stents ανήκουν στον Ιταλό Antonio Colombo και τον Αμερικανό Jonathan Tobis, οι οποίοι χρησιμοποίησαν καθετήρα που «βλέπει» εσωτερικά την αρτηρία (ενδοστεφανιαίο υπερηχογράφημα) και παρατήρησαν ότι συχνά τα stents δεν εφάπτονταν στο τοίχωμα του αγγείου, οπότε μέρος των μεταλλικών ελασμάτων παρεμπόδιζε τη ροή του αίματος. Εφαρμόζοντας μεγαλύτερες πιέσεις στο μπαλόνι κατά την τοποθέτηση των stents και χρησιμοποιώντας το ενδοστεφανιαίο υπερηχογράφημα για να επιβεβαιώσουν την καλή τους διάνοιξη, ανακοίνωσαν τον περιορισμό της θρόμβωσης στο 0,5%.

Η υπέρβαση του προβλήματος της θρόμβωσης, σε συνδυασμό με τη μείωση της επαναστένωσης, οδήγησαν στην ευρύτατη χρησιμοποίηση των stents. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 η τοποθέτηση stents έγινε συνώνυμη με την αγγειοπλαστική, αφού σπανίως γινόταν επέμβαση χωρίς την τοποθέτηση τουλάχιστον ενός. Έτσι, η αγγειοπλαστική με τοποθέτηση stent έγινε η συχνότερη επεμβατική μέθοδος. Η ολοκλήρωση της επέμβασης με νοσηλεία μόλις μίας ημέρας και με ιδιαίτερα χαμηλή νοσηρότητα και θνητότητα αποτέλεσε σημαντική πρόοδο. Η δυνατότητα επέμβασης αμέσως μετά την ολοκλήρωση της στεφανιογραφίας απλοποίησε πολύ την αντιμετώπιση, επιδρώντας ευεργετικά στην καθημερινότητα των ασθενών.

Το πρόβλημα της επαναστένωσης, όμως, παρέμενε. Παρά την ποσοστιαία μείωσή της συγκριτικά με την απλή αγγειοπλαστική, ο απόλυτος αριθμός ασθενών με επαναστένωση αυξήθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1990 και στις αρχές της δεκαετίας του 2000, καθώς αυξήθηκαν ο αριθμός και η δυσκολία των επεμβάσεων που επιχειρούσαμε με τα stents.

Η δεκαετία του 2000 έδωσε λύση στο πρόβλημα της επαναστένωσης, χάρις στην επινόηση και την επιτυχή χρήση stents νέου τύπου. Τα stents αυτά απελευθερώ-

Η αγγειοπλαστική με τοποθέτηση stent έγινε η συχνότερη επέμβαση καρδιάς. Η ολοκλήρωση της επέμβασης σε νοσηλεία μίας ημέρας, με ιδιαίτερα χαμηλή νοσηρότητα και θνητότητα, αποτέλεσε σημαντική πρόοδο σε σύγκριση με το μπαϊπάς.

νουν τοπικά φαρμακευτικές ουσίες (φαρμακοεκλύοντα stents/drug-eluting stents), οι οποίες επιτυγχάνουν επίπεδα επαναστένωσης της τάξεως του 5% ή λίγο μεγαλύτερα, αλλά πάντα σε μονοψήφια ποσοστά, σε ιδιαίτερα δύσκολες περιπτώσεις.

Χαρακτηριστική της συντελούμενης αλλαγής στις επεμβάσεις καρδιάς είναι η διοργάνωση μελέτης, όπου η αγγειοπλαστική με τοποθέτηση πολλαπλών stents (πάνω από τέσσερα κατά μέσον όρο) συγκρίθηκε με το μπαϊπάς σε ασθενείς που συνήθως υποβάλλονταν σε χειρουργείο (μελέτη Syntax).

Τα αποτελέσματα δείχνουν ισοδυναμία των δύο μεθόδων για ασθενείς με στενώσεις μικρής και μέτριας δυσκολίας, ενώ σε στενώσεις ιδιαίτερα δύσκολες η αγγειοπλαστική υστερεί, διότι χρειάζεται νέα επέμβαση στη διάρκεια της δωδεκάμηνης παρακολούθησης συχνότερα από το μπαϊπάς. Πάντως, αρκετοί καρδιολόγοι προκρίνουν την αγγειοπλαστική και στις ιδιαίτερα δύσκολες στενώσεις, επειδή προτιμούν την επανάληψή της σε ένα ποσοστό ασθενών με επαναστένωση από το να οδηγήσουν όλους τους ασθενείς στο μπαϊπάς.

Έκπληξη αποτέλεσαν τα αποτελέσματα της μελέτης σε ασθενείς με σοβαρή στένωση στο στέλεχος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας, τον κεντρικό κορμό που δίνει αίμα στο 80% της καρδιάς και που παραδοσιακά θεωρείται αντένδειξη για αγγειοπλαστική. Και εκεί οι δύο μέθοδοι ήταν ισοδύναμες όταν δεν συνυπήρχε εκτεταμένη νόσος των υπόλοιπων αρτηριών της καρδιάς, με αποτέλεσμα να αμφισβητείται η ανάγκη του χειρουργείου στο ένα τρίτο περίπου των ασθενών με βλάβη στο στέλεχος.

Ο Andreas Gruentzig εργάστηκε εντατικά για τη διάδοση της τεχνικής που επινόησε αρχικά στη Ζυρίχη και στη συνέχεια στο Emory University των ΗΠΑ. Όμως, δεν πρόλαβε να δει την εξέλιξή της. «Έφυγε» στα 46 του χρόνια από πτώση του μονοκινητήριου αεροπλάνου του στο Forsyth της Georgia, στις 27 Οκτωβρίου 1985, δύο χρόνια πριν από την τοποθέτηση του πρώτου stent.

Το «ταξίδι του καθετήρα» που επινόησε συνεχίζεται, με τελευταίο σταθμό τα φαρμακοεκλύοντα stents. Η αγγειοπλαστική άλλαξε θεαματικά την αντιμετώπιση των ασθενών με στεφανιαία νόσο. Υπολογίζεται ότι πραγματοποιούνται περισσότερες από 2.000.000 επεμβάσεις κάθε χρόνο. Ποτέ άλλοτε τόσο πολλοί ασθενείς δεν απολάμβαναν τα οφέλη βατών αρτηριών με άμεσο και εύκολο τρόπο, στο πλαίσιο μιας στεφανιογραφίας.

Η αγγειοπλαστική άλλαξε θεαματικά την αντιμετώπιση των ασθενών με στεφανιαία νόσο. Υπολογίζεται ότι πραγματοποιούνται περισσότερες από 2.000.000 επεμβάσεις κάθε χρόνο.

istockphoto

Χαράλαμπος Κ. Ηλίας,
Αγγειοχειρουργός - Αγγειολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Φλεβική Ανεπάρκεια

Η φλεβική ανεπάρκεια είναι από τις πιο συχνές παθήσεις των γυναικών σε ποσοστό 45-50% και των ανδρών σε ποσοστό 20-25%. Όπως έλεγαν και στην αρχαιότητα, είναι το τίμημα της όρθιας στάσης του ανθρώπου, σε αντίθεση με τα όντα του ζωικού βασιλείου. Τα προαναφερθέντα ποσοστά αυξάνονται σε μεγάλο βαθμό μετά την πέμπτη δεκαετία της ζωής.

istockphoto

Τι είναι η φλεβική ανεπάρκεια;

Οι φλέβες είναι τα αγγεία που επιστρέφουν το οξυγονωμένο αίμα από τα κάτω άκρα στην καρδιά. Όταν τα τοιχώματα των φλεβών χαλαρώνουν, τότε αυτές διογκώνονται, αποκτούν ελικώσεις και ονομάζονται κιρσοί. Το φαινόμενο των κιρσών εμφανίζεται περισσότερο στα κάτω άκρα, γι' αυτό και χρειάζεται θεραπεία.

Τα τελευταία χρόνια έχουμε διαπιστώσει ότι ένα 20% των ανθρώπων γεννιούνται με έλλειψη των βαλβίδων της κοιλιάς (λαγονίων φλεβών). Αυτός είναι ένας σημαντικός λόγος που νέοι ασθενείς 20-30 ετών πάσχουν από εξεσημασμένους κιρσούς.

Οι φλέβες των ποδιών χωρίζονται σε επιφανειακές (επιπολής) και εσωτερικές (εν τω βάθει). Οι επιφανειακές φλέβες βρίσκονται σχεδόν κοντά στο δέρμα και είναι αυτές που δημιουργούν τους κιρσούς.

Μια τρίτη κατηγορία φλεβών είναι αυτές που ενώνουν τις επιφανειακές με τις εν τω βάθει. Ονομάζονται διατιτρώσες και, όταν ανεπαρκούν, προκαλούν και αυτές κιρσούς.

Και τα τρία αυτά συστήματα φλεβών συμβάλλουν στην επαναφορά του αίματος στην καρδιά.

Ποιες είναι οι αιτίες της φλεβικής ανεπάρκειας;

Πολλές θεωρίες έχουν διατυπωθεί, αλλά, σύμφωνα με τη βασικότερη, οι ελαττωματικές ή κατεστραμμένες βαλβίδες ευθύνονται για την εμφάνιση των κιρσών.

Μερικοί άνθρωποι γεννιούνται με ελαττωματικό τοίχωμα φλεβών, άλλοι με λιγότερες βαλβίδες και ένα ποσοστό 20% χωρίς καθόλου βαλβίδες, όπως προαναφέραμε.

Έτσι, λοιπόν, όταν κάποιος με τα προβλήματα αυτά στέκεται όρθιος, το αίμα παλινδρομεί στο επιφανειακό δίκτυο και λιμνάζει αντί να πηγαίνει προς την καρδιά. Επίσης, από το εν τω βάθει δίκτυο το αίμα περνάει μέσα από τις ανεπαρκούσες διατιτρώσες φλέβες ξανά στο επιφανειακό δίκτυο. Έτσι, η πίεση αυξάνεται περισσότερο και οι κιρσοί επιδεινώνονται.

Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στη φλεβική ανεπάρκεια. Αυτοί είναι:

- Η εγκυμοσύνη (λόγω της πίεσης των φλεβών της κοιλιάς)
- Η λήψη ορμονών και αντισυλληπτικών, που χαλαρώνουν τα τοιχώματα των φλεβών
- Η παρατεταμένη ορθοστασία
- Η παχυσαρκία
- Η κληρονομικότητα
- Η χρόνια δυσκοιλιότητα
- Η χρόνια άρση βάρους (σε διάφορα επαγγέλματα), που αυξάνει την ενδοκοιλιακή πίεση
- Η ηλικία (η συχνότητα των κιρσών σε ηλικίες μικρότερες των 50 ανέρχεται στο 31%, ενώ ξεπερνά το 70% μετά το πεντηκοστό έτος της ηλικίας)

Η συχνότητα της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης αυξάνει με την ηλικία και είναι πέντε φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με τη συχνότητα με την οποία παρατηρείται σε νεότερα άτομα.

Η μειωμένη σωματική δραστηριότητα οδηγεί στην αδρανοποίηση της μυϊκής αντλίας, της γαστροκνημίας, με αποτέλεσμα τη στάση του αίματος στα κάτω άκρα. **Το καθημερινό πρόγραμμα του σύγχρονου ανθρώπου (καθιστική εργασία, πολλή τηλεόραση, ελάχιστο βάδισμα) οδηγεί σε θρομβώσεις.** Παρόμοιες είναι και οι θρομβώσεις ;έπεπα από πολύωρα αεροπορικά ταξίδια.

Συμπτώματα των κιρσών

Τα συμπτώματα των κιρσών περιλαμβάνουν:

- Πρήξιμο
- Οίδημα
- Πόνο
- Βαριά άκρα
- Καυσαλγίες
- Αίσθημα τάσεως
- Κνησμό (φαγούρα)
- Νυχτερινές κράμπες
- Αιμωδίες (μουδιάσματα)

Οι παραπάνω ενοχλήσεις επιδεινώνονται συνήθως ύστερα από μακρά καθιστική θέση, τις βραδινές ώρες, στην αρχή κάθε ζεστής εποχής, πριν από την περιόδου και κατά την εγκυμοσύνη.

Διάγνωση της φλεβικής ανεπάρκειας

Το ιστορικό και η κλινική εξέταση βοηθούν στη διάγνωση, όπως και ο έλεγχος με ντόπλερ-υπέρηχο.
Η επόμενη σημαντική εξέταση είναι το έγχρωμο υπερηχογράφημα, το λεγόμενο triplex, που μας δίνει πολλές πληροφορίες και αποδεικνύει την ύπαρξη ή όχι θρόμβωσης στις βαθύτερες φλέβες. Επίσης, η μαγνητική φλεβογραφία είναι άλλη μία σημαντική εξέταση.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Α) Συντηρητική αγωγή

Εφαρμόζεται στα αρχικά στάδια της φλεβικής ανεπάρκειας. Περιλαμβάνει:

- Φλεβοτονικά φάρμακα
- Αντιοιδηματώδη φάρμακα
- Ελαστικές κάλτσες ή καλσόν διαβαθμισμένης συμπίεσης

Επίσης συνιστώνται:

- Απώλεια βάρους
- Καθημερινή άσκηση (τρέξιμο, ποδήλατο, κολύμβηση κ.ά.), αλλά όχι γυμναστική με βάρη, που επιδεινώνει τη φλεβική ανεπάρκεια

Β) Επεμβατική θεραπεία με ενδοφλέβιο laser (διοδικό laser 1470 nm ELVeS)

Η μορφολογία των κιρσών και η βαρύτητα της πάθησης καθορίζουν το είδος της θεραπείας. Η αφαίρεση της πάσχουσας φλέβας (σαφηνεκτομή) ανήκει πλέον στο παρελθόν, καθώς οι ενδείξεις της είναι ελάχιστες (π.χ., θρόμβωση της σαφηνούς φλέβας, διάμετρος φλέβας άνω των 3 εκατοστών). Η πλέον σύγχρονη, ανώδυνη και αναίμακτη μέθοδος είναι η θεραπεία των κιρσών με το ενδοαυλικό laser ELVeS 1470 nm. **Τα ποσοστά επιτυχίας κυμαίνονται από 95-99% συγκριτικά με την κλασική ανοιχτή χειρουργική, που δεν ξεπερνούσε το 65-70%.**

Με τη χρήση εξελιγμένων οπτικών ινών και με διαδερμική είσοδο στη φλέβα, εφαρμόζεται θερμική ακτινοβολία που κλείνει την ανεπαρκούσα φλέβα, συρρικνώνει το φλεβικό τοίχωμα και σταματά την παλινδρόμηση του αίματος. Απαραίτητη είναι η ύπαρξη υπερηχογραφικού μηχανήματος (triplex) για την εφαρμογή της τεχνικής. **Γίνεται και με τοπική αναισθησία, ενώ η συνολική ιατρική πράξη διαρκεί 50-60 λεπτά κατά την οποία:**

- **Δεν πραγματοποιούνται τομές**
- **Η τεχνική έχει άριστο αισθητικό αποτέλεσμα**
- **Ο ασθενής δεν χρειάζεται παυσίπονα**
- **Επιστρέφει στην εργασία του σε 3-4 μέρες**
- **Η παραμονή στο νοσοκομείο διαρκεί λίγες ώρες**

Πλεονεκτήματα της θεραπείας με το laser ELVeS

- Είναι ελάχιστα επεμβατική μέθοδος
- Πραγματοποιείται με τη χρήση τοπικής αναισθησίας
- Προξενεί ελάχιστη δυσφορία
- Δεν αφήνει ουλές
- Ελαχιστοποιεί το ενδεχόμενο μολύνσεων και μετεγχειρητικού πόνου
- Μειώνει εξαιρετικά το χρόνο ίασης
- Μετά τη θεραπεία, ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει άμεσα τις κανονικές του δραστηριότητες

Ευρυαγγείες

Οι ευρυαγγείες είναι γενικά μικρές φλέβες, οι οποίες εμφανίζονται σε διάφορα σημεία των σκελών, ιδίως του γυναικείου φύλου. Τα σημεία αυτά βρίσκονται στην έσω και έξω επιφάνεια των μηρών και στην έξω επιφάνεια των κνημών.
Φυσικά, οι ευρυαγγείες εμφανίζονται και στο πρόσωπο ανδρών και γυναικών, κυρίως στη μύτη και γύρω από αυτήν. Είναι τριχοειδείς, κόκκινου χρώματος. Στα κάτω άκρα εμφανίζονται με χρώμα κόκκινο αλλά και σκούρο μπλε, έτσι ώστε να τις χαρακτηρίζουμε με διάφορα ονόματα (τριχοειδείς, αραχνοειδείς, θυσανοειδείς κ.λπ.). Οι ευρυαγγείες έχουν πολυπαραγοντική αιτία. Αλήθεια, για ποιο λόγο εμφανίζονται τόσο έντονα στις γυναίκες; Γιατί κάποιες ασθενείς δεν μπορούν να απαλλαγούν από αυτές;
Η καθιστική ζωή, η παρατεταμένη ορθοστασία, η κληρονομικότητα και η εγκυμοσύνη αποτελούν τις πιο γνωστές αιτίες. Υπάρχουν όμως και άλλες, λιγότερο γνωστές αλλά σημαντικές, όπως η αυξημένη ευαισθησία των υποδοχέων του δέρματος στις γυναικείες ορμόνες, τα οιστρογόνα. Γι' αυτό βλέπουμε να διογκώνονται οι ευρυαγγείες σε ορμονικές διαταραχές, σε γυναικολογικά προβλήματα, κατά τη χρήση ορμονών ή αντισυλληπτικών.
Φυσικά, το καλοκαίρι, με τη ζέστη και την έκθεση στον ήλιο, οι ευρυαγγείες γίνονται εντονότερες. Πιο σπάνιες αιτίες είναι οι μικροτραυματισμοί των κάτω άκρων, η κακή διατροφή και η χρήση διαφόρων μηχανημάτων σε ινστιτούτα αδυ-

νατίσματος (για κυτταρίτιδα, σύσφιγξη κ.λπ.). Στα σημεία όπου τραυματίζεται κανείς δημιουργείται μικροαγγειογένεση και ευρυαγγείες εκεί που δεν υπήρχαν. Αυτό είναι ένα γεγονός που αναφέρουν αρκετές γυναίκες. Όταν οι ευρυαγγείες συρρέουν κατά πολλές, μπορεί να προκαλέσουν πόνο ή αίσθημα βάρους, διότι συνδέονται με το δίκτυο επιπολής μέσω μεγαλύτερων φλεβών, από τις οποίες και τροφοδοτούνται. Η θεραπεία τους γίνεται στο ιατρείο και χρειάζεται κατά μέσον όρο 5-8 συνεδρίες, αναλόγως της βαρύτητας και της έκτασης των ευρυαγγειών. Ο αγγειοχειρουργός πρέπει να είναι γνώστης όλων των μεθόδων για να έχει τα καλύτερα αποτελέσματα.

Χρησιμοποιούμε τις μικροσκληρυντικές ενέσεις για τις μεγαλύτερες φλέβες και το laser για τις μικρές τριχοειδείς και αραχνοειδείς ευρυαγγείες. Τα τελευταία χρόνια, το laser έχει βοηθήσει πολύ στη θεραπεία με δύο τρόπους: είτε επιδερμικά για τις πολύ μικρές ευρυαγγείες που είναι μικρότερες και από την πολύ μικρή βελόνα είτε διαδερμικά με τη χρήση λεπτής οπτικής ίνας 200 mm.

Με το συνδυασμό και των τριών αυτών τεχνικών η επιτυχία ξεπερνά το 90% – γεγονός πολύ σημαντικό, δεδομένου ότι μόνο η μία μέθοδος δεν φτάνει σε επιτυχία το 30%.

Οι συνεδρίες γίνονται συνήθως μία φορά την εβδομάδα. Αποφεύγουμε τους μήνες Ιούλιο και Αύγουστο λόγω της ζέστης. Η θεραπεία χρειάζεται υπομονή από γιατρό και ασθενή και τα καλύτερα αποτελέσματα φαίνονται μετά από 1-2 μήνες, αναλόγως με την επιδερμίδα. Στη συνέχεια, απαιτούνται παρακολούθηση και «συντήρηση» κάθε 4-5 χρόνια με 1-2 συνεδρίες, ώστε να διατηρείται το καλό αποτέλεσμα (γιατί μην ξεχνάμε ότι το σώμα δεν θα σταματήσει να παράγει ευρυαγγείες, καθώς είναι πολυπαραγοντική η αιτία τους). Πολύ σημαντικό είναι ότι τα πόδια ανακουφίζονται και δεν είναι βαριά όπως πριν από τη θεραπεία. Γι' αυτό η έγκαιρη αντιμετώπιση είναι πρωταρχικής σημασίας.

istockphoto

Η πλέον σύγχρονη, ανώδυνη και αναίμακτη μέθοδος είναι η θεραπεία των κιρσών με το ενδοαυλικό laser ELVeS 1470 nm.

Θεραπεία ελκών

Το έλκος είναι μια δυσάρεστη κατάσταση των κάτω άκρων, με κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις όχι μικρές.

Η φλεβική ανεπάρκεια τελευταίου σταδίου μπορεί να προκαλέσει έλκος, το οποίο αποκαλείται «άτονο». Εμφανίζεται συνήθως στην έσω επιφάνεια του κάτω τμήματος της κνήμης, πάνω από το σφυρό. Υπάρχουν όμως και άλλες ασυνήθιστες θέσεις εμφάνισής του, όπως η έξω επιφάνεια της κνήμης. Επίσης, έλκος μπορεί να εμφανιστεί ύστερα από χρόνια, ως επακόλουθο θρόμβωσης.

Ένα νέο όπλο υπάρχει στη «φαρέτρα» μας για την ταχύτερη αντιμετώπιση αυτών των ελκών. Αυτό είναι το laser ELVeS 1470 nm, το οποίο χρησιμοποιούμε όχι μόνο για τα άτονα έλκη αλλά και για τα έλκη λόγω αγγειίτιδας, τα οποία είναι ιδιαιτέρως δύσκολα στη θεραπεία τους, καθώς και, τελευταία, για τα διαβητικά και νευροπαθητικά έλκη.

Η θεραπεία με το laser γίνεται σε εξωνοσοκομειακή βάση και μπορεί να αποφευχθούν επεμβάσεις κάλυψης του έλκους με μοσχεύματα.

Προτιμούμε μία θεραπεία την εβδομάδα με χαμηλής ισχύος ενέργεια και χαμηλό pulse duration, ανάλογα με την αντοχή του ασθενούς. Ακόμη και ένα άτονο έλκος 4,5 ετών σε ασθενή που υποβλήθηκε σε χειρουργείο «κάλυψης» με δερματικό μόσχευμα, το οποίο απέρριψε, επουλώθηκε σε 4 μήνες με laser.

Η θεραπεία είναι ανώδυνη. Προκαλώντας φωτοδιέγερση και ενεργοποιώντας τους ινοβλάστες, παράγεται σταδιακά νέος ιστός, επιθηλιακός, ο λεγόμενος ινώδης ιστός, συντελώντας έτσι στη «φυσική» επούλωση του έλκους, όσο μεγάλης έκτασης κι αν είναι.

Εννοείται πως μαζί με το laser αντιμετωπίζουμε το πρόβλημα και την αιτία που το δημιουργεί, με φάρμακα, ελαστική περίδεση, έλεγχο και ρύθμιση του σακχάρου, επουλωτικές αλοιφές κ.λπ., έτσι ώστε να προσφέρεται μια συνολική και οργανωμένη θεραπεία.

Dr med. Βασίλης Παυλιδέλης,
Χειρουργός-Ωτορινολαρυγγολόγος,
Εξειδικευμένος στη Ρινοπλαστική, Ωτοπλαστική
και Πλαστική Χειρουργική Προσώπου στη Γερμανία,
Συνεργάτης της Ευρωκλινικής Αθηνών

Ρινοπλαστική - Ωτοπλαστική

Αποκαλυπτικά τα αριθμητικά δεδομένα της τριακονταετούς πείρας του Dr med. Βασίλη Παυλιδέλη

Οι ανατροπές, οι κίνδυνοι και το ισχυρό «standard» στις πλαστικές εγχειρήσεις.

iml image group

Η ρινοπλαστική, ταυτόχρονα με την πλαστική του ρινικού διαφράγματος, είναι οι πιο διαδεδομένες πλαστικές εγχειρήσεις.

Μια νέα τάση φαίνεται πως διαμορφώνεται τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας σε ό,τι αφορά τις πλαστικές εγχειρήσεις. Όλο και περισσότεροι άνδρες καταφεύγουν σε αυτού του είδους τις επεμβάσεις για να διορθώσουν τη μύτη τους, τα πεταχτά αφτιά ή κάποια άλλη ατέλεια του προσώπου τους.
Τα στατιστικά των περιστατικών του κ. Παυλιδέλη, που φτάνουν περίπου τα πεντακόσια το χρόνο, μας λένε ότι η αναλογία στο ποσοστό των ατόμων που υποβάλλονται σε πλαστική εγχείρηση προσώπου ανά φύλο ανέρχεται στο 60% για τις γυναίκες και στο 40% για τους άνδρες. Επίσης, στο σύνολο του αριθμού των επεμβάσεων, το 50% αφορά γυναίκες, το 43% άνδρες και το 7% παιδιά. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) αυτών των επεμβάσεων πραγματοποιείται σε άτομα που η ηλικία τους κυμαίνεται μεταξύ 25-45 ετών. Μάλιστα, υπάρχουν και παιδιά που υποβάλλονται σε τέτοιου είδους χειρουργικές επεμβάσεις, με δεδομένο ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως συμβαίνει με το πρόβλημα των πεταχτών αφτιών, απαιτείται έγκαιρη παρέμβαση από την προσχολική ηλικία.

Ρινοπλαστική: Η πλέον διαδεδομένη πλαστική επέμβαση

Σε ό,τι αφορά το είδος των επεμβάσεων, φαίνεται ότι η ρινοπλαστική, ταυτόχρονα με την πλαστική του ρινικού διαφράγματος, είναι οι πιο διαδεδομένες πλαστικές εγχειρήσεις και στα δύο φύλα και έχει σκοπό όχι μόνο την

αισθητική, αλλά και τη λειτουργική βελτίωση της μύτης. Ο στόχος της δηλαδή είναι: όμορφη μύτη, ελεύθερη αναπνοή. Η έλλειψη ικανοποίησης από το αποτέλεσμα αποτελεί μία από τις βασικότερες αιτίες του εθισμού στις πλαστικές επεμβάσεις.

Αποτυχημένη ρινοπλαστική: Μια πολύ δύσκολη υπόθεση

Οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στην επιλογή του κατάλληλου πλαστικού χειρουργού, καθώς ο κίνδυνος αποτυχίας είναι πολύ πιθανός. Αρκεί να σκεφτεί κανείς ότι το 20% των χειρουργημένων του εισήχθησαν για διόρθωση αποτυχημένης ρινοπλαστικής. Όπως εξηγεί ο κ. Παυλιδέλης, η διόρθωση μιας αποτυχημένης ρινοπλαστικής είναι πάντα δυσκολότερη από τη ρινοπλαστική που γίνεται για πρώτη φορά. Είναι πολύ δύσκολο να αλλάξουν η κακή διαρρύθμιση και η αρχιτεκτονική ενός ήδη χτισμένου σπιτιού, ενώ είναι ευκολότερο να χτιστεί από τα θεμέλια ένα καινούριο σπίτι, ωραίο και λειτουργικά σωστό.

Ο σπουδαιότερος παράγοντας επιτυχίας

Εάν κρίνουμε από το ποσοστό των διορθωτικών επεμβάσεων, ο σπουδαιότερος παράγοντας τελικά για την επιτυχία ή την αποτυχία της επέμβασης είναι η επιλογή του κατάλληλα εκπαιδευμένου και εξειδικευμένου στη συγκεκριμένη εγχείρηση πλαστικού χειρουργού. Πέραν από καλή γνώση και πείρα στο αντικείμενό του, θα πρέπει να διαθέτει για το σκοπό αυτό καλή τεχνική, τέχνη και δεξιοτεχνία στα δάκτυλα για τους δύσκολους και λεπτούς χειρισμούς που απαιτούνται. Μόνο σ' αυτές τις περιπτώσεις η επέμβαση μπορεί να θεωρείται ότι είναι εύκολη, ασφαλής και απόλυτα επιτυχής. Χωρίς αμφιβολία, απώτερος στόχος της αισθητικής πλαστικής χειρουργικής είναι η καλύτερη δυνατή βελτίωση της εμφάνισης, με την ταυτόχρονη όμως διασφάλιση δύο πολύ σημαντικών προϋποθέσεων: της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας. Με άλλα λόγια «του τερπνού μετά του ωφελίμου».

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στο site: www.pavlidelis.gr

Στόχος της αισθητικής πλαστικής χειρουργικής είναι η βελτίωση της εμφάνισης, πάντα όμως με ασφάλεια. Γι' αυτό και η επιλογή του γιατρού παίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία.

Ιωάννης Γιαννάς,
MD, FRCS (Plast), FEBOPRAS,
Πλαστικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Ενδοσκοπική Πλαστική Χειρουργική

Η ενδοσκοπική χειρουργική επέμβαση έχει χρησιμοποιηθεί από γυναικολόγους για λαπαροσκοπήσεις ή αφαίρεση παθολογικών οργάνων, από ορθοπαιδικούς χειρουργούς για αρθροσκοπήσεις και από τους γενικούς χειρουργούς για διάφορες ενδοκοιλιακές παθήσεις (η συχνότερη επέμβαση είναι η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή).

Όσον αφορά την πλαστική χειρουργική, η ενδοσκοπική χειρουργική επέμβαση είναι μια σχετικά νέα, εξαιρετικά ελπιδοφόρα μέθοδος.
Με τη μέθοδο αυτή δημιουργούμε πολύ μικρές τομές, από όπου περνάμε το ενδοσκόπιο, το οποίο είναι συνδεδεμένο με μια οθόνη, και τα εργαλεία για να χειρουργήσουμε στην περιοχή που θέλουμε. Το πλεονέκτημα της ενδοσκοπικής χειρουργικής είναι ότι τα σημάδια είναι πολύ μικρά και μπορούν να κρυφτούν καλά, με ελάχιστους μετεγχειρητικούς μώλωπες.

Χρήσεις στην πλαστική χειρουργική

• Λίφτινγκ μετώπου

Η ανύψωση μετώπου είναι η πιο συνηθισμένη επέμβαση ενδοσκοπικής χειρουργικής στην ειδικότητα της πλαστικής χειρουργικής. Τρεις ή περισσότερες τομές γίνονται ακριβώς πίσω από το τριχωτό της κεφαλής αντί της συνηθισμένης τομής στο αφτί. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στο χειρουργό να μειώσει τις εγκάρσιες γραμμές συνοφρυώματος στο μέτωπο και τις κάθετες γραμμές συνοφρυώματος στο μεσόφρυο. Οι γραμμές τομών γίνονται πίσω από τη γραμμή των μαλλιών. Η επέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί με ημερήσια διαμονή (one day clinic) στο νοσοκομείο, με γενική αναισθησία ή με ενδοφλέβια νάρκωση (μέθη). Μετά το πέρας της επέμβασης, παρατηρείται οίδημα γύρω από τα μάτια για μερικές εβδομάδες, ενώ τα μαλλιά ξαναφυτρώνουν στο σημείο της τομής.

• Λίφτινγκ προσώπου (Deep facelift)

Αυτή η επέμβαση αποτελεί επέκταση της ανύψωσης του μετώπου και είναι σχεδιασμένη για να τεντώσει το δέρμα του άνω μισού του προσώπου, σε αντίθεση με το παραδοσιακό λίφτινγκ προσώπου, που βοηθάει το κάτω μισό του προσώπου. Το ενδοσκοπικό λίφτινγκ αποφεύγει την παραδοσιακή τομή γύρω από το αφτί και γίνεται σε μικρότερες ηλικίες από το παραδοσιακό λίφτινγκ. Έτσι, βελτιώνει την εμφάνιση του δέρματος στο κεντρικό τμήμα του προσώπου και φρεσκάρει τα μάτια και τα βλέφαρα. Υπάρχει λίγο πρήξιμο γύρω από τα μάτια, που σταδιακά υποχωρεί τον πρώτο μήνα. Η επέμβαση γίνεται μέσω μικρών τομών στα κάτω βλέφαρα και μερικές φορές στα άνω ούλα. Υπάρχει, επίσης, μικρός κίνδυνος νευροαπραξίας και παροδικής παράλυσης του μετώπου.

istockphoto

• Αυξητική στήθους
Μπορεί να γίνει μέσω μικρών τομών στον ομφαλό ή στη μασχάλη. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η χρήση ενθεμάτων με φυσιολογικό ορό. Δυστυχώς, σε αυτήν την περίπτωση, τα ενθέματα σιλικόνης, που δίνουν το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα, δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

• Ενδοσκοπική κοιλιοπλαστική
Είναι χρήσιμη σε μερικούς επιλεγμένους ασθενείς με χαλαρούς κοιλιακούς μυς, χωρίς περίσσειο δέρμα. Οι χαλαροί μύες μπορούν να διορθωθούν μέσω μιας μικρής τομής. Ταυτόχρονα, μπορούμε να κάνουμε λιποαναρρόφηση.

• Επανορθωτική χειρουργική
Μυϊκοί κρημνοί, όπως ο πλατύς ραχιαίος, μπορεί να παρασκευαστούν ενδοσκοπικά μέσω μικρών τομών. Διατατήρες ιστών μπορούν να τοποθετηθούν σε επιθυμητά σημεία μέσω μικρών τομών και, τέλος, το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα μπορεί να θεραπευθεί ενδοσκοπικά.

Η ενδοσκοπική χειρουργική επέμβαση είναι μια νέα, ελπιδοφόρα μέθοδος, με ποικίλες εφαρμογές και βασικό πλεονέκτημα τα πολύ μικρά σημάδια.

Μάρκος Κ. Καρβέλας,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νευροχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Χρίστος Δρόσος,
Νευροχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Κυφοπλαστική με μπαλονάκι

Μια ελάχιστα επεμβατική χειρουργική μέθοδος θεραπείας των οστεοπορωτικών καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης.

Η κυφοπλαστική με μπαλονάκι αποτελεί μια εντελώς σύγχρονη χειρουργική μέθοδο θεραπείας σε ασθενείς με ένα ή και περισσότερα οστεοπορωτικά κατάγματα της σπονδυλικής στήλης. Σκοπός της μεθόδου είναι η ανάταξη και η σταθεροποίηση του κατάγματος, αποκαθιστώντας παράλληλα και το ύψος του σπονδυλικού σώματος. Ταυτόχρονα, επιτυγχάνεται έως και πλήρης ανακούφιση από τον δυνατό πόνο που ταλαιπωρεί τον ασθενή.

Η τεχνική πραγματοποιείται διαδερμικά και υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο, με την έγχυση ειδικού οστικού ακρυλικού τσιμέντου εντός του σώματος του σπονδύλου.

Η οστεοπόρωση, ως χρόνια μεταβολική νόσος που σχετίζεται με την ηλικία, προσβάλλει εκατομμύρια ανθρώπους σε όλον τον κόσμο. **Βασικό παθολογοανατομικό γνώρισμα της νόσου είναι η ελάττωση της οστικής μάζας, η οποία κλινικά κάνει το οστό πολύ εύθραυστο, με αποτέλεσμα αυτό να είναι άμεσα επιρρεπές και ευάλωτο σε κατάγματα.** Σε πολλούς ασθενείς (η οστεοπόρωση για ορμονικούς λόγους προσβάλλει ή είναι εντονότερη στις γυναίκες), το κάταγμα αποτελεί και την πρώτη κλινική εκδήλωση της νόσου. Από το σύνολο των οστεοπορωτικών καταγμάτων, τα συμπιεστικά κατάγματα του σώματος των σπονδύλων είναι τα περισσότερο συνήθη. Τα κατάγματα αυτά μπορεί να προκύψουν έπειτα από επιπόλαιο τραυματισμό ή ακόμη και αυτόματα, χωρίς την άσκηση τραυματικών δυνάμεων. Βασικό κλινικό γνώρισμα είναι το οξύ και ιδιαίτερα έντονο άλγος, το οποίο και δεν υφίεται επαρκώς στη συνήθη αναλγητική φαρμακευτική αγωγή.

Παθοφυσιολογικά, η ελάττωση του ύψους του σώματος του σπονδύλου προκαλεί κυφωτική παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης αρχικά στην περιοχή του κατάγματος. Από επιστημονικές μελέτες είναι αποδεδειγμένο ότι, μετά από ένα πρώτο οστεοπορωτικό κάταγμα σπονδύλου, ο ίδιος ασθενής έχει πέντε φορές παραπάνω πιθανότητες να πάθει περισσότερα σπονδυλικά κατάγματα. Πρακτικά, δηλαδή, αυτή η κυφωτική παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης προδιαθέτει σε κατάγματα και των γειτονικών υπερκείμενων και υποκείμενων σπονδύλων. Κατ' αυτόν τον τρόπο, πολλαπλά κατάγματα των σπονδύλων οδηγούν διά μέσου της κυφωτικής παραμόρφωσης της σπονδυλικής στήλης και του άλγους που προκαλούν σε σημαντικό περιορισμό των δραστηριοτήτων του πάσχοντος, που με τη σειρά του οδηγεί σε επιπλέον απώλεια της οστικής μάζας. Αυτό πρακτικά σημαίνει περιορισμό ή ακόμη και καθήλωση σε καρέκλα ή στο κρεβάτι, με άμεσο κλινικό κίνδυνο νέων καταγμάτων λόγω επιδείνωσης της ελάττωσης της οστικής μάζας. Έτσι, ο ασθενής εισέρχεται σε έναν φαύλο κύκλο (circulus vitiosus) ακινησίας, έντονου πόνου και ευθραυστότητας των οστικών δομών, που τελικά τον οδηγεί σε σημαντική έκπτωση της ποιότητας της ζωής του.

Επιπλέον, όμως, –και αυτό είναι πιο σημαντικό– λόγω της κυφωτικής παραμόρφωσης της σπονδυλικής στήλης οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν αναπνευστική δυσλειτουργία (ως απότοκο της ελάττωσης του χώρου όπου βρίσκονται οι πνεύμονες), με συχνή εμφάνιση πνευμονικών παθήσεων, καθώς επίσης και διαταραχές εκ του πεπτικού συστήματος, οι οποίες και επιδεινώνονται

istockphoto

Η κυφοπλαστική είναι η πλέον αποδεκτή, ελάχιστα επεμβατική χειρουργική αντιμετώπιση οστεοπορωτικών συμπιεστικών καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης.

από την υπερβολική χρήση έως και κατάχρηση βαρέων αναλγητικών φαρμάκων. Όλα τα προαναφερθέντα έχουν αποτέλεσμα, όπως κατέδειξαν κλινικές μελέτες, την αύξηση της θνησιμότητας αυτών των ασθενών έως και 30%, σε σύγκριση με άτομα της ίδιας ηλικίας που δεν έχουν οστεοπορωτικά συμπιεστικά κατάγματα σπονδυλικής στήλης.

Η θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με οστεοπορωτικά κατάγματα της σπονδυλικής στήλης περιελάμβανε, μέχρι πριν από λίγα χρόνια, κλινοστατισμό για μακρύ χρονικό διάστημα και, σε κάποιες περιπτώσεις, χειρουργική αντιμετώπιση με σπονδυλοδεσία, μια χειρουργική παρέμβαση και τεχνική ιδιαιτέρως επιβαρυντική για ασθενείς που έχουν ήδη κατά κανόνα βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό. Ο επιδιωκόμενος σκοπός της θεραπείας, στην προκειμένη περίπτωση, είναι η όσο το δυνατόν ανατομικότερη ανάταξη του κατάγματος (εξαρτάται κατά μείζονα λόγο από το χρονικό διάστημα που έχει παρέλθει μέχρι να εφαρμοστεί η χειρουργική αντιμετώπιση), που συνεπάγεται και τη διόρθωση της κυφωτικής παραμόρφωσης, η σταθεροποίησή του και, κατά συνέπεια, η άμεση κινητοποίηση του ασθενούς. Επιπλέον, ιδιαιτέρως σημαντική για τον ασθενή είναι και η άμεση και πλήρης ανακούφιση από τον πόνο.

Η κυφοπλαστική αποτελεί την πλέον αποδεκτή, ελάχιστα επεμβατική (minimal invasive) χειρουργική αντιμετώπιση οστεοπορωτικών συμπιεστικών καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης με άμεσα θεραπευτικά αποτελέσματα. Η χειρουργική τεχνική που εφαρμόζεται είναι η διαδερμική προσπέλαση του κατεάγοντος σπονδυλικού σώματος. Κατ' αυτήν διανοίγονται δύο μικρές οπές στο δέρμα, στα πλάγια του πάσχοντος σπονδύλου. Από εδώ και υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση εισέρχονται στο σώμα του σπονδύλου δύο καθετήρες (ένας από κάθε πλευρά) μέσω των οποίων εισάγεται ένα «μπαλόνι», το οποίο, καθώς φουσκώνεται και διαστέλλεται, ανατάσσει το κάταγμα αποκαθιστώντας κατ' αυτόν τον τρόπο το αρχικό ανατομικό σχήμα του σπονδύλου. Εδώ πλέον γίνεται εύκολα κατανοητό αυτό που προαναφέρθηκε, ότι δηλαδή όσο πιο πρόσφατο είναι το κάταγμα τόσο επιτυχέστερη και ευκολότερη είναι και η ανατομική αποκατάσταση του σπονδύλου. Στο επόμενο βήμα της χειρουργικής πράξεως, η δημιουργηθείσα κοιλότητα του σπονδυλικού σώματος πληρούται με το ειδικό ακρυλικό οστικό τσιμέντο, το οποίο και καταλαμβάνει κάθε κενό χώρο. Σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, αυτό στερεοποιείται, και έτσι επιτυγχάνεται τεχνικά η άμεση σταθεροποίηση του κατάγματος, καθώς και η αποκατάσταση της κυφωτικής παραμόρφωσης του σπονδύλου ή/και της σπονδυλικής στήλης, όταν πρόκειται για περισσότερα του ενός κατάγματος. **Η μετεγχειρητική ανάρρωση και πορεία είναι, κατά κανόνα, σύντομη και χωρίς προβλήματα ή επιπλοκές. Ο ασθενής κινητοποιείται έπειτα από λίγες ώρες και εξέρχεται από το νοσοκομείο συνήθως την επομένη μέρα από τη χειρουργική επέμβαση, όρθιος και περπατώντας.** Η ανακούφιση από τον τόσο βασανιστικό και καθηλωτικό πόνο είναι άμεση, μόνιμη και πλήρης. Οι μετεγχειρητικές ενοχλήσεις είναι περιορισμένες και σε έκταση και σε διάρκεια. Επιπλέον, δεν απαιτείται η χρήση νάρθηκα ή κηδεμόνα, και η επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες είναι πολύ γρήγορη.

Στο σημείο αυτό πρέπει, σεβόμενοι την επιστημοσύνη και την ιατρική δεοντολογία, να αναφερθούμε και στην εμφάνιση επιπλοκών, οι οποίες είναι δυνατόν να εμφανιστούν κυρίως διεγχειρητικά και οι οποίες περιγράφονται για κάθε ιατρική πράξη και τεχνική. Συνολικά, το ποσοστό εμφάνισης των επιπλοκών ανέρχεται σε 1-2,5% επί του συνόλου των χειρουργημένων, με τη μέθοδο της κυφοπλαστικής ασθενών. Ως σημαντικότερες επιπλοκές πρέπει να αναφέρουμε: **α)** τη διαρροή του ακρυλικού τσιμέντου εκτός του σπονδύλου, γεγονός που μπορεί να επιφέρει, δυνητικά, παθολογία επί των νευρικών δομών ή και απώτερα της σπονδυλικής στήλης και **β)** τον άμεσο τραυματισμό νευρικών στοιχείων κατά τη χειρουργική προσπέλαση. Γενικά, όμως, σχετικά με την κυφοπλαστική, δεν αναφέρονται μη αναστρέψιμες επιπλοκές. Η εμπειρία, η δεδομένη προσοχή, ο ακριβής σχεδιασμός και η γνώση της συγκεκριμένης χειρουργικής τεχνικής, σε συνδυασμό με την εφαρμογή της επί δεδομένων απόλυτων, κυρίως κλινικών, αλλά και απεικονιστικών ενδείξεων και ευρημάτων, εγγυώνται πάντοτε το επιτυχές και ευτυχές αποτέλεσμα.

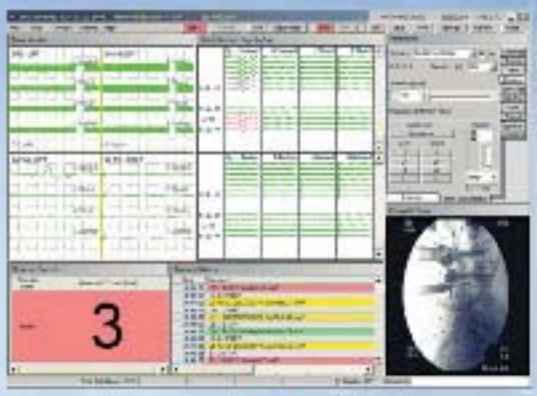
Για να είμαστε, όσο το δυνατόν, πλήρεις αναφορικά και με τις επιπλέον ενδείξεις που περιγράφονται και μπορεί να εφαρμοστεί η κυφοπλαστική ως μέθοδος ανάταξης και θεραπείας καταγμάτων σπονδυλικής στήλης, πρέπει να αναφέρουμε την εφαρμογή της σε πρόσφατα τραυματικά κατάγματα σπονδύλων (υπό προϋποθέσεις), καθώς και σε άλλα παθολογικά κατάγματα οφειλόμενα είτε σε πρωτοπαθείς όγκους των σπονδύλων (όπως, π.χ., το πολλαπλούν μυέλωμα) είτε σε μεταστατικές οστεολυτικές βλάβες.

Εν κατακλείδι μπορούμε να επισημάνουμε ότι **ασθενείς με διαγνωσμένη οστεοπόρωση ή σε ηλικία συμβατή με αυτή, οι οποίοι εμφανίζουν αιφνίδιο και έντονο πόνο στη σπονδυλική στήλη, που δεν υφίεται με τη συνήθη ήπια φαρμακευτική αγωγή, πρέπει άμεσα να ελέγχονται κλινικά και απεικονιστικά για οστεοπορωτικό κάταγμα.** Εάν η διαγνωστική προσπέλαση καταδείξει την ύπαρξη συμπιεστικού οστεοπορωτικού κατάγματος, τότε πρέπει να τίθεται το ερώτημα της θεραπευτικής αποκατάστασης με τη μέθοδο της κυφοπλαστικής.

Nucleo med SA

MEDICAL DEVICES & NEUROMONITORING SERVICES

IOM



Technomed Europe

Medical Accessories

The strongest bond between Patient & Medical Treatment

NEUROMetrix

ADVANCE NCS/EMG System

Nerve Conduction & Electromyography

Pioneers in Nerve Stimulation & Monitoring

SPINE

Cortoss

ORTHOVITA

Architects of the New Biomaterial Age

GS Medical

Innovative Spine Solutions

Thompson Retractor

Uncompromised Exposure

60, Pendelis Ave., 15233 Chalandri, Athens Greece
www.nucleomed.gr tel.: +30 2106897735, fax: +30 2106897736

Ιουλία Χριστοδουλίδου,
MD, PhD, Ακτινοδιαγνώστρια Μαστού,
Ευρωκλινική Αθηνών

Μαστογραφία

Μύθοι & Πραγματικότητα

Γιατί να κάνω μαστογραφία;

Κάνω μαστογραφία όχι για να μην πάθω καρκίνο, αλλά για να ανακαλύψω μια ενδεχόμενη κακοήθεια σε πολύ αρχικό στάδιο και να αποφύγω τα χειρότερα.

Τι είναι η ψηφιακή μαστογραφία;

Βασίζεται στην ψηφιακή τεχνολογία, έχει καλύτερη ανάλυση στην εικόνα, υψηλότερη ευκρίνεια και μεγαλύτερη ακρίβεια στη διάγνωση.

Με τη μαστογραφία κινδυνεύω να πάθω καρκίνο λόγω της ακτινοβολίας;

Η ακτινοβολία της μαστογραφίας πλέον δεν ξεπερνά εκείνη ενός αεροπορικού ταξιδιού.
Σήμερα, η ψηφιακή μαστογραφία εγγυάται έως και 75% μείωση της δόσης ακτινοβολίας, συγκριτικά με την παλαιά αναλογική εξέταση. Επιπλέον, ο αριθμός των γυναικών που σώζονται με την έγκαιρη διάγνωση είναι αστρονομικά μεγαλύτερος από τον αριθμό εκείνων που πιθανόν να πάθουν καρκίνο λόγω της μαστογραφίας.

Στην οικογένειά μου δεν υπάρχει ιστορικό καρκίνου. Συνεπώς, εγώ δεν κινδυνεύω;

Ο κληρονομούμενος καρκίνος του μαστού αφορά μόνο το 5-8% του συνόλου. Οι παράγοντες χαμηλού και μέτριου κινδύνου (π.χ., περιβάλλον, διατροφή, άγχος), που ενοχοποιούνται για τον καρκίνο, είναι απρόβλεπτοι και αστάθμητοι. Επίσης, η συντριπτική πλειοψηφία των καρκίνων σήμερα θεωρούνται τυχαία γεγονότα.

Δεν κάνω μαστογραφία γιατί πονάει.

Όσο περισσότερη είναι η πίεση, τόσο λιγότερη είναι η δόση ακτινοβολίας και τόσο καλύτερα τα στοιχεία του μαστού διαχωρίζονται και αναλύονται, ώστε τίποτε να μην μπορεί να κρυφτεί.

Σε ποια ηλικία πρέπει να κάνω την πρώτη μαστογραφία;

Πλέον το όριο ηλικίας τείνει να πέσει από τα 40 στα 38 έτη. Για τις γυναίκες κάτω των 38 ετών, που έχουν μητέρα ή αδερφή με καρκίνο του μαστού ωοθηκών σε ηλικία κάτω των 45 ετών, προτείνεται μια πρώτη μαστογραφία αναφοράς σε ηλικία 32-35 ετών.

Η μαστογραφία γίνεται σε συγκεκριμένη ημέρα του κύκλου;

Συστήνεται η περίοδος μεταξύ 4ης έως 12ης ημέρας του κύκλου, για να αποφευχθεί πιθανή εγκυμοσύνη και γιατί ο μαστός είναι μαλακός και λιγότερο επώδυνος.

Καλύτερα να κάνω εναλλάξ τον ένα χρόνο μαστογραφία και τον άλλο υπερηχογράφημα;

Το υπερηχογράφημα, αν και δεν έχει ακτινοβολία, είναι μια μέθοδος υποδεέστερη σε διαγνωστική ακρίβεια από τη μαστογραφία (τη συμπληρώνει για να λύσει απορίες ή να διερευνήσει περαιτέρω). Στην περίπτωση που δεν υπάρχουν ειδικά ευρήματα, χρησιμοποιείται ως ενδιάμεσος έλεγχος μεταξύ 2 μαστογραφιών (6 μήνες μετά την ετήσια μαστογραφία).
Είναι η μέθοδος που επιλέγεται για τα νέα κορίτσια κάτω των 30 ετών με αρνητικό οικογενειακό ιστορικό. Επίσης, προτείνεται η περίοδος μεταξύ 4ης έως 12ης ημέρας του κύκλου, κατά διάρκεια του οποίου ο μαστός είναι ορμονικά πιο ήρεμος

Η ελαστογραφία είναι μια νέα τεχνική υπερηχογραφικού ελέγχου, σύμφωνα με την οποία ένα εύρημα χαρακτηρίζεται ανάλογα με το πόσο σκληρό είναι.

Η 3D/4D τεχνική εξετάζει ένα υπερηχογραφικό εύρημα στις τρεις διαστάσεις και σε πραγματικό χρόνο (real time imaging).

istockphoto

Ο αριθμός των γυναικών που σώζονται λόγω της μαστογραφίας είναι αστρονομικά μεγάλος, αφού πλέον η ψηφιακή τεχνολογία προσφέρει υψηλή ακρίβεια στη διάγνωση.

istockphoto

Όσον αφορά τις μαστογραφίες, την ψηλάφηση ή ένα χειρουργείο, πρέπει να απευθύνεστε σε γιατρό εξειδικευμένο στο μαστό.

Καλύτερα να κάνω μαγνητική μαστογραφία που τα βλέπει όλα;

Η μαγνητική είναι η μέθοδος στην οποία καταλήγουμε για να ελέγξουμε τα ευρήματα είτε της μαστογραφίας είτε του υπερηχογραφήματος, εφόσον δεν έχουμε καταλήξει σε κάποιο συμπέρασμα. Γίνεται υπό αυστηρές προϋποθέσεις και ακόμη αυστηρότερες ενδείξεις.

Τι είναι οι αποτιτανώσεις;

Φανταστείτε τες σαν κόκκους άμμου μέσα στο μαστό (στην εικόνα μοιάζουν με άσπρες τελείες). Μερικές φορές είναι το πρώτο σημάδι κακοήθειας, και έτσι υπάρχουν περιπτώσεις που προτείνεται η εξαίρεσή τους. **Καμία άλλη απεικονιστική μέθοδος δεν βλέπει τις μικραποτιτανώσεις όπως η μαστογραφία.**
Δεν είναι όλες οι αποτιτανώσεις του μαστού ύποπτες και η απόφαση για βιοψία εναπόκειται στον ειδικό.

Έκανα μαστογραφία και συμπληρωματικά και άλλη λήψη.

Μην τρομάζετε. Συχνά μια συμπληρωματική εικόνα ή επιλύει απορίες ή αναιρεί αρχικές εντυπώσεις. Συχνά προτείνεται μια λήψη επανέλεγχου - παρακολούθησης ενός ευρήματος μετά την πάροδο εξαμήνων από τη μαστογραφία.
Μη βιαστείτε να επανελεγχθείτε (2-3 μήνες μετά), αφού κατά 90% δεν θα υπάρξει κάποια αξιολογήσιμη μεταβολή. Επίσης, 10 μήνες μετά καταργείται η έννοια του ενδιάμεσου ελέγχου.
Τέλος, η Τομοσύνθεση είναι μια νέα μέθοδος που επιτρέπει τη μελέτη του μαστού σε διαφορετικά βάθη (τομές). Αν και αποτελείται από περισσότερες εικόνες, η τεχνική είναι τέτοια, που η συνολική ακτινοβόληση του μαστού είναι ίση με μία μόνο λήψη.

Τι σημαίνουν οι πυκνοί μαστοί;

Φανταστείτε το μαστό σας σαν ένα δέντρο: όσο νεότερες είμαστε, το πλούσιο φύλλωμα μπορεί να κρύψει ευρήματα. Οι γυναίκες με πυκνούς μαστούς είναι χρήσιμο να συμπληρώνουν τη μαστογραφία με υπερηχογράφημα. Η πυκνότητα των μαστών αλλάζει με την ηλικία – όσο η γυναίκα μεγαλώνει τόσο ο μαστός «αδειάζει».
Ο όρος «ινοκυστική μαστοπάθεια» σημαίνει ότι έχω μαστούς δυσανάλογους με την πραγματική ηλικία (όχι στην έμφανιση, αλλά στην πυκνότητα). Συχνά ένα υπερηχογράφημα, 6 μηνες μετά τη μαστογραφία, χρησιμοποιείται για την ενδιάμεση παρακολούθηση.

Οι εξωσωματικές προκαλούν καρκίνο;

Δεν υπάρχει καμία επιστημονική μελέτη που να επιβεβαιώνει τη συσχέτιση. Οι προβληματισμοί εγείρονται, επειδή οι γυναίκες που κάνουν εξωσωματική και οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού συνεχώς αυξάνονται. Προτού ξεκινήσετε την προσπάθεια IVF, φροντίστε να έχετε κάνει μια μαστογραφία ελέγχου.

Έχω ενθέματα σιλικόνης. Να κάνω μαστογραφία;

Απαραιτήτως αλλά μόνο με συγκεκριμένη ειδική τεχνική. Θυμηθείτε ότι δεν μας ενδιαφέρει να μαστογραφήσουμε τη σιλικόνη αλλά το μαστό γύρω από αυτή.
Η σιλικόνη δεν κινδυνεύει να σπάσει με τη μαστογραφία Προτού μπείτε στο χειρουργείο για μαστοπλαστική, φροντίστε να έχετε κάνει μια μαστογραφία ελέγχου.

Δεν κάνω αυτοψηλάφηση. Δεν είμαι γιατρός.

Οφείλετε να γνωρίζετε το σώμα σας. Εσείς πρώτες θα «ενοχλήσετε» το γιατρό σας για τυχόν αλλαγές.
Ποτέ δεν ψηλαφούμαστε παραμονές περιόδου ή ωορηξίας. Στο γιατρό μας συνεχίζουμε τα ραντεβού μας ετησίως ή ανά εξάμηνο.

Πρέπει να με παρακολουθεί ειδικός;

Όσον αφορά τις μαστογραφίες, την ψηλάφηση ή ένα χειρουργείο, πρέπει να απευθύνεστε σε γιατρό εξειδικευμένο στο μαστό.

Υπερσύγχρονο
Κέντρο Μαστού
Ευρωκλινικής Αθηνών

Εξοπλισμένο με:

- Ψηφιακό Μαστογράφο
- Υπέρηχο Μαστού με την τεχνική Shear wave ελαστογραφίας
- Σύστημα προεγχειρητικής εντόπισης ύποπτων ευρημάτων
- Σύστημα εκτομής για τη περιεγχειρητική βιοψία μαστού Intramrotomel
- Μαγνητική Τομογραφία Μαστού

Στελεχωμένο από:

- Ειδικούς Ακτινοδιαγνώστες Μαστού
- Χειρουργούς Μαστού
- Ογκολόγους Παθολόγους
- Πλαστικό Χειρουργό
- Ψυχολόγο
- Φυσιοθεραπευτή
- Κλινικό Γενετιστή
- Ειδικούς νοσηλευτές

Το Κέντρο Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών αποτελεί ένα πρότυπο κέντρο αναφοράς παρέχοντας υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
ΚΕΝΤΡΟ
ΜΑΣΤΟΥ
ΠΡΟΛΗΨΗ | ΔΙΑΓΝΩΣΗ | ΘΕΡΑΠΕΙΑ
Κοντά μας νιώθετε ασφάλεια!

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Κοντά σας νιώθετε ασφάλεια!

Αλεξανδρείας 7-9 (πάροδος Δ. Σολωμού) Αθήνα, Τηλ. 213 6416 600, Fax: 210 6616 [illegible]
Τηλ. για ραντεβού: 213 6416 688, (Δ-Π 08:30-16:00, Τετ. 8-1 μμ), E-mail: info@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

Αναστάσιος Ι. Τσεχπενάκης,
Γενικός Χειρουργός, Επιμελητής Χειρουργικής Κλινικής,
Ευρωκλινική Αθηνών

Κήλες του κοιλιακού τοιχώματος

Σύγχρονες τεχνικές αντιμετώπισης

Η κήλη του κοιλιακού τοιχώματος είναι μια αρκετά συχνή πάθηση κατά την οποία ένα εσωτερικό όργανο προβάλλει από κάποιο εξασθενημένο σημείο του κοιλιακού τοιχώματος. Αυτή η προβολή μπορεί να αφορά ιστούς, όπως το λίπος, ή όργανα που βρίσκονται μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα.

Συνήθως, το περιεχόμενο της κήλης ή, ορθότερα, του κηλικού σάκου αφορά τμήμα του εντέρου, που είναι ένα αρκετά ευκίνητο ενδοκοιλιακό όργανο. Σπανιότερα, ο κηλικός σάκος μπορεί να περιέχει άλλα όργανα, όπως η ουροδόχος κύστη ή η σκωληκοειδής απόφυση. Η εξασθένηση του σημείου από το οποίο προβάλλει η κήλη συνήθως οφείλεται στην εκ γενετής κατασκευή του πάσχοντος. Παράγοντες όπως έντονη άσκηση, άρση βαρών, χρόνιος ή έντονος βήχας, δυσκοιλιότητα, εγκυμοσύνη και παχυσαρκία επιδρούν συμπληρωματικά στη δημιουργία της, εξαιτίας της αύξησης της πίεσης που δέχονται τα κοιλιακά τοιχώματα εκ των έσω. Επιπλέον, κήλη μπορεί να δημιουργηθεί και στην περιοχή της ουλής τραύματος προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης (μετεγχειρητική κήλη).

Η λαπαροσκοπική αντιμετώπιση των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος προτιμάται όλο και περισσότερο λόγω της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας που προσφέρει.

Κήλη μπορεί να εμφανιστεί σε γυναίκες και άντρες. Μπορεί να εμφανιστεί με τη γέννηση ή σε κάποια στιγμή στη ζωή μας, αλλά δεν βελτιώνεται με το χρόνο ούτε υπάρχει πιθανότητα κάποια στιγμή να εξαφανιστεί. Αντίθετα, μια παραμελημένη κήλη μπορεί μέχρι και να προκαλέσει την απώλεια μιας ανθρώπινης ζωής.

Μια κήλη αναγνωρίζεται συνήθως εύκολα. Μια προεξοχή σαν μπαλόνι στην περιοχή του ομφαλού (ομφαλοκήλη), μεταξύ στέρνου και ομφαλού (επιγαστρική κήλη), στη βουβωνική χώρα (βουβωνοκήλη/μηροκήλη) ή γύρω από παλαιά χειρουργική ουλή (μετεγχειρητική κήλη), πρέπει να μας οδηγήσει στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, ακόμη κι αν δεν υπάρχουν άλλα συμπτώματα. Πόνος στην περιοχή της κήλης, σκληρή διόγκωση που δεν «μπαινοβγαίνει» ελεύθερα στην κοιλία ως συνήθως, ερυθρότητα του δέρματος πάνω από

istockphoto

την κήλη και πυρετός είναι μερικά από τα συμπτώματα που θα οδηγήσουν τον ασθενή άμεσα στο χειρουργείο, φέρνοντάς τον αντιμέτωπο με όλα τα προβλήματα που προκύπτουν από το επείγον της κατάστασής του. **Μια κήλη, λοιπόν, πρέπει να αντιμετωπίζεται μόλις διαγιγνώσκεται, και η θεραπεία είναι η χειρουργική αντιμετώπιση.**

Οι κλασικές μέθοδοι αποκατάστασης αφορούν το κλείσιμο του χάσματος του κοιλιακού τοιχώματος από το οποίο προβάλλει η κήλη, με διάφορες τεχνικές συρραφής. Η εξέλιξη, όμως, της βιοϊατρικής τεχνολογίας μάς έχει δώσει υλικά απολύτως αποδεκτά από τον ανθρώπινο οργανισμό, η χρήση των οποίων στη χειρουργική των κηλών οδήγησε στις «χωρίς τάση» (tension-free) τεχνικές. Με τις τεχνικές αυτές, το χάσμα στο κοιλιακό τοίχωμα καλύπτεται από ειδικά πλέγματα που εμποδίζουν την προβολή της κήλης και του περιεχομένου της προς τα έξω. Οι τεχνικές αποκατάστασης «χωρίς τάση» έχουν το μεγάλο πλεονέκτημα της ελάττωσης του μετεγχειρητικού πόνου συγκριτικά με τις κλασικές μεθόδους και έχουν κερδίσει την προτίμηση των περισσοτέρων χειρουργών τις τελευταίες δεκαετίες.

Με την εισαγωγή της λαπαροσκοπικής χειρουργικής στην καθημερινή πράξη στις αρχές της δεκαετίας του '90, οι ελάχιστα επεμβατικές χειρουργικές τεχνικές γνώρισαν μια θεαματική ανάπτυξη τόσο από πλευράς υλικοτεχνικής υποδομής όσο και από πλευράς ανάπτυξης της χειρουργικής δεξιότητας. Η εξέλιξη στην τεχνολογία της καταγραφής και επεξεργασίας της εικόνας, των τεχνικών μέσων και εργαλείων ενδοσκοπικής προσπέλασης και πρόσφατα η εφαρμογή της ρομποτικής τεχνολογίας οδήγησαν βαθμιαία σε μια διεύρυνση των ενδείξεων για λαπαροσκοπική αντιμετώπιση, οι οποίες πλέον αφορούν όλο και περισσότερες συνήθεις, χειρουργικά αντιμετωπιζόμενες, παθήσεις. Ο σκεπτικισμός και η καχυποψία ως προς την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής παλαιοτέρων γενεών χειρουργών έχει ήδη παγκοσμίως ξεπεραστεί και οι ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές αποτελούν πλέον ισχυρό σύμμαχο του ασθενούς και του σύγχρονου χειρουργού.

Η λαπαροσκοπική αντιμετώπιση των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος κερδίζει όλο και περισσότερο την προτίμηση χειρουργών και ασθενών, καθώς υπάρχουν πλέον πολυάριθμες διεθνείς μελέτες που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά της. **Η ακόμη μεγαλύτερη ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου λόγω της αποφυγής της χειρουργικής τομής, η γρηγορότερη κινητοποίηση του ασθενούς και η ελάττωση του κινδύνου λοιμώξεων είναι μερικά από τα πλεονεκτήματα που καθιστούν την ενδοσκοπική προσέγγιση όλο και περισσότερο δημοφιλή.**

Η τεχνική της λαπαροσκόπησης έχει το πλεονέκτημα της προσέγγισης της πάσχουσας περιοχής ή οργάνου της κοιλιάς χωρίς χειρουργική τομή.

istockphoto

Το αυξημένο κόστος του λαπαροσκοπικού εξοπλισμού, το οποίο καλύπτεται πλήρως από τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία, αντισταθμίζεται από το μικρότερο κόστος της συντομότερης νοσηλείας και της γρηγορότερης επανόδου των ασθενών στην εργασία τους.

Η τεχνική της λαπαροσκόπησης έχει το πλεονέκτημα της προσέγγισης της πάσχουσας περιοχής ή οργάνου της κοιλιάς χωρίς χειρουργική τομή. Η κοιλιά γεμίζει με αδρανές αέριο για να υπάρχει ο απαραίτητος χώρος εργασίας, και από 3-4 μικρές οπές στο δέρμα (μικρότερες από 1 εκ.) εισέρχονται στην κοιλιά η οπτική συσκευή (φακός βιντεοκάμερας) και τα λαπαροσκοπικά εργαλεία. Για την αντιμετώπιση μιας κήλης, εντοπίζεται και προετοιμάζεται κατάλληλα η πάσχουσα περιοχή, ενώ ο χειρουργός έχει συνολική εικόνα του εσωτερικού της κοιλιάς. Έτσι, μπορεί να εντοπίσει πιθανά άλλα προβλήματα (π.χ., μια μικρότερη κήλη σε άλλο σημείο), που δεν ήταν εμφανή ή δεν είχαν εμφανίσει ακόμη συμπτώματα. Από μια οπή του δέρματος εισάγεται τυλιγμένο το ειδικό πλέγμα, ξεδιπλώνεται μέσα στην κοιλιά, τοποθετείται έτσι ώστε να καλύπτει το χάσμα της κήλης και στερεώνεται στη θέση του με ειδικά αδρανή μεταλλικά ή πλαστικά κλιπς. Στη συνέχεια αδειάζει η κοιλιά από το αέριο και κλείνονται οι τρύπες στο δέρμα με ράμματα ή ειδική κόλλα. Λίγες ώρες μετά το χειρουργείο ο ασθενής μπορεί να κινητοποιηθεί πλήρως και να επιστρέψει στο σπίτι του την ίδια ή την επόμενη ημέρα, ενώ σε λίγες εβδομάδες μπορεί να επιστρέψει σε πλήρη σωματική άσκηση. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ξανά ότι ο μετεγχειρητικός πόνος είναι ελάχιστος και πλήρως αντιμετωπίσιμος με απλά παυσίπονα.

Στις αρχές της δεκαετίας μας υπήρχε η πεποίθηση ότι η λαπαροσκοπική χειρουργική έχει κυρίως θέση στην αποκατάσταση πολλαπλών κηλών ταυτόχρονα στον ίδιο ασθενή ή στην αποκατάσταση υποτροπιάζουσας (επανεμφανιζόμενης) κήλης. Χειρουργικοί οργανισμοί διεθνούς κύρους συστήνουν πλέον όλο και περισσότερο τη λαπαροσκοπική προσέγγιση, βασιζόμενοι στα αποτελέσματα εμπεριστατωμένων μελετών που αποδεικνύουν τα οφέλη της.

Επειδή, όμως, ο οργανισμός κάθε ασθενούς έχει τις ιδιαιτερότητές του, δεν είναι δυνατόν η ίδια θεραπευτική προσέγγιση να ταιριάζει σε όλους. Υπάρχουν καταστάσεις, όπως πολλά προηγούμενα χειρουργεία στην κοιλιά του ίδιου ασθενούς, που δυσκολεύουν τη λαπαροσκοπική προσέγγιση ή αναπνευστικά και καρδιολογικά προβλήματα που απαγορεύουν τη χορήγηση αναισθησίας στον ασθενή. Η τελική απόφαση του τρόπου αντιμετώπισης μιας κήλης λαμβάνεται από κοινού από τον ασθενή και τον θεράποντα ιατρό, με πρώτο και κύριο κριτήριο την ασφάλεια του πρώτου.

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
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος
Ώρες Λειτουργίας: Τρίτη και Πέμπτη, 12 μ.μ. - 1 μ.μ.
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210-6416345, e-mail: mkt@euroclinic.gr

Σωτήριος Κ. Μπεθάνης,
M.Sc., Ph.D., Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,
Επιμελητής Κέντρου Ενδοκρινολογίας,
Διαβήτη και Μεταβολισμού, Ευρωκλινική Αθηνών
Διευθύντρια: Δρ Έλλη Λάκκα-Παπαδόδημα

Σακχαρώδης διαβήτης & διακοπές:

Μικρές συμβουλές για ένα ευτυχισμένο καλοκαίρι

Το ελληνικό καλοκαίρι αποτελεί συνώνυμο της ανεμελιάς, της διασκέδασης και της ξεκούρασης. Για ένα εκατομμύριο περίπου συνανθρώπους μας που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη στη χώρα μας, η περίοδος αυτή μπορεί να κρύβει αρκετές παγίδες. Οι παρακάτω συμβουλές έχουν σκοπό να βοηθήσουν τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη να προφυλάξουν την υγεία τους στις διακοπές τους.

Προφυλακτικά μέτρα σε περίοδο υψηλών θερμοκρασιών

❄ **Αυξημένη κατανάλωση υγρών.**
Τις ημέρες με υψηλές θερμοκρασίες είναι σημαντικό για όλους μας να αυξάνουμε την κατανάλωση υγρών. Στα άτομα με διαβήτη, ο γενικός αυτός κανόνας έχει διπλή αξία, καθώς οι αυξημένες τιμές σακχάρου στον οργανισμό (υπεργλυκαιμία) συντελούν στην πρόκληση αφυδάτωσης. Συνιστάται, λοιπόν, η κατανάλωση νερού ή υγρών χωρίς ζάχαρη, όπως το παγωμένο τσάι με λεμόνι και ο περιορισμός στην κατανάλωση αλκοόλ. Αν καταναλώσετε φυσικό χυμό, θα πρέπει να γνωρίζετε πως αποτελεί πηγή υδατανθράκων, οι οποίοι θα πρέπει να προστεθούν στις υπόλοιπες τροφές (240 ml χυμού πορτοκαλιού, δηλ. ένα ποτήρι, έχει 25 γραμμ. υδατάνθρακες περίπου).

❄ **Άσκηση ή κοπιαστικές εργασίες καλό θα είναι να πραγματοποιούνται νωρίς το πρωί ή αργά το απόγευμα.**

❄ **Επίγνωση των συμπτωμάτων και σημείων της θερμοπληξίας.**

Τα πρώτα συμπτώματα μπορεί να είναι:
- Δυνατός πονοκέφαλος
- Ατονία
- Αίσθημα καταβολής δυνάμεων
- Τάση για λιποθυμία
- Πτώση της αρτηριακής πίεσης
- Ναυτία
- Ταχυκαρδία

Στις σοβαρότερες μορφές εμφανίζονται:
- Πυρετός
- Εμετοί
- Διάρροια
- Απουσία εφίδρωσης
- Απώλεια αισθήσεων

❄ **Αποφυγή υπογλυκαιμικών επεισοδίων.**
Τα άτομα που βρίσκονται υπό αγωγή με ινσουλίνη θα πρέπει να γνωρίζουν πως η υψηλή θερμοκρασία αυξάνει σημαντικά την απορρόφηση της ινσουλίνης από το σημείο της ένεσης. Συνιστώνται, λοιπόν, συχνότερες μετρήσεις σακχάρου (τουλάχιστον τέσσερις την ημέρα) και κατάλληλη ρύθμιση, ειδικά όταν πρόκειται να ακολουθήσει αυξημένη σωματική δραστηριότητα (π.χ., κολύμβηση, θαλάσσια σπορ, ρακέτες).

❄ **Προφύλαξη της ινσουλίνης, των μετρητών σακχάρου και των ταινιών μέτρησης από τις ακραίες θερμοκρασίες.**
Μην αφήνετε ποτέ την ινσουλίνη και τα αναλώσιμα υλικά εκτεθειμένα άμεσα στον ήλιο ή μέσα στο αυτοκίνητο, όπου μπορεί να αναπτυχθούν θερμοκρασίες μεγαλύτερες από 50°C.

istockphoto

Στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη συνιστάται η κατανάλωση νερού ή υγρών χωρίς ζάχαρη, όπως το παγωμένο τσάι με λεμόνι.

Σακχαρώδης διαβήτης και ταξίδια

Αεροπορικά ταξίδια

Οι ινσουλινοθεραπευόμενοι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να προσκομίσουν στους υπεύθυνους ασφαλείας του αεροδρομίου γνωμάτευση από το θεράποντα ιατρό τους που να πιστοποιεί τη χορήγηση ινσουλίνης και το είδος αυτής, ώστε να μπορούν να κρατήσουν στη χειραποσκευή τους ινσουλίνη, σύριγγες, βελόνες και ταινίες μέτρησης.

Προμηθευτείτε μεγαλύτερες ποσότητες ινσουλίνης ή αντιδιαβητικών δισκίων και κρατήστε τες κοντά σας σε περίπτωση που οι αποσκευές σας ή μέρος αυτών καθυστερήσουν ή χαθούν. Καλό είναι να έχετε μαζί σας λίγα μπισκότα, φρυγανιές ή φρούτα. Ενημερώστε κάποιον από το πλήρωμα πως έχετε διαβήτη, ειδικά αν ταξιδεύετε μόνοι σας. Σε περίπτωση υπερπόντιου ταξιδιού, θα χρειαστεί αναπροσαρμογή της δόσης ινσουλίνης ανάλογα με την τοπική ώρα. Αν μετακινείστε σε διαφορετική χρονική ζώνη, ίσως είναι χρήσιμο να φέρετε για τις πρώτες ημέρες και ένα δεύτερο ρολόι ρυθμισμένο σε ώρα Ελλάδας. Πίνετε αρκετή ποσότητα νερού για να αποφύγετε την αφυδάτωση από τον ξηρό αέρα της καμπίνας.

Ταξίδι με αυτοκίνητο ή πλοίο:

Οι ινσουλινοθεραπευόμενοι ασθενείς πρέπει να φροντίζουν να μην εκτίθεται η ινσουλίνη στον ήλιο σε πολύ υψηλές θερμοκρασίες (άνω των 35°C). Μεταφέρετε την ινσουλίνη, το μετρητή και τις ταινίες μέτρησης κάτω από το κάθισμα του αυτοκινήτου, και όχι στο πίσω τζάμι. Σε περίπτωση στάσης και ανάλογα με τις συνθήκες, πιθανώς να είναι χρήσιμη η μεταφορά της ινσουλίνης μαζί σας, ειδικά αν η στάση είναι μεγάλης διάρκειας. Μετράτε το σάκχαρό σας κάθε 4-6 ώρες. Όπως και στην περίπτωση του αεροπορικού ταξιδιού, θα πρέπει να έχετε πάντα πρόχειρο κάποιο ελαφρύ φαγητό (π.χ., τοστ, φρούτα, χυμό).

istockphoto

Προστασία των κάτω άκρων

- **Ποτέ μην περπατάτε ξυπόλητοι στην παραλία, στην πισίνα, στα αποδυτήρια ή ακόμη και εντός του σπιτιού σας.** Με αυτόν τον τρόπο αποφεύγετε τους τραυματισμούς από αιχμηρά αντικείμενα, εγκαύματα από την καυτή άμμο ή την πυρακτωμένη άσφαλτο και την επαφή με ιούς ή μικρόβια που μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές λοιμώξεις.
- **Εφαρμόστε αντηλιακή κρέμα στα πόδια σας για προστασία από τα ηλιακά εγκαύματα.** Αν το θεωρείτε σκόπιμο, ενυδατώστε τα κάτω άκρα σας, αλλά μην εφαρμόζετε ενυδατική λοσιόν μεταξύ των δακτύλων.
- **Χρησιμοποιείτε κατάλληλες κάλτσες και ανυψώνετε τα πόδια σας, όποτε μπορείτε, σε περίπτωση που παρουσιάζονται οιδήματα.** Με αυτόν τον τρόπο προστατεύετε την ομαλή μικροκυκλοφορία και τη λειτουργία των νεύρων.

Σωστή διαιτητική συμπεριφορά

Οι θερινοί μήνες αποτελούν μια πρώτης τάξης ευκαιρία για σύσφιγξη και ανάπτυξη των οικογενειακών και φιλικών μας δεσμών. Πολλές είναι οι περιπτώσεις κατά τις οποίες θα βρεθούμε μπροστά σε ένα τραπέζι με φίλους ή συγγενείς ή μπροστά στον μπουφέ ενός ξενοδοχείου. Ακολουθούν μικρές συμβουλές για να τρώμε υγιεινά, απολαμβάνοντας ταυτόχρονα όλες τις καλοκαιρινές γεύσεις:

- **Διερευνήστε πρώτα τις διαθέσιμες τροφές σε ένα τραπέζι ή στον μπουφέ.** Γεμίστε το μεγαλύτερο κομμάτι του πιάτου σας με λαχανικά. Μεταξύ των κρεατικών επιλέξτε άσπρα κρέατα αντί των κοκκίνων.
- **Αποφύγετε τα λιπαρά φαγητά,** π.χ., τα πιάτα με μαγιονέζα, βούτυρο, σάλτσες. Επιλέξτε λαχανικά με ελαιόλαδο και ξίδι.
- **Πιείτε νερό, τσάι χωρίς ζάχαρη ή σόδα διαίτης με το γεύμα σας.** Αν καταναλώσετε αλκοόλ, πιείτε μόνο κατά τη διάρκεια του γεύματος, και όχι πάνω από ένα (γυναίκες) ή δύο ποτά (άνδρες).
- **Μην ξεχνάτε το επιδόρπιο.** Αντιμετωπίστε το σαν ευκαιρία να προσλάβετε τις συνιστώμενες ποσότητες φρούτων. Αποφύγετε να προσλάβετε μηδενικής θρεπτικής αξίας γλυκίσματα, όπως πάστες.

Το καλοκαίρι είναι η καλύτερη εποχή για να ευχαριστηθούμε την οικογένειά μας, τους φίλους μας και την ίδια τη ζωή. Είναι επίσης η κατάλληλη περίοδος για να εστιάσουμε εκ νέου στις αρχές της υγιεινής διατροφής, της αξίας της σωματικής και ψυχικής ευεξίας. Οι ασθενείς με διαβήτη, που τηρούν βασικές αρχές αυτοπροστασίας, είναι βέβαιο πως μπορούν πιθανώς καλύτερα και από τους υπόλοιπους συνανθρώπους τους να απολαύσουν την πιο ανέμελη εποχή του χρόνου.

Οστεοπόρωση

Τι είναι;
Είναι η μείωση της μάζας των οστών του σκελετού. Με απλά λόγια, πρόκειται για έναν «κλέφτη» που αθόρυβα «κλέβει» μια ποσότητα οστού από τα κόκαλά μας.

Inako

Πώς θα μάθω αν έχω;
Υπάρχει ένας είναι πολύ απλός και ανώδυνος τρόπος. Αρκεί μια επίσκεψη στο ιατρείο οστεοπόρωσης που λειτουργεί στο νοσοκομείο μας και σε λιγότερο από μία ώρα θα έχετε την απάντηση και τις ανάλογες οδηγίες από τον ειδικό γιατρό.

Πότε πρέπει να εξεταστώ;
Σίγουρα θα πρέπει να γίνει έλεγχος για οστεοπόρωση όταν η γυναίκα μπει στην εμμηνόπαυση. Υπάρχουν και αρκετές όμως παθολογικές καταστάσεις κατά τις οποίες μπορεί να εμφανιστεί οστεοπόρωση. Ενδεικτικά θα αναφέρουμε τις παθήσεις του θυρεοειδούς, τις ρευματοπάθειες, τις περιπτώσεις ασθενών που λαμβάνουν κορτιζόνη για μεγάλα χρονικά διαστήματα κ.λπ.

Και αν τελικά έχω οστεοπόρωση, τι θα κάνω;
Να ξέρετε ότι μία στις τρεις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση έχει οστεοπόρωση ή οστεοπενία. Επίσης και ένα ποσοστό ανδρών πάσχει από οστεοπόρωση. Όμως μην ανησυχήσετε. Με απλές οδηγίες και κατάλληλη αγωγή θα την αντιμετωπίσετε και θα προλάβετε τα προβλήματα που θα δημιουργούσε αν την αφήνατε χωρίς θεραπεία.
Το ιατρείο οστεοπόρωσης της Ευρωκλινικής Αθηνών, με την κατάρτιση και εμπειρία των ειδικών ιατρών του και τα τελευταίας τεχνολογίας μηχανήματα που διαθέτει, σας εγγυάται υπεύθυνη και γρήγορη αντιμετώπιση σε όποιο πρόβλημα αντιμετωπίζετε γύρω από την οστεοπόρωση.

Τηλέφωνα για ραντεβού και επικοινωνία:
210-6416320, 210-6416721

Το τελευταίας τεχνολογίας μηχάνημα για τη μέτρηση της οστικής πυκνότητας μας δίνει απάντηση μετά από εξέταση που διαρκεί τρία μόνο λεπτά.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

Δήμητρα Σαλή,
Νευρολόγος, Επιμελήτρια Νευρολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Λίγα λόγια για την άνοια

Οι άνοιες αποτελούν ένα πολύ σημαντικό κεφάλαιο των νευροεκφυλιστικών νοσημάτων της τρίτης κυρίως ηλικίας. Υπολογίζεται ότι, το έτος 2025, 1,2 δισεκατομμύρια άνθρωποι άνω των 60 χρόνων θα νοσούν από κάποια μορφή άνοιας.

istockphoto

Ως άνοια ορίζεται ένα πολυπαραγοντικό σύνδρομο που προκαλεί την έκπτωση των ανώτερων νοητικών λειτουργιών. Αυτές περιλαμβάνουν τη μνήμη, το λόγο, τον προσανατολισμό, την ορθή κρίση και την αφηρημένη σκέψη. Η νοητική έκπτωση συνήθως συνοδεύεται από διαταραχή συμπεριφοράς και απώλεια λειτουργικότητας στο εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον. Σήμερα μπορούμε να αντιμετωπίσουμε τα συμπτώματα της άνοιας και να παρέμβουμε θετικά στην οικογένεια και στο φυσικό περιβάλλον του ασθενούς.

Προκειμένου να γίνει σωστή διάγνωση, θα πρέπει να αποκλεισθούν καταστάσεις που επηρεάζουν τις γνωστικές λειτουργίες, όπως ψυχιατρικά σύνδρομα, στέρηση βιταμινών, λήψη φαρμάκων, αλκοολισμός κ.ά. Ο προσδιορισμός του τύπου της άνοιας βασίζεται σε διεθνώς αποδεκτά και θεσπισμένα κριτήρια.

Ο συχνότερος τύπος άνοιας είναι η άνοια τύπου Alzheimer (ΑΤΑ), που αφορά το 60% των περιπτώσεων. Περιγράφηκε το 1907 από τον Γερμανό Alois Alzheimer και εξακολουθεί να βρίσκεται στο επίκεντρο της έρευνας των επιστημόνων. Η συχνότητα εμφάνισης της ΑΤΑ αυξάνει με την ηλικία, κυρίως μετά τα 65 έτη.

Η ΑΤΑ οφείλεται κυρίως στην παθολογική συσσώρευση μιας πρωτεΐνης που καλείται αμυλοειδές. Η πρωτεΐνη αυτή βρίσκεται και στους υγιείς εγκεφάλους. Για κάποιο λόγο, όμως, στην ΑΤΑ δρα τοξικά, καταστρέφοντας τα εγκεφαλικά κύτταρα και οδηγώντας τελικά σε ατροφία του εγκεφάλου. Έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες για την εμφάνιση της παθολογικής αυτής διαδικασίας: κληρονομικοί, διατροφικοί, μορφωτικοί, κοινωνικοοικονομικοί και δημογραφικοί. **Η κατάθλιψη, η έλλειψη φυσικής άσκησης και η κοινωνική απομόνωση ενοχοποιούνται επίσης για την εμφάνιση της νόσου.**

Κύριο και πρώιμο σύμπτωμα της νόσου είναι η διαταραχή της μνήμης. Υπάρχει δυσκολία στην αποθήκευση πρόσφατων πληροφοριών και γεγονότων, δυσκολία στην εύρεση λέξεων, ελαττωμένη ευφράδεια λόγου. Η καθημερινή δραστηριότητα του πάσχοντα προσβάλλεται: η απόδοση στην εργασία, η χρήση μέσων μεταφοράς, η οικονομική διαχείριση προοδευτικά εκπίπτουν. Στα βαρύτερα στάδια της νόσου ο ασθενής καθηλώνεται κινητικά και εξαρτάται αποκλειστικά από τους άλλους.

Εκτός από την άνοια τύπου Alzheimer υπάρχουν και άλλες κατηγορίες ανοϊκών συνδρόμων, όπως η αγγειακή άνοια, οι μετωπιαίες άνοιες και η άνοια με παρκινσονισμό. Τα σύνδρομα αυτά είναι σπανιότερα από την ΑΤΑ. Σε όλες αυτές τις κατηγορίες υπάρχει διαταραχή στις νοητικές λειτουργίες και στην καθημερινή δραστηριότητα. Καθεμία, όμως, από αυτές έχει και ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, στις μετωπιαίες άνοιες εμφανίζεται κυρίως αλλαγή στην προσωπικότητα του ασθενούς. **Η σωστή διάγνωση και διάκριση μεταξύ των συνδρόμων βασίζονται στην αξιολόγηση από έμπειρο εξεταστή και τη σωστή εφαρμογή των κριτηρίων.**

Για τη διάγνωση της άνοιας είναι απαραίτητη η λήψη καλού ιστορικού από τον ασθενή και τους συγγενείς του, το οποίο πρέπει να εστιάζει στην έναρξη, την πορεία και στα χαρακτηριστικά των νοητικών λειτουργιών. Ο ρόλος του νευρολόγου στη διάγνωση της άνοιας είναι καθοριστικός και η νευρολογική εξέταση κρίνεται απαραίτητη. Προκειμένου να διευκρινιστούν ο βαθμός και το είδος της διαταραχής, ο ασθενής πρέπει να υποβάλλεται σε ειδικές νευροψυχολογικές δοκιμασίες (τεστ). Τα τεστ αυτά έχουν τη μορφή ερωτηματολογίου. Ελέγχουν διάφορες εγκεφαλικές λειτουργίες και φανερώνουν ακόμη και πολύ ήπιες βλάβες. Έτσι, μπορούμε να διακρίνουμε τους ασθενείς που πάσχουν από άνοια από αυτούς που παρουσιάζουν άλλου είδους διαταραχή. Επίσης, μπορεί να καθορισθεί η βαρύτητα της βλάβης και να παρακολουθείται η εξέλιξή της.

Η εφαρμογή ασκήσεων νοητικής ενδυνάμωσης και η λήψη ειδικών σκευασμάτων διευκολύνουν τη ζωή των ασθενών και των φροντιστών τους.

Στη διάγνωση της άνοιας συμβάλλουν και άλλες εξετάσεις. Κυρίως χρησιμοποιούνται απεικονιστικές τεχνικές, όπως είναι η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Βοηθητικές είναι επίσης οι εξετάσεις αίματος και το εγκεφαλογράφημα κατά περίπτωση.

Στην Ευρωκλινική Αθηνών λειτουργεί τμήμα που ερευνά τις διαταραχές μνήμης. Οι ασθενείς εξετάζονται και αξιολογούνται από έμπειρο νευρολόγο. Εφαρμόζονται τεστ μνήμης και γίνεται περαιτέρω έλεγχος αν κριθεί απαραίτητο. Οι ασθενείς καταγράφονται, έτσι ώστε να υπάρχει δυνατότητα παρακολούθησής τους στο χρόνο.

Για την αντιμετώπιση της άνοιας υπάρχουν πλέον ειδικά σκευάσματα, τα οποία περιορίζουν τα συμπτώματα και καθυστερούν την επιδείνωσή της. Δυστυχώς, δεν υπάρχει κάποια αγωγή που να σταματά πλήρως την εξέλιξη της νόσου. Βασικό μέλημα αρχικά είναι η ενημέρωση του ασθενούς και του περιβάλλοντός του. Η εφαρμογή ασκήσεων νοητικής ενδυνάμωσης και κινητοποίησης και η τροποποίηση της καθημερινότητας διευκολύνουν τη ζωή του ασθενούς αλλά και των φροντιστών. Στα μεσαία προς βαρύτερα στάδια, η απλούστευση των καθημερινών δραστηριοτήτων και η εξασφάλιση της αξιοπρέπειας και της σωματικής άνεσης του ασθενούς είναι επιβεβλημένες.

Κωνσταντίνος Ξένος,
Κλινικός Διαιτολόγος, M.Sc., Αντιπρόεδρος Ελληνικού Ινστιτούτου Διατροφής,
Διευθυντής Τμήματος Διατροφογενετικής & Έρευνας Θρέψης, Ευρωκλινική Αθηνών

Αδυνάτισμα: Μύθοι & Αλήθειες

Η σωστή προσέγγιση

Από τα πολύ παλιά χρόνια καθετί το παράδοξο και το ανεξήγητο προκαλούσε την περιέργεια και το ενδιαφέρον του απλού κόσμου. Αυτήν την ιδιομορφία της ανθρώπινης φύσης συνεχίζει και στις ημέρες μας να εκμεταλλεύεται μερίδα επιτήδειων, που παρουσιάζει παράδοξους τρόπους αδυνατίσματος προκειμένου να κεντρίσει το ενδιαφέρον του ανυποψίαστου ατόμου, επιδιώκοντας συνάμα να ανατρέψει τα καθιερωμένα επιστημονικά μονοπάτια αντιμετώπισης του πολυπαραγοντικού προβλήματος της παχυσαρκίας.

Το να βγει και να πει κάποιος δημοσίως πως ο λογικότερος και επιστημονικότερος τρόπος για να χάσει κανείς βάρος είναι να τροποποιήσει με ήπιο και σταδιακό τρόπο τη διατροφή του προς τις αρχές της ισορροπημένης μεσογειακής διατροφής και να πλαισιώσει αυτήν την προσπάθεια με αύξηση της σωματικής του δραστηριότητας, σίγουρα δεν «ερεθίζει» την κοινή γνώμη, ούτε προκαλεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον.
Αν, όμως, κάποιος ισχυριστεί πως πίνοντας ειδικό ξίδι από το Καμερούν, καταναλώνοντας αμπούλες αγκινάρας ή τρώγοντας ανανά πρωί βράδυ μπορεί να αδυνατίσει, σίγουρα στρέφει τα μάτια του κόσμου πάνω του.
Το άτομο που αντιμετωπίζει πρόβλημα με το βάρος του συχνά αποτελεί εύκολο θύμα και στόχο κάθε καινούριας, παράδοξης «ανακάλυψης» που αφορά στο αδυνάτισμα. Πόσο επιστημονική βάση έχουν όμως τέτοιοι ισχυρισμοί και πόσο ακίνδυνοι είναι για την υγεία ενός παχύσαρκου ατόμου, που είναι έτοιμο να εφαρμόσει οποιαδήποτε μέθοδο θα λύσει το πρόβλημά του;
Μέχρι σήμερα, παρ' όλη την αλματώδη ανάπτυξη της επιστήμης και της τεχνολογίας, μεμονωμένη λύση στο πρόβλημα της παχυσαρκίας δεν έχει δοθεί και ούτε πρόκειται να δοθεί. Φάρμακα πολλά υποσχόμενα, με σαφή δράση στην αναστολή λιπασών (ενζύμων που επεμβαίνουν στην πέψη και στην αφομοίωση του λίπους της τροφής) απέτυχαν στο να δώσουν σαφή λύση στο αδυνάτισμα και σήμερα χρησιμοποιούνται επικουρικά της διαιτητικής αγωγής και σε καμία περίπτωση αποκλειστικά. Ανορεξιογόνα χάπια, που έκαναν πιο εύκολη την εισαγωγή του παχύσαρκου ατόμου σε δίαιτα αδυνατίσματος, απομακρύνθηκαν από την αγορά ως επικίνδυνα για την καρδιαγγειακή υγεία και σήμερα αυτά που κυκλοφορούν πρέπει να δίνονται μόνο μετά από διεξοδικό έλεγχο που θα κάνει ο αρμόδιος ιατρός.
Και, βέβαια, στο περιθώριο όλων αυτών των επιστημονικών προσπαθειών βρισκόταν πάντα και θα βρίσκεται (δυστυχώς) όλη η παραφιλολογία για σκευάσματα που αυξάνουν το μεταβολισμό, που μειώνουν την όρεξη ή που με μαγικό τρόπο βοηθούν στο αδυνάτισμα.
Βέβαια, η προσπάθεια αδυνατίσματος μόνο με την κατανάλωση χαπιών ανανά, «ενεργού» κρεμμυδιού ή την πόση μηλόξιδου, χωρίς ουσιαστική και επιστημονική παρέμβαση στον καθημερινό τρόπο σκέψης του ατόμου, δεν γνωρίζω κατά πόσο μπορεί να οφείλεται σε αφέλεια ή σε άγνοια βασικών αρχών, για την οποία σίγουρα πολλοί επιστημονικοί κρατικοί φορείς έχουν ευθύνη, μια και αδυνατούν να ενημερώσουν σωστά και αξιόπιστα τον κόσμο.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η πρόληψη της παχυσαρκίας, όχι η αντιμετώπισή της. Όταν κάποιος γίνει παχύσαρκος, χρειάζεται να καταβάλει πολύ μεγαλύτερη προσπάθεια αδυνατίσματος από εκείνον που απλώς προσπαθεί να διατηρήσει ένα ιδανικό βάρος.

istockphoto

Ο ρόλος του επιστήμονα διαιτολόγου

Ο επιστήμονας διαιτολόγος, λοιπόν, καλείται πρώτα να ξεκαθαρίσει και να επαναπροσδιορίσει αρχές και θεωρίες και μετά να προτείνει λύσεις και μεθόδους. Να ξεκαθαρίσει, για παράδειγμα, πως η παχυσαρκία αφορά στην υπερβολική συσσώρευση λιπώδους ιστού και όχι μόνο στο βάρος και, άρα, για να προσδιορισθεί ο βαθμός παχυσαρκίας, κανονικά πρέπει να μετρηθεί το ποσό του λίπους και όχι απλώς να ανέβει κάποιος στη ζυγαριά.

Ο επιστήμονας διαιτολόγος πρέπει επίσης να ξεκαθαρίσει πως η πλειονότητα των περιπτώσεων παχυσαρκίας δεν οφείλεται σε ενδοκρινικά ή άλλα νοσήματα, αλλά σε αυξημένη πρόσληψη θερμίδων σε σχέση με τις ανάγκες του οργανισμού. Και, βέβαια, να δώσει ιδιαίτερη βαρύτητα στο πώς θα προλάβει κανείς την παχυσαρκία και όχι στο πώς θα την αντιμετωπίσει, μια και, όπως δεκάδες επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες υποδεικνύουν, όταν κάποιος γίνει παχύσαρκος, πρέπει να καταβάλει σημαντικά περισσότερες προσπάθειες για να αδυνατίσει από εκείνον που απλώς προσπαθεί να διατηρήσει ένα ιδανικό βάρος. Βλέπετε, το σώμα του παχύσαρκου αντιδρά δύστροπα και έντονα σε κάθε προσπάθεια αλλαγής, ενώ έρευνες δείχνουν πως ο μεταβολικός μηχανισμός ενός παχύσαρκου ατόμου λειτουργεί προσπαθώντας συνέχεια να εξοικονομήσει ενέργεια, εντείνοντας έτσι τη δυσκολία για αδυνάτισμα.

Για παράδειγμα, τα ερυθρά αιμοσφαίρια των παχύσαρκων παρουσιάζουν ελάττωση του ρυθμού της λειτουργίας της αντλίας νατρίου, με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση ενέργειας. Ακόμη, η αύξηση του μεταβολισμού που ακολουθεί τη λήψη της τροφής (το θερμικό αποτέλεσμα της τροφής) είναι μικρότερη στα παχύσαρκα άτομα απ' ό,τι στα ισχνά. Και, βέβαια, ας μην ξεχνάμε πως ο αυξημένος αριθμός των λιποκυττάρων (κάτι που συντελείται όταν κάποιος παχαίνει κατά την παιδική του ηλικία και χαρακτηρίζεται ως υπερπλαστική παχυσαρκία) συνεπάγεται εντονότερο ερεθισμό των κέντρων του υποθαλάμου, με αποτέλεσμα την αυξημένη λήψη τροφής και συνεπώς τη διατήρηση της παχυσαρκίας. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι σημαντικό μέρος της έρευνας πρέπει να επικεντρωθεί στο πώς θα αποφύγουμε την παχυσαρκία και όχι απλώς στο πώς θα την αντιμετωπίσουμε…

istockphoto

istockphoto

Η διατροφική διαπαιδαγώγηση συνιστά την πραγματική λύση

Εδώ έρχεται να παίξει σημαντικό ρόλο η συμβολή των γονιών στη διατροφική διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους. Ένα από τα σημαντικότερα μαθήματα στο γυμνάσιο και το λύκειο, αυτό της διατροφής, δυστυχώς είτε δεν διδάσκεται είτε υπολείπεται σε βαρύτητα και ευρύτητα έναντι άλλων, λιγότερο ουσιωδών.

Η σωστή διατροφή πρέπει να γίνει βίωμα στο μικρό παιδί προκειμένου να έχει διάρκεια (όπως, άλλωστε, και η γυμναστική). Το να προσπαθήσει ένας 40άρης, ο οποίος διατηρεί για χρόνια λανθασμένες διατροφικές συνήθειες, να μάθει να αφιερώνει χρόνο και ουσία στο πρωινό του γεύμα είναι σίγουρα δύσκολο (και σε μερικές περιπτώσεις ανέφικτο). Όταν, όμως, κάποιος μάθει από μικρή ηλικία να «λειτουργεί» με ένα πλήρες πρωινό, είναι αντιστοίχως δύσκολο να αποχωριστεί αυτήν την καλή συνήθεια στην πορεία της ζωής του.

Ας δώσουμε, λοιπόν, έμφαση στη διατροφική διαπαιδαγώγηση των παιδιών, τόσο οι επιστήμονες διαιτολόγοι όσο και η Πολιτεία, μέσω εγκεκριμένων φορέων, και ας σταματήσουμε να ψάχνουμε για μαγικές λύσεις όταν το πρόβλημα έχει εδραιωθεί – «λύσεις» που συχνά διαιωνίζουν το πρόβλημα της παχυσαρκίας, συνεισφέροντας μόνο στο πορτοφόλι μερικών επιτήδειων.

www.kxenos.gr

www.fujifilm.gr

FUJIFILM

Εύκολα! Γρήγορα! Τέλεια!

FINEPIX AV100

- CCD Sensor 1/2,3 inch.
- με **12,2 ενεργά Mpixels.**
- Φακός Fujinon με **3x Οπτικό Zoom.**
- Full Photo & Video High Definition.
- Macro mode.
- Panorama mode.
- 2,7" LCD οθόνη.
- Εγγύηση αντιπροσωπείας: 2 έτη.

ΔΕΤ ΠΑΚΕΤΟΥ:
2 Μπαταρίες AA, Λουράκι, Καλώδιο USB
& Πλήρης Λογισμικό για εμπλούτισμο και επεξεργασία εικόνων

FINEPIX AV150

- CCD Sensor 1/2.3 inch.
- με **14 ενεργά Mpixels.**
- Φακός Fujinon με **3x Οπτικό Zoom.**
- Full Photo & Video High Definition.
- Macro mode.
- Panorama mode.
- 2,7" LCD οθόνη.
- Εγγύηση αντιπροσωπείας: 2 έτη.

ΔΕΤ ΠΑΚΕΤΟΥ:
2 Μπαταρίες AA, Λουράκι, Καλώδιο USB
& Πλήρης Λογισμικό για εμπλούτισμο και επεξεργασία εικόνων

FINEPIX AX250

- CCD Sensor 1/2,3 inch.
- με **14 ενεργά Mpixels.**
- Φακός Fujinon με **5x Οπτικό Zoom.**
- Full Photo & Video High Definition.
- Macro mode.
- Panorama mode.
- 2,7" LCD οθόνη.
- Εγγύηση αντιπροσωπείας: 2 έτη.

ΔΕΤ ΠΑΚΕΤΟΥ:
2 Μπαταρίες AA, Λουράκι, Καλώδιο USB
& Πλήρης Λογισμικό για εμπλούτισμο και επεξεργασία εικόνων

Αποκτήστε γνωστές FUJIFILM.
Τώρα και με εύκολο τρόπο!

UHD PHOTO MOVIE · SD · DPOF · Exif Print · PictBridge

FUJIFILM HELLAS A.E.: [illegible] ΑΘΗΝΑ - [illegible] ΤΗΛ. [illegible] ● FAX: [illegible]

Μιχαήλ Χριστοδουλίδης,
Διευθυντής Οφθαλμολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Αθηνών

Monovision

Monovision ονομάζουμε τη λειτουργία κατά την οποία χρησιμοποιούμε το ένα μάτι για να βλέπουμε μακριά και το άλλο μάτι για να βλέπουμε κοντά. Εφαρμόζεται για περισσότερα από είκοσι χρόνια στους φακούς επαφής και στη διαθλαστική χειρουργική. Αφού διορθωθεί το ένα μάτι για να βλέπει μακριά και το άλλο για να βλέπει κοντά, ο εγκέφαλός μας τείνει να απωθεί την εικόνα του ματιού που δεν εστιάζει. Με τη διαθλαστική χειρουργική διορθώνουμε το κυρίαρχο μάτι, ώστε να βλέπει μακριά και, αντίστοιχα, το μη κυρίαρχο μάτι, ώστε να βλέπει κοντά.

Στην ηλικία των 40+ αρχίζει η εξέλιξη της πρεσβυωπίας, η οποία αυξάνει μέχρι τα 60. Αν, λοιπόν, κάποιος είναι 30 ετών και υποβληθεί σε επέμβαση laser για τη διόρθωση της μυωπίας του, θα βλέπει καλά και μακριά και κοντά. Αν είναι πάνω από 40, λόγω της πρεσβυωπίας θα χρειαστεί γυαλιά για να μπορεί να εστιάζει σε κοντινά αντικείμενα. Εν προκειμένω, τίθεται το ερώτημα αν θέλει κάποιος να υποβληθεί σε επέμβαση Monovision (σε διόρθωση, δηλαδή, μόνο του κυρίαρχου ματιού για μακριά).

Σε κάθε περίπτωση, το Monovision δεν προτείνεται σε ηλικίες κάτω από 35 ετών για δύο λόγους:

1. Θα περάσουν αρκετά χρόνια για να επωφεληθεί κάποιος από αυτό.
2. Είναι πολύ πιθανό τα επόμενα χρόνια της ζωής του να βρεθούν καλύτεροι τρόποι διόρθωσης της πρεσβυωπίας.

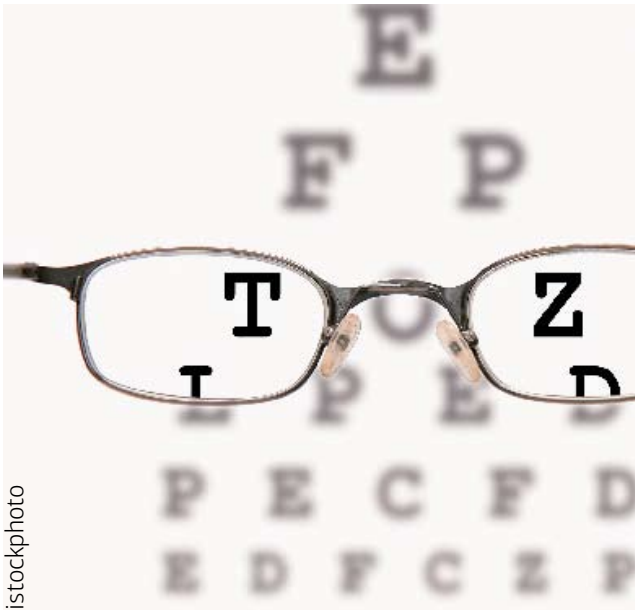
Επίσης, δεν είναι καλή λύση για άτομα που χρησιμοποιούν στο έπακρο τη μακρινή τους όραση, όπως, π.χ., πιλότοι, οδηγοί αγώνων αυτοκινήτου, παίκτες του τένις κ.λπ.

Οι περισσότεροι άνθρωποι στην ηλικία των 40-45 ετών, που δοκιμάζουν το Monovision, το συνηθίζουν σε διάστημα λίγων μηνών και το βρίσκουν πολύ χρήσιμο· μπορούν να δουν μακριά και κοντά σε οποιαδήποτε ηλικία, χωρίς διορθωτικούς φακούς. Εντούτοις, υπάρχει πιθανότητα να χρειαστούν βοηθητικά γυαλιά για την επίτευξη του τέλειου αποτελέσματος. Πάντως, οι περισσότεροι ασθενείς μένουν ευχαριστημένοι με τον τρόπο που βλέπουν μετά τη διόρθωση.

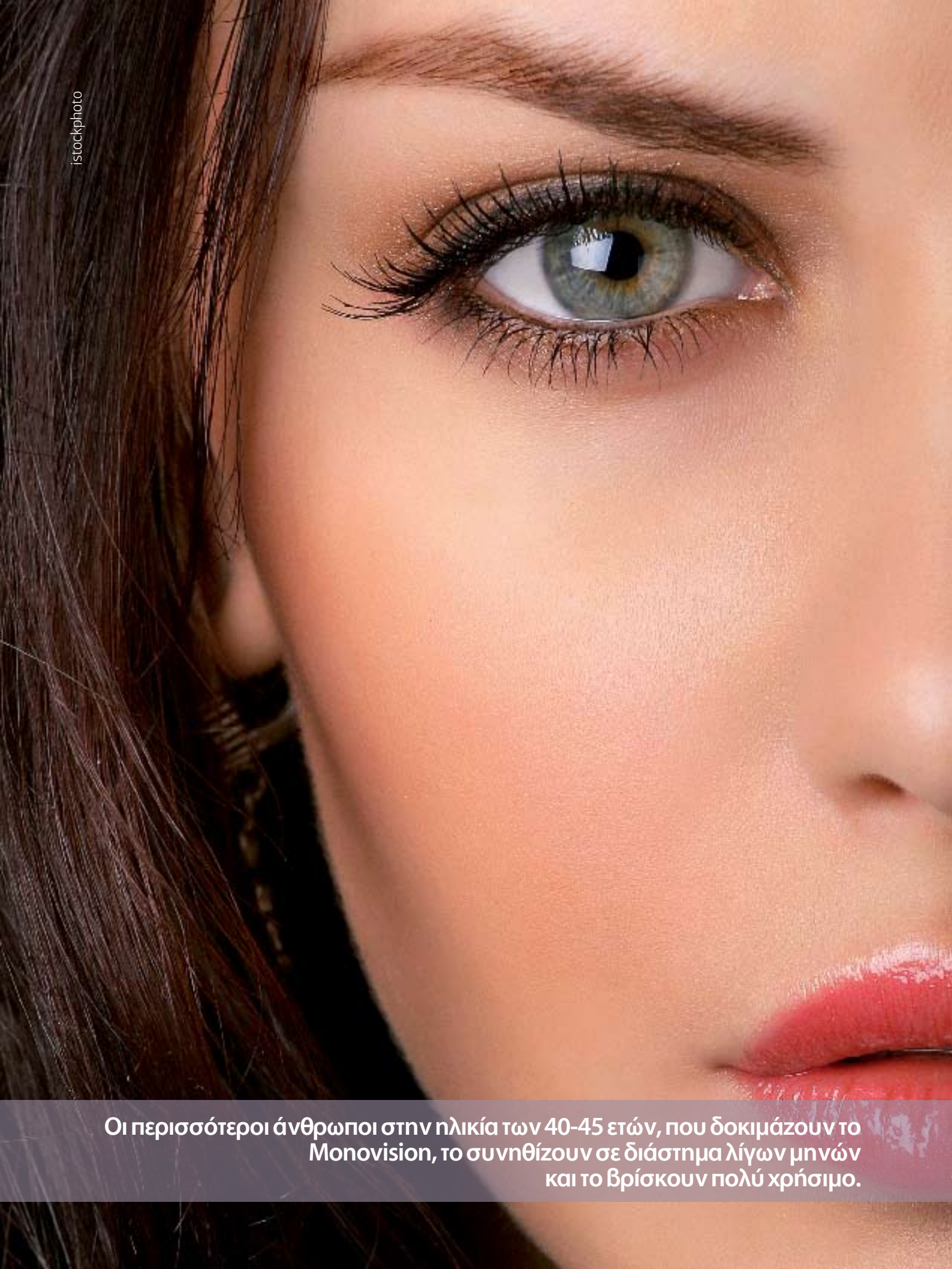
Αν εφαρμοστεί το Monovision και ο ασθενής δεν μπορεί να το συνηθίσει, τότε προβαίνουμε σε επέμβαση laser και στον άλλο οφθαλμό, διορθώνοντάς τον για να βλέπει μακριά. Τα άτομα άνω των 40 ετών, σε μια τέτοια περίπτωση, θα χρειαστούν γυαλιά για διάβασμα.

Μπορούμε να δείξουμε στον ασθενή πώς περίπου θα βλέπει έπειτα από μια επέμβαση Monovision, δίνοντάς του να φορέσει ένα φακό επαφής για να βλέπει καθαρά μακριά, αφήνοντας το ένα μάτι χωρίς διόρθωση για 7-10 μέρες. Αν δεν υπάρχει δυσφορία, προχωρούμε σε επέμβαση Monovision.

Η απόφαση ανήκει στον ασθενή!



istockphoto



istockphoto

Οι περισσότεροι άνθρωποι στην ηλικία των 40-45 ετών, που δοκιμάζουν το Monovision, το συνηθίζουν σε διάστημα λίγων μηνών και το βρίσκουν πολύ χρήσιμο.

Ευρωκλινική Παίδων

Δρ Θεοδώτα Λιακοπούλου-Τσιτσιπή,
Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων

Σιδηροπενική αναιμία & Πρόληψη αντιμετώπιση

Ο σίδηρος είναι ένα σημαντικό στοιχείο στο μεταβολισμό του ανθρώπινου οργανισμού. Εκτός από τον κύριο ρόλο που παίζει στη μεταφορά και την αποθήκευση του οξυγόνου, συμμετέχει επίσης σ' έναν μεγάλο αριθμό σημαντικών βιοχημικών διαδικασιών και στη σύνθεση του DNA.

Οι Αρχαίοι Έλληνες, οι Αιγύπτιοι και οι Ρωμαίοι αναγνώριζαν τις θεραπευτικές ιδιότητες του σιδήρου. Μάλιστα, ο Γαληνός τον 2ο μ.Χ. αιώνα τον χαρακτήριζε «τονωτικό δώρο του θεού Άρη», ενώ μόλις τον 17ο αιώνα ο Άγγλος Sydenham περιέγραψε τα θεραπευτικά αποτελέσματα του σιδήρου στην αντιμετώπιση της χλώρωσης.

Το οξυγόνο φθάνει από τους πνεύμονες στους διαφόρους ιστούς μέσω της αιμοσφαιρίνης, για τη σύνθεση της οποίας απαιτείται σίδηρος. Όταν τα αποθέματα του σιδήρου εξαντληθούν, μειώνεται η παραγωγή της αιμοσφαιρίνης και εμφανίζεται σιδηροπενική αναιμία, προκαλώντας έλλειψη οξυγόνου στους ιστούς. Έτσι, επηρεάζεται ο μεταβολισμός υδατανθράκων και λιπών, άρα και η παραγωγή ενέργειας, η κατάσταση των μυών, η εγκεφαλική και νοητική λειτουργία. **Πρόσφατες μελέτες συσχετίζουν την έλλειψη σιδήρου με διαταραχές ύπνου, καθώς και με τη νοητική και την ψυχοσωματική εξέλιξη των παιδιών.** Φαίνεται ότι σε βρέφη και παιδιά μέχρι την ηλικία των 5 ετών η σιδηροπενική αναιμία και πιθανόν και η σιδηροπενία μπορεί να οδηγήσουν σε νευροαναπτυξιακές διαταραχές και διανοητική καθυστέρηση που μπορεί να είναι και μη αναστρέψιμες.

Η ακεραιότητα του επιθηλίου που καλύπτει τους διαφόρους βλεννογόνους και η λειτουργία του αμυντικού συστήματος διασφαλίζονται από την επάρκεια του σιδήρου. Έτσι, η έλλειψη σιδήρου προκαλεί βλάβες στους βλεννογόνους (π.χ., χειλίτιδα - γλωσσίτιδα) και συχνές λοιμώξεις στα παιδιά.

Ο οργανισμός μας, προκειμένου να διασφαλίσει τα απαραίτητα επίπεδα σιδήρου αλλά και να αποφύγει την τοξική δράση του, έχει αναπτύξει έναν πολύπλοκο μηχανισμό. Μελέτες τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες έδειξαν ότι ο εντερικός βλεννογόνος παίζει ρυθμιστικό ρόλο στην απορρόφηση του σιδήρου. Όταν τα αποθέματα του σιδήρου είναι άφθονα, η απορρόφηση ελαττώνεται. Από την άλλη πλευρά, όταν τα αποθέματα είναι περιορισμένα, αυξάνεται. Τους πρώτους μήνες της ζωής, που τα βρέφη έχουν άφθονα αποθέματα σιδήρου, το ποσοστό που απορροφάται από το έντερο είναι μικρό, ενώ ένα μεγαλύτερο ποσοστό απορροφάται κατά τους επόμενους μήνες που τα αποθέματα έχουν ελαττωθεί. Γι' αυτό, κατά τη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας, ο συμπληρωματικός σίδηρος χρησιμοποιείται καλύτερα όταν χορηγείται για αποδεδειγμένη έλλειψή του παρά για

Σε ομάδες παιδιών με ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης σιδηροπενίας, χορηγείται προληπτικά ποσότητα σιδήρου σε καθημερινή βάση.

την πρόληψη της σιδηροπενίας. Η απέκκριση του σιδήρου γίνεται κυρίως από την πεπτική οδό με την απολέπιση των κυττάρων του εντερικού βλεννογόνου, ενώ μικρή ποσότητα αποβάλλεται επίσης από τον ιδρώτα και το ουροποιητικό σύστημα.

Ο σίδηρος αποθηκεύεται στον οργανισμό με μορφή μη τοξική και χρήσιμη σε περιόδους έλλειψης. Όταν η πρόσληψη σιδήρου δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του, αρχικά αδειάζουν οι αποθήκες του (σιδηροπενία) και σε δεύτερη φάση προκύπτει αναιμία (σιδηροπενική αναιμία). **Η έλλειψη σιδήρου αποτελεί τη συχνότερη αιτία αναιμίας στα παιδιά.**

Πόσο συχνή είναι η έλλειψη σιδήρου;

Η σιδηροπενία και η σιδηροπενική αναιμία εμφανίζονται συχνότερα στις περιόδους που έχουμε γρήγορη σωματική ανάπτυξη, όπως είναι τα πρώτα δύο χρόνια της ζωής αλλά και η εφηβεία.

Από μελέτες που έχουν γίνει και στη χώρα μας, φαίνεται ότι η συχνότητα της σιδηροπενικής αναιμίας στις ηλικίες που προαναφέρθηκαν κυμαίνεται στο 2-3% και της σιδηροπενίας στο 15-30% περίπου ή περισσότερο (ανάλογα με την ηλικία και την περιοχή). Ο βασικός βιολογικός δείκτης που χρησιμοποιείται στη διάγνωση της σιδηροπενίας είναι η φερριτίνη ορού. Είναι ένας αξιόπιστος δείκτης των αποθηκών σιδήρου.

Ο σίδηρος ορού, αν και συχνά χρησιμοποιούμενος, δεν είναι αξιόπιστος δείκτης, διότι επηρεάζεται από πολλαπλούς παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, η λήψη τροφής και άλλοι.

Αίτια σιδηροπενίας στην παιδική ηλικία

- Αυξημένος ρυθμός ανάπτυξης (βρεφική ηλικία, προεφηβεία)
- Αυξημένες ανάγκες (πρόωρα, έμμηνος ρύση)
- Διαιτητικοί παράγοντες (πρόωρη έναρξη αγελαδινού γάλακτος, μη εμπλουτισμένες τροφές, έλλειψη βιταμίνης C, σιδηροδεσμευτικές ουσίες, τσάι).
- Καταστάσεις δυσαπορρόφησης
- Αιμορραγία από το πεπτικό
- Αιμορραγία από το ουροποιητικό
- Αιμορραγία κατά τη γέννηση
- Ιδιοπαθής πνευμονική αιμοσιδήρωση
- Έντονη άσκηση

istockphoto

Η σιδηροπενία και η σιδηροπενική αναιμία είναι συχνότερες στις περιόδους που έχουμε γρήγορη σωματική ανάπτυξη.

Ποια παιδιά παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σιδηροπενίας;

- Βρέφη που γεννήθηκαν πρόωρα, με χαμηλό βάρος γέννησης ή έπειτα από πολύδυμη κύηση.
- Βρέφη που θηλάζουν αποκλειστικά χωρίς να παίρνουν άλλες τροφές πλούσιες σε σίδηρο και μετά τον 6ο μήνα.
- Βρέφη που ξεκινούν φρέσκο, μη εμπλουτισμένο γάλα, πριν από το 1ο έτος.
- Νήπια που πίνουν καθημερινά πάνω από 700 ml γάλα.
- Παιδιά με ειδικά νοσήματα ή σε ειδική χρόνια φαρμακευτική αγωγή.
- Παιδιά οικογενειών χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και μεταναστών.

Εργαστηριακός έλεγχος

Προληπτικός έλεγχος απαιτείται σε όλα τα παιδιά 1-2 χρόνων και στα παιδιά υψηλού κινδύνου σε τακτικά διαστήματα (τουλάχιστον μέχρι το 5ο έτος). Μαζικός έλεγχος συνιστάται ανά έτος σε εφήβους με κακές διαιτητικές συνήθειες, στα κορίτσια μετά την έναρξη της εμμήνου ρύσης και σε εφήβους που αθλούνται συστηματικά. Ο έλεγχος περιλαμβάνει γενική αίματος και φερριτίνη ορού μακριά από εμπύρετο νόσημα (ένα μήνα μετά).

Πρόληψη – θεραπεία

Η αντιμετώπιση του προβλήματος της σιδηροπενίας πρέπει να επικεντρωθεί στην πρωτογενή πρόληψη, η οποία επιτυγχάνεται με την αποκλειστική χρήση μητρικού γάλακτος ή εμπλουτισμένων βρεφικών γαλάκτων, την εξασφάλιση διαιτολογίου πλούσιου σε τροφές με σίδηρο και βέβαια την ανάπτυξη σωστών διαιτητικών συνηθειών στα παιδιά και τους εφήβους, όπως κόκκινο κρέας, φυτικές τροφές πλούσιες σε σίδηρο (φακές, σπανάκι), σε συνδυασμό με βιταμίνη C (φυσικός χυμός πορτοκαλιού). Αποφυγή ακραίων διαιτητικών συνηθειών (χορτοφαγία, ακραίες δίαιτες αδυνατίσματος).

Σε ομάδες παιδιών με ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης σιδηροπενίας, χορηγείται προληπτικά ποσότητα σιδήρου σε καθημερινή βάση. Σε περίπτωση αναιμίας, χορηγείται σίδηρος σε δοσολογία που εξαρτάται από τη βαρύτητα και την ανεκτικότητα του φαρμάκου, τουλάχιστον για δύο μήνες και πάντα με συνταγή παιδιάτρου. Συμπερασματικά, η σιδηροπενία παραμένει μια συχνή στερητική κατάσταση και είναι ιδιαίτερα εμφανής στη βρεφική και την εφηβική ηλικία, λόγω των σημαντικών απαιτήσεων που δημιουργεί η ταχεία ανάπτυξη του οργανισμού. Η πρόληψη με κατάλληλες διαιτητικές παρεμβάσεις ή και η χορήγηση σιδηρούχων σκευασμάτων είναι απαραίτητα στοιχεία της σωστής ιατρικής παρακολούθησης.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

ΙΑΤΡΕΙΟ ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ολιστική προσέγγιση της αλλεργίας που εκδηλώνεται σε βρέφη, παιδιά και εφήβους

Στο Ιατρείο Αλλεργιολογικής Συμβουλευτικής της Ευρωκλινικής Παίδων πραγματοποιείται διαγνωστική προσέγγιση του αλλεργικού παιδιού και εφήβου με εξετάσεις όπως:

- Αιματολογικές εξετάσεις (RAST) σε αλλεργιογόνα
- Ανοσολογικός έλεγχος
- Δερματικές δοκιμασίες νυγμού (SPTs)
- Allergy patch tests σε τροφικά, εισπνεόμενα, φάρμακα
- Σπιρομετρία
- Έλεγχος των ρινικών κοιλοτήτων σε συνεργασία με το Ω.Ρ.Λ. τμήμα

Επίσης διενεργείται

- Εκπαίδευση της οικογένειας και του αλλεργικού παιδιού για την αντιμετώπιση άσθματος και τροφικών αλλεργιών
- Φαρμακευτική αγωγή για την πρόληψη και αντιμετώπιση των αλλεργιών
- Συμβουλευτική επίβλεψη από ψυχολόγο και διατροφολόγο

Στο Ιατρείο αντιμετωπίζονται:

- Ατοπική δερματίτιδα και δερματίτιδα εξ επαφής
- Αλλεργικό άσθμα
- Αλλεργική ρινίτιδα - Επιπεφυκίτιδα
- Φαρμακευτικές αλλεργίες
- Τροφικές αλλεργίες
- Οξεία και χρόνια κνίδωση
- Αλλεργίες από τσιμπήματα εντόμων
- Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος

Μεγάλη σημασία δίνεται στην πρόληψη των αλλεργιών, με την συμβουλευτική σε εγκύους για την αποφυγή εκδήλωσης αλλεργίας στο γιοφορούμενο έμβρυο.

Για περισσότερες πληροφορίες για το Ιατρείο Αλλεργιολογικής Συμβουλευτικής, απευθυνθείτε στα τηλέφωνα **210 86 91 956** (9:00-15:00) & **210 86 91 911** & **957** (15:00-21:00)

www.euroclinic.gr • e-mail: mkt@euroclinic.gr

Γιώτα Καφρίτσα,
Διευθύντρια Γαστρεντερολογικού
Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων

Λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (H.pylori)

apeiron

Υπολογίζεται ότι το 50% του πληθυσμού παγκοσμίως έχει προσβληθεί από H.pylori, το οποίο θεωρείται παράγοντας κινδύνου για διάφορα νοσήματα του πεπτικού, όπως γαστρίτιδα, γαστρικό και δωδεκαδακτυλικό έλκος, MALT λέμφωμα και γαστρικό καρκίνο.

Είναι γεγονός ότι η λοίμωξη εμφανίζεται νωρίς, στην παιδική ηλικία, και παραμένει κατά τον ενήλικο βίο. Αν και η παιδική ηλικία είναι κρίσιμη περίοδος για τη φυσική πορεία της λοίμωξης, η βασική οδός μετάδοσης παραμένει ακόμη υπό συζήτηση. Πιστεύεται ότι ο άνθρωπος είναι ο κυριότερος αποθηκευτικός χώρος του H.pylori, το οποίο μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο με την κοπρανοστοματική, γαστροστοματική και στοματοστοματική οδό.

Σε αναπτυσσόμενες χώρες, περίπου 70% των παιδιών μέχρι την ηλικία των 15 ετών έχουν μολυνθεί από το H.pylori, ενώ στοιχεία από μελέτες σε ανεπτυγμένες χώρες, όπως Αμερική και Ιαπωνία, δείχνουν ότι το ποσοστό κυμαίνεται στο 10% στην ηλικία των 10 ετών. Από πρόσφατες μελέτες σε παιδιά και ενήλικες φαίνεται ότι υπάρχει τάση μείωσης της συχνότητας του H.pylori, το οποίο όμως είναι λιγότερο εμφανές στην παιδική ηλικία.

Υπάρχουν παράγοντες κινδύνου που καθορίζουν αν ένα παιδί θα μολυνθεί από H.pylori. Ο μητρικός θηλασμός φαίνεται ότι προφυλάσσει, ενώ παράμετροι όπως η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η πυκνοκατοίκηση και ο μεγάλος αριθμών παιδιών στην οικογένεια αποτελούν παράγοντες κινδύνου.

Πρόσφατες μελέτες, χρησιμοποιώντας τη μοριακή τυποποίηση των στελεχών του H.pylori, δείχνουν ενδοοικογενειακή μετάδοση της λοίμωξης κυρίως από τη μητέρα στο παιδί ή από παιδί σε παιδί. Έχει βρεθεί ότι η λοίμωξη μεταδίδεται από παιδί σε παιδί ιδίως από μελέτες σε κλειστούς πυκνοκατοικημένους χώρους ή ιδρύματα. Παράλληλα, έχει σημειωθεί λοίμωξη από μολυσμένο νερό.

Σε αντίθεση με τους ενήλικες, όπου η μετάδοση από ενήλικα σε ενήλικα είναι σπάνια –ο ρυθμός ορομετατροπής είναι περίπου 0,3% ανά άτομο–, στα παιδιά φαίνεται να είναι διαφορετικά τα πράγματα, αφού υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες, όταν ένας γονιός έχει τη λοίμωξη, ο άλλος παραμένει αρνητικός ακόμη κι όταν τα παιδιά έχουν μολυνθεί. Η μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί φαίνεται να είναι η συχνότερη πορεία για το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, σύμφωνα με ιαπωνική μελέτη που δημοσιεύεται στο *Pediatric Infectious Disease Journal*.

Για να μελετήσουν την πορεία μετάδοσης στην παιδική ηλικία, οι ερευνητές μελέτησαν στοιχεία για το DNA του H.pylori από 42 παιδιά με γαστρίτιδα και 66 μέλη των οικογενειών τους, που επίσης είχαν μολυνθεί. Συνολικά, 32 παιδιά (76%) είχαν αποτύπωμα DNA του H.pylori όμοιο με αυτό ενός ακόμη τουλάχιστον μέλους της οικογενείας τους, ενώ στα 29 παιδιά το στέλεχος ήταν όμοιο με αυτό της μητέρα τους.

Πρόσφατη ελληνική μελέτη έδειξε ότι σε όλα τα παιδιά που είχαν επιβεβαιωμένη H.pylori λοίμωξη με γαστροσκόπηση υπήρχε τουλάχιστον ένας γονέας θετικός. Σημαντικότερος ήταν ο ρόλος της μητέρας και λιγότερο του πατέρα και άλλων μελών της οικογενείας.

Η εκρίζωση του H.pylori στην οικογένεια είναι αναγκαία για να αποφευχθεί το γεγονός της επαναλοίμωξης. Η αυξημένη προδιάθεση για λοίμωξη από H.pylori και η επανέκθεση στο μικρόβιο αποτελούν τις κύριες προϋποθέσεις για επαναλοίμωξη. Ενώ στους ενήλικες το ετήσιο ποσοστό επαναλοίμωξης στις ανεπτυγμένες χώρες είναι κάτω του 1%, στα παιδιά είναι μεγαλύτερο και κυμαίνεται από 2%-10%. **Επομένως, η ενδοοικογενειακή μετάδοση έχει σημαντικό ρόλο στη επαναλοίμωξη, αφού και εδώ η επίδραση της μητέρας ιδίως είναι καθοριστική.** Παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχουν συστάσεις για αναγκαιότητα διερεύνησης και εκρίζωσης ασυμπτωματικών ατόμων στην οικογένεια.

istockphoto

Το H.pylori αιτιολογικά συνδέεται με χρόνια ενεργό γαστρίτιδα, γαστρικό και δωδεκαδακτυλικό έλκος, MALT λέμφωμα και γαστρικό καρκίνο. Ευτυχώς στα παιδιά η γαστρίτιδα από H.pylori είναι το συχνότερο εύρημα και, συνήθως, είναι ασυμπτωματική. Από τα μέχρι στιγμής επιστημονικά δεδομένα δεν υπάρχει συσχέτιση κοιλιακού άλγους και H.pylori γαστρίτιδας, αν δεν υπάρχει πεπτικό έλκος. Για αυτό δεν ενδείκνυται ο έλεγχος για H.pylori στο σύνδρομο υποτροπιαζόντων κοιλιακών αλγών. Επίσης, υπάρχουν στοιχεία για συσχέτιση λοίμωξης με H.pylori με σιδηροπενική αναιμία ιδίως σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας.
Το πότε και πώς θα θεραπεύσουμε λοίμωξη από H.pylori στα παιδιά βασίζεται σε συγκεκριμένο πρωτόκολλο, σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Παιδ. Γαστρεντερολογίας και Διατροφής (ESPGHAN).
Στην ομάδα ελέγχου για λοίμωξη από H.pylori ανήκουν τα παιδιά που σκοπεύουμε να θεραπεύσουμε. Τα παιδιά με συμπτώματα από το πεπτικό, ύποπτα για οργανική νόσο, που υποβάλλονται για ενδοσκόπηση, εκείνα με αδιευκρίνιστη σιδηροπενική αναιμία και η ομάδα των παιδιών που θα υποβληθεί σε χρόνια χορήγηση ανταγωνιστών των πρωτονίων για ποικίλους λόγους (PPI'S) είναι οι κυριότερες ομάδες. Επίσης, ισχυρή ένδειξη αποτελεί η παρουσία ατόμου στην οικογένεια με Ca στομάχου.
Η πλέον αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος είναι η ενδοσκόπηση με βιοψία, καλλιέργεια και δοκιμασία ευαισθησίας. Η δοκιμασία ουρίας (13C-4BT) θεωρείται εξαιρετικά αξιόπιστη ιδίως στα παιδιά άνω των 5 ετών. Η ευαισθησία της συγκεκριμένης μεθόδου αγγίζει ένα ποσοστό της τάξης του 96,2%, ενώ η ειδικότητά της το 98%. Αν και οι ορολογικές μέθοδοι δεν θεωρούνται αξιόπιστες σε παιδιά, η ανίχνευση αντιγόνου στα κόπρανα θεωρείται επίσης αξιόπιστη μέθοδος για την παρακολούθηση της εκρίζωσης.
Στόχος της θεραπείας είναι η εκρίζωση, η οποία δεν επιτυγχάνεται εύκολα. Η μικρή ηλικία, η κακή συμμόρφωση, η ανάπτυξη συχνά δευτερογενούς αντοχής είναι πιθανοί παράγοντες αποτυχίας της θεραπείας.

Το πρωτόκολλο θεραπείας χωρίζεται σε πρώτης και δεύτερης γραμμής (αν δεν υπάρξει ανταπόκριση):

Πρώτης γραμμής

- PPI + Amoxycillin + Clarithromycin ή Metronidazole x 14 ημέρες

Δεύτερης γραμμής

- Esomeprazole + Amoxycillin + Metronidazole x 14 ημ.
- Άλατα βισμουθίου + Amoxycillin + Metronidazole

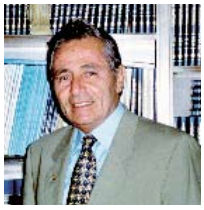
Επομένως, οι θέσεις για τη διάγνωση και τη θεραπεία της λοίμωξης από H.pylori στα παιδιά είναι:

- Θεραπεία επιβάλλεται σε κάθε παιδί με θετική βιοψία και θετική καλλιέργεια ιστού.
- Δοκιμασία ευαισθησίας επιβάλλεται πριν την έναρξη της θεραπείας.
- Οι ορολογικοί δείκτες θεωρούνται αναξιόπιστοι.
- Screening tests δεν πρέπει να γίνονται σε ασυμπτωματικά παιδιά.
- Η λοίμωξη από H.pylori δεν θεωρείται αίτιο κοιλιακών αλγών.
- Ελέγχουμε όταν υπάρχουν σαφείς κλινικές ενδείξεις και σκοπεύουμε να θεραπεύσουμε.

istockphoto

ideal images

Η πλέον αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος είναι η ενδοσκόπηση με βιοψία, καλλιέργεια και δοκιμασία ευαισθησίας.



Δρ Ιωάννης Κ. Δημητρίου,
Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

Το παιδί με κοντό ανάστημα

Δυνατότητες παρέμβασης & προοπτικές υπό το πρίσμα νεότερων δεδομένων

Το ανάστημα προσδιορίζεται και καθορίζεται από πολλούς παράγοντες. Αυτοί είναι γενετικοί, περιβαλλοντικοί, παθολογικοί (κληρονομικοί ή επίκτητοι), αλλά και φυλετικοί.

Το οργανικό σύστημα που έχει άμεση σχέση με το ανάστημα και διά του οποίου πραγματοποιείται η πολύπλοκη διαδικασία της ανάπτυξης είναι το σκελετικό, δηλαδή ο σκελετός. Οι ρυθμοί αύξησης του σκελετού είναι υψηλοί κατά τη βρεφική ηλικία, επιβραδύνονται κατά την παιδική και επιταχύνονται στον μέγιστο βαθμό κατά την εφηβεία. Η βασική έκφανση της διαδικασίας αύξησης του αναστήματος είναι η σε μήκος αύξηση των μακρών κυρίως οστών (μηριαίου και κνήμης - περόνης). **Η αύξηση του σκελετού γίνεται με τη λειτουργία του ειδικού οργάνου αυξήσεως, που βρίσκεται στα άκρα των μακρών οστών (κοντά στις αρθρώσεις) και ονομάζεται «αυξητική πλάκα».**

Στην περιοχή αυτή, τα χονδροκύτταρα συνθέτουν χόνδρο που τελικά οστεοποιείται, με αποτέλεσμα την εναπόθεση/προσθήκη στο υπάρχον οστούν και την αύξηση του μήκους. Στη διαδικασία αυτή μετέχουν ορμόνες και άλλοι παράγοντες. Πολλά γενικευμένα νοσήματα ή και σύνδρομα ενοχοποιούνται για την ενδομήτρια και εξωμήτρια αναστολή ή επιβράδυνση της αύξησης, με επικρατούντα τα ενδοκρινολογικά νοσήματα. Υπάρχει όμως και μια ομάδα παιδιών στα οποία δεν ανευρίσκεται σαφής αιτία. Σ' αυτά, η αναστολή ή επιβράδυνση της αύξησης περιγράφεται ως «ιδιοπαθές κοντό ανάστημα».

Όλοι μας αντιμετωπίζουμε καθημερινά το ερώτημα που εκφράζει το άγχος και την αγωνία των γονέων, και κυρίως της μητέρας: «Γιατρέ, πόσο θα ψηλώσει το παιδί μου; Είναι κανονικό το ύψος του για την ηλικία του;». Στα ερωτήματα αυτά μόνο κατά προσέγγιση μπορούμε να απαντήσουμε.

Υπάρχει θεραπεία; Υπάρχει δυνατότητα να δώσουμε στο κοντό παιδί το επιθυμητό ύψος ή, τουλάχιστον, κάποιο ύψος; Οι δυνατότητές μας, δυστυχώς, είναι περιορισμένες και περιλαμβάνουν συντηρητικά μέσα, με χορήγηση φαρμάκων (αυξητική ορμόνη κ.ά.) και χειρουργικά μέσα με τη μορφή της επιμήκυνσης των μακρών οστών των κάτω άκρων (μηριαίων και κνημών). Η διαδικασία αυτή είναι αρκετά χρονοβόρα και υποβάλλει το άτομο σε έντονη ψυχική δοκιμασία, η οποία επιπροστίθεται στην προϋπάρχουσα ψυχολογική επιβάρυνση και στο συναίσθημα μειονεκτικότητας λόγω του κοντού αναστήματος. Οι επιπλοκές είναι πάρα πολλές και κάνουν τα πράγματα περισσότερο περίπλοκα. Φαίνεται όμως ότι κάποιο φως υπάρχει στο βάθος του τούνελ. Η έρευνα σε μοριακό-γενετικό επίπεδο προχωρά με γρήγορους ρυθμούς σε ό,τι αφορά τη λειτουργία της αυξητικής πλάκας των μακρών οστών. Αφού, λοιπόν, μελετηθεί με κάθε λεπτομέρεια η δράση της, τότε ασφαλώς θα υπάρξει και η αναμενόμενη δυνατότητα παρέμβασης με προοπτική την αντιμετώπιση του προβλήματος «παιδί με κοντό ανάστημα».

Οι δυνατότητές μας να παρέμβουμε στο ανάστημα του παιδιού είναι περιορισμένες. Όμως, η σχετική έρευνα προχωρά με γρήγορους ρυθμούς.

istockphoto

Ιωάννης Χριστόπουλος,
Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

Οξεία ωτίτιδα στα παιδιά

Η θεραπεία των ωτίτιδων αποτελεί ένα διαχρονικό πρόβλημα τόσο για τον παιδίατρο όσο και για τον παιδοωτορινολαρυγγολόγο. Έχουν γίνει πολλές μελέτες και ακόμη περισσότερες κλινικές δοκιμές, όμως, ακόμη και σήμερα, συζητάμε για τη σωστότερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή τους.

Με τον όρο «ωτίτιδα» εννοούμε ένα σύνολο λοιμώξεων, που κυμαίνονται από πολύ ελαφριές καταστάσεις, που θεραπεύονται μόνο με παυσίπονα, έως βαριές φλεγμονές, απειλητικές για τη ζωή του μικρού ασθενούς, που χρήζουν άμεσα αντιμετώπισης με μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις.

Με τον όρο «οξεία μέση ωτίτιδα» (Ο.Μ.Ω.) εννοούμε τη φλεγμονή του βλεννογόνου και του περιοστέου του μέσου ωτός και των κυψελών της μαστοειδούς αποφύσεως που ξεκινάει πίσω από ένα άθικτο τύμπανο. Η ωτίτιδα αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή πάθηση της βρεφικής και της πρώτης παιδικής ηλικίας. Υπολογίζεται ότι **το 85% των παιδιών μέχρι την ηλικία των 5 ετών έχει περάσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο Ο.Μ.Ω.**

Η μέση ωτίτιδα διακρίνεται σε:

1. Ιογενή (περιλαμβάνει και τη φυσαλιδώδη μυριγγίτιδα)
2. Μικροβιακή
3. Εκκριτική ωτίτιδα
4. Υποτροπιάζουσα οξεία μέση ωτίτιδα (Υ.Ο.Μ.Ω.)

Προδιαθεσιακοί παράγοντες

1. Το φύλο (υπερτερούν τα αγόρια)
2. Η ανατομία του ρινοφάρυγγα λόγω της μικρής ηλικίας
3. Η χρήση του μπιμπερό, της πιπίλας ή το πιπίλισμα του αντίχειρα (δημιουργούν αρνητική πίεση εντός της στοματικής κοιλότητας, με αποτέλεσμα την παθολογική διάνοιξη της ευσταχιανής σάλπιγγας)
4. Βρεφονηπιακοί παιδικοί σταθμοί (σε μικρή ηλικία, όταν ξεκινούν τα παιδιά)
5. Παθητικό κάπνισμα
6. Υπερτροφία αδενοειδών εκβλαστήσεων (δεν κάνουμε ακτινογραφίες για τη διάγνωση - ενδοσκόπηση)
7. Κληρονομικότητα
8. Αλλεργική ρινίτιδα
9. Συγγενείς ανωμαλίες (υπερωιοσχιστία, Down, κυστική ίνωση, ανοσοανεπάρκεια)

Συμπτώματα

1. Ωταλγία (το πιο σταθερό εύρημα)
2. Βαρηκοΐα
3. Αίσθημα πληρότητας
4. Ωτόρροια
5. Πυρετός
6. Ρινίτιδα
7. Βήχας
8. Ευερεθιστότητα
9. Λήθαργος
10. Εμετός
11. Διάρροια

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές είναι σπάνιες αλλά πολύ σοβαρές –όπως μόνιμη διάτρηση του τύμπανου, οξεία μαστοειδίτιδα κ.ά.– και χρήζουν άμεσης νοσοκομειακής επέμβασης. Η θεραπεία είναι χειρουργική και ενδονοσοκομειακή, διαρκεί αρκετό χρονικό διάστημα και αφορά περισσότερο τον παιδο-ΩΡΛ.

Ιογενής ωτίτιδα

Η αντιμετώπιση των ιογενών ωτίτιδων περιλαμβάνει:

- Παυσίπονα - αντιπυρετικά
- Ρινικά αποσυμφορητικά
- Ρινικά κορτικοστεροειδή ανάλογα με την ηλικία
- Ρινικά αντισηπτικά
- Ρινικά αντιβιοτικά
- Βλεννολυτικά
- Ρινοπλύσεις με φυσιολογικό ορό
- Θερμά επιθέματα πάνω στο πάσχον ους

- Γενικές οδηγίες ιογενούς λοίμωξης (ξεκούραση, καλή ενυδάτωση, σωστή διατροφή)
- Τοπική ωτική θεραπεία (έχει νόημα μόνο σε ωτόρροια)
- Όχι αντιβιοτικά (τουλάχιστον για τα πρώτα δύο με τέσσερα 24ωρα)
- Όχι αντιισταμινικά, εκτός αν υπάρχει διεγνωσμένη αλλεργική ρινίτιδα

Πρέπει να τονίσουμε ότι η ερυθρότητα του τυμπανικού υμένα δεν επιβεβαιώνει πάντοτε την ύπαρξη οξείας μέσης ωτίτιδας, καθώς η αγγείωσή του μπορεί να επιταθεί από το κλάμα του παιδιού ή από τον πυρετό.

Μικροβιακή ωτίτιδα

Η αντιμετώπιση των μικροβιακών ωτίτιδων περιλαμβάνει:
1. Όλα τα θεραπευτικά μέτρα της ιογενούς ωτίτιδας
2. Αντιβιοτικά

Εκκριτική ωτίτιδα

Με τον όρο «εκκριτική ωτίτιδα» εννοούμε την άσηπτη συλλογή υγρού στην κοιλότητα του μέσου ωτός. Ο λόγος που το υγρό αυτό συσσωρεύεται στο αφτί είναι η απόφραξη της ευσταχιανής σάλπιγγας· είναι μια πολύ συχνή νόσος ιδίως της παιδικής και προσχολικής ηλικίας.

Οι βασικές αιτίες είναι:
- Υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος
- Υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων και των αμυγδαλών
- Ανατομικοί λόγοι λόγω της μικρής ηλικίας του παιδιού
- Υποτροπιάζουσες οξείες ωτίτιδες (μικροβιακές ή ιογενείς)
- Αλλεργική ρινίτιδα (σπανιότερα)

Συμπτώματα

Τα βασικά συμπτώματα της νόσου είναι η βαρηκοΐα, το αίσθημα πληρότητας του ωτός, οι εμβοές, σπανίως η ωταλγία και ακόμη πιο σπανίως ο ίλιγγος.

Θεραπεία

Η θεραπεία αρχικά είναι συντηρητική και περιλαμβάνει:
1. Αναμονή, ρινοπλύσεις και ασκήσεις για τη διάνοιξη της ευσταχιανής σάλπιγγας
2. Ρινικά αντισηπτικά
3. Ρινικά κορτικοστεροειδή

ideal images

Η ωτίτιδα αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή πάθηση της βρεφικής και της πρώτης παιδικής ηλικίας. Υπολογίζεται ότι το 85% των παιδιών μέχρι την ηλικία των 5 ετών έχει περάσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο οξείας μέσης ωτίτιδας .

Οι επιπλοκές της μέσης ωτίτιδας είναι σπάνιες αλλά πολύ σοβαρές και χρήζουν άμεσης νοσοκομειακής επέμβασης. Μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν επιπλοκές έχουν τα παιδιά με υποτροπιάζουσα οξεία μέση ωτίτιδα. Σ' αυτήν την περίπτωση, η θεραπεία είναι απαραίτητη.

4. Αναστολείς των λευκοτριενίων
5. Βλεννολυτικά
6. Αντιβιοτικά (αν συνυπάρχει μικροβιακή λοίμωξη, αδενοειδίτιδα, ΠΡΚ)
7. Αντιισταμινικά (αν συνυπάρχει διεγνωσμένη αλλεργική ρινίτιδα)
8. Εμφυσήσεις της ευσταχιανής σάλπιγγας
9. Κορτιζόνη

Σε περίπτωση αποτυχίας της συντηρητικής θεραπείας, επιβάλλεται η χειρουργική αποκατάσταση. Αυτή περιλαμβάνει:

1. Μυριγγοτομή
2. Τοποθέτηση σωληνίσκων αερισμού
3. Αδενοτομή
4. Αμυγδαλεκτομή
5. Ανάτρηση μαστοειδούς
6. Συνδυασμό των ανωτέρων

Υποτροπιάζουσα οξεία μέση ωτίτιδα

Με τον όρο «υποτροπιάζουσα οξεία μέση ωτίτιδα» (Υ.Ο.Μ.Ω.) εννοούμε την εμφάνιση 4 επεισοδίων οξείας μέσης ωτίτιδας σε διάστημα 4-6 μηνών. Στην Υ.Ο.Μ.Ω. μεγάλη σημασία έχει η κατάσταση των ώτων στα μεσοδιαστήματα (αν επανέρχεται στο φυσιολογικό το μέσο ους μετά την εκάστοτε θεραπεία) και το αν συνυπάρχουν προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση των ωτίτιδων. Ο αριθμός των υποτροπών της Υ.Ο.Μ.Ω. φαίνεται να βρίσκεται σε συνάρτηση με το χρόνο του πρώτου επεισοδίου και σε σχέση αντιστρόφως ανάλογη. Όσο, δηλαδή, μικρότερη η ηλικία της πρώτης προσβολής, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα για αυξημένη συχνότητα της νόσου, για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Θεραπεία

Η θεραπεία είναι απαραίτητη, γιατί παιδιά με Υ.Ο.Μ.Ω. έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών των ωτίτιδων.
Η θεραπεία αρχικά είναι συντηρητική και περιλαμβάνει:

- Χημειοπροφύλαξη
- Αναστολείς των λευκοτρενιών
- Συστηματική ρινική θεραπεία για τη σωστή λειτουργία της ευσταχιανής σάλπιγγας (κορτικοστεροειδή σπρέι)
- Αντιαλλεργική θεραπεία
- Ανοσολογικές αποκαταστάσεις
- Εμβολιασμό

Σε περίπτωση αποτυχίας της συντηρητικής θεραπείας, επιβάλλεται η χειρουργική αποκατάσταση. Αυτή περιλαμβάνει:

- Μυριγγοτομή
- Τοποθέτηση σωληνίσκων αερισμού
- Αδενοτομή
- Αμυγδαλεκτομή
- Ανάτρηση μαστοειδούς
- Συνδυασμό των ανωτέρων

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ
Κοντά μας νιώθεις ασφάλεια!

Εξωτερικά Ιατρεία στην Ευρωκλινική Παίδων

Στην Ευρωκλινική Παίδων λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία συγκεκριμένων ειδικοτήτων

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ		ΔΕΥΤΕΡΑ	ΤΡΙΤΗ	ΤΕΤΑΡΤΗ	ΠΕΜΠΤΗ	ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	[illegible]				9:00-13:00*	
ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΟ	Κουκουβή - Σακελλοπούλου Μαρία		09:30-11:30			
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ	Λιναλιάδου - Φωμάκου Ιωάννα				*	
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	Καρρά-Γιαννιώτη	09:30-11:30				
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	Τσιούλη - Αυδικοπούλου		10:00-12:00			
	Κατσιάνη Βασιλική	12:00-14:00				
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΟ	Βλάση Γεωργία		10:00-13:00		12:00-13:00	
ΔΙΑΚΗΤΟΜΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	Μαλάτη Χρηστάκη Μαρία, Παπαγιάννη Ιωάννη, Λιάκος Παναγιώτης				09:00-12:00	
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	[illegible]	10:00-14:00				
	Κατσάνη Χρηστίδη Μαρία				11:00-14:00	
	[illegible]				17:00-19:00	
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	Λιπαλιάδη Στέλλα		11:00-13:00			
	Γιαννάκαινα Βασιλική					11:00-13:00*
ΤΜΗΜΑ ΠΑΚΥΣΑΡΚΙΑΣ	[illegible]		14:00-16:00			
	Βλάση Γεωργία					
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	Λιμπανάκη Αικατερίνη		14:00-16:00			
	Τσιλιγιάννη Αρετή				16:00-19:00*	17:00-19:00*
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	Αγγελάκη Ιωάννης	09:00-11:00 14:00-20:00	09:00-11:00			
	Χαλκιαδάκη Ιωάννα		14:00-20:00			08:00-12:00
	Αλεξανδρή Αγγελική Χριστή Αρετή		09:00-11:00			
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	Μαρή Βασιλική			12:00-14:00		
ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ	Αναστασιάδου Βασιλική		14:00-19:00*			
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	Γεωργίου Σωτήρης		10:00-13:00 18:00-20:00		13:00-19:00	
	Σπυρόπουλος Αθηνά	10:00-13:00				
	Χαρτάνης Ιωάννης					10:00-12:00
	Καλλιόπη Χρυσούλα Γεωργίου Κωνσταντίνος			10:00-17:00		
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	Αγγελάκη Αικατερίνη			09:00-14:00		
	Κωτσίου Αθανάσιος			16:00-20:00		16:00-20:00
ΠΑΙΔΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ	Λαρουσσοπούλου Βίκυ				11:00 – 15:00*	
	Πουρσανίδου Τάνια			09:00-13:00*		
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	Γάλλη Ευφροσύνη	*				
ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ & ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ	Μαρκάκη Νικόλαος					09:00-13:00*
ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	Μπουρδάνος - Αγγελόπουλος Σταυρούλα			17:00-19:00		
	Μαγλάρας Αγγελος		17:00-17:00*	17:00-17:00* 17:00-19:00	10:00-13:00*	
ΟΡΘ	Νικολάου Αικατερίνη			11:00-14:00 15:00-18:00*		
	Χρυσόπουλος Γεώργιος		10:00-13:00		12:00-18:00	
	Νικολάου Δ. Γεώργιος	10:00-13:00 15:00-18:00*		10:00-13:00		10:00-13:00
	Χρυσόπουλος Ιωάννης Νικολάου Παναγιώτης		10:00-13:00		12:00-18:00	17:00-17:00*

* ΚΑΤΟΠΙΝ ΣΥΝΕΝΝΟΗΣΕΩΣ ΜΕ ΤΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ
** ΚΑΘΕ 1η & 4η ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΜΗΝΑ

Για περισσότερες πληροφορίες ή για να κλείσετε ραντεβού παρακαλούμε επικοινωνήστε μαζί μας στο τηλέφωνο **210 86 91 956** (9:00-15:00) & **210 86 91 911 & 957** (15:00-21:00) Δευτ. - Παρ.
Λεμεσού 39-41 & Αχαρνών 209, 104 46 Αθήνα • Τηλ.: 210 86 91 900, Fax: 210 86 91 950
www.euroclinic.gr • e-mail: mrki@euroclinic.gr

Δημήτριος Μιχελάκης,
Επιμελητής Πλαστικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Παίδων

Πλαστική χειρουργική & παιδί

Η πλαστική χειρουργική και ειδικά η επανορθωτική πλαστική χειρουργική έχουν σημειώσει τεράστια εξέλιξη τα τελευταία χρόνια, με εξαιρετικά αποτελέσματα.

istockphoto

Η σχέση της επανορθωτικής χειρουργικής με το παιδί είναι πλέον στενότερη και λύνει πολύ περισσότερα προβλήματα από ό,τι στο παρελθόν, με πολύ καλύτερα αποτελέσματα. Έτσι, λοιπόν, παιδιά με συγγενείς ανωμαλίες έχουν περισσότερες πιθανότητες όχι μόνο να επιζήσουν, αλλά και να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Σ' αυτό, βέβαια, έχουν συμβάλει ο πληρέστερος προγεννητικός έλεγχος, οι μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών αλλά και οι βελτιωμένες χειρουργικές τεχνικές.

Πολλές φορές, οι περισσότερες συγγενείς ανωμαλίες απαιτούν άμεση χειρουργική αντιμετώπιση ακόμη και τις πρώτες μέρες της ζωής, αλλά κυρίως στη νηπιακή και την προσχολική ηλικία. Ο σκοπός είναι να αποφύγουμε ενδεχόμενα αισθητικά, λειτουργικά αλλά και ψυχολογικά προβλήματα. Επίσης, έτσι μειώνεται και το άγχος της οικογένειας που ζει με το παιδί και το γνωρίζει.

Οι πιο συνηθισμένες συγγενείς ανωμαλίες –ξεκινώντας από το κεφάλι– είναι, για τα βλέφαρα, η βλεφαροφίμωση και η βλεφαρόπτωση. Η πρώτη, που σημαίνει μείωση του εύρους της βλεφαρικής σχισμής, χειρουργείται τον δεύτερο ή τρίτο μήνα της ζωής του παιδιού, για να αποφευχθούν προβλήματα στην όραση. Η δεύτερη, που αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση, διότι ο πλαστικός χειρουργός καλείται να θεραπεύσει τόσο το αισθητικό όσο και –κυρίως– το λειτουργικό πρόβλημα, μπορεί να γίνει και όταν το παιδί είναι σε μεγαλύτερη ηλικία (έως και πέντε ετών). Μέχρι τότε το παιδί πρέπει να παρακολουθείται από οφθαλμίατρο.

Οι συγγενείς ανωμαλίες των ώτων αφορούν στα γνωστά σε όλους προέχοντα ώτα ή «πεταχτά αφτιά», στην απλασία του πτερυγίου, ακόμη και στην ανωτία, την πλήρη απουσία του πτερυγίου του ωτός. Οι επεμβάσεις αποκατάστασης αρχίζουν στην ηλικία των εννέα ετών.

Οι σχιστίες του χείλους είναι γνωστές συγγενείς ανωμαλίες από αρχαιοτάτων χρόνων. Η σχιστία μπορεί να είναι ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη, με ή χωρίς σχιστία της υπερώας. Ο πλαστικός χειρουργός καλείται να διορθώσει το λειτουργικό κυρίως μέρος, αλλά πρέπει να δώσει έμφαση και στο αισθητικό. Έχουμε λοιπόν και εδώ μια πολύπλοκη επέμβαση. Οι σχιστίες απαντούν σε 1,3 παιδιά ανά 1.000 γεννήσεις περίπου, η επιβίωση των οποίων οφείλεται στην ιδιαίτερη ανάπτυξη των μονάδων εντατικής θεραπείας νεογνών, αλλά και στην έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση. Η μείωση των γεννήσεων παιδιών με σχιστίες οφείλεται στην ενδομήτρια υπερηχογραφική διάγνωση: οι γονείς, προκειμένου να αποκτήσουν ένα παιδί «στιγματισμένο» για όλη του τη ζωή, προβαίνουν σε διακοπή της κύησης. Αυτό δεν αποτελεί κανόνα, καθώς υπάρχουν και εξαιρέσεις.

Οι συγγενείς ανωμαλίες των άκρων (συνδακτυλίες ή πολυδακτυλίες) διορθώνονται στην προσχολική ηλικία ή και νωρίτερα.

Οι συγγενείς ανωμαλίες των έξω γεννητικών οργάνων αντιμετωπίζονται ανάλογα με τη βαρύτητα, αλλά νωρίτερα από την προσχολική ηλικία.

Οι σπίλοι (ελιές) και τα αιμαγγειώματα είναι μια άλλη κατηγορία συγγενών ανωμαλιών που καλείται να διορθώσει ο πλαστικός χειρουργός. Το πλάνο αντιμετώπισης εξαρτάται από την εντόπιση, την έκταση, το μέγεθος της βλάβης, καθώς και από το αν επηρεάζει ζωτικά όργανα. Διαφέρει σε κάθε περίπτωση, ενώ οι επεμβάσεις συνήθως είναι πολλαπλές.

Το μεγαλύτερο κομμάτι, όμως, αφορά το τραύμα στα παιδιά. Σ' αυτήν την περίπτωση συγκαταλέγεται και το έγκαυμα. Ο πλαστικός χειρουργός είναι, λοιπόν, ο πλέον ειδικός για την αντιμετώπιση, παρακολούθηση και αποκατάσταση του εγκαύματος, το οποίο –σημειωτέον– είναι μια πολυσυστηματική νόσος που επηρεάζει όλον τον οργανισμό. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην αρχική αντιμετώπιση, τις πρώτες ώρες και μέρες, αλλά και στην απώτερη αντιμετώπιση, συντηρητική ή χειρουργική, όπου χρειάζεται.

Τέλος, το τραύμα θέλει ιδιαίτερη προσοχή: όλοι γνωρίζουμε ανθρώπους που από κάποιον τραυματισμό φέρουν για όλη τους τη ζωή άσχημες ουλές. Εδώ συγκαταλέγονται από το απλό τραύμα/κόψιμο, στο οποίο θα γίνει συρραφή είτε με ράμματα είτε με κόλλα ιστών –εφόσον ενδείκνυται–, μέχρι το περίπλοκο αποσπαστικό τραύμα με έλλειμμα ιστού, που χρήζει αποκατάστασης με κρημνό. Το παιδί, λοιπόν, δικαιούται την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση, γιατί έχει όλη τη ζωή μπροστά του.

Επειδή στον κόσμο μας η λεπτομέρεια έχει σημασία, ο πλαστικός χειρουργός έχει πάντα μια θέση και πολλά να κάνει σε μονάδες υγείας που ασχολούνται με παιδιά.

istockphoto

Ο πλαστικός χειρουργός έχει πάντα μια θέση σε μονάδες υγείας που ασχολούνται με παιδιά.

Πέτρος Βαλιούλης,
Παιδοχειρουργός,
Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

Οξεία σκωληκοειδίτιδα στα παιδιά

Οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι η φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης, μιας προσεκβολής του εντέρου κοντά στην ένωση του λεπτού εντέρου με το παχύ. Η πάθηση είναι γνωστή από παλιά, η αιτιολογία της όμως εξηγήθηκε από τον Αμερικανό παθολογοανατόμο Fitz το 1886 και από τότε ξεκίνησε συστηματικά η χειρουργική θεραπεία της.

Αιτιολογία και εξέλιξη

Το αίτιο της οξείας σκωληκοειδίτιδας είναι η απόφραξη του αυλού της. Συνήθως γίνεται αιφνίδια, γιατί οφείλεται σε «κοπρόλιθο» από το περιεχόμενο του εντέρου. Άλλες αιτίες απόφραξης είναι το πρήξιμο του τοιχώματος λόγω ιώσεων, ξένα σώματα ή παράσιτα. **Με την απόφραξη του αυλού εμποδίζεται η κυκλοφορία του αίματος, με αποτέλεσμα τη γρήγορη ανάπτυξη μικροβίων και τη νέκρωση του τοιχώματος της σκωληκοειδούς απόφυσης.** Αν ο οργανισμός κατορθώσει με τους αμυντικούς μηχανισμούς να περιορίσει το πύον γύρω από τη σκωληκοειδή, δημιουργείται το σκωληκοειδικό απόστημα, ενώ, αν δεν τα καταφέρει, δημιουργείται η διάχυτη περιτονίτιδα.

Κλινική εικόνα

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι συχνή νόσος της παιδικής ηλικίας μετά τα 2-3 πρώτα χρόνια της ζωής. Νωρίτερα εμφανίζεται σπάνια. Τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται δεν είναι πάντα τα ίδια για δύο λόγους: Πρώτον, η ανατομική θέση της σκωληκοειδούς δεν είναι σταθερή και, δεύτερον, το αίτιο της απόφραξης της δεν είναι πάντα το ίδιο. Η συνήθης κλινική εικόνα έχει ως εξής: στην αρχή εμφανίζεται πόνος στο πάνω μέρος της κοιλιάς, στην περιοχή του στομάχου. Ο πόνος συνοδεύεται από κακοδιαθεσία, ανορεξία, εμετό ή τάση για εμετό. Η φάση αυτή διαρκεί 4 με 6 ώρες. Στη συνέχεια, ο πόνος μετατοπίζεται στο δεξιό κάτω μέρος της κοιλιάς, σταθερά και έντονα. Διάρροιες, πυρετός ή δέκατα μπορούν να συνυπάρχουν. Η εξέλιξη των συμπτωμάτων είναι ταχύτερη όσο μικρότερο είναι το παιδί.

Πώς θα γίνει η διάγνωση;

Η ποικιλία της κλινικής εικόνας δυσκολεύει την έγκαιρη διάγνωση, γιατί μας μπερδεύει με άλλες συχνές παθή-

Η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή επιτρέπει καλύτερο έλεγχο της κοιλιακής χώρας, χωρίς τομή και επιπλοκές που τη συνοδεύουν, προσφέροντας το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα.

σεις της παιδικής ηλικίας, όπως η οξεία γαστρεντερίτιδα και η ουρολοίμωξη. Για τους γονείς, το πιο αξιόπιστο σύμπτωμα που υπάρχει σχεδόν πάντα είναι ο πόνος. **Έτσι, πόνος στην κοιλιά που διαρκεί περισσότερο από δύο ώρες πρέπει να μας οδηγεί στον παιδίατρο ή τον παιδοχειρουργό.** Ο γιατρός θα αξιολογήσει το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις. Στις εξετάσεις περιλαμβάνονται η γενική αίματος και ούρων, αλλά και απεικονιστικές, όπως το υπερηχογράφημα κοιλίας. **Ο στόχος και η δυσκολία είναι η διάγνωση να γίνει μέσα στις 8-12 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων για να προλάβουμε τη ρήξη της σκωληκοειδούς απόφυσης που μπορεί να οδηγήσει στην περιτονίτιδα.** Η δυσκολία στη διάγνωση είναι μεγαλύτερη στα μικρότερα παιδιά, γιατί η νόσος εξελίσσεται ταχύτερα και η εκτίμηση της κλινικής εικόνας είναι δυσκολότερη.

Ποια είναι η θεραπεία;

Ως θεραπεία λογίζουμε τη χειρουργική αφαίρεση της σκωληκοειδούς απόφυσης και τον καθαρισμό της κοιλιακής χώρας. Μετεγχειρητικά θα χρειασθούν από 2 ως 8 ημέρες για την αποθεραπεία, ανάλογα με το πόσο έγκαιρα έγινε η διάγνωση και η σκωληκοειδεκτομή.

Ανοικτή ή λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή;

Η λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα. Αυτά είναι ο καλύτερος έλεγχος όλης της κοιλιακής χώρας, η έλλειψη της τομής και των επιπλοκών που τη συνοδεύουν και, συνεπώς, το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα. Μειονεκτήματα αποτελούν το υψηλό κόστος του λαπαροσκοπικού εξοπλισμού και η ειδική εκπαίδευση που απαιτείται εκ μέρους του χειρουργού.

Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου,
Αναπτυξιακή Παιδίατρος,
Διευθύντρια Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής,
Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού,
Συνεργάτις Ευρωκλινικής Παίδων

Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή & νευροαναπτυξιακές διαταραχές

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχει εφαρμοσθεί για περισσότερο από 25 χρόνια, ενώ τα τελευταία χρόνια το ποσοστό των ζευγαριών που καταφεύγει σε αυτή διαρκώς αυξάνεται.

Οι μέθοδοι διαφοροποιούνται συνεχώς με νέες τεχνικές που εφαρμόζονται σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Κατά τη διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, υπάρχουν σημαντικές διαφορές σε σχέση με τη φυσική σύλληψη τόσο στο βιολογικό όσο και στο ψυχοσυναισθηματικό περιβάλλον. Κατ' αρχάς, η διαδικασία της σύλληψης αφορά περισσότερους από τους δύο υποψήφιους γονείς και μερικές φορές υπάρχουν δότες ωαρίων, σπερματοζωαρίων ή και «δανεικές» μήτρες.

Έτσι, το προγεννητικό περιβάλλον του εμβρύου καθορίζουν παράγοντες, όπως:

- Η διαδικασία και η επιλογή μεθόδου
- Το περιβάλλον γονιμοποίησης (βιολογικό)
- Η υπογονιμότητα
- Το στρες της μητέρας πριν, κατά και μετά τη σύλληψη και εμφύτευση
- Η ορμονική διαφοροποίηση
- Το άγχος για την έκβαση της κύησης
- Το άγχος για την υγεία του μωρού

Όλες οι παραπάνω παράμετροι επηρεάζουν σημαντικά μέσω ορμονικών, γενετικών ή επιγενετικών μηχανισμών την έκβαση της κύησης. Η έκβαση των κυήσεων έχει μελετηθεί αρκετά. Υπάρχει πληθώρα μελετών, που αφορά μικρούς αριθμούς και κυρίως για τα πρώτα δύο χρόνια ζωής των παιδιών, ανομοιογενή δείγματα και διαφορετικές τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Συχνά, όμως, οι μελέτες δεν έχουν μάρτυρες και υπάρχουν πολλοί συγχυτικοί παράγοντες. Γι' αυτό, τα τελευταία χρόνια γίνονται εθνικές ή διακρατικές μελέτες, αλλά και μετααναλύσεις.

Παρά το ότι τουλάχιστον το 3,9% των τοκετών οφείλεται στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, οι διαρκώς αναπτυσσόμενες νέες τεχνολογίες κάνουν αδύνατη τη μακρόχρονη παρακολούθηση των παιδιών.

Οι αναπτυξιακές διαταραχές στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή συνδέονται με:

- Περιγεννητική έκβαση – πολύδυμες κυήσεις
- Συγγενείς ανωμαλίες
- Χρωμοσωμικές ανωμαλίες
- Γονιδιακή αποτύπωση
- Επιγενετικές διαδικασίες
- Καρκίνους (ρετινοβλάστωμα)

Είναι σαφές ότι η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα πρόωρων το-

istockphoto

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχει εφαρμοσθεί για περισσότερο από 25 χρόνια , ενώ τα ζευγάρια που καταφεύγουν σε αυτή διαρκώς αυξάνονται.

κετών και πολύδυμες κυήσεις, οι οποίοι αποτελούν προφανείς επιβαρυντικούς παράγοντες. Περαιτέρω, οι μονές εγκυμοσύνες ύστερα από Art έχουν αποτέλεσμα πρόωρα παιδιά με χαμηλό βάρος γέννησης και επιβαρυμένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Δεν μπορούμε να παραλείψουμε πως υπάρχουν μελέτες που συνδέουν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με αύξηση των συγγενών ανωμαλιών, αλλά και με τον κίνδυνο ανάπτυξης χρωμοσωμικών διαταραχών.

Η γενετική αποτύπωση είναι η αιτία αύξησης του σχετικού κινδύνου για Angelman syndrome, Beckwith-Wiedemann και Prader-Willi syndrome.

Εντούτοις, παραμένει το ερώτημα για το αν ευθύνεται η διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή η αδυναμία αναπαραγωγής των γονιών per se.

Μερικές μελέτες δείχνουν ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην εγκεφαλική παράλυση και την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ενώ άλλες όχι.

Σε μερικές μελέτες βρέθηκε ότι παιδιά έπειτα από IVF είχαν ψυχοκοινωνικά προβλήματα, επιθετικότητα, άγχος και κατάθλιψη.

Επίσης, φαίνεται ότι υποβοηθούμενη αναπαραγωγή επηρεάζει την πλευρίωση του εγκεφάλου στα κορίτσια.

Υπάρχουν, ακόμη, μελέτες που συσχετίζουν τη νοητική υστέρηση ή την εξέλιξη σε διαφόρους τομείς της ανάπτυξης με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και άλλες όχι.

Σε κάθε περίπτωση, η επίδραση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στη νευροαναπτυξιακή πορεία των εμβρύων και των παιδιών είναι πολύπλοκη και πολυπαραγοντική, αλλά υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις εμφάνισης αυξημένων δυσκολιών σε παιδιά ύστερα από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Παρ' όλα αυτά, το θέμα είναι πολύ μεγάλο και απαιτούνται μεγαλύτερες μελέτες σε διάρκεια και αριθμούς, καλύτερες στο σχεδιασμό, καθώς και έρευνα στην επιβάρυνση από την υπογονιμότητα per se.

Το θέμα είναι ακόμη πολυπλοκότερο, αν λάβει κανείς υπ' όψιν ότι οι τεχνικές αλλάζουν διαρκώς και απαιτούνται πρόσθετες μελέτες για τις νεότερες τεχνικές, όπως την κρυοσυντήρηση, την προεμφύτευση, το γενετικό screening, την ωρίμαση in vitro κ.ά., και μάλιστα σε βάθος χρόνου.

Δρ Δημοσθένης Δαμιανός,
Παιδονευρολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Ευρωκλινική Παίδων

Νευρομυϊκά νοσήματα
Κατάταξη και κλινική εικόνα

Ο όρος «νευρομυϊκά νοσήματα» περικλείει ένα ευρύ φάσμα από κλινικά σύνδρομα και νοσήματα με μεγάλη ετερογένεια μεταξύ τους, τα οποία αποτελούν τη συνηθέστερη αιτία μυϊκής αδυναμίας και υποτονίας στη βρεφική και τη παιδική ηλικία.

Προσεγγίζοντας ένα παιδί με μυϊκή αδυναμία-υποτονία, πρωταρχικό μέλημά μας είναι να καθορίσουμε αν η αδυναμία-υποτονία είναι αποτέλεσμα δυσλειτουργίας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) ή του Περιφερικού Νευρομυϊκού Συστήματος.

Κλινικά ευρήματα, τα οποία συνηγορούν υπέρ του κεντρικού τύπου βλάβης, είναι συνύπαρξη σπασμών, αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά και υπάρχουσα εγκεφαλοπάθεια, ενώ υπέρ περιφερικού τύπου βλάβης η μυϊκή ατροφία, μυϊκοί ινιδισμοί και η απουσία ή ελάττωση των τενοντίων αντανακλαστικών.

Η ταξινόμηση των νευρομυϊκών νοσημάτων παρουσιάζει μεγάλη δυσκολία λόγω της ετερογένειας αυτών στην κλινική τους εικόνα αλλά και στην αιτιολογία τους. Ο καθορισμός του ανατομικού επιπέδου της βλάβης στο περιφερικό νευρομυϊκό σύστημα αποτελεί ίσως το λογικότερο τρόπο ταξινόμησής τους.

Εφόσον καθορισθεί ότι η βλάβη είναι περιφερικού τύπου, μπορούμε να καθορίσουμε συχνά το ανατομικό επίπεδό της, βασιζόμενοι στα κλινικά χαρακτηριστικά, στα αποτελέσματα ειδικών εργαστηριακών εξετάσεων και στην ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και βιοψία μυών (βλ. πίνακα 1).

Το ανατομικό επίπεδο βλάβης στο περιφερικό νευρομυϊκό σύστημα μπορεί να είναι: στους κινητικούς νευρώνες των πρόσθιων κεράτων του Ν.Μ., στις ρίζες και στα περιφερικά νεύρα, στη νευρομυϊκή σύναψη, στους μυς.

Πολλά από τα νευρομυϊκά νοσήματα μεταβιβάζονται γενετικά, άλλα είναι σποραδικά ή επίκτητα, λοιμώδη, μεταλοιμώδη, αυτοάνοσα, ή οφείλονται σε μεταβολικές διαταραχές, τοξικούς παράγοντες, νεοπλασίες ή τραυματισμούς. Σήμερα, θεωρείται ορθολογικότερος τρόπος ταξινόμησης των νευρομυϊκών νοσημάτων η ταξινόμησή τους βάσει του ανατομικού επιπέδου βλάβης.

Τα βασικότερα κλινικά χαρακτηριστικά των νοσημάτων αυτών είναι:

1. **Νοσήματα με βλάβη στο επίπεδο των κινητικών νευρώνων των προσθίων κεράτων του νωτιαίου μυελού:** χαρακτηρίζονται από αδυναμία συνοδευόμενη από ινιδισμούς και ατροφία μυών χωρίς όμως αισθητηριακές διαταραχές.
2. **Νοσήματα με βλάβη στο επίπεδο των ριζών και περιφερικών νεύρων:** χαρακτηρίζονται από μυϊκή αδυναμία συνοδευόμενη από αισθητηριακές διαταραχές και ατροφία των μυών.
3. **Νοσήματα που οφείλονται σε βλάβη στο επίπεδο της νευρομυϊκής σύναψης:** χαρακτηρίζονται από υποτονία, γενικευμένη μυϊκή αδυναμία στα βρέφη και κυμαινόμενη μυϊκή αδυναμία, εύκολη κόπωση μυών, κεντρομελικά, με προσβολή κυρίως των μυών που νευρώνονται από τους κινητικούς πυρήνες του στελέχους, δηλαδή των οφθαλμικών, μασητηρίων, προσωπικών, κατάποσης και γλωσσικών.
4. **Νοσήματα που οφείλονται σε παθήσεις των μυών:** χαρακτηρίζονται από μυϊκή αδυναμία, χωρίς σημαντικές αλλαγές στα τενόντια αντανακλαστικά και με αυξημένη συνήθως την κρεατινοφωσφορική κινάση στον ορό του αίματος.

istockphoto

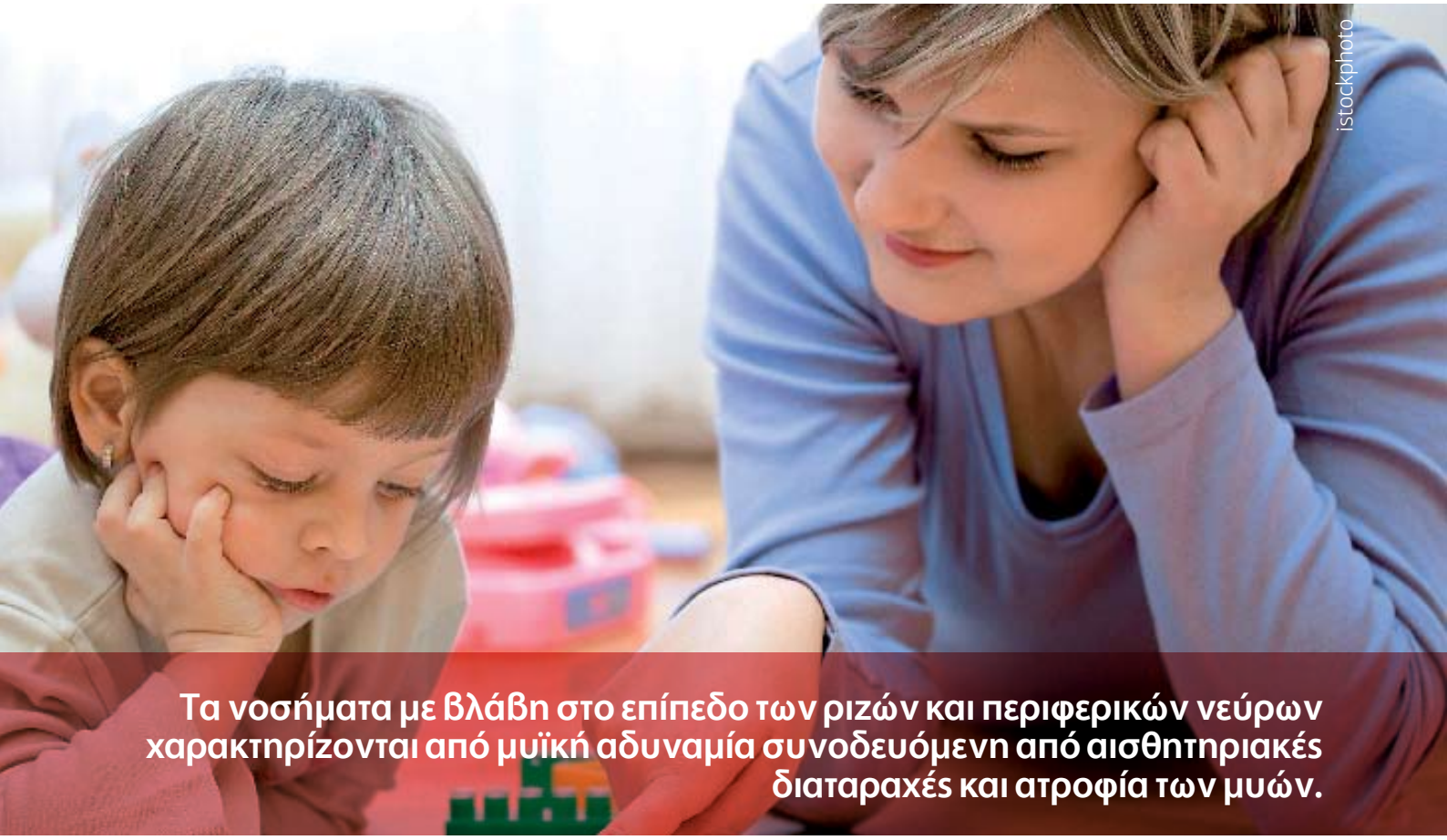
Οι νευρομυϊκές ασθένειες χαρακτηρίζονται από ευρύ φάσμα κλινικών συνδρόμων. Όταν η μυϊκή αδυναμία είναι το πρωτεύον σύμπτωμα σ' αυτές τις καταστάσεις, τότε συνυπάρχοντα ευρήματα, όπως η αλλαγή των τενοντίων αντανακλαστικών και οι διαταραχές αισθητικότητας, μπορούν συνήθως να καθορίσουν και το επίπεδο βλάβης στο περιφερικό νευρικό σύστημα. Η πορεία της νόσου, το οικογενειακό ιστορικό και τα ευρήματα από προσβολή άλλων συστημάτων ενδέχεται να καθορίσουν την αιτιολογία ή την ίδια την ασθένεια. Καθοριστική ακριβής διάγνωση συχνά απαιτεί τον προσδιορισμό των επιπέδων της κρεατινοφωσφορικής κινάσης, ηλεκτροφυσιολογικές εξετάσεις (ηλεκτρομυογράφημα, μελέτη της ταχύτητας αγωγής νεύρων), βιοψία μυός ή άλλων εργαστηριακών δοκιμασιών.

Τα τελευταία χρόνια η επανάσταση στη γενετική και ο καθορισμός του υπεύθυνου γονιδίου έχουν συμβάλει καθοριστικά στη διαγνωστική προσέγγιση των περισσοτέρων γενετικών νοσημάτων του νευρομυϊκού συστήματος. Επίσης, πρόκληση αποτελεί ο καθορισμός του παθογενετικού μηχανισμού στις φλεγμονώδεις, αυτοάνοσες απομυελινωτικές παθήσεις του περιφερικού νευρομυϊκού συστήματος, για τον καθορισμό της αιτιολογίας αλλά και για την εφαρμογή αποτελεσματικών θεραπειών.

Τα νευρομυϊκά νοσήματα αποτελούν τη συνηθέστερη αιτία μυϊκής αδυναμίας και υποτονίας στη βρεφική και παιδική ηλικία.

Πίνακας 1. Κλινικές εργαστηριακές ηλεκτροφυσιολογικές ενδείξεις για την ανατομική εντόπιση του επιπέδου βλάβης

	Κινητικοί νευρώνες προσθίων κεράτων του ΝΜ.	Ρίζες και περιφερικά νεύρα	Νευρομυϊκή σύναψη	Μύες
Ατροφία μυών	+++	+	-	++
Ινιδισμοί	+++	σπάνια	-	-
Διαταραχές αισθητικότητας	-	+	-	-
Αντανακλαστικά	Φυσιολογικά ή ελαττωμένα	Ελαττωμένα ή δεν εκλύονται	Φυσιολογικά	Φυσιολογικά ή πολύ ελαττωμένα
Επίπεδα CPK	Φυσιολογικά ή αυξημένα	Φυσιολογικά	Φυσιολογικά	Αυξημένα έως πάρα πολύ αυξημένα
Ταχύτητα αγωγής νεύρων	Ελάττωση του μεγέθους του μυϊκού δυναμικού ενεργείας	Μείωση της ταχύτητας αγωγιμότητας των νεύρων σε απομυελινωτικές νόσους Ελάττωση του μεγέθους του μυϊκού δυναμικού ενεργείας σε αξονικές βλάβες	Ελάττωση του μεγέθους του μυϊκού δυναμικού ενεργείας μετά από επανειλημμένα ερεθίσματα	Φυσιολογικές
ΗΜΓ	Αύξηση του μεγέθους και της διάρκειας των δυναμικών κινητικών μονάδων	Αύξηση του μεγέθους και της διάρκειας των δυναμικών κινητικών μονάδων	Ελάττωση του μεγέθους και της διάρκειας των δυναμικών κινητικών μονάδων	Ελάττωση του μεγέθους και της διάρκειας των δυναμικών κινητικών μονάδων
Βιοψία μυός	Ομαδική ατροφία των κινητικών μονάδων Ομαδοποίηση με βάση τον τύπο των μυϊκών ινών Κατεστραμμένες μυϊκές ίνες	Ομαδική ατροφία των κινητικών μονάδων Ομαδοποίηση με βάση τον τύπο των μυϊκών ινών Κατεστραμμένες μυϊκές ίνες	Φυσιολογική	Ανάλογα με την αιτιολογία της νόσου ειδικά ευρήματα



Τα νοσήματα με βλάβη στο επίπεδο των ριζών και περιφερικών νεύρων χαρακτηρίζονται από μυϊκή αδυναμία συνοδευόμενη από αισθητηριακές διαταραχές και ατροφία των μυών.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

Κοντά μας νιώθετε ασφάλεια

Τμήμα Διάγνωσης και Θεραπευτικής Αντιμετώπισης των Διαταραχών του Γαστρεντερικού Συστήματος

Το Γαστρεντερολογικό Τμήμα είναι εξοπλισμένο με τελευταίας τεχνολογίας διαγνωστικά μηχανήματα για τη διενέργεια ειδικών εξετάσεων. Συγκεκριμένα υπάρχει δυνατότητα για:

- 24ωρη πεχαμετρία: Γίνεται 24ωρη καταγραφή του οισοφαγικού ph για τη διάγνωση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης
- 24ωρη εμπεδησιομετρία (impedance) για τη μελέτη της όξινης – αλκαλικής γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης
- Δοκιμασία αναπνοής με αιρία για την ανίχνευση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (breath test)
- Δοκιμασία αναπνοής για τη διάγνωση δυσανεξίας στη λακτόζη
- Μανομετρία οισοφάγου για τη διάγνωση διαταραχών κατάπασης και κινητικότητας του οισοφάγου
- Μανομετρία πρωκτού για τη μελέτη της δυσκοιλιότητας
- Μελέτη χρόνου διάβασης πεπτικού συστήματος (transit time)
- Ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού (γαστροσκόπηση)
- Ενδοσκόπηση κατωτέρου πεπτικού (ορθοσκόπηση, κολονοσκόπηση, πολυπεκτομή)
- Βιοψία ήπατος

Για περισσότερες πληροφορίες για το Γαστρεντερολογικό Τμήμα,
απευθυνθείτε στα τηλέφωνα **210 86 91 956** (9:00-15:00) & **210 86 91 911** & **957** (15:00-21:00)
www.euroclinic.gr • e-mail: mkt@euroclinic.gr

Γενοβέφα Χρονοπούλου,
Διευθύντρια Μικροβιολογικού
Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων

Στρεπτοκοκκική **Αμυγδαλίτιδα**

Το συχνότερο μικροβιακό νόσημα της παιδικής ηλικίας, η οξεία φαρυγγοαμυγδαλίτιδα, είναι ένα φλεγμονώδες σύνδρομο του στοματοφάρυγγα. Σε ένα ποσοστό 50%-85% των περιπτώσεων, ανεξαρτήτως ηλικίας, υπεύθυνοι είναι οι ιοί (ρινοϊοί, κυτταρομεγαλοϊός, αναπνευστικός συγκυτιακός ιός, μυξοϊοί). Το ποσοστό αυτό είναι ακόμη μεγαλύτερο σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των τριών ετών. Από τις φαρρυγγοαμυγδαλίτιδες που οφείλονται σε μικρόβια, κυρίαρχο παθογόνο είναι ο β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος ομάδας Α και, σπανιότερα, οι β-αιμολυτικοί στρεπτόκοκκοι ομάδας C ή G. Η φαρυγγοαμυγδαλίτιδα από β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο ομάδας Α παρατηρείται συχνότερα στις ηλικίες 3-10 ετών. Έχει υπολογιστεί ότι **το 10% των παιδιών σχολικής ηλικίας επισκέπτονται κάθε χρόνο τον κλινικό ιατρό λόγω φαρυγγοαμυγδαλίτιδας, ενώ στο 25%-50% εξ αυτών ο β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος ομάδας Α είναι το αίτιο.**

Ο στρεπτόκοκκος μεταδίδεται κυρίως εξαιτίας της άμεσης επαφής με τις εκκρίσεις του αναπνευστικού του πάσχοντος, που είναι ιδιαίτερα μολυσματικές κατά τη διάρκεια της οξείας λοίμωξης. Ακόμη και σε άτομα που δεν παίρνουν θεραπεία, η μολυσματικότητα μειώνεται σταδιακά τις επόμενες εβδομάδες μετά την αρχική λοίμωξη. Πιστεύεται ότι τότε οι φορείς είναι σχεδόν απίθανο να μεταδώσουν το στρεπτόκοκκο, ίσως λόγω του μικρού αριθμού των μικροοργανισμών στο φάρυγγα ή της εξαφάνισής τους από τις ρινικές εκκρίσεις. Ο χρόνος επώασης είναι 2-5 μέρες.

Η νόσος προκαλεί συνήθως υψηλό πυρετό, κοιλιακά άλγη, εμέτους, δυσκαταποσία και κεφαλαλγία. Τα παρίσθμια είναι έντονα εξέρυθρα και πολλές φορές παρατηρούνται μικρές, στικτές, αιμορραγικές κηλίδες στην υπερώα. Οι αμυγδαλές είναι εξέρυθρες, διογκωμένες και συχνά καλύπτονται από λευκό επίχρισμα. Η γλώσσα στην αρχή καλύπτεται από παχύ επίχρισμα που αποκολλάται σε 1-2 μέρες και αποκαλύπτονται οι θηλές, οι οποίες είναι εξέρυθρες και οιδηματώδεις (μοροειδής γλώσσα). Όταν το στέλεχος του β-αιμολυτικού στρεπτοκόκκου προκαλεί φαρυγγοαμυγδαλίτιδα προσβάλλοντας τα παιδιά, παράγει ερυθρογόνο τοξίνη. Τότε, 1-2 μέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων, εμφανίζεται η χαρακτηριστική κλινική εικόνα της οστρακιάς, δηλαδή ένα ερυθρό, στικτό, διάχυτο, μικροκηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, το οποίο υποχωρεί με την πίεση και αρχίζει συνήθως από τον τράχηλο, τις μασχαλιαίες και τις βουβωνικές πτυχές και, μέσα σε 24 ώρες, επεκτείνεται σε όλο το σώμα. Η περιοχή γύρω από το στόμα είναι ωχρή και οι παρειές εξέρυθρες.

Η επίπτωση των δευτερογενών λοιμώξεων μέσα στην οικογένεια είναι αρκετά υψηλή. Υπολογίζεται ότι

istockphoto

25% των αδελφών και 5%-20% των ενηλίκων μέσα στην οικογένεια ενός πάσχοντος από στρεπτοκοκκική φαρυγγοαμυγδαλίτιδα θα μολυνθούν με το στρεπτόκοκκο και ότι 50%-80% απ' αυτούς θα αναπτύξουν τη νόσο τις επόμενες εβδομάδες. Τα αποτελεσματικότερα μέτρα για τον περιορισμό των στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων αποτελούν η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία των πασχόντων.

Η σπουδαιότητα της διάγνωσης της στρεπτοκοκκικής φαρυγγοαμυγδαλίτιδας είναι μεγάλη αφενός μεν λόγω της επέκτασης στο μέσο αφτί και στις παραρρίνιες κοιλότητες, αφετέρου δε λόγω των μεταλοιμωδών επιπλοκών, από τις οποίες οι συχνότερες είναι ο οξύς ρευματικός πυρετός και η οξεία σπειραματονεφρίτιδα.

Στην εργαστηριακή διάγνωση της νόσου από στρεπτόκοκκο χρησιμεύουν:

Α) **Το strep-test:** είναι ένα τεστ ανοσοχρωματογραφίας, με το οποίο ανιχνεύουμε το αντιγόνο του β-αιμολυτικού στρεπτόκοκκου ομάδας Α σε φαρυγγοαμυγδαλικό επίχρισμα. Η απάντηση δίνεται σε 10 λεπτά. Όταν η εξέταση γίνεται από εκπαιδευμένο προσωπικό, έχει σχετικά καλή ευαισθησία (55%-75%) αλλά χαμηλή ειδικότητα, διότι ανιχνεύει και στρεπτοκόκκους άλλων ομάδων, όπως Β, C, G και D.

Β) **Η καλλιέργεια φαρυγγικοαμυγδαλικού επιχρίσματος,** η οποία είναι απαραίτητη όχι μόνο για την επιβεβαίωση του παθογόνου μικροβίου, αλλά και για τον έλεγχο της ευαισθησίας του.

Γ) **Οι ορολογικές εξετάσεις:**

1. Ο προσδιορισμός του τίτλου της αντι-Ο-στρεπτολυσίνης (ASTO), η οποία είναι μια εξέταση που μπορεί να δώσει υψηλούς τίτλους και σε άλλα νοσήματα.

2. Ο προσδιορισμός του τίτλου της αντιDNάσης-Β (antiDNASE-B), που είναι μια εξέταση ειδικότερη για τον β-αιμολυτικού στρεπτόκοκκου ομάδας Α.

Για τις πρωτοπαθείς φλεγμονώδεις στρεπτοκοκκικές νόσους, η αιτιολογική διάγνωση γίνεται με την καλλιέργεια. Οι ορολογικές εξετάσεις έχουν αξία για τη διάγνωση, αλλά κυρίως για την παρακολούθηση του ρευματικού πυρετού και της μεταστρεπτοκοκκικής αμυγδαλίτιδας.

Η θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση στρεπτοκοκκικής αμυγδαλίτιδας από β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο ομάδας Α είναι η χορήγηση πενικιλλίνης από το στόμα για 10 μέρες. Σε περίπτωση αλλεργίας στην πενικιλλίνη χορηγείται ερυθρομυκίνη ή κλαριθρομυκίνη, πρέπει όμως πάντα να έχουμε επιβεβαιώσει στο αντιβιόγραμμα την ευαισθησία τους, διότι έχει παρατηρηθεί ότι μπορεί να έχουμε αντοχή σε ένα ποσοστό πάνω από 30%.

Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες, παρ'όλο που το αντιβιοτικό είναι ευαίσθητο στο αντιβιόγραμμα, η θεραπεία αποτυγχάνει. Αυτό συμβαίνει για διαφόρους λόγους που αδρανοποιούν το αντιβιοτικό – σημαντικότερος από τους οποίους είναι η παραγωγή ενζύμων (β-λακταμασών) από τα μικρόβια της χλωρίδας του φάρυγγα. Στην περίπτωση αυτή, έχουμε υποτροπή των συμπτωμάτων, οπότε θα επιβεβαιώσουμε και πάλι τη διάγνωση και θα τροποποιήσουμε τη θεραπεία.

Η στρεπτοκοκκική αμυγδαλίτιδα είναι το συχνότερο νόσημα της παιδικής ηλικίας.

Η χορήγηση του αντιβιοτικού πολύ γρήγορα ελαττώνει τον αριθμό των στρεπτοκόκκων στο φάρυγγα, και έτσι τα παιδιά, εφόσον βελτιωθούν και κλινικά, μπορούν να επιστρέψουν στη σχολική τάξη 24 ώρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Δεν χρειάζεται να επαναληφθεί η καλλιέργεια φαρυγγικού μετά το τέλος της θεραπείας, παρά μόνον στην περίπτωση που συμβεί υποτροπή των συμπτωμάτων ή σε άτομο επιρρεπές στον ρευματικό πυρετό.

Δεν ενδείκνυται καμία διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση σ' αυτούς που ήρθαν σε επαφή με πάσχοντα, εφόσον είναι ασυμπτωματικοί. Καλλιέργεια φαρυγγικού επιχρίσματος σε άτομα του περιβάλλοντος του πάσχοντος ενδείκνυται:

- Αν τα άτομα αυτά έχουν ή είχαν πρόσφατα συμπτώματα.
- Αν υπάρχει άτομο στην οικογένεια που πάσχει από ρευματικό πυρετό.
- Αν ο ίδιος ο πάσχων αναπτύξει ρευματικό πυρετό, οξεία σπειραματονεφρίτιδα ή στρεπτοκοκκικό τοξικό shock.
- Αν πολλά μέλη της οικογένειας παρουσιάζουν πολλαπλά συμπτωματικά επεισόδια φαρυγγίτιδας ή άλλης στρεπτοκοκκικής λοίμωξης.

Είναι σαφές ότι στις τρεις τελευταίες περιπτώσεις τα άτομα ελέγχονται με καλλιέργεια φαρυγγικού, έστω κι αν είναι ασυμπτωματικά. Σε κάθε περίπτωση, θα χορηγηθεί θεραπεία αν η καλλιέργεια διαγνωσθεί θετική.

Όσον αφορά το σχολικό περιβάλλον, όπου τα παιδιά έρχονται σε στενή επαφή και το ποσοστό της φορείας μπορεί να είναι 5%-15% σε μη επιδημικές περιόδους και έως 50% σε επιδημικές, δεν χρειάζεται να γίνει καλλιέργεια φαρυγγικού, εκτός και αν υπάρχουν ένα ή περισσότερα κρούσματα με ρευματικό πυρετό, οξεία σπειραματονεφρίτιδα ή στρεπτοκοκκικό τοξικό shock.

Βασιλική Μουσάτου,
Δερματολόγος, Ευρωκλινική Παίδων

Ήλιος & Δέρμα

Ποιες είναι οι επιπτώσεις της αλόγιστης έκθεσης στον ήλιο;

Η χωρίς μέτρο έκθεση στον ήλιο έχει, εκτός από το έγκαυμα που άμεσα θα βιώσουμε, πολλές επιβλαβείς για την υγεία μας συνέπειες: **βραχυπρόθεσμα ξηραίνει το δέρμα, προκαλεί δυσχρωμίες, εφηλίδες, ηλιακές φακές ή και «σπυράκια» από τον ήλιο, που αποτελούν ένα είδος φωτοαλλεργίας.** Επίσης, «πέφτει» η άμυνα του οργανισμού μας και αναζωπυρώνονται φλεγμονές όπως ο επιχείλιος έρπητας. Ταυτόχρονα, γινόμαστε επιρρεπείς σε νέες. Μακροπρόθεσμα, λόγω της καρκινογενετικής δράσης της υπεριώδους ακτινοβολίας που δρα αυξητικά, κινδυνεύουμε από προκαρκινικές βλάβες (ακτινικές υπερκερατώσεις), αλλά και καρκίνο του δέρματος, με επικινδυνότερο το μελάνωμα. Τέλος, ο ήλιος γερνάει το δέρμα, γιατί καταστρέφει αργά αλλά σίγουρα το κολλαγόνο του, με αποτέλεσμα το φωτοεκτεθειμένο δέρμα να έχει, εκτός από ρυτίδες, έντονη (και πρώιμη) χαλάρωση.

Είναι το σολάριουμ υγιεινότερο για μαύρισμα συγκριτικά με τον ήλιο;

Η διαφορά ήλιου και σολάριουμ είναι ότι το δεύτερο έχει μόνο UVA ακτινοβολία, ενώ ο ήλιος UVA και UVB. Ωστόσο, το σολάριουμ δεν είναι καλύτερο, διότι, προκειμένου να επιτευχθεί το μαύρισμα –που στον ήλιο γίνεται γρήγορα λόγω UVB–, εκτίθεται το άτομο σε πολλή UVA ακτινοβολία, που ευνοεί την καρκινογένεση λόγω παραγωγής ελεύθερων ριζών. Επίσης, η UVA είναι η ακτινοβολία που προκαλεί γήρανση και καταστροφή του δέρματος. Άρα, αν θέλουμε ηλιοκαμένη όψη, οι μόνες ασφαλείς επιλογές είναι το χρώμα χωρίς ήλιο με τελειοποιημένες τεχνικές ψεκασμού (αερογράφος) ή τα προϊόντα αυτομαυρίσματος.

Είναι τα αντηλιακά αποτελεσματικά ως προστασία;

Τα αντηλιακά περιέχουν φυσικά ή χημικά φίλτρα που σκεδάζουν την ηλιακή ακτινοβολία ή τη μετατρέπουν σε άλλη, λιγότερο επικίνδυνη· είναι αποτελεσματικά, εφόσον γίνεται σωστή επιλογή και χρήση, με επάλειψη μεγάλης ποσότητας και συχνές επαναλήψεις. Εντούτοις, κατά την πολύωρη έκθεση, ανάλογα με το φωτότυπο του ατόμου, δεν αποτρέπουν το έγκαυμα όσο υψηλό δείκτη κι αν έχουν.

Τι είναι ο δείκτης προστασίας SPF;

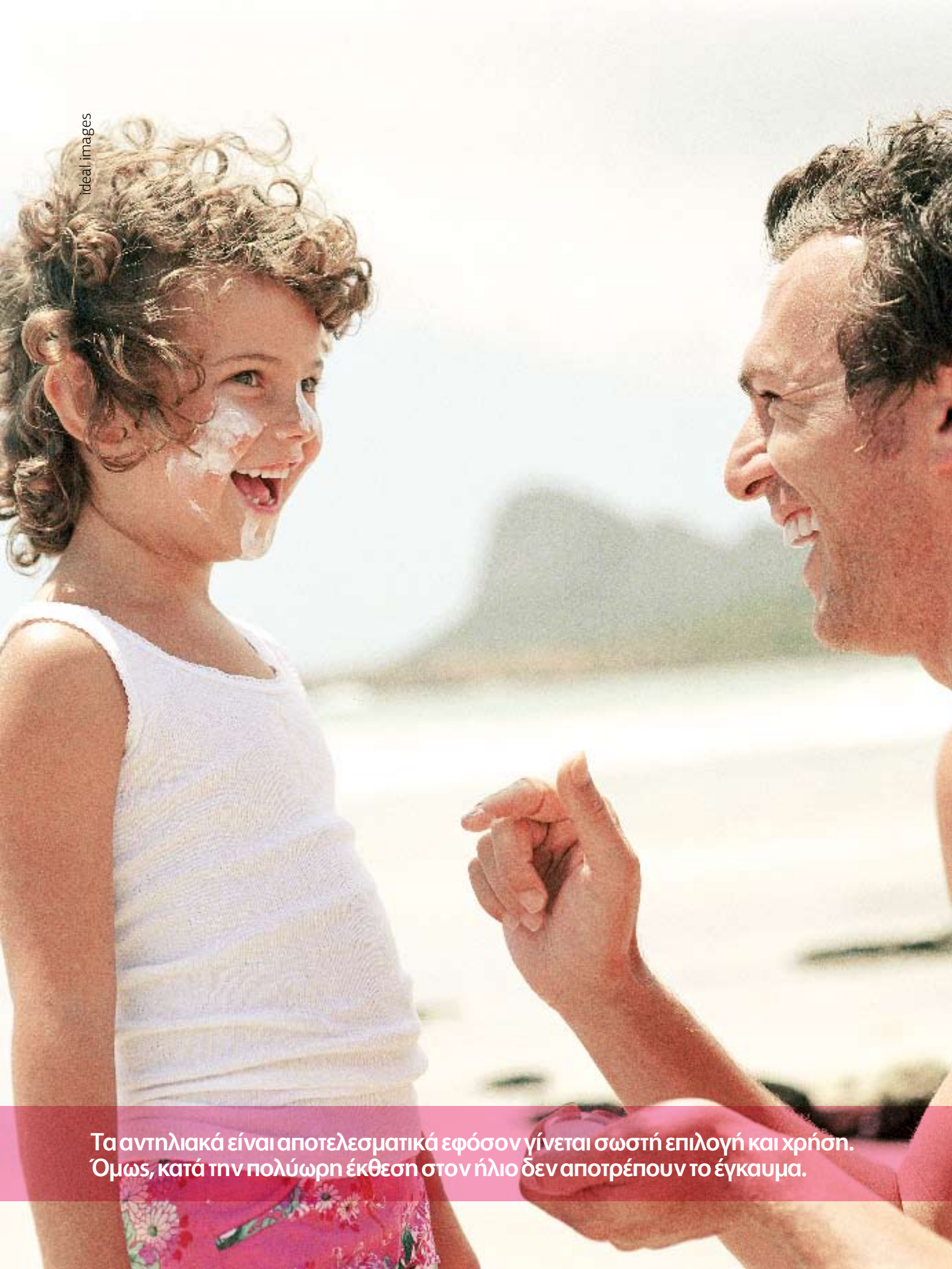
Ο δείκτης προστασίας SPF αναφέρεται στην προστασία από τη UVB ακτινοβολία, η οποία είναι το τμήμα της υπεριώδους ακτινοβολίας που σε μεγαλύτερο βαθμό ευθύνεται για το έγκαυμα. Ένας δείκτης, π.χ., 15 υποδηλώνει ότι το αντηλιακό προστατεύει για 15 φορές μεγαλύτερο χρόνο σε σχέση με το χρόνο που θα καθόταν χωρίς αντηλιακό το άτομο χωρίς να κοκκινίσει (ηλιακό ερύθημα). Εάν, π.χ., ένα άτομο εκτεθεί για 5 λεπτά στον ήλιο πριν αρχίζει να διακρίνεται κοκκίνισμα χωρίς αντηλιακό, μπορεί να εκτεθεί 5 x 15 = 75 λεπτά με το συγκεκριμένο αντηλιακό. Βέβαια, ο SPF αναφέρεται σε προστασία από τη UVB ακτινοβολία, ενώ δεν πρέπει να ξεχνάμε και τη UVA, η οποία επίσης προκαλεί έγκαυμα, αλλά όχι τόσο γρήγορα όσο η UVB. Άρα, σε έκθεση 75 λεπτών με αντηλιακό με SPF 15, μπορεί να πάθουμε έγκαυμα από τη UVA, καθώς η προστασία γι' αυτή σε όλα τα αντηλιακά είναι υποδεέστερη σε σύγκριση με την προστασία από τη UVB.

Πώς επιλέγουμε αντηλιακή προστασία για τα παιδιά;

Τα αντηλιακά για τα παιδιά πρέπει να περιέχουν φυσικά φίλτρα (λέγονται και ορυκτά ή μεταλλικά φίλτρα). Αυτά είναι συνήθως το διοξείδιο του τιτανίου και το οξείδιο του ψευδαργύρου, που αποτελούν και συστατικά των minerals καλλυντικών, διότι δεν προκαλούν αλλεργίες και είναι καλά ανεκτά από ευαίσθητα δέρματα. **Ο δείκτης προστασίας για τα παιδιά θα πρέπει να είναι ο υψηλότερος, δηλαδή 50+. Να τονιστεί ότι τα βρέφη δεν πρέπει να εκτίθενται καθόλου στον ήλιο και ότι τα παιδιά, ιδίως όσα έχουν ανοιχτά χρώματα, πρέπει να φορούν, εκτός από αντηλιακό, λεπτά ρούχα (π.χ. βαμβακερό μπλουζάκι), καπέλο και γυαλιά στην παραλία.**

Ποια άτομα κινδυνεύουν περισσότερο από μελάνωμα;

Το μελάνωμα είναι ο κακοηθέστερος καρκίνος του δέρματος και η συχνότητά του συνεχώς αυξάνει. Αφορά το δέρμα, τους βλεν-



Ideal images

Τα αντηλιακά είναι αποτελεσματικά εφόσον γίνεται σωστή επιλογή και χρήση. Όμως, κατά την πολύωρη έκθεση στον ήλιο δεν αποτρέπουν το έγκαυμα.

apeiron

Τα παιδιά, εκτός από αντηλιακό, στην παραλία πρέπει να φορούν λεπτά ρούχα, καπέλο και γυαλιά.

νογόνους αλλά και τους οφθαλμούς. Υπάρχει άμεση συσχέτιση με την έκθεση στον ήλιο και παρουσιάζεται συχνότερα σε άτομα ανοιχτόχρωμα (φωτότυπος 1 ή 2). Αυξημένο κίνδυνο παρουσιάζουν όσοι έχουν πάθει εγκαύματα ειδικά στην παιδική ηλικία, όσοι έχουν οικογενειακό ιστορικό μελανώματος, όσοι εκτίθενται σε σολάριουμ ή κάνουν πολύωρη ηλιοθεραπεία και όσοι έχουν πολλούς δυσπλαστικούς σπίλους (ελιές με δυσμενή κλινικά χαρακτηριστικά). Τέλος, όποιοι έχουν ήδη νοσήσει από ένα μελάνωμα μπορεί να εμφανίσουν και νέο.

Τι πρέπει να προσέχουμε στις ελιές μας;

Τα γεγονότα που πρέπει να οδηγήσουν ένα άτομο στο δερματολόγο είναι αλλαγή των χαρακτηριστικών των σπίλων που ήδη υπάρχουν ή η εμφάνιση νέων μελαχρωματικών βλαβών. Τους σπίλους πρέπει να τους ελέγχουμε για μεταβολές στο χρώμα, το σχήμα, το μέγεθος. Ακόμη, κνησμός ή αυτόματη αιμορραγία ενός σπίλου πρέπει να μας οδηγήσουν στο δερματολόγο για εξέταση. Διαφορετικά, μία φορά το χρόνο είναι επαρκής συχνότητα για εξέταση εάν δεν υπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες (οικογενειακό ιστορικό, δυσπλαστικοί σπίλοι). Σε άτομα με πολλούς σπίλους συνιστάται η χαρτογράφησή τους για σωστή παρακολούθηση σε βάθος χρόνου.

Τι είναι η χαρτογράφηση σπίλων;

Σε άτομα με πολλούς σπίλους, που είναι αδύνατο να θυμάται κανείς την ακριβή εικόνα τους, προτείνεται η καταγραφή σε μηχάνημα που παίρνει κοντινές φωτογραφίες και φωτογραφίες δερματοσκόπησης, τις οποίες αποθηκεύει ο υπολογιστής στη μνήμη του, αφού τις συσχετίσει με το σημείο του σώματος που εξετάζεται. Έτσι, στην επόμενη επίσκεψη υπάρχει ακριβής φωτογραφία, μέτρηση του μεγέθους του σπίλου και σύγκρισή του με τις πρώτες φωτογραφίες για να διαπιστωθούν με σαφήνεια τυχόν αλλαγές.

Αφαιρώντας μια ελιά (σπίλο), απαλλασσόμαστε από τον κίνδυνο να εξελιχθεί σε κάτι κακόηθες στο μέλλον;

Την ένδειξη για αφαίρεση ενός σπίλου θέτει ο δερματολόγος και, εφόσον η αφαίρεση είναι πλήρης, απαλλασσόμαστε από το ενδεχόμενο δυσπλασίας στο μέλλον. Η ελιά στέλνεται για ιστολογική εξέταση, η οποία επιβεβαιώνει την πλήρη εκτομή και αποκλείει την κακοήθεια. Εάν στην αφαιρεθείσα ελιά διαπιστωθούν κακοήθη κύτταρα (μελάνωμα), απαιτείται ευρύτερη εκτομή και σταδιοποίηση – (φρουρός λεμφαδένας, αξονικές τομογραφίες, μαγνητική εγκεφάλου κ.λπ.) για αποκλεισμό μεταστάσεων.

Υπάρχουν και ελιές που αφαιρούμε για αισθητικούς λόγους και σε αυτήν την περίπτωση ακολουθούμε άλλες τεχνικές ή χρησιμοποιούμε laser για την εξάχνωσή της. Καλό είναι και σε αυτήν την περίπτωση να λαμβάνεται και δείγμα ιστού για επιβεβαίωση της καλοήθους φύσης της ελιάς που καταστρέψαμε.

ΠΡΩΤΕΥΣ

ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΑ ΠΛΥΝΤΗΡΙΑ

Νέες υπερσύγχρονες εγκαταστάσεις 4.000 m² στον Ασπρόπυργο

- Εξειδικευμένο τμήμα για τον καθαρισμό ξενοδοχειακού & νοσοκομειακού ιματισμού
- Πλήρης διαχωρισμός γραμμών παραγωγής
- Ιδιόκτητος στόλος φορτηγών
- Υπερσύγχρονος μηχανολογικός εξοπλισμός
- Εξειδικευμένο προσωπικό

TÜV CERT

Με πιστοποίηση ISO 9001:2000/EN ISO 9001:2000

ΠΡΩΤΕΥΣ

Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ & ΥΙΟΣ Α.Ε.Β.Ε.

ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΑ ΠΛΥΝΤΗΡΙΑ

Λεωφόρος Νότο 100 (Θέση Πεύκα Ιωάννου Παππού), Ασπρόπυργος

Τηλ.: 210.5595.552, 210.4175.460 - 210. 4120.838, Fax: 210.4128.673, e-mail: aproteus@otenet.gr

Σταμάτης Γκατζώνης,
Διευθυντής Οφθαλμολογικού Τμήματος
Ευρωκλινικής Παίδων

Γυαλιά ηλίου & παιδί

istockphoto

Καπέλο, αντηλιακή κρέμα, ελαφριά ρούχα. Η επιχείρηση «προστασία του παιδιού από τον ήλιο» έχει ολοκληρωθεί και είστε έτοιμοι για μία ακόμη απόδραση στο πάρκο, στην εξοχή ή τη θάλασσα παρέα με το μικρό σας. Όμως, έχει όντως ολοκληρωθεί ή έχετε ξεχάσει κάτι; Ναι, έχετε ξεχάσει κάτι πολύ σημαντικό: την προστασία των ευαίσθητων ματιών του από τον ήλιο!

Όσο κι αν για κάποιους ακούγεται υπερβολικό, τα γυαλιά ηλίου δεν είναι ένα περιττό αξεσουάρ που συμπληρώνει τις στυλιστικές επιλογές του παιδιού σας. Είναι πλέον μια πολύ σοβαρή υπόθεση. Κυρίως, όμως, δεν είναι κάτι που αφορά μόνον τους καλοκαιρινούς μήνες ή τις ώρες που βρίσκεστε στην παραλία. Είναι –ή έτσι πρέπει να είναι– τρόπος ζωής για τα… μάτια του.

Γιατί όμως είναι απαραίτητα τα γυαλιά ηλίου;

Ξέρουμε πλέον ότι, μετά τη μείωση του προστατευτικού στρώματος του όζοντος, οι υπεριώδεις ακτίνες του ήλιου αποτελούν μια σοβαρή απειλή για τον οργανισμό μας – γι' αυτό και προσπαθούμε να διασφαλίσουμε την προστασία του δέρματός μας από αυτήν την επικίνδυνη αόρατη ακτινοβολία. Δεν δείχνουμε όμως το ίδιο ενδιαφέρον και για την προστασία των ματιών μας. Κι όμως, η ηλιακή ακτινοβολία είναι εξίσου επικίνδυνη και για τα μάτια και για την όρασή μας. Ιδού πώς φτάνει στα μάτια, άμεσα ή έμμεσα, από την αντανάκλαση σε άλλες επιφάνειες όπως η άμμος ή η θάλασσα: το 99% αυτής της ακτινοβολίας απορροφάται από τα πρόσθια τμήματα του ματιού, δηλαδή από τον κερατοειδή χιτώνα και το φακό, ενώ μικρότερη ποσότητα περνά και φτάνει στον αμφιβληστροειδή χιτώνα.

Τα αποτελέσματα ολοένα περισσότερων μελετών σήμερα δεν αφήνουν περιθώριο εφησυχασμού: η έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία συνδέεται με την εκδήλωση πολλών προβλημάτων στην όραση (π.χ., καταρράκτης, πτερύγιο, εκφύλιση ωχράς κηλίδας, ακόμη και νεοπλασίες στην περιοχή των ματιών). Μάλιστα, οι ειδικοί επισημαίνουν ότι οι αλλοιώσεις από την ακτινοβολία προκαλούνται σωρευτικά, δηλαδή αθροίζεται η βλαπτική επίδραση και τελικώς επέρχονται τα όποια προβλήματα. Είναι πρόδηλο ότι, όσο νωρίτερα ξεκινήσει η προστασία από τον ήλιο, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες να αντιμετωπίσουμε προβλήματα στην όραση. Έπειτα από όλα αυτά σας φαίνεται ακόμη παράλογο και υπερβολικό το θέμα των γυαλιών ηλίου για το μικρό σας;

Οι ειδικοί επισημαίνουν ότι οι αλλοιώσεις από την ακτινοβολία προκαλούνται σωρευτικά, δηλαδή αθροίζεται η βλαπτική επίδραση και τελικώς επέρχονται τα όποια προβλήματα.

Τι πρέπει να γνωρίζετε πριν από την αγορά γυαλιών ηλίου:

- Μικρά παιδιά κάτω των 3 ετών δύσκολα κρατούν γυαλιά ηλίου στο πρόσωπό τους. Τα βλέπουν σαν ένα ενοχλητικό αξεσουάρ και συχνά τα καταστρέφουν. Αν το παιδί σας δεν δέχεται τα γυαλιά ηλίου, προτιμήστε το καπέλο.

- Επιλέξτε γυαλιά που διαθέτουν πιστοποίηση, η οποία αποδεικνύει την απορροφητικότητα κατά 100% για όλες τις υπεριώδεις ακτίνες, δηλαδή για τις UVB και UVA.

- Καλύτερα να προτιμήσετε γυαλιά με όχι πολύ σκούρους φακούς.

- Η επιλογή των ανοιχτόχρωμων φακών έχει ένα σημαντικό πλεονέκτημα: τα παιδιά θα τα συνηθίσουν και θα τα φορούν ευκολότερα παίζοντας κάτω από την ομπρέλα ή μέσα στο αυτοκίνητο. Διότι το ζητούμενο δεν είναι να τα φορούν μόνο στον ήλιο, αλλά και κάτω από τη σκιά, όπου η ακτινοβολία ανταναακλάται και φτάνει το ίδιο απειλητική στα παιδικά μάτια.

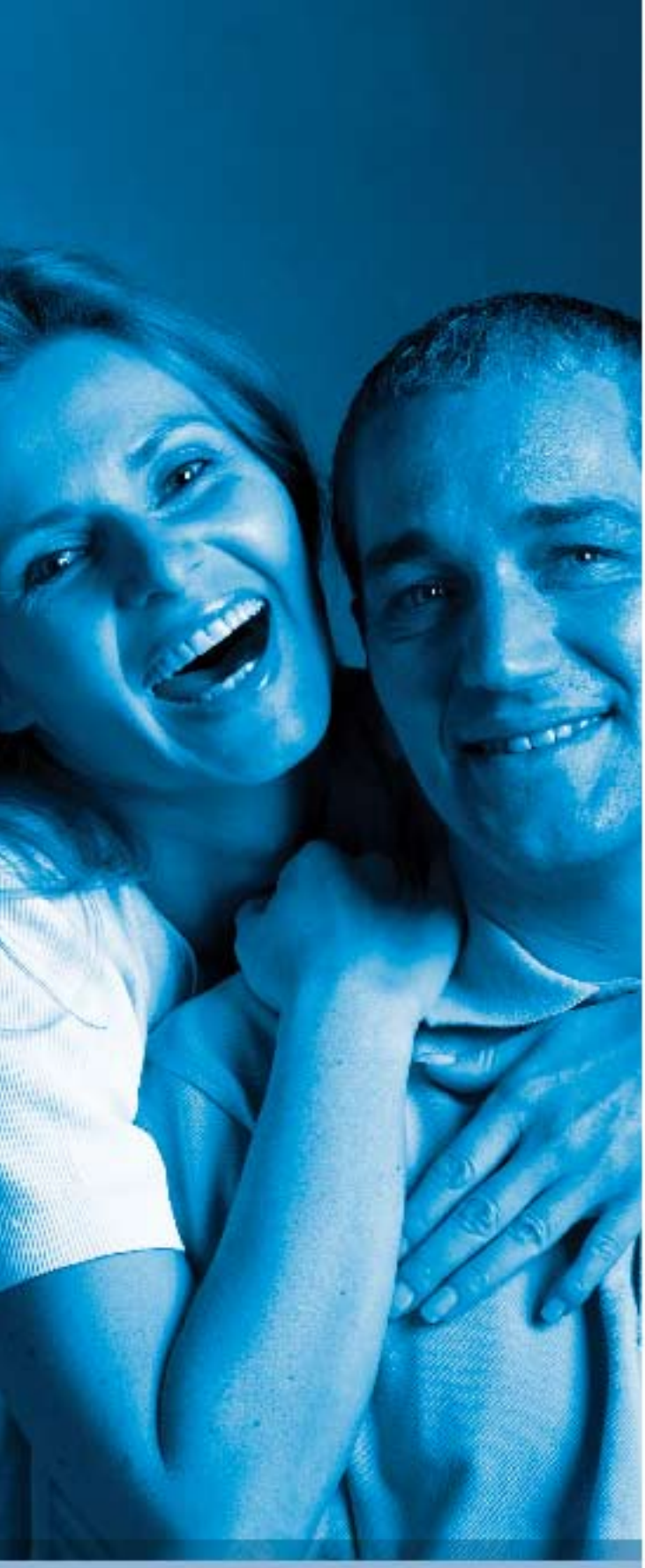
- Υπάρχουν γυαλιά ηλίου για όλες τις ηλικίες και όλα τα γούστα, όπως θα διαπιστώσετε κι από την επίσκεψή σας σε ένα κατάστημα οπτικών. Αυτό που εσείς πρέπει να έχετε στο νου σας κατά την επιλογή σας είναι ότι το υλικό των φακών πρέπει να είναι από ειδικό άθραυστο πλαστικό, ώστε να αποφευχθεί το ενδεχόμενο τραυματισμού.

- Σημαντικό είναι τα γυαλιά να στέκονται σταθερά στο πρόσωπο του παιδιού. Μπορούν, π.χ., να στερεώνονται με ένα λάστιχο πίσω από το κεφάλι. Υπάρχουν πλέον και τα γυαλιά ηλίου που, αντί για βραχίονες (που είναι το ευπαθές σημείο των παιδικών γυαλιών), έχουν λάστιχο. Επίσης, μπορείτε να βρείτε γυαλιά με λουράκι που «δένει» γύρω από το κεφάλι του παιδιού, εξασφαλίζοντας άνεση στις κινήσεις του. Αν, πάλι, διαλέξετε κλασικό σκελετό (για μεγαλύτερο παιδί), τότε το κορδονάκι ή το κλιπ που «πιάνει» στα ρούχα είναι μια καλή λύση, ώστε να μη σπάνε τα γυαλιά όταν πέφτουν (που θα πέφτουν!) κάτω.

- Η πρώτη επαφή με το αντικείμενο είναι καθοριστική για τη σχέση που θα έχει μαζί του το παιδί εφεξής. Σημαντικές λεπτομέρειες που πρέπει να προσέξετε, όταν το παιδί είναι ηλικίας κάτω των τριών ετών, αφορούν την κατασκευή του σκελετού των γυαλιών σε σχέση με την ανατομία του –ασχημάτιστου ακόμη– προσώπου του παιδιού. Τα γυαλιά δεν πρέπει να είναι πολύ σφιχτά, δεν πρέπει να ακουμπούν τις βλεφαρίδες ή τα μάτια του και, γενικώς, δεν πρέπει να πιέζουν το κεφάλι του, γιατί θα τα συνδυάσει με ενόχληση και δεν θα τα φοράει με ευχαρίστηση. Επίσης, η πλατιά, ασχημάτιστη βάση της μύτης συχνά δεν προσφέρει επαρκές στήριγμα στο σκελετό των γυαλιών. Η χρήση ειδικής «σέλας» από σιλικόνη μπορεί να βοηθήσει στην ευκολότερη και ασφαλέστερη εφαρμογή των γυαλιών.

iml image group

Επιλέξτε γυαλιά που διαθέτουν πιστοποίηση απορροφητικότητας της υπεριώδους ακτινοβολίας.



microlife®

Φροντίστε την υγεία σας με προϊόντα Υψηλής Τεχνολογίας

A100PLUS

NC100

W90

MT400

NEB50

KARABINIS MEDICAL

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
KARABINIS MEDICAL S.A.
Α. ΛΑΥΡΙΟΥ 151, ΠΑΙΑΝΙΑ 190 02 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ: 210 66.46.751, 210 66.45.847
FAX: 210 66 46 000
WEB SITE: www.karabinismedical.gr
EMAIL: info@karabinismedical.gr

Νικήτας Παπαδάκης,
Υπεύθυνος Κουζίνας Ευρωκλινικής Αθηνών

Συνταγές

Για απολαυστικά και υγιεινά πιάτα

Πικάντικη σαλάτα με γαρίδες, σπανάκι, φύλλα ρόκας και καβουρδισμένο σουσάμι, με σος από γιαούρτι, μέλι και σαφράν

Υλικά
50 γρ. σπανάκι baby
50 γρ. ρόκα
50 γρ. σαλάτα γαλλική
10 γρ. ροζ πιπέρι σε κόκκους
4 τεμ. γαρίδες No 2
30 γρ. μέλι
50 γρ. γιαούρτι
0,250 γρ. σαφράν σε σκόνη
1 γρ. μαύρο σουσάμι

Εκτέλεση

Πλένουμε όλα τα λαχανικά πολύ καλά και τα κόβουμε με το χέρι. Μαρινάρουμε τις γαρίδες και τις σοτάρουμε ελαφρά. Σε ένα μπολ ανακατεύουμε τη σαλάτα με τη σος. Τοποθετούμε τη σαλάτα στο πιάτο και διακοσμούμε κατά βούληση.

Αρνάκι γαλλικής κοπής με μπρινουάζ λαχανικών και πουρέ φουρνιστής πατάτας, με ελαφριά σος από δενδρολίβανο

Υλικά
250 γρ. καρέ από αρνί γάλακτος
20 γρ. κόκκινη πιπεριά
20 γρ. κολοκύθι
20 γρ. καρότο
20 γρ. μανιτάρι
70 γρ. πατάτα
βούτυρο, αλάτι, πιπέρι, δενδρολίβανο

Εκτέλεση

Μαρινάρουμε το καρέ από το αρνί γάλακτος, το θωρακίζουμε σε καυτή λιπαρά ουσία, σβήνουμε με λευκό αρετσίνωτο κρασί και τελειώνουμε στο φούρνο για 15 λεπτά. Κόβουμε όλα τα λαχανικά σε πολύ μικρά καρέ και τα σοτάρουμε με βούτυρο. Πλένουμε τις πατάτες και τις ψήνουμε ολόκληρες στο φούρνο με χοντρό αλάτι για μισή ώρα. Τις καθαρίζουμε και τις πολτοποιούμε με γάλα, μοσχοκάρυδο, τριμμένη παρμεζάνα και φρέσκο βούτυρο.

Γεμιστά σου με ζεστή σοκολάτα

Υλικά
Για τα σου
250 γρ. νερό, 60 γρ. βούτυρο, 250 γρ. αλεύρι, 2 αβγά
Για τη γέμιση
500 γρ. γάλα, 4 κουταλιές κορν φλάουρ, 2 κουταλιές ζάχαρη (ή περισσότερες), 100 γρ. λευκή σοκολάτα, 1 σφηνάκι Bourbon Whisky ή μερικές σταγόνες Αμαρέτο
Για τη σοκολατένια κρέμα
700 γρ. γάλα, 120 γρ. κακάο, 100 γρ. κορν φλάουρ, 100 γρ. ζάχαρη, 100 γρ. σοκολάτα κουβερτούρα, 1 σφηνάκι Bourbon Whisky ή κονιάκ (προαιρετικά)

Εκτέλεση

Ξεκινάμε με την παρασκευή των σου. Σε μια κατσαρόλα ρίχνουμε το νερό και το βούτυρο και τα αφήνουμε να ζεσταθούν πολύ καλά έως ότου λιώσει το βούτυρο. Κλείνουμε το μάτι και ρίχνουμε όλο το αλεύρι ανακατεύοντας συνέχεια.
Αφού έχει πάρει μια ανάσα η ζύμη, προσθέτουμε ένα ένα τα αβγά ανακατεύοντας συνέχεια – κατά προτίμηση με το μίξερ και τους γάντζους για ζύμες. Στρώνουμε λαδόκολλα σε ένα ταψί και με τα χέρια ή με κορνέ ή με κουταλάκια φτιάχνουμε μπαλάκια λίγο μικρότερα από ένα καρύδι. Τοποθετούμε το ταψί μας σε πολύ καλά προθερμασμένο φούρνο στους 200 βαθμούς και ψήνουμε για 15 λεπτά σ' αυτήν τη θερμοκρασία. Μετά από 15 λεπτά και αφού τα σουδάκια μας έχουν φουσκώσει και έχουν πάρει ένα όμορφο χρυσοκαφέ χρώμα, χαμηλώνουμε τη θερμοκρασία στους 160 και ψήνουμε για 7-10 λεπτά ακόμη.

Για την κρέμα

Βάζουμε το γάλα με τη ζάχαρη στη φωτιά να ζεσταθούν, αφού πριν έχουμε κρατήσει μισή κούπα από το γάλα. Εκεί διαλύουμε το κορν φλάουρ και το προσθέτουμε στο γάλα ανακατεύοντας συνέχεια. Μόλις το μείγμα μας αρχίσει να πήζει, προσθέτουμε τη λευκή σοκολάτα σε κομματάκια. Ανακατεύουμε συνέχεια να αναμειχθούν και αποσύρουμε από τη φωτιά. Προσθέτουμε το ουίσκι ή ό,τι άλλο θέλουμε, σκεπάζουμε την κρέμα με μεμβράνη για να μην κάνει κρούστα και την αφήνουμε να κρυώσει καλά.

Για τη σοκολατένια κρέμα

Ακολουθούμε τη διαδικασία, όπως και στην κρέμα της γέμισης. Το γάλα, τη ζάχαρη και το κακάο (κοσκινισμένο) τα βάζουμε όλα μαζί και ανακατεύουμε μέχρι να ενσωματωθούν. Προσθέτουμε το διαλυμένο κορν φλάουρ μετά την κουβερτούρα. Το ρίχνουμε ζεστό πάνω στα σου και γαρνίρουμε με φιλέ αμυγδάλου.

Γιάννης Μπιτσάκος,
Υπεύθυνος Κουζίνας Ευρωκλινικής Παίδων

Πανακότα με γεύση φράουλα*

Υλικά για 4 πανακότες
300 γρ. γιαούρτι
150 γρ. φράουλες αλεσμένες
6 φύλλα ζελατίνης
1 κούπα ζάχαρη άχνη
1 βανίλια

Εκτέλεση

Σε ένα κατσαρολάκι βάζουμε τη φράουλα με τη ζάχαρη άχνη και τη βανίλια και τα αφήνουμε να πάρουν μια βράση. Στη συνέχεια, προσθέτουμε τα φύλλα ζελατίνης –που προηγουμένως τα είχαμε βάλει σε κρύο νερό για να μαλακώσουν– και τέλος ρίχνουμε το γιαούρτι, ανακατεύοντας πολύ καλά. Τοποθετούμε το μείγμα σε μικρά φορμάκια και το βάζουμε στο ψυγείο μέχρι να παγώσει. Μπορούμε να το σερβίρουμε με παγωτό ή με σιρόπι ζεστής σοκολάτας .

* Αν θέλουμε, μπορούμε να φτιάξουμε την ίδια συνταγή και με άλλο φρούτα της επιλογής μας, π.χ., μπανάνα ή ανανά.

Υλικά
200 γρ. πλιγούρι
1 ντομάτα ψιλοκομμένη (χωρίς την ψίχα)
2 κρεμμυδάκια φρέσκα
Μαϊντανός ψιλοκομμένος
Ελαιόλαδο
Λεμόνι

Για τη σος γιαουρτιού με δυόσμο
100 γρ. γιαούρτι
2-3 φυλλαράκια δυόσμος
Λίγο ελαιόλαδο

Σαλάτα πλιγούρι με δροσερή σος γιαουρτιού και δυόσμο

Εκτέλεση

Μουλιάζουμε το πλιγούρι σε χλιαρό νερό για περίπου μία ώρα. Στη συνέχεια, το στραγγίζουμε και ρίχνουμε το μαϊντανό, την ντομάτα, το λάδι, το λεμόνι, το αλάτι και το πιπέρι. Για να φτιάξουμε τη σος γιαουρτιού, ανακατεύουμε όλα τα υλικά μαζί.

Ψαρονέφρι σοτέ με αφράτο πουρέ, τρίχρωμες πιπεριές και δροσερά φύλλα ρόκας

Υλικά για 4 άτομα
4 μέτρια ψαρονέφρια
2 πιπεριές από κάθε χρώμα (πράσινο, κόκκινο, κίτρινο)
3 κρεμμυδάκια φρέσκα
1 ματσάκι ρόκα
100 ml λευκό κρασί
Λίγος μαϊντανός
Αλάτι
Πιπέρι

Υλικά για τον πουρέ
1 κιλό πατάτες
50 ml κρέμα γάλακτος
150 γρ. τυρί ρεγκάτο
Αλάτι
Πιπέρι

Εκτέλεση

Κόβουμε το ψαρονέφρι σε τρία ίσια κομμάτια, το αλατοπιπερώνουμε και το σοτάρουμε μέχρι να ροδίσει. Στη συνέχεια, το σβήνουμε με το κρασί και το ψήνουμε στο φούρνο, στους 180 C, για 20 λεπτά. Στο ίδιο τηγάνι που σοτάραμε το ψαρονέφρι προσθέτουμε ξίδι βαλσάμικο και λίγο μέλι, και τα αφήνουμε λίγο να ρετουσάρουν, προσθέτοντας στο τέλος το βούτυρο. Σε άλλο τηγάνι σοτάρουμε για 2-3 λεπτά τις τρίχρωμες πιπεριές –που τις έχουμε κόψει ζουλιέν (λωρίδες)– με το φρέσκο κρεμμυδάκι, σβήνουμε με κρασί και προσθέτουμε τον ψιλοκομμένο μαϊντανό.

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