ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ **ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ** ΚΑΙ **ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ**

ΔΩΡΕΑΝ

Medilife

ΤΕΥΧΟΣ 25, ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2019
ISSN: 2459-4032

Medilife
ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ **ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ** ΚΑΙ **ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ**
ΤΕΥΧΟΣ 25, ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2019
ISSN: 2459-4032

Υποδεχόμαστε το καλοκαίρι

με συμβουλές για την υγεία μας

Στην κορυφή της ποιότητας... Αποδεδειγμένα!

Αποτελέσματα έρευνας ικανοποίησης ασθενών Ευρωκλινικής (σελ. 5)

υγεία για όλους | ομορφιά - διατροφή | παιδί

20 1998-2018

ΑΘΗΝΩΝ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο κέντρο!

ΧΡΟΝΙΑ

1οι στην Ποιότητα
Χρυσό Βραβείο Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

1ο «Center of Excellence» στη Χειρουργική του Θυρεοειδούς και την Καρδιοχειρουργική

1ο και μοναδικό πιστοποιημένο «Patients' Friendly Hospital» στην Ευρώπη

20 χρόνια ο ασθενής στο κέντρο
20 χρόνια στην κορυφή της ποιότητας

και συνεχίζουμε...

Αθανασιάδου 7-9, 115 21 Αθήνα (σταθμός μετρό Αμπελόκηποι), Τηλ.: 210 6416600
email: info@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

Medilife
ΤΕΥΧΟΣ 25, ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2019

Editorial

Αντώνης Βουκλαρής
Διευθύνων Σύμβουλος
Ομίλου Ευρωκλινικής

Στην κορυφή της Ποιότητας με Αποδείξεις!

Το να είσαι στην κορυφή απαιτεί να κάνεις το πιο απλό πράγμα, που όμως στις μέρες μας φαίνεται και το πιο δύσκολο.

Να ακούς. Να ακούς τον άνθρωπο και να αφουγκράζεσαι τις ανάγκες του και τις επιθυμίες του. Να δέχεσαι την κριτική και τα σχόλια, όχι μόνο όταν αυτά είναι θετικά αλλά και όταν είναι αρνητικά, χωρίς να τα αντιμετωπίζεις ως μεμονωμένο περιστατικό αλλά ως μια ευκαιρία να εντοπίζεις τις αδυναμίες σου, να τις διορθώνεις και να βελτιώνεσαι. Στον κλάδο της Υγείας αυτό αποκτά ακόμα μεγαλύτερη σημασία. Οι ασθενείς, οι άνθρωποι που σε εμπιστεύονται για την υγεία τους, είναι πάντα ο πιο αυστηρός κριτής και αυτός που καθορίζει πόσο καλά τα καταφέρνεις, πέρα από οποιοδήποτε χρηματοοικονομικό δείκτη και αριθμό.

Στην Ευρωκλινική κέντρο μας είναι ο ασθενής και η φροντίδα του. Και αυτό δεν είναι μία καμπάνια μάρκετινγκ ή μία αξία γραμμένη κάπου σε μία σελίδα. Είναι η βασική μας φιλοσοφία, αυτό που μας ξεχωρίζει και είναι κοινός παρονομαστής όλων των ενεργειών μας που έχουν πάντα ως στόχο να προσφέρουμε τις ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας. Γιατί είναι εύκολο να λες ότι προσφέρεις κορυφαία ποιότητα υπηρεσιών αλλά πώς μπορείς να το αποδείξεις;

Η Ποιότητα μπορεί να μετρηθεί; Ναι μπορεί!

Στην Ευρωκλινική περάσαμε από τη θεωρία στην πράξη και αναθέσαμε σε μία ανεξάρτητη εταιρεία το έργο της μέτρησης του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών μας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες μας. Τα αποτελέσματα τα μοιραζόμαστε μαζί σας στη σελίδα 5. **9 στους 10 ασθενείς μας δηλώνουν απόλυτα ικανοποιημένοι** από τις υπηρεσίες και τη φροντίδα που έλαβαν από τον Όμιλο Ευρωκλινικής και αυτό δεν μας γεμίζει απλά χαρά και υπερηφάνεια. Εκτός από την αναγνώριση των προσπαθειών και των ενεργειών συνεχούς βελτίωσης των υπηρεσιών μας αυτό αποτελεί ένα επιπλέον κίνητρο. Κίνητρο να ανεβάσουμε και άλλο τον πήχη και να παραμείνουμε στην κορυφή της ποιότητας. Γιατί η θετική αξιολόγηση δεν σου επιτρέπει να επαναναπαυθείς σε αυτά που έχεις πετύχει αλλά σε αναγκάζει να γίνεσαι κάθε μέρα καλύτερος.

Στην Ευρωκλινική τα σχόλια, οι παρατηρήσεις, η κριτική δεν αποτελεί πρόβλημα αλλά ζητούμενο και βασικό συστατικό της προσπάθειάς μας να πετυχαίνουμε τα υψηλά στάνταρ ποιότητας που θέτουμε. Γιατί πιστεύουμε πως εκτός από τις εγκαταστάσεις, τις υποδομές, τις διαδικασίες και τα συστήματα, την ποιότητα την κάνουν οι άνθρωποι. Και είναι οι άνθρωποί μας που αποδεικνύουν καθημερινά ότι η Ευρωκλινική ανήκει στους κορυφαίους της ποιότητας, γεγονός που επιβεβαιώνεται από το χαμόγελο που βλέπουμε στο πρόσωπο των ασθενών μας και των συνοδών τους.

“Για εμάς η ποιότητα στην παραγωγή σημαίνει πραγματική φροντίδα για τον άνθρωπο.”

Στα 90 χρόνια λειτουργίας της ΒΙΑΝΕΞ στο κέντρο της φιλοσοφίας μας υπήρξε πάντα η ποιότητα στην παραγωγή. Με πάνω από 1.000 εργαζομένους, στα 4 υψηλών προδιαγραφών εργοστάσια του ομίλου παράγουμε – για τον εαυτό μας ή για λογαριασμό τρίτων – φαρμακευτικά προϊόντα σύμφωνα με τις πιο αυστηρές διεθνείς απαιτήσεις. Μέσα από διαρκείς έρευνες και μελέτες του υψηλής εκπαίδευσης προσωπικού μας και των 440 και πλέον επιστημονικών συνεργατών μας καθιερωθήκαμε στην κορυφή των πιο αξιόπιστων φαρμακευτικών εταιριών στην Ελλάδα και διεθνώς.

Με βάση την αδιαπραγμάτευτη ποιότητα των προϊόντων μας καταφέραμε να δημιουργήσουμε μια μόνιμη σχέση εμπιστοσύνης με τον Ιατρικό και Φαρμακευτικό κόσμο, διανέμοντας τα προϊόντα μας και καλύπτοντας το 100% των νοσοκομείων της Ελλάδας, των φαρμακεμπόρων και των συνεταιρισμών φαρμακοποιών.

www.vianex.gr

ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

HE15013

Medilife Contents

ΤΕΥΧΟΣ 25, ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2019

ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο Κέντρο!

ΤΑ ΝΕΑ ΜΑΣ

5 Στην κορυφή της ποιότητας... με αποδείξεις!
6-7 Ιατρικά νέα
8-9 14 χρόνια το παιδί στο κέντρο της φροντίδας μας
10-13 Τα νέα μας
16 Center of Excellence: Επαναπιστοποίηση του Κέντρου Αριστείας Χειρουργικής Θυρεοειδούς και Παραθυρεοειδών Αδένων

ΑΦΙΕΡΩΜΑ

14-15 SOS ΙΑΤΡΟΙ. Μία εφημερία 25 χρόνων που συνεχίζεται

ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

18 Σύγχρονη αντιμετώπιση λιθίασης του ουροποιητικού
21 Νέες μοριακές τεχνικές για τη διάγνωση των λοιμώξεων
24 Υπερθυρεοειδισμός & ψυχολογία ασθενούς
26 Οξεία Χολοκυστίτιδα
28 Μεταβολικό Σύνδρομο
30 Νέοι ορίζοντες στη χειρουργική ογκολογία και όχι μόνον
32 Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα Εντέρου
34 Διαθωρακικό υπερηχογράφημα πνευμόνων
36 Χειρουργική θεραπεία σκελετικών διαταραχών του προσώπου
38 Πόνος στον ώμο;
40 Η θέση της ρομποτικής στην σύγχρονη χειρουργική σήμερα
43 Κλωνική Αιμοποίηση
44 Σχέση Ασθενών-Internet και ο ρόλος του ιατρού
46 Μαγνητική Τομογραφία καρδιάς
48 20 χρόνια ενδοσκοπική ρινοχειρουργική παραρρίνιων κόλπων – βάσεως κρανίου
50 Συχνά ερωτήματα για τον καρκίνο
52 Επιχείλιος έρπης. Λοίμωξη από τον ιό του έρπητα
54 Ενδομητρίωση
56 Καρδιακή ανεπάρκεια
58 Ανθεκτική αναιμία μετά τα 70
60 Πονοκέφαλος
62 Σύγχρονη ελάχιστα επεμβατική μέθοδος αντιμετώπισης θωρακοκοιλιακών ανευρυσμάτων
64 Η σύγχρονη Νευροχειρουργική
66 Άνοια και λοιπές διαταραχές μνήμης

ΟΜΟΡΦΙΑ - ΔΙΑΤΡΟΦΗ

70 Face Lift
72 Ενέσιμη λιποδιάλυση για τοπικό πάχος
74 Αλάτι, ένας από τους βασικότερους ηλεκτρολύτες

ΠΑΙΔΙ

78 Ιλαρά
80 Μαγνητική τομογραφία στα παιδιά
82 Ωτοπλαστική στα παιδιά
84 Κύστεις ωοθήκης σε νεογνά και βρέφη
86 Πότε πρέπει να ελέγχονται οφθαλμολογικά τα παιδιά;

Medilife

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ
Αθανασιάδου 7-9, πάροδος Δ. Σούτσου, 115 21, Αθήνα
Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 6416 600
Fax: 210 6416 555

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ
Αθανασιάδου 7-9, πάροδος Δ. Σούτσου, 115 21, Αθήνα
Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 6416 600
Fax: 210 6416 555

info@euroclinic.gr
www.euroclinic.gr
www.facefook.com/euroclinicgroup
@euroclinic_group

Επιτροπή Επιστημονικού Συμβουλίου Ηθικής και Δεοντολογίας

Πρόεδρος
Αναπλ. Καθηγητής Αριστείδης Καραγιάννης
Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών
Ευτύχιος Βορίδης
Επίτιμος Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου

Μέλη
Αντώνης Βουκλαρής
Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής
Ευάγγελος Γκόβας
Διευθυντής Τμήματος Υπερήχων, Ευρωκλινική Αθηνών
Δανάη Δαλιάνη
Διευθύντρια Ογκολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών
Εμμανουήλ Ζαχαριάδης
Διευθυντής Πνευμονολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών
Ανδρέας Κωνσταντίνου
Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας, Ευρωκλινική Αθηνών
Μιχαήλ Σούτης
Τομεάρχης Παιδιατρικού Τομέα και Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
Ελένη Τσάπρα
Διευθύντρια Παιδιατρικού Τομέα, Ευρωκλινική Παίδων
Ιωάννης Ζιούνας
Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής
Δημήτρης Ρίχτερ
Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής

Επιτροπή Παιδιατρικού Τομέα
Πρόεδρος
Μαρία Κατσικάρη
Διευθύντρια Τμήματος Υπερήχων, Ευρωκλινική Παίδων

Μέλη
Μιχαήλ Σούτης
Τομεάρχης Παιδιατρικού Τομέα και Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
Ελένη Τσάπρα
Διευθύντρια Παιδιατρικού Τομέα, Ευρωκλινική Παίδων
Νικόλαος Πέττας
Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
Παναγιώτης Μισυρλής
Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
Νικόλαος Γκούμας
Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
Αγορή Καντζιά
Αναπληρώτρια Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
Ανδρέας Κωνσταντίνου
Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας, Ευρωκλινική Αθηνών

Υπεύθυνη έκδοσης
Εύα Τσιλίκουνα
Διευθύντρια Μάρκετινγκ & Επικοινωνίας Ομίλου Ευρωκλινικής

Εκτύπωση - Βιβλιοδεσία: **Pressious Arvanitidis ABEE**

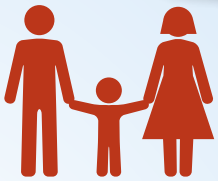
© ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Το περιοδικό Medilife δεν παρέχει ιατρικές υπηρεσίες ή ιατρικές συμβουλές και σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστά τον προσωπικό σας ιατρό και την επίσκεψή σας σε αυτόν. Τυχόν πληροφορίες ή ενημερώσεις που παρέχονται από το Medilife δεν εκφράζουν παρά μόνο την προσωπική άποψη των συγγραφέων αυτών και δεν αποτελούν ιατρική συμβουλή, ιατρική αγωγή, ιατρική γνωμάτευση, ιατρική θεραπεία, ή εν γένει πληροφορία ιατρικού περιεχομένου που μπορεί να υποκαταστήσει την επίσκεψη και συμβουλή του ιατρού σας.

Το περιοδικό διανέμεται δωρεάν

Τιμητική Διάκριση για τον κ. Δημήτρη Ρίχτερ!

Οι ιατροί της Ευρωκλινικής Αθηνών πρωταγωνιστούν στις ιατρικές εξελίξεις και διακρίνονται συνεχώς για το ιατρικό τους έργο τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Ο κος **Δημήτρης Ρίχτερ**, Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, εξελέγη πρόεδρος του Συμβουλίου των Ιδιωτών Καρδιολόγων της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας, ενώ προηγουμένως είχε διατελέσει ως μέλος και εκπρόσωπος του συμβουλίου.

Έρευνες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών που επέλεξαν την Ευρωκλινική



9/10

ασθενείς είναι απόλυτα ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν από την Ευρωκλινική

Στην κορυφή της ποιότητας... με αποδείξεις!

Η γνώμη σας μας κάνει καλύτερους!

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής, έχοντας ως βασικό στόχο την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας με κέντρο τον άνθρωπο, λαμβάνει πολύ σοβαρά υπόψη του και θεωρεί πολύτιμη την γνώμη κάθε ασθενή που έχει επισκεφτεί ή νοσηλευτεί σε κάποια από τις κλινικές του Ομίλου. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο, από το 2018, πραγματοποιεί έρευνες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών ή των συνοδών τους, που επέλεξαν την Ευρωκλινική Αθηνών ή την Ευρωκλινική Παίδων για την κάλυψη των ιατρικών τους αναγκών, αξιοποιώντας με παραγωγικό τρόπο τα σχόλια και τις παρατηρήσεις τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πιο πρόσφατης έρευνας που διενεργήθηκε απο ανεξάρτητη εξωτερική εταιρεία ερευνών κατά τη διάρκεια του τριμήνου (Νοέμβριος 2018 - Ιανουάριος 2019), **9 στους 10 ασθενείς που επισκέπτονται ή νοσηλεύονται στις κλινικές της Ευρωκλινικής δηλώνουν απόλυτα ικανοποιημένοι από την εξυπηρέτηση και τη φροντίδα** που έλαβαν κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στις ιατρικές εγκαταστάσεις του Ομίλου. Ρωτήθηκε το 80% των εσωτερικών ασθενών, το οποίο δήλωσε απόλυτα ικανοποιημένο σε ποσοστό μεγαλύτερο από 90%. Ανάλογα ήταν και τα ποσοστά για τους εξωτερικούς ασθενείς, αφού το 20% των ερωτηθέντων δήλωσε απόλυτα ικανοποιημένο σε ποσοστό που αγγίζει το 89,9% για την κλινική ενηλίκων και το 95,7% για την κλινική παίδων.

Η ζεστή υποδοχή των ασθενών, η άμεση και γρήγορη εξυπηρέτησή τους, το άριστα καταρτισμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και το φιλικό προς τον ασθενή περιβάλλον του νοσοκομείου, είναι μερικοί μόνο από τους παράγοντες που συνετέλεσαν στην **πολύ υψηλή αξιολόγησή** του από την πλειοψηφία των ασθενών. Ως ένας από τους πρωτοπόρους στον Κλάδο της Ιδιωτικής Υγείας, θεωρούμε υποχρέωσή μας να μοιραζόμαστε με απόλυτη διαφάνεια τις επιδόσεις μας σε όλους τους τομείς που αφορούν στην εξυπηρέτηση και την φροντίδα του ασθενή, θέτοντας ακόμα υψηλότερα τον πήχη της ποιότητας στην Υγεία. Δεσμευόμαστε ότι η γνώμη σας θα συνεχίσει να αποτελεί την κινητήριο δύναμή μας, προκειμένου να συνεχίσουμε να εξελισσόμαστε και να γινόμαστε καλύτεροι, επιδεικνύοντας κορυφαίους δείκτες ποιότητας.

Δερματολογικό σεμινάριο για την **Ενέσιμη Λιποδιάλυση**

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε στην Ευρωκλινική, στις **12 Ιανουαρίου 2019**, Hands On σεμινάριο δερματολογίας με θέμα την Ενέσιμη Λιποδιάλυση για την αντιμετώπιση του τοπικού πάχους στην περιοχή του προσώπου, καθώς και την ψευδή γυναικομαστία στους άνδρες. Στο σεμινάριο συμμετείχαν 27 ειδικευμένοι δερματολόγοι, οι οποίοι είχαν την ευκαιρία να παρακολουθήσουν τόσο θεωρητική όσο και πρακτική εκπαίδευση σε αληθινά περιστατικά. Συντονίστρια του προγράμματος ήταν η κα **Αργυρώ Παπαδοπούλου**, Δερματολόγος – Επιστημονικά Υπεύθυνη Δερματολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών.

Πανευρωπαϊκή πρωτιά σε επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης με τοπική αναισθησία

Για πρώτη φορά στην Ευρώπη, πραγματοποιήθηκε στην Ευρωκλινική Αθηνών, στις **24 Οκτωβρίου 2018**, χειρουργείο οσφυϊκής δισκεκτομής υπό περιοχική (τοπική) αναισθησία. Η επέμβαση, πραγματοποιήθηκε από την ομάδα του νευροχειρουργού κου **Ν. Μαραθεύτη**, σε ασθενή 70 ετών, ο οποίος παρέμεινε σε εγρήγορση καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης, κινητοποιήθηκε πλήρως σε δυο ώρες, εμφάνισε άμεσα σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων του και έλαβε εξιτήριο την ίδια ημέρα. Έκτοτε η μέθοδος εφαρμόζεται ως ρουτίνα και σε άλλους ασθενείς.

Οι επεμβάσεις οσφυϊκής δισκεκτομής με τοπική αναισθησία εφαρμόζονταν έως τώρα αποκλειστικά σε επιλεγμένα κέντρα των ΗΠΑ και έχουν πολύ σημαντικά οφέλη για τον ασθενή. Αναλυτικότερα, με τη συγκεκριμένη μέθοδο επιτυγχάνεται:

- μείωση του μετεγχειρητικού πόνου
- ημερήσια νοσηλεία
- άμεση κινητοποίηση του ασθενή,
- δίνεται η δυνατότητα να χειρουργηθούν και ασθενείς που δεν θέλουν ή δεν πρέπει για ιατρικούς λόγους να λάβουν γενική αναισθησία.

Το σημαντικότερο, όμως, πλεονέκτημα της επέμβασης οσφυϊκής δισκεκτομής με τοπική αναισθησία είναι ότι κατά τη διάρκεια του χειρουργείου ο ασθενής συζητά με τον χειρουργό, ενώ αυτός εξετάζει την πάσχουσα περιοχή. Έτσι, ο νευροχειρουργός κάνει χειρουργικούς χειρισμούς, ενώ λαμβάνει πολύτιμη ανατροφοδότηση από τον ίδιο τον ασθενή. **Η επέμβαση είναι πιο ασφαλής και μειώνεται σχεδόν στο μηδέν η πιθανότητα νευρολογικής βλάβης.**

neurolife

Νέο, Πλήρες και Σύγχρονο νευρολογικό τμήμα στην Ευρωκλινική Αθηνών!

Στην Ευρωκλινική Αθηνών παρέχεται ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών που αφορούν τη διερεύνηση, τη διάγνωση και τη θεραπεία όλων των νευρολογικών νοσημάτων και περιλαμβάνουν:

- **Επείγοντα περιστατικά**
- **Νοσηλεία**
- **Νοσηλεία μίας ημέρας (ODC)**
- **Ειδικά εξωτερικά ιατρεία**

Πιο συγκεκριμένα, το νευρολογικό τμήμα, με επικεφαλής την κα Βάσω Ζησιμοπούλου, στελεχώθηκε από μία νέα εξειδικευμένη ομάδα (Neurolife), η οποία παρέχει υψηλό επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών και διατηρεί επιστημονική και ερευνητική συνεργασία με εξειδικευμένα κέντρα τόσο της Ελλάδας όσο και του εξωτερικού. Παρέχεται εξατομικευμένη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση όλων των νευρολογικών παθήσεων, μεταξύ των οποίων είναι: **η κεφαλαλγία, η Σκλήρυνση κατά πλάκας, η μυασθένεια, οι πολυνευροπάθειες, το Parkinson, η άνοια, η επιληψία αλλά και η γρήγορη και άμεση αντιμετώπιση των εγκεφαλικών επεισοδίων** με τη δημιουργία ειδικού τμήματος αντιμετώπισης εγκεφαλικών επεισοδίων (stroke unit).

Η ορθοπαιδική ομάδα της Osteon στην Ευρωκλινική Αθηνών!

Η Ευρωκλινική Αθηνών, ενισχύει το ήδη πολύ υψηλό επίπεδο των ορθοπαιδικών της τμημάτων, εντάσσοντας στο δυναμικό της, την ορθοπαιδική ομάδα της Osteon. Η ομάδα της Osteon απαρτίζεται από ιατρούς ορθοπαιδικούς με πολυετή εμπειρία και εξειδίκευση. Αντιμετωπίζουν όλο το φάσμα των ορθοπαιδικών παθήσεων και παρέχουν ολιστική προσέγγιση και αντιμετώπιση σε κάθε ασθενή.

Μέσω της διαδικασίας του ιατρικού συμβουλίου των διευθυντών ορθοπαιδικών της Osteon, του κου **Βασίλειου Σακελλαρίου**, **Παναγιώτη Πάντου** και **Κωνσταντίνου Σταραντζή**, διασφαλίζεται με τον βέλτιστο δυνατό τρόπο, η **ολοκληρωμένη αντιμετώπιση ακόμα και των πλέον σύνθετων παθήσεων και εξαιρετικά πολύπλοκων προβλημάτων**, καθώς ο καθένας από την ομάδα εξειδικεύεται σε διαφορετική ανατομική περιοχή και γνωστικό αντικείμενο.

OSTEON ORTHOPEDIC & SPINE CLINIC

Συγκεκριμένα, στο νέο τμήμα θα καλύπτονται παθήσεις άνω άκρου, σπονδυλικής στήλης, επανορθωτικής και ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής ισχίου και γόνατος, ποδοκνημικής και άκρου ποδός κ.ά.

Όλα τα μέλη της Osteon έχουν μακρά και στοχευμένη μετεκπαίδευση σε κορυφαία κέντρα του εξωτερικού, ενώ η εξασφάλιση της αριστείας του κλινικού τους έργου, αποτελεί διαρκή στόχο και προτεραιότητα.

14η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ Ευρωκλινικής Παίδων

14 χρόνια το παιδί στο κέντρο της φροντίδας μας

Η Ευρωκλινική Παίδων, πιστή στο ετήσιο ραντεβού της με την παιδιατρική κοινότητα, πραγματοποίησε με μεγάλη επιτυχία την 14η Επιστημονική της Ημερίδα με θέμα **«Επίκαιρα Παιδιατρικά Θέματα», στις 24 Νοεμβρίου 2018, στην Αίγλη Ζαππείου**. Η ημερίδα «θεσμός» για το παιδί ξεπέρασε κάθε προσδοκία από πλευράς συμμετοχών, ενώ η παρουσία του κου **Ευγένιου Τριβιζά**, Εγκληματολόγου - Συγγραφέα, ως προσκεκλημένου ομιλητή, έκανε τη διαφορά, αποδεικνύοντας ότι η επιστήμη και η λογοτεχνία μπορούν να συνδυαστούν, όταν «πρωταγωνιστής» είναι το παιδί και η φροντίδα του. Πιο συγκεκριμένα, ο κος Τριβιζάς άφησε το

Ο κος Ευγένιος Τριβιζάς, Εγκληματολόγος-Συγγραφέας

Η ημερίδα «θεσμός» για το παιδί ξεπέρασε κάθε προσδοκία από πλευράς συμμετοχών. Περισσότεροι από 300 παιδίατροι και λοιποί επιστήμονες έδωσαν το παρών

δικό του ξεχωριστό αποτύπωμα στην ημερίδα με μία σύγχρονη και επίκαιρη ομιλία, η οποία συγκίνησε και ενέπνευσε όλο το κοινό.

Την ημερίδα τίμησαν ακόμα με την παρουσία τους, καθώς και με τις ενδιαφέρουσες επιστημονικές τους παρουσιάσεις, καταξιωμένοι παιδίατροι αλλά και καθηγητές της Παιδιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Αναλυτικότερα, **περισσότεροι από 300** παιδίατροι και λοιποί επιστήμονες έδωσαν το παρών και ενημερώθηκαν για επίκαιρα παιδιατρικά θέματα, τα οποία εμφανίζουν τεράστιο ενδιαφέρον τόσο για την παιδιατρική επιστήμη όσο και για την καθημερινή κλινική πράξη.

Μερικά από τα θέματα που αναπτύχθηκαν ήταν οι παράγοντες που επηρεάζουν το άσθμα στην παιδική ηλικία, η διάγνωση και αντιμετώπιση δυσλιπιδαιμίας στα παιδιά, ο ρόλος του νεογνολόγου και του παιδιάτρου στη διάγνωση των κληρονομικών μεταβολικών νοσημάτων, η παλινδρομική νόσος σε βρέφη και παιδιά κ.ά.

Μετά το πέρας της ημερίδας, η ομάδα της Ευρωκλινικής Παίδων ανανέωσε τη συνάντησή της με τον παιδιατρικό κόσμο για την επόμενη χρονιά και **δεσμεύτηκε ότι θα συνεχίσει να πρωτοπορεί θέτοντας στο κέντρο του ενδιαφέροντός της την φροντίδα και τη διασφάλιση της υγείας του μικρού ασθενή**!

Γίναμε καλύτεροι γονείς με τις ομάδες γονέων της Ευρωκλινικής Παίδων!

Η Ευρωκλινική Παίδων, στο πλαίσιο της φροντίδας και της ευαισθησίας με την οποία περιβάλλει τους μικρούς ασθενείς, διοργάνωσε **δωρεάν ομιλίες - ομάδες γονέων** με σκοπό την ανάπτυξη καλύτερων οικογενειακών σχέσεων. Οι ομάδες γονέων πραγματοποιήθηκαν με μεγάλη επιτυχία στο αμφιθέατρο του Ινστιτούτου Παστέρ, σε έναν κύκλο 5 δωρεάν ομιλιών, από τις **10 Οκτωβρίου - 5 Δεκεμβρίου 2018.**

Κατά τη διάρκεια των ομιλιών γονείς και ειδικοί έγιναν μία ομάδα, αντάλλαξαν εμπειρίες και απόψεις, επίλυσαν απορίες και έμαθαν πώς μέσα από την αλληλεπίδραση και τον διάλογο μπορούν να επιτύχουν αρμονία και ευημερία μέσα στην οικογένεια. Ανάμεσα στα θέματα που αναλύθηκαν ήταν η συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών, η επίδραση των συζυγικών και γονεϊκών σχέσεων στην ισορροπία της οικογένειας, ο ρόλος της αυτογνωσίας, οι μαθησιακές δυσκολίες κ.ά. Εισηγητής των συνεδριών ήταν ο κ. **Πάλλης Ευστράτιος**, Παιδοψυχίατρος Ευρωκλινικής Παίδων, με πολυετή εμπειρία σε θέματα συμβουλευτικής και θεραπείας για γονείς, παιδιά και εφήβους, ενώ στις συνεδρίες φιλοξενήθηκαν επίσης και ειδικοί, οι οποίοι ενημέρωσαν τους γονείς για τα ζητήματα που τους απασχολούν.

Συμμετοχή της Ευρωκλινικής Παίδων στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθήσεων Σιελογόνων Αδένων

Οι ιατροί της Ευρωκλινικής Παίδων πρωταγωνιστούν στις παιδιατρικές εξελίξεις και αποδεικνύουν συνεχώς το υψηλό επιστημονικό τους επίπεδο. Ο κος **Τσακανίκος Μιχαήλ**, Δ/ντης Χειρουργός Παιδο-ΩΡΛ, Ευρωκλινική Παίδων, έλαβε μέρος ως συντονιστής και ομιλητής στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθήσεων Σιελογόνων Αδένων, το οποίο πραγματοποιήθηκε στη **Θεσσαλονίκη 27 - 29 Σεπτεμβρίου 2018**. Συγκεκριμένα, ο κος Τσακανίκος συντόνισε την ενότητα που αφορούσε στις Παθήσεις σιελογόνων αδένων στα παιδιά, ενώ η ομιλία του είχε τίτλο «Σιελόρροια στα παιδιά & σύγχρονη αντιμετώπιση».

Νέα Συνεργασία της Ευρωκλινικής Παίδων με την Ακτινολόγο κα Χριστιάνα Χατζηγιώργη

Η Ευρωκλινική Παίδων συνεχίζει να αναβαθμίζει τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει στους μικρούς ασθενείς, εντάσσοντας στο παιδιατρικό δυναμικό της τη διακεκριμένη Ακτινολόγο κυρία **Χριστιάνα Χατζηγιώργη**, ως Δ/ντρια του νέου Ακτινολογικού Τμήματος. Η κα Χατζηγιώργη, πρώην Διευθύντρια στο Τμήμα Ακτινοδιαγνωστικών Απεικονίσεων και Αξονικής - Μαγνητικής Τομογραφίας του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία», διαθέτει ειδίκευση στην Ακτινοδιαγνωστική, ενώ έχει μετεκπαιδευτεί σε τομείς όπως: η παιδιατρική ακτινολογία, η παιδιατρική νευροακτινολογία, η παιδιατρική μαγνητική τομογραφία, η παιδιατρική ογκολογία κ.ά., τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό στο Great Ormond Street Hospital for Children του Λονδίνου και στο Georgetown University Hospital της Ουάσιγκτον. Η κα Χατζηγιώργη έχει συμπληρώσει σχεδόν **35 χρόνια κλινικής εμπειρίας** και η ένταξή της στο ιατρικό δυναμικό της Ευρωκλινικής Παίδων ενισχύει το ήδη **πολύ υψηλό επίπεδο του Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος**.

Η Ευρωκλινική υποστηρίζει τον αγώνα ενάντια στον καρκίνο του μαστού

Με την υποστήριξη του Ομίλου Ευρωκλινικής, διοργανώθηκε στις **25 Οκτωβρίου 2018 στο Ινστιτούτο Παστέρ,** ημερίδα για την ενημέρωση και την πρόληψη γύρω από τον καρκίνο του μαστού από την Ελληνική Συνεργαζόμενη Ομάδα Μελέτης Μαστού – ΕΛΣΟΜΑ, υπό την αιγίδα του EUROPA DONNA HELLAS, με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα ενάντια στον καρκίνο του μαστού. Κεντρικό θέμα της ημερίδας ήταν η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση όλων των γυναικών γύρω από τη νόσο. Το «παρών» στην εκδήλωση έδωσαν η κα **Έλενα Κουντουρά**, Υπουργός Τουρισμού και Πρόεδρος της EUROPA DONNA HELLAS *(φωτό 2)*, η οποία άνοιξε την εκδήλωση, καθώς και ιατροί της Ευρωκλινικής Αθηνών, οι οποίοι παρουσίασαν θέματα που αφορούν στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Ο κος **Γιώργος Μάριος Μακρής,** Διευθυντής Γυναικολόγος, η κα **Φιορίτα Πουλακάκη**, Διευθύντρια Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, ο κος **Πέτρος Μαλακάσης**, Διευθυντής Απεικονιστικού Τμήματος Διάγνωσης Μαστού και Οστικής Πυκνομετρίας, ο κος **Βασίλης Κρέτσης**, Διευθυντής Πλαστικός Χειρουργός *(φωτό 1)* και ο κος **Κων/νος Ξένος**, Διευθυντής του Τμήματος Διατροφογενετικής και Έρευνας Θρέψης, Ευρωκλινική Αθηνών, ενημέρωσαν τους παρευρισκομένους για τις τελευταίες ιατρικές εξελίξεις και θεραπευτικές πρακτικές σχετικά με τη νόσο. Στην ημερίδα μίλησαν επίσης, εξειδικευμένοι σύμβουλοι ψυχολογίας, συγγραφείς, αλλά και γυναίκες-survivors, οι οποίες έδωσαν το δικό τους προσωπικό στίγμα στην εκδήλωση και μοιράστηκαν την εμπειρία τους με το κοινό, δίνοντας ένα μήνυμα αισιοδοξίας για την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού.

Φωτο 1

Φωτο 2

Νέα Στρατηγική Συνεργασία του Ομίλου Ευρωκλινικής

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής σε συνεργασία με τη **MINETTA Ασφαλιστική** προσφέρει σε όλα τα **μέλη του προμηθευτικού συνεταιρισμού της ΔΕΗ** υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας σε προνομιακή τιμή. Η έναρξη της συνεργασίας ανακοινώθηκε με συνέντευξη τύπου που διοργανώθηκε **23 Νοεμβρίου 2018 στο Ινστιτούτο Παστέρ**. Από την 1η Δεκεμβρίου 2018, τα μέλη του Προμηθευτικού Συνεταιρισμού Προσωπικού της ΔΕΗ έχουν πρόσβαση σε σημαντικές παροχές υγείας, υψηλών προδιαγραφών και με όσο το δυνατόν χαμηλότερο κόστος. Μεταξύ των παροχών που θα λαμβάνουν τα μέλη είναι η κάλυψη έως 30.000€ ετησίως για νοσηλεία, ιατρικές επισκέψεις & διαγνωστικές εξετάσεις σε Πανελλαδικό Δίκτυο σε εξαιρετικά προνομιακές τιμές, δωρεάν κάλυψη επειγόντων περιστατικών, μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου σε διαγνωστικές εξετάσεις με χρήση ΕΟΠΥΥ κ.ά. Η Ευρωκλινική θα συνεχίσει να διευρύνει το δίκτυο των συνεργασιών της και με άλλα σημαντικά ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης, θέτοντας σταθερά στο κέντρο της φροντίδας της την παροχή προνομιακών και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Η Ευρωκλινική κοντά στην κοινωνία

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής ανάμεσα στους κορυφαίους για την κοινωνική προσφορά στην Ελλάδα

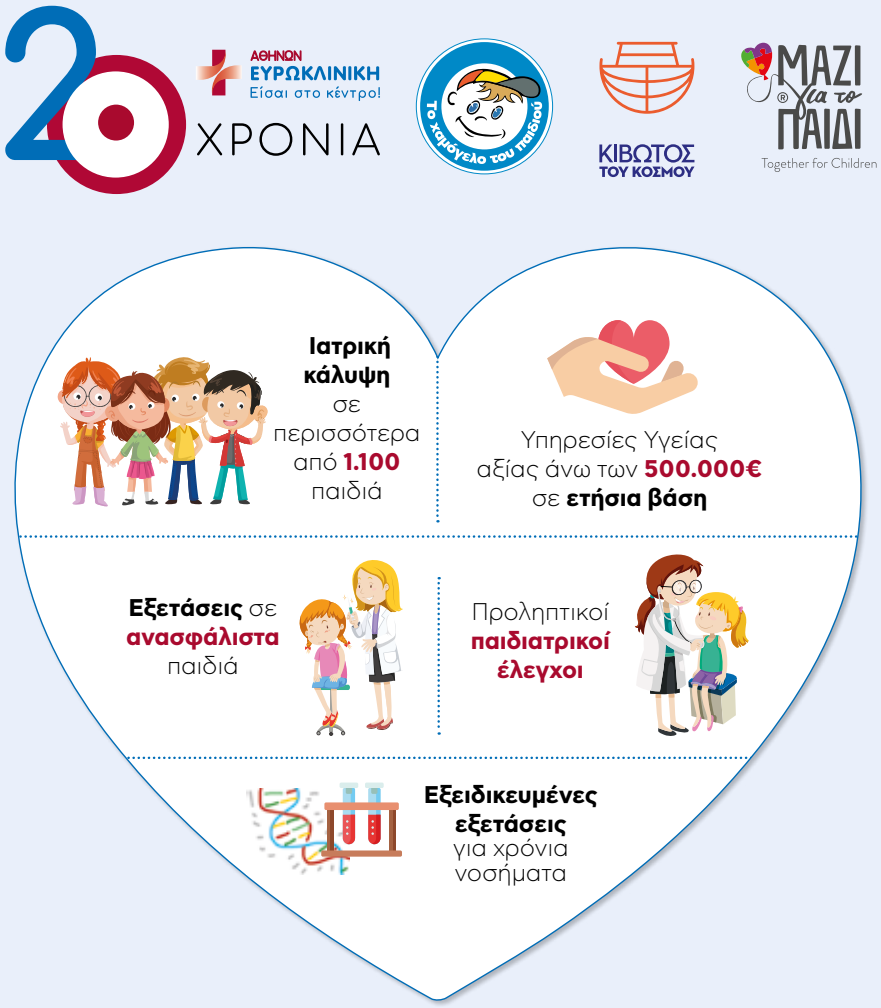
Ο Όμιλος Ευρωκλινικής, βρίσκεται έμπρακτα στο πλευρό των παιδιών που έχουν ανάγκη, γι' αυτό και **ξεχώρισε ανάμεσα σε 35 κορυφαίες εταιρείες** που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της Εταιρικής Υπευθυνότητας στην Ελλάδα, παρουσιάζοντας το πρόγραμμά του στο αντίστοιχο συνέδριο που διοργάνωσε το Marketing Week, της Boussias Communications στο Maroussi Plaza στις 27 Φεβρουαρίου 2019.

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής με αφορμή τη συμπλήρωση 20 χρόνων από την ίδρυση της Ευρωκλινικής Αθηνών, προσέφερε το αγαθό που γνωρίζει καλύτερα, την υγεία, στο πιο ευαίσθητο τμήμα της κοινωνίας, το παιδί.

Γι' αυτόν τον λόγο, για πρώτη φορά, συγκέντρωσε κάτω από την ίδια «ομπρέλα» φροντίδας του τρεις από τους μεγαλύτερους κοινωφελείς οργανισμούς με κέντρο το παιδί στην Ελλάδα.

Από την 1η Ιουλίου 2018 λοιπόν, ο Όμιλος Ευρωκλινικής καλύπτει κάθε χρόνο όλες τις προληπτικές και διαγνωστικές παιδιατρικές εξετάσεις στα παιδιά που φιλοξενούνται στις δομές της **«Κιβωτού του Κόσμου», της Ένωσης «Μαζί για το Παιδί» και «Του Χαμόγελου του Παιδιού»**, στην Αττική. Πιο συγκεκριμένα, ο Όμιλος παρέχει στους τρεις οργανισμούς:

- Ιατρική κάλυψη σε **περισσότερα από 1.100 παιδιά**
- Υπηρεσίες υγείας αξίας πάνω από **500.000** €
- Εξετάσεις σε **ανασφάλιστα** παιδιά
- Προληπτικούς **παιδιατρικούς** ελέγχους
- **Εξειδικευμένες** εξετάσεις για χρόνια νοσήματα



Η κα **Εύα Τσιλίκουνα**, **Δ/ντρια Marketing & Επικοινωνίας του Ομίλου**, μοιράστηκε με το κοινό το όραμα της Ευρωκλινικής για μία κοινωνία στην οποία τα παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας ή ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας, θα έχουν ισότιμη πρόσβαση στην Υγεία και ανέλυσε τη στρατηγική και τη φιλοσοφία πίσω από την ξεχωριστή δράση του Ομίλου, καθώς και τον μελλοντικό στόχο του, που δεν είναι άλλος από την **συνεχή και ουσιαστική προσφορά στην κοινωνία**.

«Συμπλέουμε» με κέντρο μας τον άνθρωπο

Η Ευρωκλινική συνεχίζει να υποστηρίζει έμπρακτα τους κατοίκους ακριτικών και απομονωμένων νησιών, εξασφαλίζοντάς τους ισότιμη πρόσβαση στην υγεία. Κατά την διάρκεια της φθινοπωρινής αποστολής του οργανισμού «Σύμπλευση» στην **Σαμοθράκη**, ο Όμιλος διέθεσε τα εργαστήριά του για την πραγματοποίηση **γυναικολογικών εξετάσεων (Τεστ Παπ) σε περισσότερες από 40 γυναίκες**.

Θα συνεχίσουμε να παρέχουμε εθελοντικά τις ιατρικές μας υπηρεσίες, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στην προσπάθεια για βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των ακριτικών και απομονωμένων ελληνικών νησιών.

«Αγκαλιάσαμε» τα παιδιά του Λύρειου Παιδικού Ιδρύματος

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής, πιστός στη δέσμευσή του να προσφέρει ιατρικές υπηρεσίες με κέντρο την παιδική φροντίδα, «αγκάλιασε» τα παιδιά του Λύρειου Παιδικού Ιδρύματος, προσφέροντας δωρεάν παιδιατρικές εξετάσεις σε δεκάδες παιδιά του ιδρύματος. Με αυτόν τον τρόπο, συμβάλλουμε στο κοινωνικό έργο του ιδρύματος, παρέχοντας το αγαθό της υγείας σε όσα παιδιά το έχουν ανάγκη.

Υποστηρίζουμε τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με καρκίνο του μαστού «Άλμα Ζωής»

Για ακόμη μία χρονιά, ο Όμιλος Ευρωκλινικής απέδειξε το κοινωνικό του πρόσωπο, προσφέροντας **δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις (υπερηχογράφημα μαστών και μαστογραφία)** σε δεκάδες γυναίκες στο πλαίσιο του Προγράμματος Ενημέρωσης & Κλινικής Εξέτασης Γυναικών 20-39 ετών, που διοργάνωσε ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής». Έτσι, ενισχύουμε τις προσπάθειες του συλλόγου για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, ενώ παράλληλα συμβάλλουμε στο έργο του για ιατρική κάλυψη των γυναικών που αντιμετωπίζουν έντονα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα.

ΑΦΙΕΡΩΜΑ

SOS ΙΑΤΡΟΙ

μία εφημερία 25 χρόνων που συνεχίζεται

Πριν από 25 χρόνια, ιδρύοντας τους SOS ΙΑΤΡΟΥΣ, δεν ξεκινήσαμε τόσο τη λειτουργία μιας εταιρείας, όσο εγκαινιάσαμε μια άλλη αντίληψη, αυτή της οργανωμένης και εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης κατ' οίκον, 24 ώρες το 24ωρο, 365 ημέρες τον χρόνο από εξειδικευμένους γιατρούς. 25 χρόνια μετά εφημερεύουμε πάντα στην πόλη, δίπλα στον ασθενή, καλύπτοντας τις ανάγκες του με σεβασμό απέναντι στη μοναδικότητά του.

Το δίκτυο των SOS ΙΑΤΡΩΝ απαρτίζεται από γιατρούς 20 ειδικοτήτων και, επιπλέον, παρέχει τη δυνατότητα για κατ' οίκον πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων, ακτινογραφιών, υπερήχων, αλλά και για νοσηλεία από καταρτισμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Έχοντας πραγματοποιήσει πάνω από 700.000 ιατρικές επισκέψεις και δίνοντας ιατρικές συμβουλές –μέσω του τηλεφωνικού κέντρου– σε εκατομμύρια πολίτες, η εμπειρία μας συνεχώς μεγαλώνει και αποκτούμε ολοένα και περισσότερες δεξιότητες στην αντιμετώπιση του επείγοντος στο σπίτι. Η δράση μας περιγράφεται και αξιολογείται επιστημονικά, τόσο στη διεθνή ιατρική βιβλιογραφία όσο και σε παγκόσμια ιατρικά συνέδρια, αποτελώντας ένα πρωτοποριακό μοντέλο άσκησης της εξωνοσοκομειακής εξειδικευμένης επείγουσας Ιατρικής.

Τον κύκλο των ιατρικών μας δραστηριοτήτων συμπληρώνουν η ιατρική κάλυψη σε πλήθος εκδηλώσεων (πολιτιστικές, αθλητικές, κ.ά.), των οποίων και εξασφαλίσαμε την ομαλή και ασφαλή διεξαγωγή, η αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών σε τουρίστες, η παροχή VIP υπηρεσιών και άλλες οργανωμένες μορφές υπηρεσιών υγείας, όπως αερομεταφορές.

Παράλληλα, η πλειοψηφία των SOS ΙΑΤΡΩΝ είμαστε ταυτόχρονα και νοσοκομειακοί γιατροί, επομένως έχουμε αναπτύξει συνεργασία με πολλές ιδιωτικές κλινικές.

Η ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ, ωστόσο, ήταν και θα παραμείνει η κλινική αναφοράς μας, καθότι αποτελεί παράδειγμα φιλικής κλινικής στην καρδιά της πόλης -εξάλλου, το πεδίο δράσης των SOS ΙΑΤΡΩΝ ήταν ανέκαθεν και συνεχίζει να είναι η πόλη.

Κάλεσε 1016

για γιατρό στο σπίτι
24 ώρες το 24ωρο
365 μέρες το χρόνο

Γεώργιος Θεοχάρης
Πρόεδρος SOS ΙΑΤΡΩΝ
Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής SOS ΙΑΤΡΩΝ, Ευρωκλινική Αθηνών

Επαναπιστοποίηση του Κέντρου Αριστείας Χειρουργικής Θυρεοειδούς και Παραθυρεοειδών Αδένων

Ένας χρόνος αριστείας με κορυφαίους δείκτες ποιότητας

Το Κέντρο Χειρουργικής Θυρεοειδούς και Παραθυρεοειδών Αδένων της Ευρωκλινικής Αθηνών, με επικεφαλής τον εξειδικευμένο χειρουργό Δρ. **Ευάγγελο Καρβούνη** επαναπιστοποιήθηκε πρόσφατα ως «Center of Excellence» για το υψηλό επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρει, την εξειδίκευση και εμπειρία των επιστημόνων ιατρών και τη συμμόρφωση της Κλινικής προς τα κριτήρια του Ιδιωτικού Πρωτοκόλλου ΒΡ02, σημειώνοντας εξαιρετικά υψηλά επίπεδα στις κλίμακες αξιολόγησης και ποιοτικού ελέγχου που πραγματοποίησαν οι ειδικοί ελεγκτές του ανεξάρτητου φορέα πιστοποίησης TÜV Austria Hellas.

Αξιοσημείωτοι είναι οι δείκτες ποιότητας του Κέντρου που επιτεύχθηκαν κατά τη διάρκεια του 2018. Συγκεκριμένα, στο σύνολο των περιστατικών:

- **η μέση διάρκεια νοσηλείας** ήταν λιγότερο από μία ημέρα (22 ώρες),
- δεν πραγματοποιήθηκε **καμία απολύτως μετάγγιση αίματος**,
- **στο 96% των ασθενών** δεν τοποθετήθηκε σωλήνας παροχέτευσης,
- **στο 99% των ασθενών** δεν υπήρξε ανάγκη συνταγογράφησης παυσίπονων κατά το εξιτήριο,
- καταγράφηκε **μόνο μία επανεισαγωγή ασθενούς** για χορήγηση ασβεστίου
- στις ολικές θυρεοειδεκτομές **το μήκος της τομής είναι μεταξύ 2-2,5 εκ.**
- **στο 100% των επεμβάσεων** πραγματοποιήθηκε πλαστική τεχνική αποκατάστασης της τομής, χωρίς ράμματα για αφαίρεση
- **σε όλες τις επεμβάσεις**, χρησιμοποιήθηκε νευροδιεγέρτης για την προστασία των φωνητικών χορδών, με άμεση ομιλία του συνόλου των ασθενών, αμέσως μετά την αφύπνισή τους, στη χειρουργική κιόλας αίθουσα.

Το Κέντρο, το οποίο είναι **το πρώτο πιστοποιημένο Center of Excellence στην Ελλάδα**, αποτελεί σήμερα ένα κέντρο αναφοράς τόσο σε πανευρωπαϊκό όσο και σε διεθνές επίπεδο, κάτι το οποίο αποτυπώνεται και από το γεγονός ότι κατά το προηγούμενο έτος τριπλασιάστηκε ο αριθμός των ασθενών από το εξωτερικό που εμπιστεύθηκαν την Ευρωκλινική και το Κέντρο Χειρουργικής Θυρεοειδούς και Παραθυρεοειδών Αδένων για τη χειρουργική αντιμετώπιση των ενδοκρινικών τους παθήσεων.

Υγεία για όλους

- Σύγχρονη αντιμετώπιση λιθίασης του ουροποιητικού
- Νέες μοριακές τεχνικές για τη διάγνωση των λοιμώξεων
- Υπερθυρεοειδισμός & ψυχολογία ασθενούς
- Οξεία Χολοκυστίτιδα
- Μεταβολικό Σύνδρομο
- Νέοι ορίζοντες στη χειρουργική ογκολογία και όχι μόνον
- Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα Εντέρου
- Διαθωρακικό υπερηχογράφημα πνευμόνων
- Χειρουργική θεραπεία σκελετικών διαταραχών του προσώπου
- Πόνος στον ώμο:
- Η θέση της ρομποτικής στην σύγχρονη χειρουργική σήμερα
- Κλωνική Αιμοποίηση
- Σχέση Ασθενών - Internet και ο ρόλος του ιατρού
- Μαγνητική Τομογραφία καρδιάς
- 20 χρόνια ενδοσκοπική ρινοχειρουργική παραρρίνιων κόλπων - βάσεως κρανίου
- Συχνά ερωτήματα για τον καρκίνο
- Επιχείλιος έρπης. Λοίμωξη από τον ιό του έρπητα
- Ενδομητρίωση
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Ανθεκτική αναιμία μετά τα 70
- Πονοκέφαλος
- Σύγχρονη ελάχιστα επεμβατική μέθοδος αντιμετώπισης θωρακοκοιλιακών ανευρυσμάτων
- Η σύγχρονη Νευροχειρουργική
- Άνοια και λοιπές διαταραχές μνήμης

Αριστείδης Καραγιάννης
Διευθυντής Ουρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ανδρέας Καραγιάννης
Επιμελητής Ουρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Λιθίαση του ουροποιητικού

Ουρολιθίαση είναι η παρουσία λίθου ή λίθων μέσα στην αποχετευτική μοίρα του ουροποιητικού συστήματος (νεφρού, ουρητήρα, ουροδόχου κύστης, ουρήθρα). Πρόκειται για την 3η πιο συχνή πάθηση του ουροποιητικού μετά τις ουρολοιμώξεις και την υπερπλασία του προστάτη και εμφανίζεται στο 5% του πληθυσμού και 3 φορές συχνότερα στους άνδρες. Κυρίως εμφανίζεται μεταξύ 25-40 ετών, ενώ η πιο συχνή αιτία εμφάνισης είναι η χαμηλή παραγωγή ούρων <1,5 λίτρο ημερησίως (είτε λόγω χαμηλής πρόσληψης, είτε λόγω αυξημένης αποβολής υγρών). Το θετικό οικογενειακό ιστορικό, η παχυσαρκία, η δίαιτα, ο υπερπαραθυροϊδισμός, φάρμακα (Vit D, οστεοπόρωσης, διουρητικά, για το AIDS κ.ά.), το αυξημένο ουρικό οξύ, οι ουρολοιμώξεις αλλά και ανατομικές ανωμαλίες του ουροποιητικού είναι μεταξύ άλλων, παράγοντες που αποδεδειγμένα ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη λιθίασης του ουροποιητικού.

Η σύγχρονη αντιμετώπιση της ουρολιθίασης πρέπει να αποτελείται από τάχιστη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία και να ολοκληρώνεται με μεταβολικό έλεγχο για την πρόληψη των υποτροπών

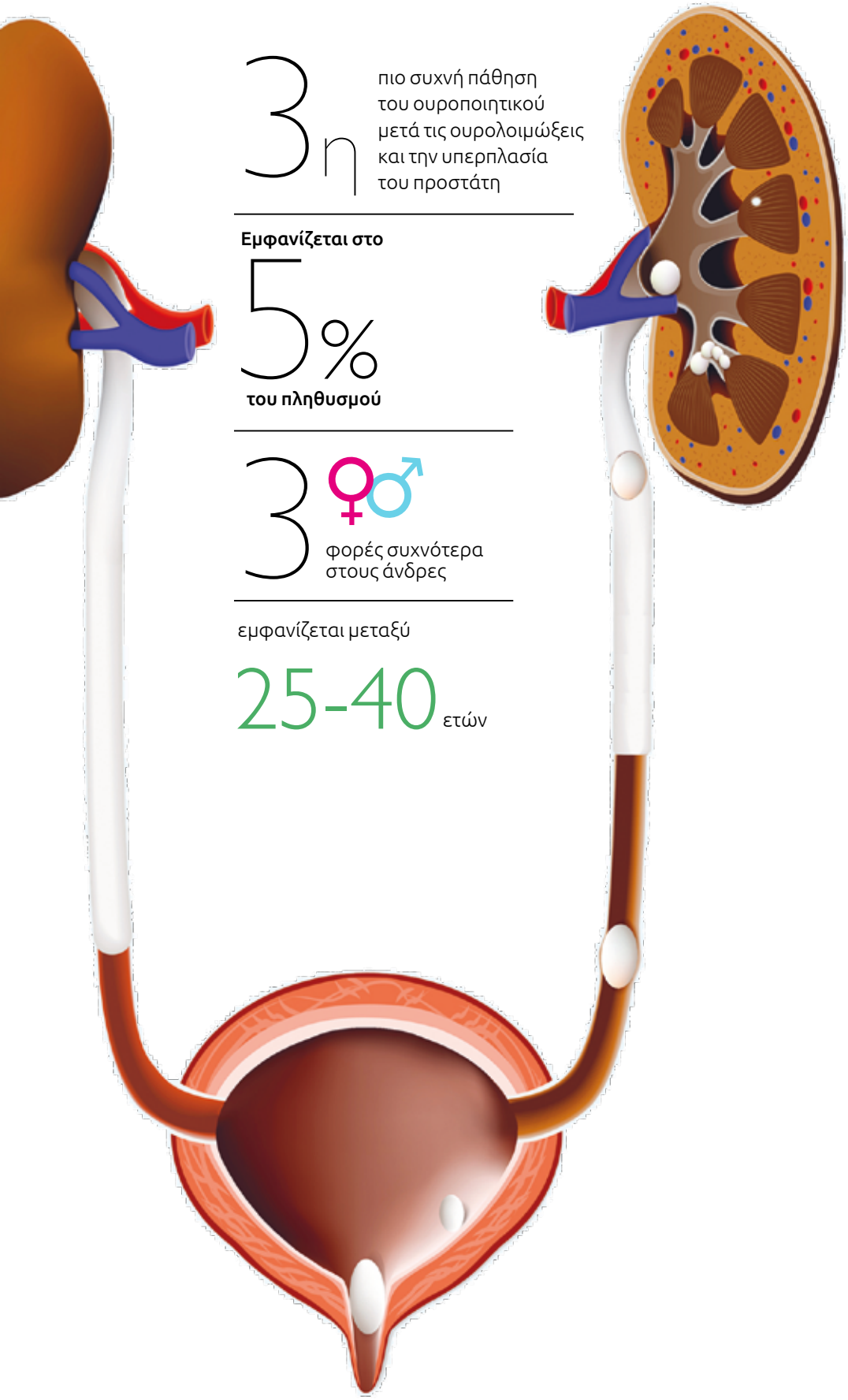
Πολλοί ασθενείς με λίθο στο ουροποιητικό είναι ασυμπτωματικοί και η ανεύρεση γίνεται τυχαία. Όταν όμως κάποιος λίθος προκαλεί απόφραξη, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η ροή των ούρων, τότε έχουμε τον κολικό του ουροποιητικού. Πρόκειται για τον πιο ισχυρό πόνο που μπορεί να νιώσει ο άνθρωπος, μπορεί να αντανακλά στην οσφύ, στην κοιλία, στην κύστη ή τα έξω γεννητικά όργανα, εμφανίζεται ξαφνικά, συνοδεύεται από ναυτία ή εμετό και δεν ανακουφίζεται με την αλλαγή θέσης. Εάν συνυπάρχει ουρολοίμωξη, τότε παρουσιάζεται κόπωση, πόνος στα νεφρά, ρίγος και υψηλός πυρετός.

Η διάγνωση γίνεται με κλινικοεργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο και οι ουρόλιθοι κατηγοριοποιούνται ανάλογα με την τοποθεσία, το μέγεθος και τη σύστασή τους αλλά και από το χρονικό διάστημα και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που προκαλούν.

Στη φάση του δυνατού πόνου, κατά την διάρκεια της διερεύνησης αλλά και στην αναμονή για αυτόματη αποβολή ή την χειρουργική αντιμετώπιση, σκοπός είναι η ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο με φαρμακευτική αγωγή με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. **Λίθοι στον ουρητήρα <4 mm θα αποβληθούν αυτόματα στο 95% των περιπτώσεων σε 40 ημέρες, ενώ 4-6 mm στο 50%-70% σε 40 ημέρες.**

Χειρουργική παρέμβαση θα χρειαστεί άμεσα στις περιπτώσεις που έχουν περάσει 4 εβδομάδες από την διάγνωση, όταν δεν περνάει ο πόνος με την φαρμακευτική αγωγή, όταν έχει επηρεαστεί η νεφρική λειτουργία και όταν συνυπάρχει ουρολοίμωξη με πυρετό. Στις περιπτώσεις με εμπύρετο ουρολοίμωξη πρέπει να γίνεται άμεση αποσυμφόρηση του ουροποιητικού με τοποθέτηση ουρητηρικού καθετήρα (pigtail) ή νεφροστομίας.

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980, η αντιμετώπιση της λιθίασης παρέμενε τραυματική, δύσκολη και συχνά με σοβαρές επιπλοκές. Η σύγχρονη αντιμε-



τώπιση της λιθίασης αποτελείται κυρίως από 3 ελάχιστα επεμβατικές μεθόδους: **Την εξωσωματική λιθοθρυψία (SWL), την ουρητηρο-νεφρολιθοθρυψία (URS) άκαμπτη ή εύκαμπτη και τη διαδερμική νεφρολιθοθρυψία (PNL)**. Το ποια μέθοδο θα επιλέξουμε εξαρτάται από τη θέση, το μέγεθος και τον βαθμό του προβλήματος που προκαλεί η λιθίαση, όπως φαίνεται και στις αντίστοιχες εικόνες.

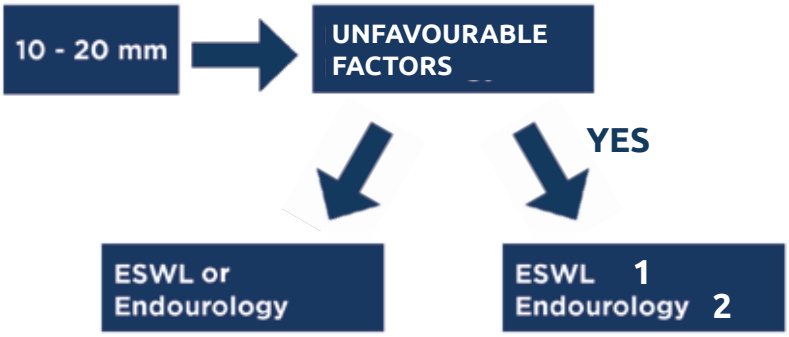
- **Εξωσωματική λιθοτριψία (ESWL, extracorporeal shock wave lithotripsy).** Εμφανίστηκε το 1980 και έφερε αληθινή επανάσταση στην αντιμετώπιση της λιθίασης. Πραγματοποιείται μέσω μηχανήματος παραγωγής κρουστικών κυμάτων (σύντομοι παλμοί από ηχητικά κύματα υψηλής ενέργειας) που διαβιβάζονται στο λίθο δια μέσου του δέρματος. Ο λίθος απορροφά την ενέργεια του κρουστικού κύματος και αυτό τον σπάει σε μικρότερα κομμάτια. Τα λιθιασικά συγκρίματα στη συνέχεια αποβάλλονται με τα ούρα. Με την μέθοδο αυτή αντιμετωπίζονται οι περισσότερες πέτρες του νεφρού και του ουρητήρα. Η επιτυχία της, όμως, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως τα χαρακτηριστικά του λίθου και η φυσική κατάσταση του ασθενή.
- **Ουρητηροσκόπηση & ενδοσωματική ουρητηρολιθοθρυψία & νεφρολιθοθρυψία, άκαμπτη ή εύκαμπτη:** Χρησιμοποιείται για λίθους που βρίσκονται στον ουρητήρα ή στο νεφρό <2 cm. Το ουρητηροσκόπιο μέσω της ουρήθρας και της κύστης εισέρχεται στον ουρητήρα μέχρι τον λίθο, όπου ειδικοί λιθοθρύπτες σπάζουν τον λίθο και αφαιρούνται τα θραύσματά του. Οι πιο σύγχρονοι λιθοθρύπτες είναι οι laser λιθοθρύπτες. Η πιο μοντέρνα εκδοχή του ουρητηροσκοπίου

ΛΙΘΟΙ ΕΓΓΥΣ ΟΥΡΗΤΗΡΑ

ΛΙΘΟΙ ΑΠΩ ΟΥΡΗΤΗΡΑ

ΝΕΦΡΙΚΟΣ ΛΙΘΟΣ (ΑΝΩ & ΜΕΣΟΥ ΠΟΛΟΥ)

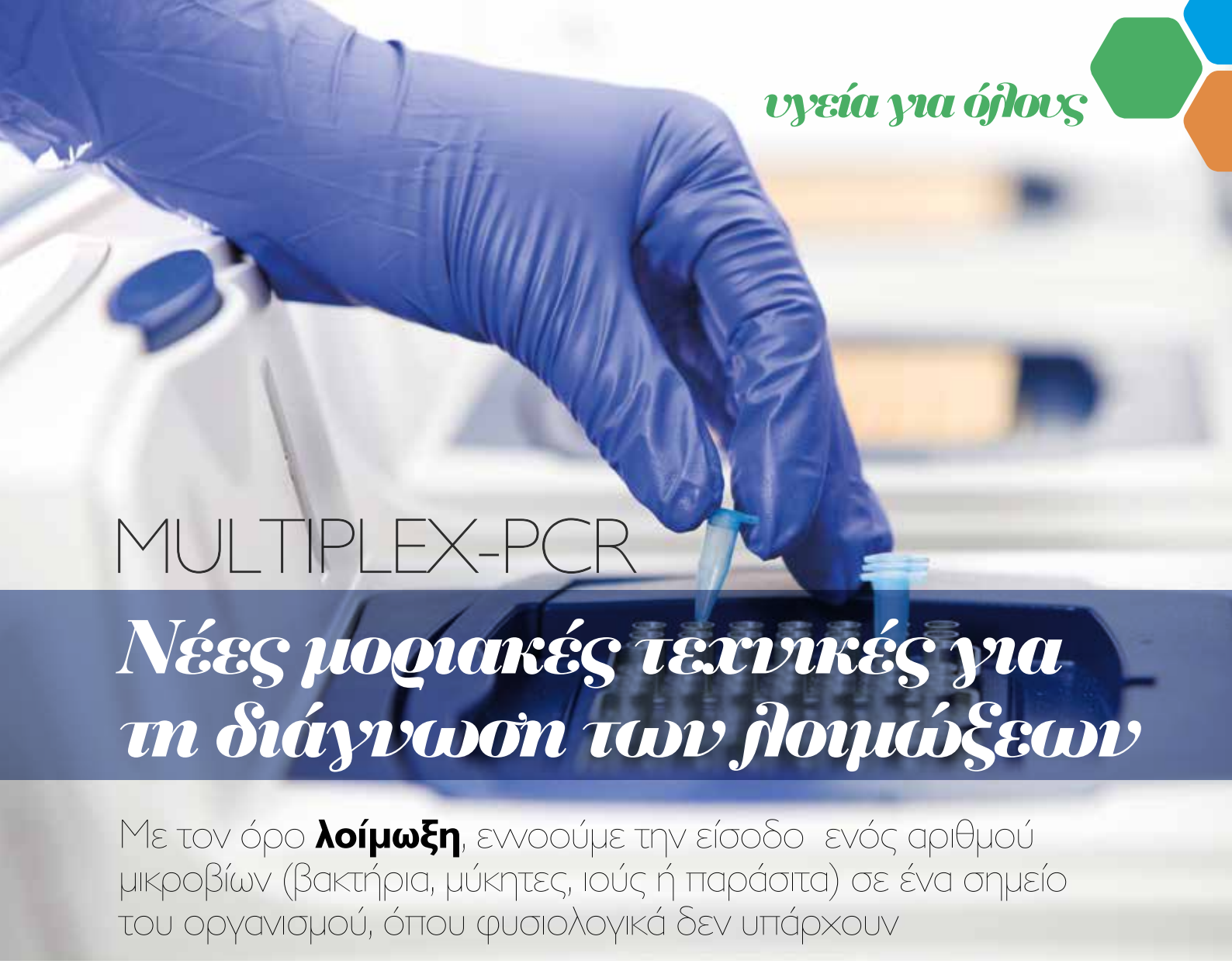
ΝΕΦΡΙΚΟΣ ΛΙΘΟΣ (ΚΑΤΩ ΠΟΛΟΥ)
<10 mm & >20mm: όπως παραπάνω



είναι το εύκαμπτο ουρητηροσκόπιο με το οποίο είναι δυνατή η θραύση λίθων με laser στην πύελο αλλά και σε όλους του κάλυκες του νεφρού.

- **Διαδερμική νεφρολιθοθρυψία:** Χρησιμοποιείται για κοραλλιογενείς λίθους ή μεγάλους λίθους του νεφρού >2 cm. Μέσω μιας οπής που γίνεται από το δέρμα μέχρι το νεφρό, εισάγεται το νεφροσκόπιο, ανευρίσκεται ο λίθος, γίνεται θραύση του με ειδικούς λιθοθρύπτες, συνήθως υπερηχογραφικούς ή βαλλιστικούς και αφαιρούνται τα συγκρίματα με λαβίδα σύλληψης.

Η πιθανότητα σχηματισμού νέου λίθου ένα χρόνο μετά το αρχικό επεισόδιο λιθίασης φθάνει το 10%, με το ποσοστό να αυξάνει στο 30%-40% μετά τα 5 χρόνια και να γίνεται 50%-60% στη δεκαετία. Γι' αυτό, χρειάζεται παρακολούθηση των ασθενών με λιθίαση εξατομικευμένα, ανάλογα με την προδιάθεση του ατόμου να δημιουργεί λίθους σε χρονικά διαστήματα, τα οποία θα προσδιορίσει ο θεράπων ιατρός. Επίσης, απαραίτητο είναι να παρθούν μέτρα για την αποφυγή της υποτροπής της λιθίασης. Έτσι, πρέπει να καταναλώνει ο ασθενής άφθονα υγρά που ανέρχονται στα 2,5 με 3 λίτρα ημερησίως. Πρέπει να έχει ισορροπημένη διατροφή με λήψη φυτικών ινών και αποφυγή ζωικών λευκωμάτων και λίπους, αποφυγή λήψης μεγάλων ποσοτήτων αλατιού με τις τροφές, καθώς και να κάνει ισορροπημένη, μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών. Ακόμη, η απώλεια βάρους σε περιπτώσεις παχυσαρκίας και η μέτριας έντασης σωματική άσκηση βοηθούν στην αποφυγή της υποτροπής. Η λήψη των μέτρων από τον ασθενή αποτρέπει την επανεμφάνιση λίθου σε ποσοστό που φτάνει το 75%.



MULTIPLEX-PCR

Νέες μοριακές τεχνικές για τη διάγνωση των λοιμώξεων

Με τον όρο **λοίμωξη**, εννοούμε την είσοδο ενός αριθμού μικροβίων (βακτήρια, μύκητες, ιούς ή παράσιτα) σε ένα σημείο του οργανισμού, όπου φυσιολογικά δεν υπάρχουν

Γενοβέφα Χρονοπούλου
Ιατρός Βιοπαθολόγος,
Διευθύντρια & Επιστημονικά
Υπεύθυνη Εργαστηρίων Βιοπαθολογίας,
Ευρωκλινική Αθηνών

Οι λοιμώξεις αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οι μικροργανισμοί αυτοί, άμεσα ή έμμεσα, μέσω της τοξικότητάς τους, προκαλούν αντίδραση φλεγμονής, η οποία συνοδεύεται και από την κλινική εικόνα της εκάστοτε λοίμωξης. Ωστόσο, η κλινική εικόνα δεν είναι πάντα χαρακτηριστική και διαφοροδιαγνωστική για την κάθε λοίμωξη.

Οι λοίμωξεις εμφανίζονται στους ασθενείς με μια ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων. Οι κλινικές αυτές εκδηλώσεις δεν εξαρτώνται μόνο από το σύστημα το οποίο νοσεί (ανώτερο ή κατώτερο αναπνευστικό, γαστρεντερικό, κεντρικό νευρικό κ.λπ.) αλλά και από πολλούς άλλους παράγοντες, όπως η ηλικία, υποκείμενα νοσήματα, ανοσιακή επάρκεια κ.ά.

Πολλές φορές οι κλινικές εκδηλώσεις διαφόρων λοιμώξεων είναι κοινές και επικαλυπτόμενες για διαφορετικούς αιτιοπαθογόνους παράγοντες. Μετά τη λήψη ιστορικού και τη φυσική εξέταση του ασθενούς από τον κλινικό ιατρό, ακολουθεί η παραγγελία μιας σειράς εργαστηριακών εξετάσεων, με σκοπό τον εντοπισμό του παθογόνου και την αντμετώπισή του.Για κάποιες εξετάσεις τα αποτελέσματα ολοκληρώνονται άμεσα, ενώ για τις περισσότερες μικροβιολογικές

όπως ορολογικές, καλλιέργειες και κλασικές μοριακές εξετάσεις χρειάζονται συνήθως κάποια εικοσιτετράωρα.

Ακόμα και μετά την πάροδο του χρόνου ολοκλήρωσης, δεν είναι βέβαιο ότι θα εντοπιστεί ο αιτιοπαθογόνος παράγοντας λοίμωξης, διότι διάφορες παράμετροι, όπως η χρονική στιγμή της λοίμωξης, η λήψη αντιβιοτικών κ.λπ., μπορεί να αναστείλουν την ανάπτυξή του.

Το πεδίο της κλινικής μικροβιολογίας έχει αναδείξει σημαντικά επιτεύγματα και στο παρελθόν, αλλά ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία, λόγω της εφαρμογής των νέων τεχνολογιών, έχει να παρουσιάσει καινοτομίες που συμβάλλουν ουσιαστικά στην έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση των λοιμώξεων.

Υπάρχουν, πλέον, μοριακές δοκιμασίες ταυτόχρονης ανίχνευσης πολλαπλών παθογόνων, που σχετίζονται με κλινικά σύνδρομα μικροβιαιμίας, ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού, γαστρεντερικού και κεντρικού νευρικού συστήματος. Αυτές οι δοκιμασίες είναι επαναστατικές, διότι παρέχουν τη δυνατότητα γρήγορης διάγνωσης, επιτρέποντας έτσι στους κλινικούς ιατρούς να αποφασίζουν άμεσα για στοχευμένη θεραπεία.

Οι μοριακές αυτές εξετάσεις ταυτόχρονης ανίχνευσης πολλαπλών στόχων (MULTIPLEX-PCR) διενεργούνται στα Κεντρικά Εργαστήρια της Ευρωκλινικής και διατίθενται σε 5 Panel που είναι εγκεκριμένα από τον Οργανισμό τροφίμων και φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA), πιστοποιημένα με CE-IVD και παρέχουν συνολική ευαισθησία και ειδικότητα 95% και 99% αντίστοιχα. Απαιτούν πολύ μικρές ποσότητες δείγματος και το αποτέλεσμα ολοκληρώνεται σε 1 μόνο ώρα από την παραλαβή του δείγματος από το εργαστήριο.

Πίνακας 1

ΙΟΙ	ΙΟΙ	ΒΑΚΤΗΡΙΑ
Influenza A/B	Adenovirus	Bordetella pertussis
Parainfluenza 1,2,3,4	Rhinovirus/Enterovirus	Bordetella parapertussis
Respiratory Syncytial	Metapneumovirus	Chlamydophila pneumoniae
MERS-Co	Coronavirus HKU1 NL63,229E, OC43	Mycoplasma pneumoniae

Πίνακας 2

ΙΟΙ	ΒΑΚΤΗΡΙΑ	Γονίδια αντοχής στα αντιβιοτικά
Adenovirus	A.calco- baumannii complex	Carbapenemases
Metapneumovirus	E. cloacae complex/aerogenes	IMP
Rhinovirus/Enterovirus	Escherichia coli	KPC
Influenza A/B	Haemophilus influenzae	NDM
Parainfluenza	Klebsiella oxytoca	Oxa-48-like
Respiratory Syncytial	K.pneumoniae group	VIM
MERS-Co	Moraxella catarrhalis	CTX-M
Coronavirus	Proteus spp.	MRSA
Άτυπα βακτήρια	Ps. aeruginosa	mecA/C and MREJ
Chlamydia pneumoniae	Serratia marcescens	
Legionella pneumophila	Staphylococcus aureus	
Mycoplasma pneumoniae	Strept. agalactiae/pyogenes	
	Str. pneumoniae	

Οι μοριακές εξετάσεις ταυτόχρονης ανίχνευσης πολλαπλών στόχων (MULTIPLEX-PCR) διενεργούνται στα Κεντρικά Εργαστήρια της Ευρωκλινικής και παρέχουν συνολική ευαισθησία και ειδικότητα 95% και 99% αντίστοιχα

Το Panel του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος

Διενεργείται σε ασθενείς που προσέρχονται με εικόνα λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού όπως πυρετό, καταρροή, βήχα, αναπνευστική δυσχέρεια, κ.λπ. Η λήψη γίνεται με ειδικό εύκαμπτο στυλεό από το ρινοφάρυγγα. Το Panel του ανώτερου αναπνευστικού ελέγχει ταυτόχρονα 21 παθογόνα (*πίνακας 1*).

Το Panel του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος

Διενεργείται σε ασθενείς που προσέρχονται με κλινική και ακτινολογική εικόνα λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού (πνευμονία), σε δείγματα πτυέλων, βρογχικών εκκριμάτων και εκπλυμάτων. Ελέγχει ταυτόχρονα 34 στόχους (*πίνακας 2*).

Το Panel του γαστρεντερικού συστήματος

Διενεργείται σε δείγματα κοπράνων ασθενών με συμπτωματολογία από το ΓΣ και είναι ιδανικό για τον έλεγχο των διαρροϊκών συνδρόμων των ταξιδιωτών, τα οποία μπορεί να οφείλονται σε σπάνια παθογόνα - παράσιτα που ενδημούν στις αντίστοιχες γεωγραφικές περιοχές. Ο κλασικός μικροβιολογικός έλεγχος

Πίνακας 3		
ΒΑΚΤΗΡΙΑ	**ΠΑΡΑΣΙΤΑ**	**ΙΟΙ**
Campylobacter	Cryptosporidium	Adenovirus
Clostridium difficile toxin A/B	Cyclospora cayetanensis	Astrovirus
Ples. shigelloides	Entamoeda histolytica	Norovirus
Salmonella/ Shigella	Giardia lamblia	Rotavirus
Vibrio spp, cholerae		Sapovirus
Yersinia enterocolitica		
E. coli (EAEC), (EPEC), (ETEC), (STEC), (EIEC), O157		

Πίνακας 4		
ΒΑΚΤΗΡΙΑ	**ΙΟΙ**	**ΙΟΙ**
Escherichia coli K1	Cytomegalovirus	Varicella zoster virus
Haemophilus influenzae	Enterovirus	
Listeria monocytogenes	Herpes simplex 1	ΜΥΚΗΤΕΣ
Neisseria meningitidis	Herpes simplex 2	Cryptococcus neoformans/gatti
Streptococcus agalactiae	Herpesvirus 6	
Streptococcus pneumoniae	Parechovirus	

Πίνακας 5		
Gram-ΘΕΤΙΚΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ	**Gram-ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΒΑΚΤΗΡΙΑ**	**ΜΥΚΗΤΕΣ**
Enterococcus	Acinetobacter baumannii	Candida albicans
Listeria monocytogenes	Haemophilus influenzae	Candida glabrata
	Neisseria meningitidis	Candida krusei
Staphylococcus aureus	Pseudomonas aeruginosa	Candida parapsilosis
	Enterobacter cloacae	Candida tropicalis
Streptococcus agalactiae	Escherichia coli	Γονίδια αντι-μκροβιακής αντοχής
Streptococcus pneumoniae	Klebsiella oxytoca/ pneumoniae	mecA
Streptococcus pyogenes	Proteus	VanA/B
	Serratia marcescens	KPC

απαιτεί πολλαπλά δείγματα λόγω διαλείπουσας απέκκρισης, χαμηλού μικροβιακού φορτίου και ειδικών τεχνικών ανίχνευσης. Με το νέο Panel υπάρχει, πλέον, η δυνατότητα ελέγχου 23 παθογόνων (*πίνακας 3*).

Το Panel λοιμώξεων Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (μηνιγγίτιδα- εγκεφαλίτιδα)

Αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο δεδομένης της σοβαρότητας των λοιμώξεων αυτών και των υψηλών ποσοστών επιπλοκών και θνησιμότητας, σε περίπτωση μη έγκαιρης και στοχευμένης θεραπείας. Διενεργείται σε δείγμα εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ) και ελέγχει ταυτόχρονα 14 παθογόνα (*πίνακας 4*).

Το Panel της μικροβιαιμίας

Διενεργείται σε θετικές αιμοκαλλιέργειες και ανιχνεύει 24 βακτήρια και μύκητες και 3 γονιδία αντοχής σε αντιβιοτικά, με σκοπό την άμεση προσαρμογή της θεραπείας για το βέλτιστο και ταχύτερο αποτέλεσμα για τον ασθενή (*πίνακας 5*).

Οι συγκεκριμένες εξετάσεις διαθέτουν πολλά πλεονεκτήματα και η εφαρμογή της νέας αυτής τεχνολογίας παρουσιάζει πολλές προκλήσεις.

Εντοπίζονται παθογόνα που μέχρι τώρα δεν ήταν δυνατό να ανιχνευθούν με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζονται ως λοιμώξεις αγνώστου αιτιολογίας.

Σε αρκετές περιπτώσεις ανιχνεύονται περισσότερα του ενός παθογόνα, τα οποία απαιτούν εμπειρία για τη συσχέτισή τους με την κλινική εικόνα.

Ανιχνεύονται γονίδια αντοχής στα αντιβιοτικά τα οποία απαιτούν ειδικές γνώσεις για την αξιολόγησή τους και τη χορήγηση της κατάλληλης θεραπείας.

Υπερθυρεοειδισμός & ψυχολογία ασθενούς

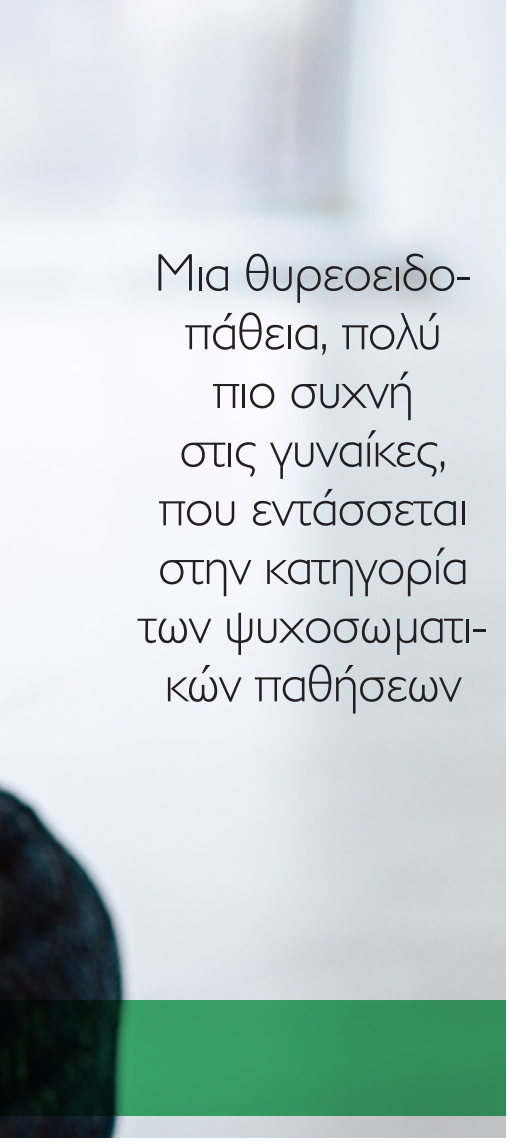
Οριστική θεραπευτική λύση στη Νόσο **Graves**

Ευάγγελος Καρβούνης
MD, PhD, FACS
Διευθυντής
Center of Excellence Χειρουργικής Θυρεοειδούς & Παραθυρεοειδών Αδένων, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο υπερθυρεοειδισμός είναι μία κατάσταση, κατά την οποία υπάρχει ανεξέλεγκτη παραγωγή ορμονών από τον θυρεοειδή αδένα και στην πιο συχνή μορφή της, ονομάζεται **τοξική βρογχοκήλη ή νόσος Graves**. Πρόκειται για μία θυρεοειδοπάθεια εξαιτίας διαταραχής του ανοσοποιητικού συστήματος, πολύ πιο συχνή στις γυναίκες, που εντάσσεται στην κατηγορία των ψυχοσωματικών παθήσεων.

Τα άτομα με υπερθυρεοειδισμό συνήθως παρουσιάζουν ευερεθιστότητα, υπερκινητικότητα, νευρικότητα και ευσυγκινησία. Είναι ασταθή συναισθηματικά, παθαίνουν κρίσεις πανικού και ξεσπούν εύκολα, χωρίς ιδιαίτερο λόγο. Μπορεί να συνυπάρχει ελάττωση ικανότητας μνήμης και συγκέντρωσης, διαταραχές του ύπνου καθώς και της σεξουαλικής ζωής. Παραπονούνται συχνά για ταχυπαλμίες, αρρυθμίες, δυσφορία και μία διαρκή συναισθηματική υπερένταση. Μπορεί να εκδηλωθεί κατάθλιψη, υπομανία και αίσθηση μόνιμης σωματικής κόπωσης. Μία χαρακτηριστική κλινική εκδήλωση είναι ο εξόφθαλμος, το γνωστό «λάμπον βλέμμα» με τα προεξέχοντα μάτια.

Οι έντονες ψυχικές εκδηλώσεις της νόσου, που κυμαίνονται από την ήπια κατάθλιψη και το άγχος, έως και την απροκάλυπτη ψύχωση, **στο χρονικό οδοιπορικό της ανθρωπότητας, οδήγησαν πολλούς ανθρώπους άδικα, σε ισόβιους εγκλεισμούς σε ψυχιατρεία,**



Μια θυρεοειδοπάθεια, πολύ πιο συχνή στις γυναίκες, που εντάσσεται στην κατηγορία των ψυχοσωματικών παθήσεων

για κάτι που σήμερα εύκολα θεραπεύεται.

Στην ιστορική της διαδρομή, η νόσος πρωτοπεριγράφηκε το 1835, από τον ιρλανδό χειρουργό Robert James Graves (1796-1853) και ακολούθως επιβεβαιώθηκε από τον γερμανό ιατρό Carl Adolph von Basedow (1799-1854), παίρνοντας προς τιμήν τους την ονομασία «νόσος Graves-Basedow». Η πρώτη αναφερόμενη χειρουργική προσπάθεια αντιμετώπισης της νόσου πραγματοποιήθηκε το 1884 από τον R.L.Ueber, η πρώτη θεραπεία με ραδιενεργό Ιώδιο διενεργήθηκε το 1941 από τον Saul Hertz, στη Βοστώνη, ενώ η πρώτη φαρμακευτική θεραπεία με θειουρακίλη, ανακοινώθηκε το 1943, από τον E.B.Astwood, επίσης στη Βοστώνη.

Στις μέρες μας, οι θεραπευτικές επιλογές της νόσου παραμένουν τρεις: τα φάρμακα, η χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου και η χειρουργική επέμβαση. Τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα παρέχουν παροδική ύφεση, που δυστυχώς συχνά ακολουθεί και πάλι υποτροπή, η δε χρήση τους επί μακρόν μπορεί να σχετίζεται με βλαπτική δράση στο συκώτι, τα κύτταρα του αίματος καθώς και έντονες αλλεργικές αντιδράσεις. Η χορήγηση ραδιενεργού υλικού στον οργανισμό επίσης, συνδέεται με κάποια άλλα μειονεκτήματα, μεταξύ άλλων την ανάγκη λήψης ραδιενέργειας από τον ασθενή.

Η καθημερινή κλινική πράξη, μας φέρνει συχνά αντιμέτωπους με «ταλαιπωρημένους» ασθενείς, οι οποίοι βιώνουν επί μακρόν τις άσχημες ψυχοσωματικές εκδηλώσεις της νόσου, χωρίς να έχουν δώσει οριστική λύση στο πρόβλημά τους. Λόγω της αγνώστου αιτιολογίας αυτοάνοσης φύσης της νόσου και παρά την προσπάθεια συντηρητικής θεραπείας, πολύ συχνά συμβαίνουν εξάρσεις και υφέσεις των συμπτωμάτων και υποτροπές της νόσου. Επομένως, **η θυρεοειδεκτομή, η αφαίρεση δηλαδή του πάσχοντος αδένα, παρέχει μία ασφαλή και μόνιμη θεραπευτική λύση**.

Σήμερα, η εξειδίκευση της Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, μπορεί να προσφέρει στον ασθενή μία αποτελεσματική λύση στη νόσο Graves-Basedow. **Στο πιστοποιημένο Κέντρο Αριστείας Χειρουργικής Θυρεοειδούς, της Ευρωκλινικής Αθηνών, πραγματοποιούμε με επιτυχία πολλές εκατοντάδες επεμβάσεις θυρεοειδούς το έτος**, σε πάσχοντες από ολόκληρη την ελληνική επικράτεια και γειτονικές χώρες.

Η ορμονική δυσλειτουργία του θυρεοειδούς αδένα, ως υπερθυρεοειδισμός, είναι μία ιδιαίτερη ψυχοσωματική κατάσταση, που εμποδίζει την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού. Πριν αναζητήσει κανείς τη βοήθεια του ψυχολόγου και της ψυχοθεραπείας, πρέπει πρώτα να αντιμετωπίσει επιτυχώς τη βλάβη του θυρεοειδούς αδένα. Στο πιστοποιημένο Κέντρο Αριστείας Χειρουργικής Θυρεοειδούς, της Ευρωκλινικής Αθηνών, πραγματοποιούμε με επιτυχία πολλές εκατοντάδες επεμβάσεις θυρεοειδούς το έτος, σε πάσχοντες από ολόκληρη την ελληνική επικράτεια και γειτονικές χώρες

Η χρήση σύγχρονων τεχνολογικών συσκευών και εργαλείων, στο περιβάλλον χειρουργείου, ανεβάζει σημαντικά το επίπεδο ασφάλειας της επέμβασης για τον ασθενή. Το ηλεκτρονικό σύστημα νευροδιέγερσης, οι ραδιοσυχνότητες, το βιντεολαρυγγοσκόπιο και ειδικό σετ εργαλείων μικροχειρουργικής, προσφέρουν ένα πρακτικά αναίμακτο χειρουργείο, με προστασία των φωνητικών χορδών και ριζικό καθαρισμό, με μία μικροεπεμβατική προσέγγιση.

Άμεσα μετεγχειρητικά, ο ασθενής ομιλεί, σιτίζεται, κινείται ελεύθερα από την πρώτη κιόλας ημέρα και επανέρχεται συντομότατα στην καθημερινή του δραστηριότητα. Δε νιώθει πόνο και δεν έχει ράμματα προς αφαίρεση, λόγω αποκατάστασης με πλαστική τεχνική. Το πιο σημαντικό, όμως, είναι η πραγματικά εντυπωσιακή αλλαγή που μας περιγράφει ο ίδιος ο ασθενής και το περιβάλλον του, στον χώρο της ψυχικής σφαίρας. **Είναι αξιοσημείωτη η βελτίωση στη διάθεση, η ηρεμία και συναισθηματική σταθερότητα και η συνολική αποκατάσταση και ισορροπία της υγείας του, λίγες μόλις εβδομάδες μετά.**

Συνεπώς, η ορμονική δυσλειτουργία του θυρεοειδούς αδένα, ως υπερθυρεοειδισμός, είναι μία ιδιαίτερη ψυχοσωματική κατάσταση, που εμποδίζει την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού. **Πριν αναζητήσει κανείς τη βοήθεια του ψυχολόγου και της ψυχοθεραπείας, πρέπει πρώτα να αντιμετωπίσει επιτυχώς τη βλάβη του θυρεοειδούς αδένα**, με σύγχρονες θεραπευτικές πρακτικές σε εξειδικευμένα κέντρα.

Ιωάννης Ζιούνας
Διευθυντής Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Οξεία Χολοκυστίτιδα

Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή

Η πλέον διαδεδομένη επέμβαση της λαπαροσκοπικής χειρουργικής είναι η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Αποτελεί διεθνώς το golden standard στην θεραπεία των παθήσεων της χοληδόχου κύστεως και των επιπλοκών αυτής.

Η συμπτωματική χολολιθίαση και η οξεία χολοκυστίτιδα αντιμετωπίζονται χειρουργικά με χολοκυστεκτομή, αφαίρεση δηλαδή της χοληδόχου κύστεως με το περιεχόμενό της.

Η κλασική ανοικτή χολοκυστεκτομή έχει πλέον ιστορική μόνο αξία. Η θέση της στη σύγχρονη χειρουργική παραμένει ως βοήθημα της λαπαροσκοπικής/ρομποτικής προσέγγισης, όταν με αυτήν είναι αδύνατον να ολοκληρωθεί η επέμβαση, οπότε και γίνεται μετατροπή σε ανοικτή (αφορά το 3,3% των ασθενών).

Η χολολιθίαση αποτελεί πρόβλημα από την αρχαιότητα. Αυτοψίες σε αιγυπτιακές μούμιες έδειξαν χολόλιθους προ 3.500 ετών. Οξεία χολοκυστίτις διαγιγνώσκεται σε περισσότερους από 20 εκατομμύρια ασθενείς στην Αμερική ετησίως (10-15% του πληθυσμού) με κόστος που αγγίζει τα 9,3 δισ. δολάρια.

Οι περισσότεροι ασθενείς παραμένουν ασυμπτωματικοί και 10%-18% από αυτούς αναπτύσσουν ήπια συμπτώματα (π.χ πόνος), 7% απαιτούν χειρουργική αντιμετώπιση, 1-4% παρουσιάζονται με επιπλοκές (χολοκυστίτις, παγκρεατίτις, χοληδοχολιθιάσις).

Προδιαθεσικοί παράγοντες

- Ηλικία
- Υπεροχή στις γυναίκες (οιστρογόνα, προγεστερόνη, εγκυμοσύνη)
- Παχυσαρκία (⇧ ηπατικής έκκρισης της χοληστερόλης)
- Ταχεία απώλεια βάρους (25-30% των ασθενών μετά από βαριατρική επέμβαση)
- Λόγω της αλλαγής των δυναμικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού (προδιαθεσικοί παράγοντες) η συχνότητα της οξείας χολοκυστίτιδος έχει αυξηθεί σε ποσοστό 44% μεταξύ 1997 και 2013.
- Η οξεία χολοκυστίτις αφορά στο 14-30% των χολοκυστεκτομών.
- Οξεία χολοκυστίτις είναι η φλεγμονή της χοληδόχου κύστεως που προκαλείται κυρίως από την απόφραξη του κυστικού πόρου (λίθοι, λάσπη όγκος, πολύπους, παράσιτα, ξένα σώματα).

Κύριες ενδείξεις

Οι κύριες ενδείξεις της επεμβάσεως είναι:

- Συμπτωματική χολολιθίαση
- Οξεία χολοκυστίτιδα
- Ύδρωπας χοληδόχου κύστεως
- Εμπύημα χοληδόχου κύστεως
- Αλιθισιακή οξεία χολοκυστίτιδα

Ο De Mestral και συν. ανακοίνωσαν τα αποτελέσματά τους που αφορούσαν ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά.

Αναφέρουν ότι η πιθανότητα φλεγμονής σε διάστημα έξι εβδομάδων είναι 14% (29% στον χρόνο), με κολικό χοληφόρων (70%), απόφραξη χοληφόρων 24% και παγκρεατίτιδα 6%.

Το U/S (υπερηχογράφημα κοιλίας) αποτελεί την εξέταση εκλογής για την διάγνωση.

Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή

Η διαδικασία της επεμβάσεως απαιτεί την χορήγηση γενικής αναισθησίας, για την οποία είναι απαραίτητη η διενέργεια προεγχειρητικού ελέγχου. Η επέμβαση γίνεται με την εισαγωγή λαπαροσκοπίου ατραυματικά πέριξ του ομφαλού και χορήγηση ενδοκοιλιακά CO_2 (διοξείδιο του άνθρακος) υπό σταθερή πίεση.

Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή είναι ουσιαστικά η επέμβαση σταθμός, η οποία άνοιξε το δρόμο για τις ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές στον τομέα της Γενικής Χειρουργικής. Όταν το τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως δεν πάσχει (απλή χολολιθίαση), η επέμβαση είναι σχετικά απλή και θεωρείται εγχείρηση ρουτίνας. Όταν όμως

Συμπτώματα

Κοιλιακός πόνος άνω δεξιό τεταρτημόριο ή επιγάστριο

Κολικός χοληφόρων (κυματοειδής πόνος) ιδιαίτερα μετά από πλούσια γεύματα

Ναυτία, έμετοι, ανορεξία

Ταχυκαρδία, πυρετός (32%-53%)

Λευκοκυτάρρωση (51%-53%)

Ούρα σαν κονιάκ, κόπρανα αποχρωματισμένα (ένδειξη χοληδοχολιθίασης)

Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή είναι ουσιαστικά η επέμβαση σταθμός, η οποία άνοιξε το δρόμο για τις ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές στον τομέα της γενικής χειρουργικής

υπάρχει χολοκυστίτιδα, δηλαδή φλεγμονή (οξεία ή χρόνια) του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης, ο βαθμός δυσκολίας της χολοκυστεκτομής ανεβαίνει κατακόρυφα, όπως επίσης και ο κίνδυνος επιπλοκών.

Ο στόχος της επέμβασης είναι η **πλήρης και ασφαλής αφαίρεση της χοληδόχου κύστεως, χωρίς κακώσεις των γειτονικών οργάνων** (ήπαρ, 12δάκτυλο, παχύ έντερο, χοληδόχος πόρος, ηπατική αρτηρία και κλάδοι της, κ.λπ.).

Η πρώτη χολοκυστεκτομή έγινε το 1882 από τον Carl Langenbuch στο Βερολίνο. Για 100 χρόνια η ανοικτή χολοκυστεκτομή ήταν ο χρυσός κανόνας για την χολοκυστίτιδα. Η πρώτη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή έγινε το 1987 στην Γαλλία. Σήμερα αποτελεί την σταθερή επιλογή για την θεραπεία της χολοκυστίτιδος.

Μετεγχειρητικά η νοσηλεία είναι συνήθως 24ωρος, η κινητοποίηση άμεση και η σίτιση ξεκινά με την χορήγηση υγρών μετά από 2 ώρες και ελαφρού γεύματος, το βράδυ της ίδιας ημέρας.

Το ίδιο απόγευμα μετά την επέμβαση θα είστε σε θέση να σηκωθείτε και να φάτε ένα συνήθως ελαφρύ γεύμα. Μετά από μια επέμβαση λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής μπορείτε να επανέλθετε πολύ σύντομα στις συνήθεις δραστηριότητές σας μέσα σε διάστημα περίπου μιας εβδομάδας.

Οι ασθενείς κινητοποιούνται και σιτίζονται το βράδυ της επέμβασης, ενώ λαμβάνουν εξιτήριο την επόμενη ημέρα, αφού αφαιρεθεί ο σωλήνας παροχέτευσης (εφόσον τοποθετήθηκε κατά την επέμβαση). Σε αντίθεση με την επικρατούσα αντίληψη στο ευρύ κοινό, μετά την επέμβαση δεν υπάρχουν διατροφικοί περιορισμοί.

Ιωάννης Ζελενίτσας
Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Αικατερίνη Χρυσοχού
Αναπληρώτρια Διευθύντρια – Ρευματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Χρήστος Παππάς
Επιμελητής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Μεταβολικό Σύνδρομο

Τι πρέπει να γνωρίζετε

Συχνά γίνεται λόγος για το μεταβολικό σύνδρομο. Τι είναι όμως το μεταβολικό σύνδρομο; Ποιους αφορά; Αφορά συνήθως σε ανθρώπους με μεγάλη περιφέρεια μέσης ή αυξημένο σωματικό βάρος. Το μεταβολικό σύνδρομο δεν αποτελεί αυτόνομο νόσημα, αλλά ένα σύνολο παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης νοσημάτων. Αυτοί οι παράγοντες είναι η αυξημένη αρτηριακή πίεση, τα υψηλά επίπεδα σακχάρου αλλά και χοληστερόλης ή τριγλυκεριδίων στο αίμα και η περίσσεια σωματικού λίπους γύρω από τη μέση. Συχνά συνοδεύονται και από αυξημένα επίπεδα ουρικού οξέος στο αίμα.

Η ύπαρξη μόνο μιας από αυτές τις καταστάσεις δεν σημαίνει ότι έχετε μεταβολικό σύνδρομο. Ο συνδυασμός οποιωνδήποτε από αυτές αυξάνει τον κίνδυνο σοβαρών ασθενειών.

Το μεταβολικό σύνδρομο συνδέεται στενά με το αυξημένο σωματικό βάρος, την παχυσαρκία και την καθιστική ζωή

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου που οδηγούν στην εμφάνιση του μεταβολικού συνδρόμου;

Το μεταβολικό σύνδρομο συνδέεται στενά με το αυξημένο σωματικό βάρος, την παχυσαρκία και την καθιστική ζωή.

- **Ηλικία.** Ο κίνδυνος μεταβολικού συνδρόμου αυξάνεται με την ηλικία.
- **Παχυσαρκία.** Το υπερβολικό σωματικό βάρος, ειδικά στην περιοχή της κοιλιάς, αυξάνει τον κίνδυνο μεταβολικού συνδρόμου.
- **Προδιαβήτης.** Το μεταβολικό σύνδρομο είναι συνδεδεμένο με μια κατάσταση που ονομάζεται αντίσταση στην ινσουλίνη. Κανονικά, το πεπτικό σας σύστημα αποδομεί τα τρόφιμα που καταναλώνετε σε γλυκόζη. Η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη που παράγεται από το πάγκρεας και βοηθά τη γλυκόζη να εισέλθει στα κύτταρα για να χρησιμοποιηθεί ως καύσιμο. Στα άτομα με αντίσταση στην ινσουλίνη, τα κύτταρα δεν

Πώς ξέρω αν έχω μεταβολικό σύνδρομο;

Έχετε μεταβολικό σύνδρομο εάν έχετε τρία ή περισσότερα από αυτά τα χαρακτηριστικά ή παίρνετε φάρμακα για να τα ελέγξετε:

- Μεγάλη περιφέρεια μέσης (89 εκατοστά για τις γυναίκες και 102 εκατοστά για τους άνδρες)
- Υψηλό επίπεδο τριγλυκεριδίων (> 150 mg/dl)
- Μειωμένη «καλή» χοληστερόλη HDL (< 40 mg / dl στους άνδρες ή < 50 mg / dl στις γυναίκες)
- Αυξημένη αρτηριακή πίεση (>130/85 mmHg)
- Επηρεασμένο σάκχαρο νηστείας (100 - 125 mg/dl)

ανταποκρίνονται κανονικά στην ινσουλίνη και η γλυκόζη δεν μπορεί να εισέλθει στα κύτταρα τόσο εύκολα. Ως αποτέλεσμα, τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα αυξάνονται, παρά την προσπάθεια του οργανισμού να ελέγξει τη γλυκόζη απελευθερώνοντας όλο και περισσότερη ινσουλίνη. Είναι πιο πιθανό να έχετε μεταβολικό σύνδρομο εάν είχατε διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (διαβήτη κύησης) ή εάν έχετε οικογενειακό ιστορικό διαβήτη τύπου 2.

- **Άλλες ασθένειες.** Ο κίνδυνος μεταβολικού συνδρόμου είναι υψηλότερος εάν έχετε καρδιαγγειακή νόσο, λιπώδη διήθηση ήπατος, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών ή παθαίνετε κρίσεις ουρικής αρθρίτιδας. Επίσης, ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα όπως ψωριασική και ρευματοειδή αρθρίτιδα, συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα και αγγειίτιδες εμφανίζουν συχνότερα μεταβολικό σύνδρομο.

Γιατί είναι επικίνδυνη η παρουσία του μεταβολικού συνδρόμου;

Το μεταβολικό σύνδρομο μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης:

- **Σακχαρώδους Διαβήτη.** Αν δεν κάνετε αλλαγές στον τρόπο ζωής για να ελέγξετε το υπερβολικό βάρος σας, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε αντίσταση στην ινσουλίνη, τα επίπεδα γλυκόζης θα συνεχίσουν να αυξάνονται. Τότε μπορεί να αναπτύξετε Σακχαρώδη Διαβήτη.
- **Καρδιαγγειακής νόσου.** Η υψηλή χοληστερόλη και η υψηλή αρτηριακή πίεση μπορούν να συμβάλουν στη συσσώρευση πλακών στις αρτηρίες σας. Αυτές οι πλάκες μπορούν να περιορίσουν και να σκληρύνουν τις αρτηρίες και να οδηγήσουν στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και εμφράγματος του μυοκαρδίου, αποφρακτικής νόσου των καρωτίδων και εγκεφαλικού επεισοδίου.
- Υπάρχουν επίσης ενδείξεις από την βιβλιογραφία ότι το μεταβολικό σύνδρομο μπορεί να σχετίζεται με **πληθώρα άλλων νοσημάτων**, όπως η λιπώδης διήθηση ήπατος και η επακόλουθη εμφάνιση στεάτωσης και κίρρωσης, το σύνδρομο υπνικής άπνοιας, η χρόνια νεφρική νόσος, η έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών και οι διαταραχές της μνήμης στους ηλικιωμένους, αλλά και με κακοήθειες (όπως του παχέος εντέρου, του μαστού, του ενδομητρίου και του παγκρέατος).

Τι πρέπει να αλλάξετε στη ζωή σας αν έχετε μεταβολικό σύνδρομο;

Η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής απαιτείται συνήθως για την πρόληψη σοβαρών προβλημάτων υγείας, όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης και οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Αυτός περιλαμβάνει:

- **Σωματική άσκηση.** Προτείνονται 30 ή περισσότερα λεπτά άσκησης μέτριας έντασης τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας. Αναζητήστε τρόπους για την αύξηση της δραστηριότητας, όπως το περπάτημα αντί για την οδήγηση και τη χρήση σκαλοπατιών αντί των ανελκυστήρων, όταν είναι δυνατόν.
- Η **απώλεια βάρους** και η διατήρηση ενός υγιούς βάρους μπορεί να μειώσει την αντίσταση στην ινσουλίνη και την αρτηριακή πίεση και να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης Σακχαρώδους Διαβήτη.
- **Τρώτε υγιεινά.** Η μεσογειακή διατροφή, ο περιορισμός ανθυγιεινών λιπαρών και η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, ψαριών και δημητριακών ολικής άλεσης έχει βρεθεί ότι προσφέρουν σημαντικά οφέλη για την υγεία.
- **Διακοπή του καπνίσματος.** Το κάπνισμα τσιγάρου επιδεινώνει τις συνέπειες του μεταβολικού συνδρόμου για την υγεία. Συζητήστε με το γιατρό σας, εάν χρειάζεστε βοήθεια για να το κόψετε.
- **Διαχείριση άγχους.** Η σωματική δραστηριότητα, ο διαλογισμός, η γιόγκα και άλλα προγράμματα μπορούν να σας βοηθήσουν να χειριστείτε το άγχος και να βελτιώσετε τη συναισθηματική και σωματική σας υγεία.
- **Φαρμακευτική αγωγή.** Υπάρχουν περιπτώσεις που εκτός από τα υγιεινοδιαιτητικά μέτρα, η χορήγηση φαρμακευτικής ή και άλλης ιατρικής αγωγής για την αντιμετώπιση κάποιων χαρακτηριστικών του συνδρόμου (όπως η παχυσαρκία, η αυξημένη αρτηριακή πίεση, η υπερλιπιδαιμία, η διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας, η υπερουρικαιμία) μπορεί να κριθεί επιβεβλημένη, πάντα υπό την καθοδήγηση του θεράποντος ιατρού.

Πότε πρέπει να επισκεφτείτε τον γιατρό;

Εάν έχετε τουλάχιστον ένα από τα χαρακτηριστικά του μεταβολικού συνδρόμου ή αν ανήκετε σε κάποια από τις κατηγορίες ασθενών με αυξημένο κίνδυνο ρωτήστε μας αν χρειάζεστε έλεγχο ή κάποια περαιτέρω παρέμβαση

Αθανάσιος Ρήγας
Διευθυντής Ουρολόγος, Πρόεδρος Επιτροπής Χειρουργείου-Χειρουργικού Τομέα, Ευρωκλινική Αθηνών

ΝΕΟΙ ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ *στη χειρουργική ογκολογία και όχι μόνον*

Η Ευρωκλινική κέντρο Ρομποτικής Χειρουργικής

Η Ευρωκλινική Αθηνών είναι ένα από τα ελάχιστα ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας που διαθέτει το ρομποτικό σύστημα Da Vinci προσφέροντας στους ασθενείς μας την τεχνολογία αιχμής στον τομέα της χειρουργικής σε παγκόσμιο επίπεδο.

Η ρομποτική χειρουργική αποτελεί τη σπουδαιότερη σύγχρονη εξέλιξη στον τομέα της χειρουργικής και το τελευταίας γενιάς σύστημα ρομποτικής που χρησιμοποιούμε αποτελεί το πιο εξελιγμένο τεχνολογικό επίτευγμα στον τομέα της ρομποτικής ιατρικής τεχνολογίας. Έτσι, εξασφαλίζουμε για τους ασθενείς μας την πραγματοποίηση πολύπλοκων ή απλούστερων χειρουργικών επεμβάσεων με το μεγαλύτερο βαθμό ασφάλειας και αποτελεσματικότητας, με τη μικρότερη δυνατή τομή, με επιπρόσθετα οφέλη την ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού πόνου και των επιπλοκών, τη σημαντική μείωση του χρόνου νοσηλείας, διασφαλίζοντας πιο γρήγορη ανάρρωση και ένα άρτιο αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα.

Η Ρομποτική εφαρμόζεται σε πολλές χειρουργικές ειδικότητες, όπως η Γενική χειρουργική, η Καρδιοχειρουργική, η Ουρολογία και η Γυναικολογία

Με το ρομποτικό σύστημα πραγματοποιείται όλο το φάσμα των λαπαροσκοπικών εγχειρήσεων αλλά και μεγάλο ποσοστό των έως σήμερα συμβατικών επεμβάσεων. Ο εξειδικευμένος χειρουργός κάθεται σε μια κονσόλα μέσα στη χειρουργική αίθουσα και χειρίζεται τα χειρουργικά εργαλεία, τα οποία εισάγονται με μικροσκοπικές τομές λίγων χιλιοστών στο σώμα του ασθενούς. Ο χειρουργός έχοντας τρισδιάστατη απεικόνιση (3D) υψηλής ανάλυσης (HD) κινεί με μεγάλη ακρίβεια, αποτελεσματικότητα και ευελιξία τα ειδικά χειριστήρια που ελέγχουν τους ρομποτικούς βραχίονες, ο καθένας από τους οποίους είναι συνδεδεμένος με ένα χειρουργικό εργαλείο και στον κεντρικό βραχίονα βρίσκεται η κάμερα.

Η ελάχιστα επεμβατική μέθοδος της ρομποτικής εξασφαλίζει για τον ασθενή επέμβαση χωρίς ανοιχτές τομές με διάνοιξη και τραυματισμό του δέρματος, των κοιλιακών τοιχωμάτων, των μυών και των περιτονιών, μειωμένο κίνδυνο μόλυνσης ή απώλειας αίματος, ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού πόνου, γρήγορη κινητοποίηση και ελάττωση επιπλοκών, όπως η θρόμβωση, η ατελεκτασία των πνευμόνων και ο ειλεός, λόγω παρατεταμένου κλινοστατισμού. Επιτυγχάνεται σημαντική μείωση της περιόδου

νοσηλείας καθώς και γρήγορη ανάρρωση και επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες.

Για τους παραπάνω λόγους η Ρομποτική εφαρμόζεται σε πολλές χειρουργικές ειδικότητες, όπως η Γενική χειρουργική, η Καρδιοχειρουργική, η Ουρολογία και η Γυναικολογία. Στην Ευρωκλινική εξειδικευμένοι γιατροί των ανωτέρω ειδικοτήτων πραγματοποιούν καθημερινά ποικίλες επεμβάσεις με το ρομποτικό σύστημα. Γι' αυτό το λόγο, το νοσοκομείο μας αποτελεί ένα σημαντικό κέντρο Ρομποτικής χειρουργικής στην Ελλάδα.

Ειδικότερα στην Ουρολογία, επεμβάσεις όπως η ριζική προστατεκτομή, η μερική νεφρεκτομή και η πλαστική του νεφρού για απόφραξη διενεργούνται, πλέον, μόνο με τη ρομποτική μέθοδο σε κέντρα αναφοράς στην Ευρώπη και την Αμερική. Μάλιστα, στις περιπτώσεις Ριζικής Προστατεκτομής, όπου υπάρχει εντοπισμένος καρκίνος του προστάτη, με το ρομποτικό σύστημα επιτυγχάνουμε τη ριζική εξαίρεση της νόσου και την ογκολογική ίαση και μειώνονται για πρώτη φορά σημαντικά οι πιθανότητες να εμφανίσει ο ασθενής ακράτεια ούρων ή στυτική δυσλειτουργία μετά την επέμβαση. Χάρη στην τρισδιάστατη απεικόνιση, τη δυνατότητα πρόσβασης και την ακρίβεια των χειρισμών είναι εφικτή η ριζική αφαίρεση του όγκου και η διατήρηση του νευροαγγειακού και σφικτηριακού μηχανισμού και ως εκ τούτου διαφυλάσσεται η στυτική λειτουργία και η φυσιολογική ούρηση του ασθενή. Ειδικές επεμβάσεις, όπως ο λεμφαδενικός καθαρισμός και η λύση συμφύσεων, η αφαίρεση όγκων της ουροδόχου κύστεως ή μεγάλων εκκολπωμάτων, αμφοτερόπλευρες επεμβάσεις που θα χρειάζονταν διπλή τομή (λ.χ. κιρσοκήλη), μεγάλες πέτρες που θα αφαιρούνταν χειρουργικά, μπορούν να πραγματοποιηθούν με τη βοήθεια του ρομποτικού συστήματος με πολύ απλούστερο και ασφαλέστερο τρόπο για τον ασθενή.

η Ρομποτική χειρουργική αποτελεί την πρώτη επιλογή γιατρών και ασθενών στα εξειδικευμένα κέντρα Ρομποτικής χειρουργικής, όπως η Ευρωκλινική Αθηνών

Τα οφέλη και οι ενδείξεις της Ρομποτικής χειρουργικής είναι πολλαπλά τόσο για την Ουρολογία ειδικά, όσο και για όλες σχεδόν τις χειρουργικές ειδικότητες και γι' αυτό η Ρομποτική χειρουργική αποτελεί την πρώτη επιλογή γιατρών και ασθενών στα εξειδικευμένα κέντρα Ρομποτικής χειρουργικής, όπως η Ευρωκλινική Αθηνών.

Δημήτριος Ταμπακόπουλος
Διευθυντής Γαστρεντερολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

ΙΦΝΕ

Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα Εντέρου

Ελκώδης κολίτιδα & Νόσος του Crohn

Η ελκώδης κολίτιδα (ΕΚ) και η νόσος του Crohn (ΝC), είναι αυτοάνοσα νοσήματα που προκαλούν χρόνια (δια βίου) φλεγμονή του πεπτικού σωλήνα με κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και περιόδους ύφεσης άλλοτε άλλης διάρκειας. Οι κλινικές εκδηλώσεις των δύο νοσημάτων είναι παρόμοιες, αν και ο περιορισμός της ΕΚ μόνο στο παχύ έντερο αποτελεί χαρακτηριστικό ειδοποιό στοιχείο, ενώ η ΝC μπορεί να προσβάλει όλον τον πεπτικό σωλήνα από το στόμα μέχρι και τον πρωκτό.

Η σοβαρότητα και η εξέλιξή τους διαφέρουν σημαντικά από ασθενή σε ασθενή, με την πλειοψηφία να έχει νόσο μέτριας βαρύτητας. Παράλληλα, 4 στους 10 ασθενείς αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στις κοινωνικές και επαγγελματικές υποχρεώσεις, ενώ η χρόνια φύση της νόσου μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές και σε ανάγκη χειρουργικών επεμβάσεων.

Συχνότερα προσβάλλονται άτομα 2ης - 4ης δεκαετίας, όμως η νόσος δεν φείδεται οποιασδήποτε ηλικίας, ενώ δεν υπάρχει ουσιώδης διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στα παιδιά, η συχνότητα της νόσου αυξάνει στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, ιδιαίτερα όσον αφορά την ΝC. Περίπου 5 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως ζουν με ΙΦΝΕ

Τι προκαλεί τα ΙΦΝΕ;

Η ακριβής αιτιολογία παραμένει άγνωστη. Η επικρατούσα άποψη είναι ότι παράγοντες του περιβάλλοντος (δίαιτα, κάπνισμα, λοιμώξεις, φάρμακα, θηλασμός, υγεία παιδικής ηλικίας, stress κ.ά) δρώντας σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα, επηρεάζουν τον εντερικό μικροβιακό πληθυσμό και την διαπερατότητα του εντερικού βλεννογόνου προκαλώντας ανοσολογικές διαταραχές με αποτέλεσμα την εκδήλωση της νόσου.

Η διατροφή ενοχοποιείται λόγω άμεσης επαφής με τον πεπτικό σωλήνα, με την «δυτική δίαιτα» (υψηλή σε πρωτεΐνες και λιπαρά αλλά χαμηλή σε φρούτα και λαχανικά) να θεωρείται πιθανή αιτία, αν και τα επιδημιολογικά δεδομένα είναι ετερογενή. Ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων είναι αμφίβολος αλλά ίσως να συντελούν στην εμφάνιση υποτροπής σε ήδη εγκαταστημένη νόσο. Το κάπνισμα διπλασιάζει τον κίνδυνο για ΝC, ενώ πιθανά προστατεύει από την εμφάνιση ΕΚ, χωρίς όμως να βελτιώνει την φυσική πορεία της νόσου.

Ποια είναι τα συμπτώματα;

Τα ΙΦΝΕ παρουσιάζουν ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων, όχι μόνο από το πεπτικό σύστημα αλλά και από άλλα όργανα. Η ένταση των συμπτωμάτων εξαρτάται από την έκταση προσβολής του εντερικού σωλήνα και τον βαθμό ενεργότητας της φλεγμονής, ενώ σε αρκετά περιστατικά υπάρχει ανάγκη νοσηλείας.

Και στα δύο νοσήματα εμφανίζονται γενικά προβλήματα όπως κόπωση, αναιμία, καταβολή, ανορεξία, απώλεια βάρους, πυρετός, ενώ σε νόσο της παιδικής ηλικίας η καθυστέρηση της ανάπτυξης και της έναρξης της ήβης αποτελούν σημαντικά προβλήματα. Τα εντερικά συμπτώματα περιλαμβάνουν κυρίως διαρροϊκές κενώσεις (συχνά βλεννοαιματηρές) που μπορεί να συνοδεύονται από τεινεσμό και κολικοειδή κοιλιακά άλγη. Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις είναι πολλαπλές με ποικιλία συμπτωμάτων (αρθρίτιδα, στοματικές άφθες, ιριδοκυκλίτιδα, επισκληρίτις, οζώδες δερματικό ερύθημα, ηπατοπάθεια κ.ά.) και συνήθως έπονται της εμφάνισης

της εντερικής νόσου, αν και υπάρχουν περιπτώσεις που προηγούνται. Η χρόνια ενεργός φλεγμονή μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές όπως: Στένωση του εντερικού αυλού, μαζική αιμορραγία, τοξικό μεγάκολο, διάτρηση, συρίγγια και εμφάνιση καρκίνου, ενώ κάποιοι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν παρενέργειες από την φαρμακευτική αγωγή.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση στηρίζεται στην μεθοδική λήψη του ιστορικού και οριστικοποιείται με την βοήθεια πολλών εξετάσεων που διατίθενται σήμερα. Ο έλεγχος περιλαμβάνει ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις αίματος και μικροβιολογικό έλεγχο κοπράνων, ενώ η κολονοσκόπηση με λήψη βιοψιών, είναι η πλέον σημαντική εξέταση για την αναγνώριση και ταυτοποίηση της εντερικής φλεγμονής. Σε περιπτώσεις υπόνοιας νόσου Crohn, η γαστροσκόπηση και ο πλήρης έλεγχος του λεπτού εντέρου με «ασύρματη κάψουλα» ή «μαγνητική εντερογραφία» βοηθούν στην διάγνωση και την ανάδειξη βλαβών σε όλο το μήκος του πεπτικού σωλήνα. Η καλπροτεκτίνη κοπράνων είναι σημαντικός βιοδείκτης που διαχωρίζει το σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου από τα ΙΦΝΕ και βοηθά στην εκτίμηση ανταπόκρισης στη θεραπεία και πρόβλεψη πιθανής υποτροπής.

Πώς γίνεται η θεραπεία;

Υπάρχει πληθώρα φαρμακευτικών ουσιών που χρησιμοποιούνται μόνες ή συνδυαστικά στην θεραπεία των ΙΦΝΕ, όπως: Αντιφλεγμονώδη (κορτικοστεροειδή, αμινοσαλυκιλικά), ανοσοκατασταλτικά (αζαθειοπρίνη, μεθοτρεξάτη, κυκλοσπορίνη), αντιβιοτικά (μετρονιδαζόλη, ciprofloxacin) και ανοσοτροποποιητικά (βιολογικοί παράγοντες). Σε αρκετούς ασθενείς υπάρχει ανάγκη διατροφικής υποστήριξης με στοιχειακές και πολυμερικές δίαιτες, ενώ σε κάποιους ασθενείς θα χρειασθεί χειρουργείο (επειγόντως ή εκλεκτικά).

Σήμερα η πρόκληση στη θεραπεία, είναι η μετακίνηση από στρατηγική ανακούφισης των συμπτωμάτων και διατήρησης της ύφεσης, σε επιθετική στρατηγική που να στοχεύει στην πλήρη επούλωση της εντερικής φλεγμονής επιδιώκοντας την αλλαγή της φυσικής πορείας την νόσου. Η προσέγγιση διαφέρει από ασθενή σε ασθενή και εξατομικεύεται βάσει διαφόρων παραγόντων (είδος νοσήματος, ηλικία, έκταση προσβολής του εντέρου, βαρύτητα φλεγμονής, συνοδά νοσήματα, εξωεντερικές εκδηλώσεις, κ.ά.).

Ποιο είναι το μέλλον στα ΙΦΝΕ;

Τα ΙΦΝΕ αποτελούν μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στην γαστρεντερολογία. Η θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες άλλαξε με μεγάλη επιτυχία τον χειρισμό της φλεγμονής και σήμερα τα νοσήματα είναι πλέον αντιμετωπίσιμα μέσω της κατάλληλης αγωγής και οι περισσότεροι ασθενείς είναι σε θέση να ζουν μία σχεδόν φυσιολογική ζωή. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν στο μέλλον οι γονιδιακές μελέτες, ενώ ήδη σε ερευνητικό επίπεδο υπάρχει μεγάλη πρόοδος στην αναγνώριση και κατανόηση «μοριακών μονοπατιών φλεγμονής» με αποτέλεσμα την παραγωγή νέων φαρμακευτικών ουσιών, στοχεύοντας στην αλλαγή της φυσικής πορείας στα ΙΦΝΕ.

Χριστίνα Γκόγκα
Επιμελήτρια Πνευμονολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Εμμανουήλ Ζαχαριάδης
Διευθυντής Πνευμονολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Διαθωρακικό υπερηχογράφημα πνευμόνων

Τι είναι το διαθωρακικό υπερηχογράφημα πνευμόνων;

Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα πνευμόνων είναι μία μη επεμβατική διαγνωστική εξέταση που χρησιμοποιεί ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας, μη αντιληπτά από τον άνθρωπο, για την απεικόνιση των πνευμόνων και της υπεζωκοτικής κοιλότητας (ο χώρος μεταξύ των πνευμόνων και του εσωτερικού τοιχώματος του θώρακα) και διενεργείται κυρίως από εξειδικευμένους πνευμονολόγους.

Γιατί δεν είναι διαδεδομένη εξέταση;

Πρόκειται για μία απεικονιστική εξέταση που έχει διαδοθεί την τελευταία δεκαπενταετία. Στο παρελθόν, η μελέτη των πνευμόνων με τους υπερήχους θεωρείτο αδύνατη λόγω της παρουσίας αέρα που γνωρίζαμε ότι εμποδίζει την μετάδοση των ηχητικών κυμάτων. Εντούτοις, η συστηματική μελέτη των πνευμόνων και της υπεζωκοτικής κοιλότητας με τους υπερήχους έδειξε ότι η αλληλεπίδραση του αέρα, του υγρού, του πνευμονικού παρεγχύματος και του υπεζωκότα που περιβάλλει τους πνεύμονες, δημιουργούν χαρακτηριστικά τεχνικά σφάλματα (artifacts), ανάλογα με την παθολογία των υποκείμενων δομών. Το υπερηχογράφημα των πνευμόνων, λοιπόν, μελετά τα συγκεκριμένα artifacts σε συνδυασμό με την πραγματικού χρόνου (real time) απεικόνιση των υποκείμενων δομών σε αντίθεση με τα υπερηχογραφήματα άλλων περιοχών του σώματος, όπου μελετώνται αποκλειστικά όργανα και δομές στην πραγματική τους αναπαράσταση.

Γιατί να κάνω υπερηχογράφημα πνευμόνων;

- **Ασφαλής εξέταση.** Αντίθετα με τις υπόλοιπες απεικονιστικές εξετάσεις ο ασθενής και ο γιατρός με τον υπέρηχο δεν εκτίθενται σε ακτινοβολία και αυτό την καθιστά μία πλήρως ασφαλή εξέταση σε περίπτωση εγκυμοσύνης, ανάγκης για τακτική απεικονιστική παρακολούθηση του θώρακα, ακόμα και για παιδιά.
- **Υψηλής διαγνωστικής αξίας εξέταση για τις παθήσεις του αναπνευστικού.** Η ειδικότητα και η ευαισθησία του υπερηχογραφήματος πνευμόνων έχει βρεθεί υψηλή σε μελέτες, ακόμη και όταν συγκρίνεται με την αξονική θώρακος, που είναι η εξέταση αναφοράς (gold standard) για την απεικόνιση του αναπνευστικού συστήματος (*πίνακας 1*).
- **Άμεσα διαθέσιμη, φορητή και γρήγορη εξέταση.** Το υπερηχογράφημα πνευμόνων είναι μία πολύτιμη απεικονιστική εξέταση, άμεσα διαθέσιμη που μπορεί να πραγματοποιηθεί ακόμα και παρά την κλίνη του ασθενούς όταν η μετακίνησή του είναι δύσκολη, όπως συμβαίνει σε επείγοντα περιστατικά και σε ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κλινική κατάσταση (π.χ. ασθενείς της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας).
- **Οικονομική εξέταση**

Πώς γίνεται το υπερηχογράφημα πνευμόνων;

Δεν απαιτείται κάποια προετοιμασία από τον ασθενή. Πρόκειται για μία τελείως ανώδυνη εξέταση. Υπάρχουν αρκετά πρωτόκολλα για το υπερηχογράφημα πνευμόνων βάσει των οποίων η κεφαλή του υπερήχου με λίγη γέλη τοποθετείται σε διάφορα σημεία του θώρακα, από ένα έως δεκατέσσερα, ανάλογα με το πρωτόκολλο που ακολουθεί ο ιατρός. Η εστιασμένη μελέτη ελέγχει, εάν υπάρχει ή όχι νόσος του πνευμονικού παρεγχύματος, υπεζωκο-

τική συλλογή, πνευμοθώρακας ή ακόμα και πνευμονικό οίδημα. Η διαγνωστική μελέτη είναι πιο αναλυτική και παρέχει επιπρόσθετες πληροφορίες για κάθε ένα από τα παραπάνω νοσήματα.

Ποιες είναι οι ενδείξεις του υπέρηχου πνευμόνων;

Διαγνωστική εφαρμογή:

- **Νοσήματα του υπεζωκότα.** Η συχνότερη ένδειξη υπερηχογραφήματος πνευμόνων είναι η εκτίμηση συσσώρευσης υγρού στην υπεζωκοτική κοιλότητα ή σε άλλα σημεία των πνευμόνων. Με τον υπέρηχο μπορούμε να βγάλουμε συμπεράσματα για την σύσταση και την προέλευση της υπεζωκοτικής συλλογής. Ο γιατρός σας από τον υπέρηχο πνευμόνων θα χαρακτηρίσει την συλλογή ως «ελεύθερη» ή «εγκυστωμένη», «απλή» ή «επιπλεγμένη», θα δει αν υπάρχουν διαφραγμάτια και θα εκτιμήσει, αν ο υποκείμενος πνεύμονας έχει ατελεκτασία ή κάποια πύκνωση που ομοιάζει πνευμονίας ή κακοήθους εξεργασίας του πνευμονικού παρεγχύματος. Επίσης, με την χρήση των υπερήχων μπορούμε να διαγνώσουμε πνευμοθώρακα (ελεύθερο αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα). Η εξέταση αυτή έχει μεγάλη ευαισθησία για την παθολογία του υπεζωκότα. Απεικονίζονται τυχόν παχύνσεις του υπεζωκότα αλλά και άλλες μορφολογικές παραλλαγές που συναντάμε σε κακοήθεις παθήσεις του υπεζωκότα (μεσοθηλίωμα ή μεταστατική νόσο).
- **Παρεγχυματικές βλάβες.** Με το υπερηχογράφημα πνευμόνων απεικονίζονται πυκνωτικές βλάβες του πνευμονικού παρεγχύματος, όπως αυτές που προκαλούνται στην πνευμονία αλλά και στον καρκίνο του πνεύμονα. Ο διαχωρισμός των δύο μπορεί να γίνει με την χρήση Doppler που θα απεικονίσει τυχόν παθολογική αγγείωση εντός της πύκνωσης, όπως αυτή απεικονίζεται στις νεοπλασίες. Επιπλέον, η εξέλιξη και ο εμπλουτισμός των γνώσεών μας στο υπερηχογράφημα πνευμόνων έχουν καταστήσει δυνατή την διάγνωση διάμεσου πνευμονικού οιδήματος και διάμεσης πνευμονοπάθειας.
- **Κινητικότητα των διαφραγμάτων.** Μία εξίσου σημαντική εφαρμογή του υπερήχου πνευμόνων είναι και η εκτίμηση της κινητικότητας των διαφραγμάτων (σημαντικών μυών που συμβάλλουν στην κίνηση των πνευμόνων), με το snif test, που παραδοσιακά γινόταν με ακτινοσκόπηση.
- **Πνευμονική εμβολή**

Το υπερηχογράφημα πνευμόνων είναι μία πολύτιμη απεικονιστική εξέταση, άμεσα διαθέσιμη που μπορεί να πραγματοποιηθεί ακόμα και παρά την κλίνη του ασθενούς όταν η μετακίνησή του είναι δύσκολη

Το υπερηχογράφημα πνευμόνων είναι μία γρήγορη εξέταση, που μπορεί να επαναληφθεί

Πινακας 1. Διαγνωστική αξία του υπερήχου σε διάφορα νοσήματα των πνευμόνων

	Ευαισθησία (%)	Ειδικότητα (%)
Υπεζωκοτική συλλογή	94	97
Πύκνωση	90	98
Διάμεση Πνευμονοπάθεια	93	93
Ολικός Πνευμοθώρακας	100	95
Μερικός Πνευμοθώρακας	79	100

Touw H.R.W., Tuinman , P.R., Gelissen H.P.M.M. et al, Lung Ultrasound: Routine practice for the next generation of internist. *NJM* 2015;73(3): 100-107

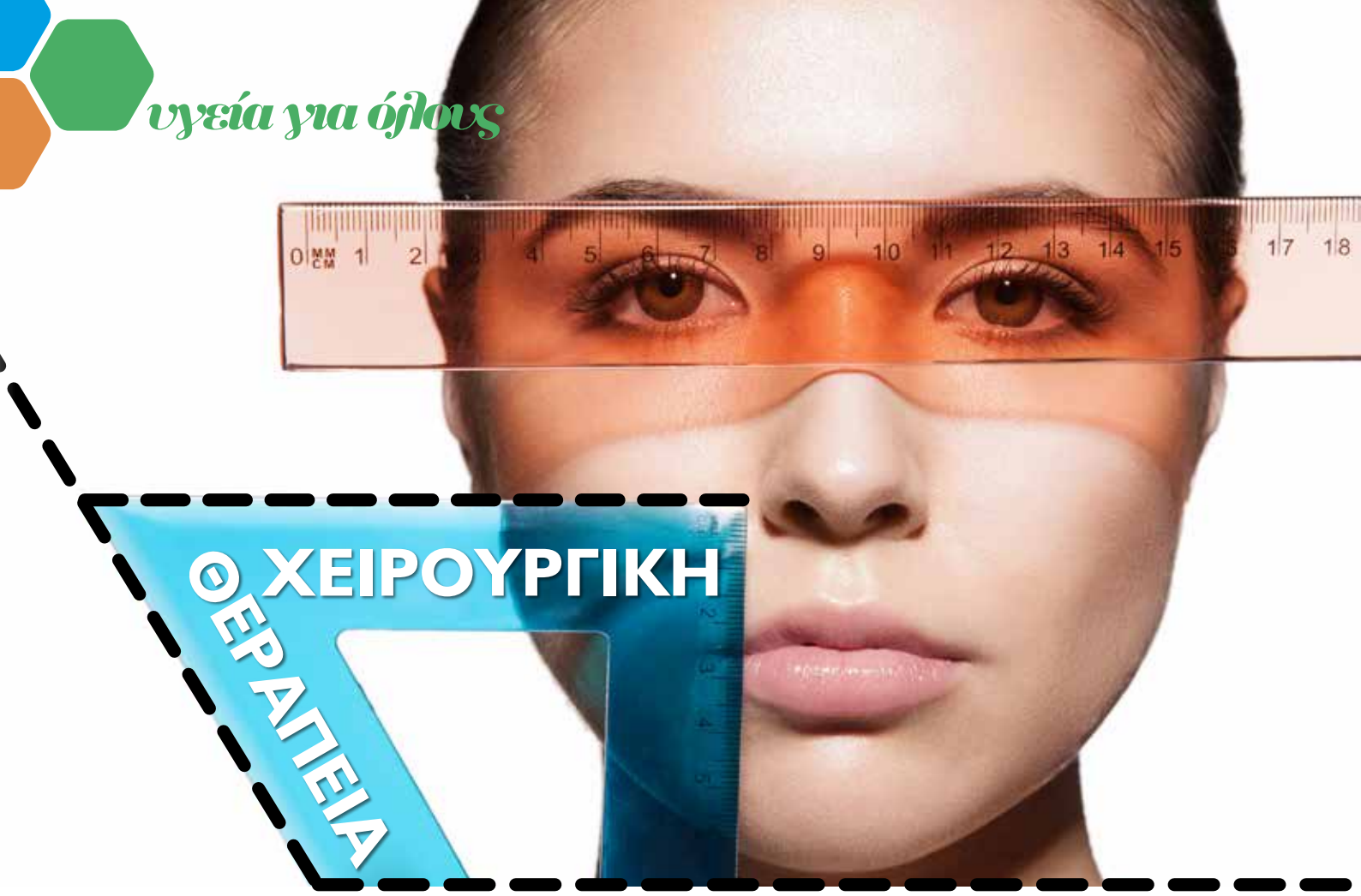
Καθοδήγηση επεμβατικών πράξεων

Το υπερηχογράφημα πνευμόνων περιλαμβάνεται στις κατευθυντήριες οδηγίες των ευρωπαϊκών εταιρειών θώρακος για την καθοδήγηση όλων των επεμβατικών πράξεων στον θώρακα:

- Παρακέντηση υπεζωκοτικής συλλογής (διαγνωστική και εκκενωτική)
- Τοποθέτηση θωρακικού σωλήνα παροχέτευσης μικρής διαμέτρου
- Θωρακοσκόπηση
- Βιοψία περιφερικών βλαβών του πνεύμονα και του θωρακικού τοιχώματος.

Αυτό ήταν αποτέλεσμα μεγάλων πολυκεντρικών μελετών που απέδειξαν ότι οι επιπλοκές των επεμβατικών αυτών πράξεων ήταν πολύ λιγότερες έως μηδαμινές, όταν γίνονται υπό την καθοδήγηση των υπερήχων.

Το υπερηχογράφημα πνευμόνων επομένως είναι μία γρήγορη διαγνωστική εξέταση, εύκολα προσβάσιμη, που μπορεί να επαναληφθεί χωρίς έκθεση σε ακτινοβολία και προσφέρει ουσιώδη αξιολόγηση για οξεία και χρόνια αναπνευστικά νοσήματα σε νοσηλευόμενους και εξωτερικούς ασθενείς και σε διαφορετικά τμήματα, από το βρογχολογικό εργαστήριο, τους θαλάμους των ασθενών, το τμήμα επειγόντων περιστατικών, τη μονάδα εντατικής θεραπείας ή ακόμα και κατ' οίκον. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την εξέταση και τις επεμβατικές πράξεις του θώρακα απευθυνθείτε στο Πνευμονολογικό Τμήμα της Ευρωκλινικής Αθηνών.



Σκελετικών διαταραχών του προσώπου

Στη σημερινή εποχή οι απαιτήσεις και οι επιθυμίες για «αισθητική τελειότητα», έχουν επικρατήσει. Το γεγονός αυτό οδηγεί συχνά ανθρώπους με μικρά ή μεγαλύτερα προβλήματα εμφάνισης να αναζητήσουν βοήθεια από τις ιατρικές ειδικότητες που μπορούν να προσφέρουν λύσεις στην ολοένα και αυξανόμενη ανάγκη για αισθητικά αποδεκτή εμφάνιση.

Η πλειοψηφία των αναζητήσεων αυτών αναφέρεται σε αισθητικά προβλήματα της περιοχής του προσώπου, και κατά κύριο λόγο, έχει να κάνει με τα αποτελέσματα των μεταβολών λόγω ηλικίας.

Σταύρος Τομπρής
MD, Ph.D, DDS

Ιατρός-Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Διευθυντής Κλινικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Υπάρχουν, όμως, και αισθητικά προβλήματα στο πρόσωπο που συνοδεύονται από λειτουργικές διαταραχές και αφορούν κυρίως νεότερες ηλικιακές ομάδες ασθενών.

Ποια είναι αυτά;

Είναι τα προβλήματα που αναφέρονται στη διαταραχή της ανάπτυξης και της αρμονικής σχέσης μεταξύ των οστών του σπλαχνικού κρανίου, ιδιαίτερα της άνω και κάτω γνάθου.

Όλοι μπορούμε να διακρίνουμε ότι ένα πρόσωπο με ιδιαίτερα μακρύ ή μεγάλο σαγόνι, δεν είναι ιδιαίτερα αισθητικό. Το ίδιο θα θεωρήσουμε για ένα πολύ μικρό σαγόνι το οποίο δημιουργεί μία έντονη κυρτότητα στο προφίλ του πρόσωπου του ασθενή.

Ανάλογα, αν η άνω γνάθος δεν είναι ανεπτυγμένη επαρκώς, τότε το μέσο τριτημόριο του προσώπου θα είναι πιο «βυθισμένο» από το κανονικό και η κάτω γνάθος θα φαίνεται ότι προβάλλει αντιαισθητικά, ενώ αυτή μπορεί να έχει κανονικό μέγεθος.

Αρκετές φορές οι διαταραχές αυτές συνυπάρχουν και στις δύο γνάθους με αποτέλεσμα οι αποκλίσεις από την αισθητικά απο-

δεκτή εμφάνιση να είναι ακόμη πιο έντονες.

Συχνά οι ανωμαλίες στη ανάπτυξη των γνάθων προκαλούν και ποικίλου βαθμού λειτουργικά προβλήματα. Τα οστά των γνάθων φέρουν τα τόξα των δοντιών, όποτε κάθε διαταραχή στην ανάπτυξη των οστών συνοδεύεται από μεταβολή στη σχέση μεταξύ του άνω και του κάτω οδοντικού τόξου.

Αποτέλεσμα είναι οι διαταραχές στη μάσηση, στην κατάποση, στην ομιλία, στην προφορά συγκεκριμένων φθόγγων, η εμφάνιση υπνικής άπνοιας (σε ορισμένες περιπτώσεις) και η δυσλειτουργία των κροταφογναθικών αρθρώσεων που οδηγεί σε μυϊκή υπερτονία των μυών του προσώπου με συνοδό πόνο και δυσκολία στην λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος.

Πώς θα διακρίνουμε έναν ασθενή με σκελετική διαταραχή του προσώπου;

Αν η απάντηση σε μία από τις παρακάτω ερωτήσεις είναι θετική, τότε χρειάζεται μια περαιτέρω διερεύνηση για την σκελετική δυσαρμονία που πιθανώς να υπάρχει:

- Είναι η κάτω γνάθος πολύ μπροστά σε σχέση με την άνω γνάθο;
- Είναι η κάτω γνάθος πολύ πίσω, πολύ μικρή, σε σχέση με το υπόλοιπο πρόσωπο;
- Νομίζετε ότι έχετε ένα «αδύναμο» σαγόνι;
- Είναι τα ζυγωματικά πολύ «μέσα», πολύ μικρά;
- Είναι το προφίλ του προσώπου πολύ κοίλο, ή πολύ κυρτό;
- Είναι η γραμμή του χαμόγελού σας στραβή;
- Φαίνονται πολύ τα ούλα των μπροστινών δοντιών της άνω γνάθου όταν γελάτε;
- Είναι η γωνία μεταξύ του λαιμού και του σαγονιού σας πολύ αμβλεία;
- Νομίζετε ότι το πρόσωπό σας είναι πολύ μακρύ;
- Υπάρχει κενό μεταξύ των πάνω και κάτω μπροστινών δοντιών όταν κλείνετε το στόμα;
- Βλέπετε το κέντρο του πηγουνιού σας να παρεκκλίνει προς μία κατεύθυνση;
- Δυσκολεύεστε να φέρετε τα χείλη σας σε επαφή;

Η χειρουργική διόρθωση των σκελετικών διαταραχών στα οστά του σπλαχνικού κρανίου είναι έργο του ειδικού Γναθοπροσωπικού Χειρουργού. Πρόκειται για τον εξειδικευμένο Ιατρό-Χειρουργό του προσώπου, ο οποίος θα αναλάβει να διορθώσει τις αναπτυξιακές ανωμαλίες που οδηγούν σε παρεκκλίσεις στην θέση των γνάθων.

Σημαντική συμβολή στη θεραπεία των ασθενών αυτών έχει και ο ειδικός Ορθοδοντικός, ο οποίος καλείται προεγχειρητικά να προετοιμάσει κατάλληλα τις θέσεις των δοντιών των ασθενών, ώστε να εφαρμόζουν τέλεια μετά την χειρουργική επέμβαση και τη μετακίνηση των γνάθων.

Αρχικά, γίνεται μια λεπτομερής και πολύπλοκη κλινική και ακτινολογική ανάλυση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του προσώπου του κάθε ασθενούς. Με μια σύνθετη μελέτη, η οποία ονομάζεται κεφαλομετρική ανάλυση και με την χρήση λογισμικού ηλεκτρονικών υπολογιστών, ο χειρουργός αποφασίζει με ακρίβεια χιλιοστού, ποια είναι η αισθητικά και λειτουργικά αποδεκτή θέση του οστού που εμφανίζει τη διαταραχή, σε σχέση με τα υπόλοιπα οστά του συγκεκριμένου προσώπου.

Πριν από το χειρουργείο κατασκευάζεται ένας χειρουργικός νάρθηκας με βάση εκμαγεία των γνάθων του ασθενή. Ο νάρθηκας αυτός καθοδηγεί τον χειρουργό να αποκαταστήσει τη διαταραχή επακριβώς, όπως κατέδειξε η κεφαλομετρική ανάλυση.

Με βάση τις συνεχείς εξελίξεις στον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, τη διαρκή εκπαίδευση και εξειδίκευση των Χειρουργών του προσώπου και την εφαρμογή σύγχρονων θεραπευτικών πρωτοκόλλων, οι ορθογναθικές επεμβάσεις αποτελούν σήμερα μια ασφαλή και ενδεδειγμένη επιλογή για να διορθωθούν με επιτυχία οι διαταραχές στην ανάπτυξη των οστών του σκελετού του προσώπου

Τα οστά των γνάθων αποσπώνται και τοποθετούνται σε νέα διορθωμένη θέση, η οποία βρίσκεται σε αρμονία με την θέση των υπολοίπων οστών του σπλαχνικού κρανίου.

Η μετεγχειρητική πορεία απαιτεί μία ή δύο ημέρες νοσηλείας στο νοσοκομείο (αναλόγως της διαταραχής), ο ασθενής εξέρχεται χωρίς να χρειάζεται ακινητοποίηση των γνάθων, ενώ θα πρέπει να παραμείνει σε μαλακή δίαιτα για 6 εβδομάδες. Το πρήξιμο στο πρόσωπο υποχωρεί μετά από 7-10 ημέρες, ενώ παρόλο το εύρος της χειρουργικής παρέμβασης, οι ασθενείς δεν αναφέρουν έντονο μετεγχειρητικό πόνο. Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι όλες οι τομές γίνονται μέσα από το στόμα, οπότε δεν υπάρχουν μετεγχειρητικές τομές στο δέρμα του προσώπου.

Τα αποτελέσματα των επεμβάσεων αυτών είναι εντυπωσιακά, όχι μόνο στη διόρθωση της αισθητικής διαταραχής του προσώπου, αλλά και στην αποκατάσταση των συνοδών λειτουργικών προβλημάτων.

Τα χαρακτηριστικά του ατόμου δεν αλλάζουν. Ο ασθενής παραμένει ο ίδιος άνθρωπος, με σημαντικά βελτιωμένη την αισθητική του προσώπου, αλλά και την λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος. Ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθεί είναι επίσης η βελτίωση στην αυτοπεποίθηση, την αυτοεκτίμηση, την κοινωνική ένταξη και συμμετοχή.

Πόνος στον ώμο;

Δημήτρης Αλεξάκης
Διεθυντής Ορθοπαιδικής Κλινικής Αθλητικών Κακώσεων, Ευρωκλινική Αθηνών

Πηνελόπη Κατσάκου
Επιμελητής Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών

Κωνσταντίνος Καραπατάκης
Επιμελητής Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών

Σάββας Βασιλόπουλος
Επιμελητής Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο πόνος στην περιοχή του ώμου αποτελεί συχνή αιτία προσέλευσης του ασθενούς στον Ορθοπαιδικό του. Μπορεί να οφείλεται σε παθήσεις από την ίδια την άρθρωση ή να αντανακλάται από άλλες ανατομικές περιοχές (πνεύμονες, στομάχι, ήπαρ, αυχένας, καρδιά). Οι παθήσεις της άρθρωσης του ώμου μπορεί να αφορούν στα οστά αλλά και τα μαλακά μόρια γύρω από την άρθρωση (τένοντες, μύες, νεύρα). Για να αποκλείσουμε αυτές τις περιπτώσεις αναφερόμενου πόνου, η λήψη αναλυτικού ιστορικού και η ενδελεχής κλινική εξέταση αποτελούν πρωταρχικά βήματα της θεραπευτικής προσέγγισης. Θα πρέπει να αναζητηθεί ο μηχανισμός της πάθησης, τραυματικός ή όχι, η χρονιότητα ή η οξύτητα των συμπτωμάτων καθώς και συνοδά συμπτώματα όπως η αστάθεια, η δυσκαμψία και η μυϊκή αδυναμία.

Η κλινική εξέταση συμπληρώνεται από τον απαραίτητο απεικονιστικό έλεγχο με ακτινογραφίες, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία και μαγνητικό αρθρογράφημα που θα επιβεβαιώσει την κλινική διάγνωση και θα οδηγήσει στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Πρώτη επιλογή στο θεραπευτικό πλάνο αποτελεί πάντα η συντηρητική θεραπεία, όταν αυτή είναι εφικτή (φαρμακευτική αγωγή, φυσικοθεραπείες, ενδοαρθρικές εγχύσεις με πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια, **PRP ή βλαστοκύτταρα**). Ωστόσο όταν η συντηρητική θεραπεία αποτυγχάνει ή δεν είναι επαρκής, τότε έχουν θέση οι ποικίλες χειρουργικές τεχνικές που μπορούν να λύσουν με επιτυχία κάθε πρόβλημα της άρθρωσης του ώμου.

Πρωταρχική θέση ανάμεσα στις τεχνικές αυτές κατέχει η **αρθροσκόπηση** που στις μέρες μας με τα υπερσύγχρονα μηχανήματα, τις κάμερες υψηλής ανάλυσης, τις ραδιοσυχνότητες και τα εξελιγμένα υλικά στερέωσης μπορεί να δώσει λύση στην πλειονότητα των παθήσεων του ώμου.

Παθήσεις που αντιμετωπίζονται με αρθροσκόπηση ώμου
Ρήξη τενοντίου πετάλου του ώμου
Σύνδρομο υπακρωμιακής προστριβής
Ασβεστοποιός τενοντίτιδα
Παγωμένος ώμος – Συμφυτική θυλακίτιδα
Αστάθεια του ώμου
Εξάρθρημα - καθ' έξιν εξάρθρημα του ώμου
Οστικά ελλείμματα ωμογλήνης
Αρθρίτιδα ακρωμιοκλειδικής άρθρωσης
Εξάρθρημα ακρωμιοκλειδικής
Σύνδρομο παγίδευσης υπερπλατίου νεύρου
Αποσπαστικά κατάγματα μείζονος βραχιονίου ογκώματος

*Στην Ευρωκλινική, συμπορευόμενοι με τις εξελίξεις, **είμαστε σε θέση να πραγματοποιήσουμε όλη την γκάμα των επεμβάσεων του ώμου** και να προσφέρουμε στους ασθενείς μας μία αντιμετώπιση ανάλογη με οποιοδήποτε άλλο κέντρο του εξωτερικού με **σύγχρονες τεχνικές**, αντίστοιχες μεθόδους και ευτυχώς για τους ασθενείς μας εφάμιλλα αποτελέσματα*

Μικρές ή μαζικές ρήξεις του τενοντίου πετάλου, αστάθεια και καθ'έξιν εξάρθρημα, ασβεστοποιός τενοντίτιδα, παγωμένος ώμος, σύνδρομο υπακρωμιακής προστριβής, αστάθεια και αρθρίτιδα ακρωμιοκλειδικής άρθρωσης αλλά και μικρά κατάγματα είναι μερικές από τις παθήσεις που αντιμετωπίζονται καθημερινά με την αρθροσκόπηση του ώμου. Η πραγματοποίηση της επέμβασης μέσω μικροσκοπικών οπών, η άμεση επισκόπηση υπό μεγέθυνση της βλάβης και η δυνατότητα εξόδου λίγες ώρες μετά από το νοσοκομείο καθιστούν την αρθροσκοπική τεχνική αναίμακτη, ανώδυνη και εξαιρετικά αποτελεσματική.

Στην Ευρωκλινική, εξελιγμένες αρθροσκοπικές τεχνικές που απαιτούν αρθροσκοπική εξοικείωση, εμπειρία αλλά και χειρουργική δεινότητα, μπορούν να δώσουν λύσεις σε μέχρι πρότινος μη αντιμετωπίσιμες παθήσεις της άρθρωσης του ώμου. Σε μαζικές ρήξεις του τενοντίου πετάλου χρησιμοποιείται το ενδαρθρικό μπαλόνι διάτασης (***InSpace Ballon***), ενώ σε πιο νέα άτομα οι **τενοντομεταφορές** (κυρίως του πλατέος ραχιαίου – *latissimus dorsi*). Σε υποτροπιάζοντα εξαρθρήματα και οστικά ελλείμματα της άρθρωσης του ώμου πραγματοποιείται τα τελευταία χρόνια η αρθροσκοπική τοποθέτηση οστικού αυτομοσχεύματος (***bone block***) από το λαγόνιο οστό καθώς και η αρθροσκοπική μετάθεση της κορακοειδούς απόφυσης (***Latarjet***).

Όταν οι αρθροσκοπικές τεχνικές δεν είναι επαρκείς, έχει θέση η κλασική ανοιχτή χειρουργική του ώμου. Πέραν της αντιμετώπισης των μείζονων καταγμάτων της περιοχής με οστεοσύνθεση, οι δύο επεμβάσεις που εξακολουθούν να γίνονται ανοιχτά στη χειρουργική του ώμου είναι η ολική αρθροπλαστική και η ανάστροφη ολική αρθροπλστική. Η **ολική αρθροπλαστική του ώμου**, η αντικατάσταση δηλαδή των αρθρούμενων επιφανειών από μεταλλικά εμφυτεύματα, χρησιμοποιείται για τη αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας της άρθρωσης του ώμου. Η **ανάστροφη ολική αρθροπλαστική του ώμου (*reverse*)** δίνει λύση στο μέχρι πρότινος άλυτο πρόβλημα της βαρείας αρθρίτιδας σε συνδυασμό με ρήξη των τενόντων του ώμου, που καταδίκαζε τον ασθενή σε πλήρη αχρησία του άκρου.

Ο πόνος στον ώμο, που πολλές φορές συνδυάζεται από δυσκαμψία και αδυναμία, αποτελεί συχνό σύμπτωμα που ταλαιπωρεί τον ασθενή και περιορίζει τη λειτουργικότητά του. Η εξέλιξη της χειρουργικής του ώμου και ιδίως της αρθροσκόπησης είναι τέτοια που στα χέρια εξειδικευμενων χειρουργών, πλέον, **δεν υπάρχει πάθηση η οποία να μην μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτυχώς, με άριστα αποτελέσματα**.

Γιώργος Σάμπαλης
Διευθυντής Γενικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Η θέση της ρομποτικής στην σύγχρονη χειρουργική σήμερα

Η εξέλιξη της χειρουργικής τα τελευταία χρόνια γίνεται με άλματα. Χορηγός της είναι η μεγάλη ανάπτυξη της τεχνολογίας με την χρήση υπερυπολογιστών, η μεταφορά εικόνας υψίστης ευκρίνειας με συστήματα οπτικών ινών, η μεταφορά τεράστιου όγκου δεδομένων σε ελάχιστο χρόνο και η μεταφορά κίνησης.

Η **λαπαροσκοπική χειρουργική** αποτέλεσε μία επανάσταση στα τελειώματα του 20ού αιώνα λόγω της ασύλληπτης ιδέας μεταφοράς εικόνας από το εσωτερικό της κοιλιάς σε Monitors και την εκπαίδευση των νέων χειρουργών σε κινήσεις «λεπτομέρειας»..εξωσωματικά, με στόχο την εδραιοποίηση της Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής.

Στην αρχή της εφαρμογής της είχε πολλούς πολέμιους από την χειρουργική κοινότητα, αλλά με την πάροδο των ετών, με την πρόοδο της τεχνολογίας, την εκπαίδευση των χειρουργών αλλά και κυρίως την επιστημονική τεκμηρίωση και επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων από μελέτες παγκόσμιας εμβέλειας, έχει πλέον καταξιωθεί και αποτελέσει το golden standard σε πλείστες όσες χειρουργικές επεμβάσεις.

Η ρομποτική χειρουργική και οι εφαρμογές της βρίσκονται υπό συνεχή μελέτη και εξέλιξη, μέσα από μελέτες και παρουσιάσεις σε διεθνή και εγχώρια συνέδρια

Η μετεξέλιξη της λαπαροσκοπικής χειρουργικής στον 21ο αιώνα, με την ανάπτυξη των ρομποτικών συστημάτων είναι η καινούργια πρόκληση στον τομέα της Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής.

Η εφαρμογή της τεχνολογίας «μεταφοράς κινήσεων» του ανθρώπινου χεριού μέσα από ειδικά φίλτρα βελτίωσης και εξάλειψης «λαθών», είναι και το μεγάλο ατού της τεχνολογίας αυτής, συν την μεταφορά 3d εικόνας στον ανθρώπινο οφθαλμό, γεγονός που διαφέρει σημαντικά σε σχέση με το δισδιάστατο της λαπαροσκόπησης.

Την τελευταία δεκαετία το σύστημα «**Da Vinci**» έχει αναπτυχθεί σε πολλά νοσοκομεία και ιδρύματα ανά την υφήλιο και οι εφαρμογές του στην χειρουργική συνεχώς μεγαλώνουν και μελετώνται.

Η σημερινή χειρουργική κοινότητα διεθνώς, πλέον, έχει δεχθεί την εφαρμογή του, μετά από μελέτες δεκαετίας, σε πολλές χειρουργικές επεμβάσεις, σε συγκρίσιμα επίπεδα σε σχέση με την λαπαροσκοπική χειρουργική.

Επεμβάσεις όπως η **χολοκυστεκτομή, η διόρθωση διαφραγματοκήλης, οι κοιλιοκήλες και οι επεμβάσεις παχέος εντέρου** αποτελούν, πλέον, εφικτές ρομποτικές επεμβάσεις με ισάξια αποτελέσματα σε σχέση

με την λαπαροσκοπική μέθοδο, ενώ ιδιαίτερες επεμβάσεις όπως **ο καρκίνος του ορθού, επεμβάσεις οισοφάγου για καλοήθεις (παλινδρόμηση – αχαλασία) και κακοήθεις** έχουν ιδανική ρομποτική εφαρμογή.

Η χρήση του ρομπότ σε επεμβάσεις της βουβωνικής χώρας όπως οι κήλες, δεν αποτελεί ακόμη σημείο υπεροχής της μεθόδου, ειδικά στην εξωπεριτοναϊκή (εξωκοιλιακή) προσπέλαση της βουβώνος, όπου εκεί η λαπαροσκοπική μέθοδος TEP υπερέχει.

Η **ρομποτική Da Vinci προστατεκτομή** αποτελεί, πλέον, το golden standard στην παγκόσμια ουρολογική κοινότητα με εξαιρετικά αποτελέσματα στον καρκίνο του προστάτη.

Η **ρομποτική χειρουργική** αποτελεί για τον χειρουργό μία εξαιρετική μέθοδο ελάχιστα τραυματικής παρέμβασης και του παρέχει την δυνατότητα εφαρμογής «ιδανικών» κινήσεων παρασκευής και συρραφής ιστών, εξαιρετική τρισδιάστατη ανατομική εικόνα, παρέμβαση σε εξαιρετικά δύσκολα ανατομικά σημεία στο ανθρώπινο σώμα και ένα «ξεκούραστο» περιβάλλον για όλο το χειρουργικό team.

Οι διεθνείς αναφορές και μελέτες ανά την υφήλιο, οι οποίες έχουν επιτελέσει συγκρίσεις ανάμεσα στην **λαπαροσκοπική και ρομποτική χειρουργική** και τις εφαρμογές της, καθιστούν την χρήση του ρομπότ εφάμιλλη της λαπαροσκοπικης μεθόδου, με υπεροχή κυρίως σε δύσκολα και δυσπρόσιτα σημεία της κοιλιακής χώρας όπως η πύελος και ο οισοφάγος.

Όμως σαφώς μείζον μειονέκτημα διεθνώς κατέχει το μεγαλύτερο κόστος απόκτησης του συστήματος και το κόστος εφαρμογής του ανά επέμβαση.

Παρ' όλα αυτά αποτελεί, πλέον, ένα εξαιρετικό «εργαλείο» στα έμπειρα και εξειδικευμένα «χειρουργικά χέρια» και στην Ελάχιστα Επεμβατική Χειρουργική γενικότερα διεθνώς.

Η συνεχής εξέλιξη της τεχνολογίας αλλά και της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής, έχει πολλά να υποσχεθεί για το μέλλον, ειδικά στις εφαρμογές της ρομποτικής χειρουργικής και στην εκπαίδευση των νέων χειρουργών στην νέα τεχνολογία

Οι διεθνείς αναφορές και μελέτες ανά την υφήλιο καθιστούν την χρήση του ρομπότ εφάμιλλη της λαπαροσκοπικης μεθόδου, με υπεροχή κυρίως σε δύσκολα και δυσπρόσιτα σημεία της κοιλιακής χώρας όπως η πύελος και ο οισοφάγος

Πλεονεκτήματα

Συνοψίζοντας λοιπόν θεωρούμε ότι τα πλεονεκτήματα από την χρήση ρομποτικού συστήματος για το γιατρό είναι τα εξής:

- Έχει τρισδιάστατη έγχρωμη εικόνα των οργάνων του ασθενούς.
- Αίσθηση ότι τα μάτια και τα χέρια του βρίσκονται μέσα στο σώμα του ασθενούς.
- Βλέπει άριστα σε σημεία που μέχρι σήμερα δεν υπήρχε καμιά οπτική πρόσβαση.
- Χειρουργεί σε απρόσιτα ή δυσπρόσιτα σημεία με απόλυτη ασφάλεια και ακρίβεια.
- Το ρομπότ δρα σαν συνεργάτης υπό τον πλήρη έλεγχό του.

Οφέλη για τους ασθενείς

Τα οφέλη για τους ασθενείς είναι τα παρακάτω:

- Μικρότερη διάρκεια αναισθησίας
- Μεγάλη ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου
- Ταχύτερη ανάρρωση και έξοδο από το νοσοκομείο
- Μικρότερο κόστος νοσηλείας
- Ταχεία επάνοδο στην εργασία
- Εξάλειψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών, που έχουν σχέση με το τραύμα (διαπύηση, διάσπαση, κήλη, χρόνιο άλγος κ.λπ.) και των μετεγχειρητικών συμφύσεων και των συνεπειών τους
- Λιγότερες αναπνευστικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές
- Αναίμακτο χειρουργείο.

Η δική σας οικογένεια,
είναι και δική μας!

SYCO

MEDICAL Family ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η οικογένειά σας είναι η πρώτη και η τελευταία σας έγνοια καθημερινά. Με το Medical Family, γίνεται τώρα και δικιά μας! Το πρόγραμμα που αγκαλιάζει τις ανάγκες σας και κατανοεί τα θέλω σας, αφού συνδυάζει την πρόληψη και την εξειδικευμένη νοσοκομειακή περίθαλψη για ολόκληρη την οικογένεια. Έτσι, έχετε απόλυτη φροντίδα υγείας και καλύτερο έλεγχο του προϋπολογισμού σας με μία ενιαία ασφάλιση, που δημιουργήθηκε αποκλειστικά για εσάς και αυτούς που αγαπάτε.

GENERALI

The Smart & Simple Choice

generali.gr

GeneraliHellas
GeneraliGreece

132 ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΙΣ 50 ΚΟΡΥΦΑΙΕΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ FORTUNE

ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΙΣ 50 ΠΙΟ ΕΞΥΠΝΕΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ MIT

Κλωνική Αιμοποίηση

απροσδιορίστου σημασίας, αναδυόμενος παράγοντας κινδύνου και η σχέση της με την καρδιαγγειακή νόσο

Ελένη Ψιάχου
Αιματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Η κλωνική αιμοποίηση περιγράφει αδρά την επέκταση κλωνικού πληθυσμού στελεχιαίων αιμοποιητικών κυττάρων, με μία ή παραπάνω επίκτητες μεταλλάξεις. **Η κλωνική αιμοποίηση είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται με υψηλή συχνότητα μετά την ηλικία των 40 ετών.** Άτομα με κλωνική αιμοποίηση έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη αιματολογικών κακοηθειών, καρδιαγγειακή νόσο και για νοσηρότητα γενικά.

Η παραπάνω παρατήρηση έγινε δυνατή με την πρόοδο στις μοριακές τεχνικές τελευταίας γενιάς που επιτρέπουν την ανίχνευση μεταλλάξεων στα κύτταρα του αίματος, ακόμα και όταν αυτές είναι σε απειροελάχιστο επίπεδο. Οι τεχνικές αυτές επίσης επιτρέπουν την ανάλυση δεκάδων χιλιάδων δειγμάτων σε μικρό χρονικό διάστημα. Έτσι, σε δύο ανεξάρτητες χρονικές στιγμές το 2014 και το 2017, ανεξάρτητες επιστημονικές ομάδες δημοσίευσαν τα αποτελέσματά τους σε χιλιάδες αρχειακά δείγματα. Διεπιστώθη παρουσία επίκτητων μεταλλάξεων στο 10% των ατόμων άνω των 60 ετών, ενώ η συχνότητα ήταν 1% σε άτομα κάτω των 50 ετών.

Τα πιο συχνά μεταλλαγμένα γονίδια με κλωνική επέκταση ήταν τα DNMT3A, ASXLI, TET2 και JAK2. Σημειώνεται ότι το τελευταίο γονίδιο παρατηρείται μεταλλαγμένο σε μεγάλο αριθμό ασθενών με μυελοϋπερπλαστικά νοσήματα. Παρ' όλο που η συσχέτιση με την ανάπτυξη αιματολογικών κακοηθειών είναι ισχυρή, ενδιαφέρον έχει προκαλέσει η συσχέτιση με καρδιαγγειακά νοσήματα μιας και αφορά μεγαλύτερες πληθυσμιακές ομάδες.

Παράλληλα, μελετήθηκε ο ρυθμός δημιουργίας αθηρωματικής πλάκας σε πειραματόζωα που έφεραν τις παρατηρηθείσες μεταλλάξεις. Διεπιστώθη οτι τα πειραματόζωα που έφεραν μεταλλάξεις ανέπτυσσαν ταχύτερα και μεγαλυτέρου βαθμού αθηρωτική πλάκα σε σύγκριση με πειραματόζωα που δεν έφεραν τις μεταλλάξεις.

Οι παραπάνω συσχετίσεις δεν επιβεβαιώνουν απόλυτη συσχέτιση κλωνικής αιμοποίησης και καρδιαγγειακής νόσου προς το παρόν. Όμως, μελλοντικές μελέτες θα ξεδιαλύνουν το τοπίο. Γι΄αυτό και στην παρούσα φάση, ο όρος παραμένει **Κλωνική Αιμοποίηση Απροσδιορίστου Σημασίας**.

Σχέση Ασθενών-Internet

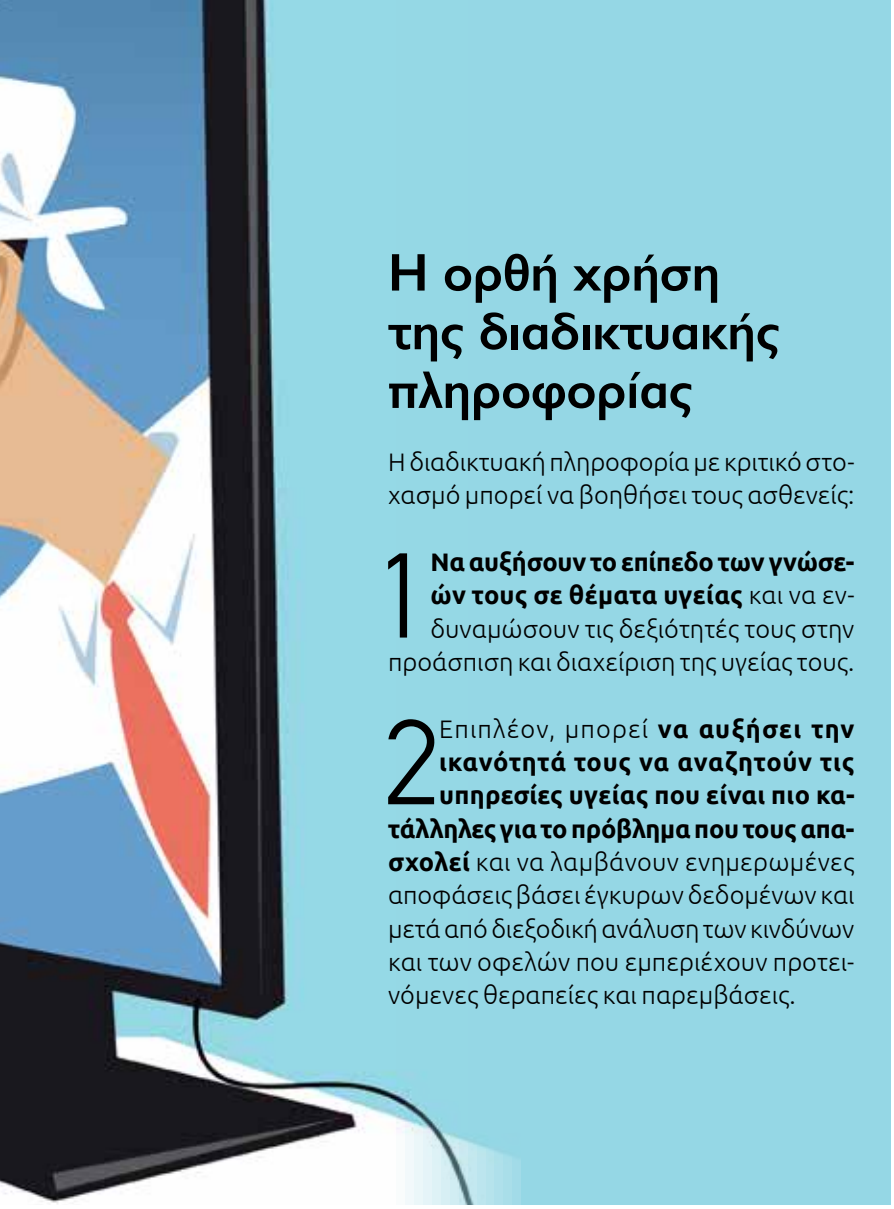
και ο ρόλος του ΙΑΤΡΟΥ

Οι αριθμοί που δίνουν όλες οι έρευνες είναι ξεκάθαροι: **το μεγαλύτερο ποσοστό των κατοίκων των ευρωπαϊκών χωρών σερφάρει πλέον στο Ιντερνέτ. Για την Ελλάδα το ποσοστό αυτό αγγίζει το 65% του πληθυσμού και βρίσκεται σε διαρκή ανοδική πορεία.** Πολλοί χρήστες αναζητούν στο διαδίκτυο πληροφορίες για ιατρικά προβλήματα και διάφορα θέματα που άπτονται της ιατρικής επιστήμης.

Βαρβάρα Καλογερή
Υπεύθυνη Check Up, Ευρωκλινική Αθηνών

Οι παραπάνω αριθμοί είναι ιδιαίτερα αποκαλυπτικοί και φανερώνουν μια νέα πραγματικότητα στη σχέση Ιατρού - ασθενή. Πολλά άτομα συμβουλεύονται το internet, με βάση τα συμπτώματά τους, χωρίς να πάνε στο γιατρό. Αυτό μπορεί να τους οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα. Αναμφισβήτητα το internet παρέχει άφθονη γνώση και πληροφόρηση, σε καμία περίπτωση, όμως, δεν μπορεί να προσφέρει την εμπειρία ενός γιατρού, κατά συνέπεια, δεν μπορεί και να τον υποκαταστήσει.

Η αναζήτηση πληροφοριών υγείας είναι πλέον πραγματικότητα και γι' αυτό το λόγο, οι ασθενείς θα πρέπει να είναι



Η ορθή χρήση της διαδικτυακής πληροφορίας

Η διαδικτυακή πληροφορία με κριτικό στοχασμό μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς:

1 **Να αυξήσουν το επίπεδο των γνώσεών τους σε θέματα υγείας** και να ενδυναμώσουν τις δεξιότητές τους στην προάσπιση και διαχείριση της υγείας τους.

2 Επιπλέον, μπορεί **να αυξήσει την ικανότητά τους να αναζητούν τις υπηρεσίες υγείας που είναι πιο κατάλληλες για το πρόβλημα που τους απασχολεί** και να λαμβάνουν ενημερωμένες αποφάσεις βάσει έγκυρων δεδομένων και μετά από διεξοδική ανάλυση των κινδύνων και των οφελών που εμπεριέχουν προτεινόμενες θεραπείες και παρεμβάσεις.

επίσης ενήμεροι για τους κινδύνους που ενέχει η εξεύρεση πληροφοριών από ιστοσελίδες που δεν χαρακτηρίζονται για την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και την επικαιροποίηση των πληροφοριών τους.

Από την άλλη πλευρά, τόσο οι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη και λειτουργία των ιστοσελίδων όσο και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να καταβάλλουν κάθε προσπάθεια για την ασφάλεια και την **έγκυρη ενημέρωση**, η οποία παρέχεται μέσω των ιστοσελίδων που διαχειρίζονται.

Απειλή ή σημαντικό εργαλείο;

Ο σύγχρονοι Ιατροί δεν θα πρέπει να αισθάνονται ότι απειλούνται από την εξάπλωση του διαδικτύου και τη δημιουργία ιστοσελίδων με ιατρικό περιεχόμενο. Αν ο ασθενής γνωρίζει ήδη κάποια πράγματα, η ιατρική του συμβουλή μπορεί να γίνει πολύ πιο εύκολα κατανοητή. Όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο πληροφόρησης και γνώσης που έχει ο ασθενής για την ασθένειά του, τόσο καλύτερη είναι η αποδοχή της θεραπείας. Η έγκυρη πληροφόρηση από το διαδίκτυο έχει σαν αποτέλεσμα ο ασθενής να αναλαμβάνει ενεργό ρόλο, να ζητάει περισσότερες πληροφορίες και να θέτει περισσότερες ερωτήσεις στη διάρκεια της ιατρικής εξέτασης. Σε περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών, είναι ένα σημαντικό εργαλείο, η κοινή εμπειρία μεταξύ των ασθενών τους κάνει να συνειδητοποιούν τις διαστάσεις της δικής τους νόσου.

Πολλά άτομα συμβουλεύονται το internet, με βάση τα συμπτώματά τους, χωρίς να πάνε στο γιατρό. Αυτό μπορεί να τους οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα

Αναμφισβήτητα το internet παρέχει άφθονη γνώση και πληροφόρηση, σε καμία περίπτωση, όμως, δεν μπορεί να προσφέρει την εμπειρία ενός γιατρού, κατά συνέπεια, δεν μπορεί και να τον υποκαταστήσει

Οι κίνδυνοι

Η διαδικτυακή πληροφόρηση ενέχει όμως και κινδύνους για τους ασθενείς:

- Οι ασθενείς μπορεί μερικές φορές να έχουν πρόσβαση σε ιστοτόπους με πληροφορίες **κακής ποιότητας ή ακόμη και να ερμηνεύουν αυτά τα δεδομένα ακατάλληλα**, δημιουργώντας έτσι άγχος πριν από την ακριβή διάγνωση.
- Σε περιπτώσεις όπου ένας ασθενής πιστεύει ότι το μεγαλύτερο μέρος αυτού που διαβάζει στο Διαδίκτυο, **μπορεί να του προκαλέσει να αισθάνεται τα συμπτώματα που έχει διαβάσει, έστω και αν στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν**.
- Το Διαδίκτυο μπορεί να είναι επιβλαβές, όταν οι ασθενείς δημιουργούν μια προσδοκία που μερικές φορές μπορεί να είναι απογοητευτική, όταν αντιμετωπίζουν τη γνώση ενός πραγματικού σταδίου ασθένειας ή λανθασμένες πληροφορίες που λαμβάνονται μέσω αναξιόπιστων ιστοτόπων.
- Σε μερικές περιπτώσεις, ένας δύσπιστος ασθενής χρησιμοποιεί τις πληροφορίες που έχει αποκτήσει προσπαθώντας να δοκιμάσει τη γνώση του γιατρού.

Συμπερασματικά, αναμφισβήτητα **το internet παρέχει άφθονη γνώση και πληροφόρηση, σε καμία περίπτωση, όμως, δεν μπορεί να προσφέρει την εμπειρία ενός γιατρού, κατά συνέπεια, δεν μπορεί και να τον υποκαταστήσει.**

Γεώργιος Βάκρινος
Διευθυντής Ακτινολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Νικόλαος Αλεξόπουλος
Επιμελητής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Μαγνητική Τομογραφία ΚΑΡΔΙΑΣ

Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς έχει αναδειχθεί τα τελευταία χρόνια ως μια από τις πιο χρήσιμες καρδιολογικές εξετάσεις για πληθώρα καρδιακών παθήσεων. Οι κύριοι λόγοι που το έχει επιτύχει αυτό είναι ότι προσφέρει μοναδικές πληροφορίες για την ανατομία και τη λειτουργία της καρδιάς, καθώς και με το ότι είναι η καλύτερη μη επεμβατική εξέταση για χαρακτηρισμό των ιστών.

Ανατομικές πληροφορίες

Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη απεικονιστική εξέταση στην καρδιολογία παραμένει το υπερηχογράφημα (triplex) καρδιάς. Η μαγνητική υπερτερεί του υπερηχογραφήματος στην απεικόνιση της καρδιάς στις περισσότερες περιπτώσεις ασθενών και μαζί με αυτό (είναι εξαιρετικά απίθανο να το αντικαταστήσει πλήρως τις επόμενες δεκαετίες) προσφέρουν ολοκληρωμένες πληροφορίες για την ανατομία της καρδιάς, αλλά και των μεγάλων αγγείων του θώρακα, όπως π.χ. η αορτή, και άλλων παρακείμενων δομών.

Λειτουργικές πληροφορίες

Με τη μαγνητική τομογραφία είμαστε σε θέση να λαμβάνουμε κινηματικές ακολουθίες (με τη μορφή βίντεο), όπου φαίνεται το πώς λειτουργεί η καρδιά. Και εδώ η μαγνητική προσφέρει συμπληρωματικές του υπερηχογραφήματος πληροφορίες, οι οποίες είναι πολύ σημαντικές για την κατανόηση της πάθησης του ασθενούς και τη χάραξη της στρατηγικής αντιμετώπισής του. Είναι τόσο αξιόπιστη μέθοδος που θεωρείται μέθοδος αναφοράς για πολλές από τις μετρήσεις που κάνουμε, όπως π.χ. η μέτρηση του κλάσματος εξωθήσεως (της αριστερής και της δεξιάς κοιλίας).

Χαρακτηρισμός ιστών

Κατά τη διενέργεια της μαγνητικής τομογραφίας λαμβάνονται πολλές και διαφορετικές μεταξύ τους εικόνες από τις οποίες μπορούν να συναχθούν πληροφορίες για το είδος του ιστού. Π.χ. σε μια φλεγμονή της καρδιάς με το υπερηχογράφημα βλέπουμε το τοίχωμα της καρδιάς, χωρίς να μπορούμε να πούμε περισσότερα γι' αυτό, ενώ με τη μαγνητική τομογραφία είμαστε σε θέση να πούμε αν στο τοίχωμα υπάρχει οίδημα ή και ίνωση (ουλές), ακόμα και αν αυτές είναι της τάξης του ενός ή δύο χιλιοστών μόνο. Σε ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου με το υπερηχογράφημα μπορούμε τις περισσότερες φορές να αντιληφθούμε την περιοχή του εμφράγματος, αυτό όμως το φανταζόμαστε, επειδή αυτή δεν λειτουργεί σωστά, με τη μαγνητική τομογραφία, όμως, όχι μόνο θα δούμε ότι η συγκεκριμένη περιοχή δεν λειτουργεί καλά, αλλά επίσης θα δούμε με ακρίβεια την έκταση του εμφράγματος, γιατί πολύ απλά η εμφραγματική περιοχή απεικονίζεται λευκή, ενώ το φυσιολογικό μυοκάρδιο μαύρο στις ειδικές γι' αυτό το σκοπό ακολουθίες.

Αυτά τα χαρακτηριστικά της μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς την καθιστούν χρήσιμη έως και απαραίτητη, μερικές φορές, εξέταση στην πλειονότητα των καρδιακών παθήσεων. Ενδεικτικά θα αναφερθούμε σε μερικές από αυτές:

- Οι φλεγμονώδεις παθήσεις, όπως η μυοκαρδίτιδα και η περικαρδίτιδα.
- Οι διηθητικές νόσοι, όπως η σαρκοείδωση και η αμυλοείδωση.
- Οι μυοκαρδιοπάθειες, όπως η αρρυθμιογόνος μυοκαρδιοπάθεια, η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και η διατατική μυοκαρδιοπάθεια.
- Η μεσογειακή αναιμία.
- Η στεφανιαία νόσος, όπου χρησιμεύει στην οξεία και τη χρόνια φάση του εμφράγματος, αλλά έχει ένδειξη και για την ανίχνευση της στεφανιαίας νόσου, κυρίως με τη διενέργεια stress MRI (είναι ανάλογο του stress echo και του σπινθηρογραφήματος μυοκαρδίου, με την ίδια ή και υψηλότερη διαγνωστική ακρίβεια).
- Οι συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων, με τη διενέργεια μαγνητικής στεφανιογραφίας.
- Οι αρρυθμίες, για τη διερεύνηση της αιτιολογίας τους και την ανάδειξη ουλής στο μυοκάρδιο.
- Οι βαλβιδοπάθειες, ομάδα παθήσεων που πρωτεύοντα ρόλο σαφώς παίζει η ηχοκαρδιογραφία, υπάρχουν όμως περιπτώσεις που η μαγνητική χρησιμοποιείται συμπληρωματικά, ενίοτε υπερέχει κιόλας.
- Οι συγγενείς καρδιοπάθειες, τόσο για τη διάγνωση και την εκτίμηση της σοβαρότητας αυτών προεγχειρητικά, όσο και για την παρακολούθηση των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική διόρθωση.
- Οι όγκοι της καρδιάς.

Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς έχει αναδειχθεί τα τελευταία χρόνια ως μια από τις πιο χρήσιμες καρδιολογικές εξετάσεις καθώς προσφέρει μοναδικές πληροφορίες για την ανατομία και τη λειτουργία της καρδιάς

Η κλινική χρησιμότητα της εξέτασης αποτυπώνεται στο συνεχώς αυξανόμενο αριθμό εξετάσεων που διενεργούνται στις ΗΠΑ αλλά και παγκοσμίως. Αυτό παρατηρείται και στην Ευρωκλινική, όπου ο αριθμός των εξετάσεων που διενεργούνται αυξάνεται σταθερά τα τελευταία χρόνια, έτσι ώστε σήμερα να διενεργούνται περισσότερες από 600 εξετάσεις το χρόνο

Η μεγάλη χρησιμότητα της μαγνητικής τομογραφίας καρδιάς φάνηκε σε μια Πανευρωπαϊκή μελέτη καταγραφής όπου διαπιστώθηκε ότι σε ποσοστό 8,7% (περίπου σε έναν από κάθε 12 ασθενείς που υποβλήθηκαν στην εξέταση) με τη μαγνητική καρδιάς ετέθη νέα διάγνωση, την οποία δεν είχαν οι θεράποντες ιατροί υποψιαστεί πιο πριν, ενώ σε 6 ανά κάθε 10 ασθενείς η εξέταση άλλαξε τον τρόπο αντιμετώπισής τους (Bruder O, et al. *J Cardiovasc Magn Reson* 2013).

20 ΧΡΟΝΙΑ

Ενδοσκοπική ρινοχειρουργική παραρρύνων κόλπων – βάσεως κρανίου

Γεώργιος Βοΐλας
Διευθυντής ΩΡΛ, Ευρωκλινική Αθηνών

Η ενδοσκοπική ρινοχειρουργική εμφανίστηκε στην Ελλάδα στα μέσα του 1990. Στην Ευρώπη εφαρμόστηκε στις αρχές του 1980, αρχικά ως διαγνωστική τεχνική και προς το τέλος της δεκαετίας ως χειρουργική για τους παραρρίνιους κόλπους.

Με την εμφάνιση των νέων τεχνικών της ενδοσκοπικής πραγματοποιήθηκε η μεγάλη αλλαγή, στην αρχή στη διεύρυνση της γνώσης της παθολογίας της μύτης, στη λεπτομερή περιγραφή των ανατομικών δομών, την καθιέρωση της ονοματολογίας των επιμέρους δομών του πλαγίου ρινικού τοιχώματος και κυρίως στον τρόπο αντιμετώπισης των φλεγμονωδών παθήσεων των παραρρινίων που μέχρι εκείνη την εποχή θεωρούνταν δύσκολες, έως και αθεράπευτες χειρουργικά.

Σήμερα η ενδοσκοπική χειρουργική εφαρμόζεται με μεγάλη επιτυχία και πέραν των ορίων της ρινός και των παραρρινίων κόλπων. Έτσι, είμαστε σε θέση να αντιμετωπίσουμε και παθήσεις της βάσεως του προσθίου κρανιακού βόθρου, καθώς και του έσω τοιχώματος του κόγχου (οφθαλμού), δίνοντας λύσεις και θεραπείες που άλλοτε απαιτούσαν πολυήμερες νοσηλείες με δύσκολη αποκατάσταση.

Οι τέσσερις μεγάλες κατηγορίες παθήσεων που αντιμετωπίζονται χειρουργικά με τη χρήση του ενδοσκοπίου είναι οι εξής :

1 Ανατομικές δυσμορφίες ή παθολογίες ρινός

Αφορούν παθήσεις όπως Σκολίωση ρινικού διαφράγματος, Υπερτροφία κάτω ρινικών κογχών και μέσων ρινικών κογχών, Υπερτροφία αδενοειδών, Ρινικές ατρησίες και Ρινορραγίες.

Οι παραπάνω παθήσεις δημιουργούν δυσχέρεια της ρινικής αναπνοής και μειώνουν την ποιότητα της καθημερινής ζωής. Αποτελούν δε, τα πιο συχνά χειρουργικά περιστατικά στη ρινολογία.

Σήμερα αντιμετωπίζονται ενδοσκοπικά, με τα μεγάλα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής, όπως η ακρίβεια των χειρισμών, η ελαχιστοποίηση της πιθανότητας ρινορραγίας, η ανώδυνη μετεγχειρητική πορεία (χωρίς πωματισμό) και τέλος, η μικρότερη χρονικά νοσηλεία.

2 Χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις των παραρρινίων κόλπων (FESS)

Αφορούν παθήσεις όπως Χρόνια παραρρινοκολπίτιδα (ιγμορίτιδα, ηθμοειδίτιδα, σφηνοειδίτιδα, μετωπιαία κολπίτιδα), Πολύποδες ρινός, Μυκητώματα, Κύστες κόλπων, Βλεννογονοπυοκήλες.

Οι παθήσεις αυτές, λόγω της δύσκολης θεραπείας τους, αποτέλεσαν αιτία της αρχικής εφαρμογής της λειτουργικής ενδοσκοπικής χειρουργικής παραρρινίων (FESS). Με το συνδυασμό της σωστής χειρουργικής τεχνικής και των νέων φαρμακευτικών μετεγχειρητικών πρωτοκόλλων, επιτυγχάνεται η πλήρης θεραπεία τους.

3 Όγκοι ρινός παραρρινίων

Αφορούν παθήσεις όπως Οστεώματα, Ανάστροφα θηλώματα, Χονδρώματα, Αιμαγγειώματα, Ρινοϊνώματα και Κακοήθεις όγκους.

Σήμερα η ενδοσκοπική χειρουργική εφαρμόζεται με μεγάλη επιτυχία και πέραν των ορίων της ρινός και των παραρρινίων κόλπων

Η εικοσαετής εμπειρία του ΩΡΛ Τμήματος της Ευρωκλινικής Αθηνών, τόσο σε αριθμό περιστατικών όσο και στην ευρύτητα της γκάμας των παθήσεων, καθώς και η συνεργασία του με άλλες ειδικότητες της κλινικής έχουν δημιουργήσει ένα κέντρο εξειδίκευσης και αναφοράς για την αντιμετώπιση αυτών των παθήσεων

Οι παθήσεις αυτές αποτελούν μια μεγάλη κατηγορία μορφωμάτων που αντιμετωπίζονται πλέον ενδοσκοπικά, αφού σχεδιάστηκαν νέες προσπελάσεις με αποτέλεσμα την επί υγιών ορίων αφαίρεση ακέραιων των όγκων, χωρίς την ύπαρξη εξωτερικών τομών και αισθητικών παραμορφώσεων του προσώπου.

4 Φλεγμονές ή όγκοι βάσεως κρανίου και παρακείμενων οργάνων

Αφορούν παθήσεις όπως Όγκους πρόσθιου κρανιακού βόθρου (αισθησιονευροβλαστώματα, μηνιγγοκήλες), Όγκους υπόφυσης (μικροαδενώματα, μακροαδενώματα), Όγκους ή φλεγμονές έσω τοιχώματος του κόγχου - οφθαλμού, Αποσυμπίεση κόγχου και Ενδοσκοπικές ασκορινοστομίες.

Οι παραπάνω παθολογίες ξεπερνούν τα όρια της ρινοχειρουργικής και γι' αυτό αντιμετωπίζονται συνήθως ομαδικά, με τη συνεργασία και άλλων ειδικών όπως νευροχειρουργών, οφθαλμιάτρων και επεμβατικών ακτινολόγων.

Η εξέλιξη της τεχνολογίας των τελευταίων ετών μας έχει προσφέρει ευκρινέστερη εικόνα, πιο ακριβή χειρουργικά εργαλεία αλλά και μεγαλύτερη ασφάλεια με τη χρήση σύγχρονων πλοηγών.

Χάρη στην εμπειρία 20 χρόνων, τόσο σε αριθμό περιστατικών όσο και στην ευρύτητα της γκάμας των παθήσεων, καθώς και την επιτυχημένη συνεργασία τα τελευταία χρόνια με άλλες ειδικότητες στην «Ευρωκλινική» έχει δημιουργηθεί ένα κέντρο εξειδίκευσης και αναφοράς γι' αυτές τις παθήσεις.

Ευάγγελος Φιλόπουλος
Δ/ντής Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, Ευρωκλινική Αθηνών, Πρόεδρος Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας

Συχνά ερωτήματα για τον καρκίνο

1

Είναι ο καρκίνος μία ασθένεια της σύγχρονης εποχής;

Όχι. Ο καρκίνος συνοδεύει τον άνθρωπο από τις απαρχές της εμφάνισής του στη γη. Απλά στην εποχή μας, από τη μία μπορεί να γίνει αντιληπτός -συχνά από τις αρχικές φάσεις του- ενώ πριν μερικούς αιώνες οι καρκίνοι στα εσωτερικά όργανα ήταν αδιάγνωστοι. Από την άλλη, ο αριθμός των ανθρώπων στη γη έχει αυξηθεί πάρα πολύ, μ' ένα μεγάλο ποσοστό να φθάνει σε μεγάλες ηλικίες, οπότε αυξάνει παράλληλα και ο αριθμός των ανθρώπων που εμφανίζουν καρκίνο, καθώς συνήθως είναι ασθένεια της μέσης ή μεγάλης ηλικίας.

Εκτιμήθηκε πως παγκοσμίως το 2018 καρκίνο εμφάνισαν περίπου 18.100.000 άνθρωποι και πέθαναν από τη νόσο περίπου 9.550.000 ασθενείς, αριθμοί που σχεδόν θα διπλασιαστούν έως το 2030. Στην Ελλάδα η εκτίμηση για το 2018 είναι πως τη νόσο εμφάνισαν περίπου 67.400 άτομα και 32.900 συμπολίτες μας απεβίωσαν εξαιτίας της.

2

Επιδρούν εξωτερικοί παράγοντες στη δημιουργία του καρκίνου;

Ναι. Παρόλο που ο καρκίνος προκύπτει από βλάβες στα γονίδια (στο γενετικό υλικό των κυττάρων), αυτές με τη σειρά τους προκαλούνται από την επίδραση εξωτερικών παραγόντων, που πολλοί σχετίζονται με τον τρόπο ζωής μας, όπως: το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνεύματος, η ανθυγιεινή διατροφή, η μειωμένη σωματική δραστηριότητα, η παχυσαρκία, η υπερβολική έκθεση σε ακτινοβολία (συμπεριλαμβανομένης της ηλιακής) και η έκθεση σε φυσικοχημικούς παράγοντες κατά την εργασία και τη διαβίωση.

Επίσης, υπάρχουν κάποιοι μικροοργανισμοί που μπορεί να προσβάλουν τα κύτταρα και κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις να αλλοιώσουν το γενετικό υλικό και να τα μετατρέψουν, μετά από καιρό, σε καρκινικά. Αυτό συμβαίνει στις περιπτώσεις του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, σε πολλές περιπτώσεις καρκίνων του ρινοφάρυγγα, του πρωκτού, του λεμφώματος και σε μερικές μορφές λευχαιμιών.

3

Μπορώ να κολλήσω καρκίνο από κάποιον που πάσχει;

Όχι. Ο καρκίνος ως αρρώστια δεν είναι κολλητική. Ορισμένοι ιοί, που μπορεί να δημιουργήσουν κάτω από προϋποθέσεις καρκινική εξαλλαγή σε ορισμένα όργανα, μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο, όπως π.χ. στελέχη του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), ο ιός του AIDS ή της ηπατίτιδας Β ή C.

4

Πολύς θόρυβος γίνεται για την πρόληψη του καρκίνου. Είναι τόσο σημαντική;

Εκτιμάται πως θα είχαμε 30% λιγότερα περιστατικά καρκίνου αν οι άνθρωποι:
1) δεν κάπνιζαν, είχαν σωστή διατροφή (με καλύτερη τη μεσογειακή), γυμνάζονταν τακτικά, πρόσεχαν το βάρος τους, απέφευγαν την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, ζούσαν και εργάζονταν σε καθαρό περιβάλλον, απέφευγαν την υπερβολική έκθεση στον ήλιο και έκαναν τα εμβόλια για τον ιό HPV ή τον ιό της ηπατίτιδας B (και σε λίγο και της ηπατίτιδας C).
2) έκαναν τακτικά προληπτικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού (μαστογραφία) και του τραχήλου της μήτρας (pap test και έλεγχο για HPV), για τον καρκίνο του παχέος εντέρου (κολονοσκόπηση), τον καρκίνο του προστάτη (κλινική εξέταση και PSA) και τον καρκίνο του πνεύμονα (με αξονική τομογραφία χαμηλής δόσης).

Μικρότερος αριθμός νέων περιστατικών σημαίνει λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο. Και η αποτελεσματικότητα της πρόληψης δεν είναι εκτίμηση αλλά αποδεδειγμένη αλήθεια (π.χ. εντυπωσιακή μείωση της εμφάνισης και θανάτων μελανώματος και καρκίνου τραχήλου της μήτρας στην Αυστραλία, λόγω συμμόρφωσης του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού στις προληπτικές οδηγίες και εξετάσεις. Άλλο σημαντικό παράδειγμα είναι η σταδιακή μείωση των ποσοστών εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα - και των θανάτων- ως επακόλουθο της μείωσης του ποσοστού των καπνιστών στις ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες κ.λπ.)

Παγκοσμίως το 2018 καρκίνο εμφάνισαν περίπου 18.100.000 άνθρωποι και πέθαναν από τη νόσο περίπου 9.550.000 ασθενείς, αριθμοί που σχεδόν θα διπλασιαστούν έως το 2030

Στην Ελλάδα η εκτίμηση για το 2018 είναι πως τη νόσο εμφάνισαν περίπου 67.400 άτομα και 32.900 συμπολίτες μας απεβίωσαν εξαιτίας της

Μικρότερος αριθμός νέων περιστατικών σημαίνει λιγότεροι θάνατοι από καρκίνο. Και η αποτελεσματικότητα της πρόληψης δεν είναι εκτιμήσεις αλλά αποδεδειγμένες αλήθειες

5

Μπορεί ένα χτύπημα, ένα διάστρεμμα ή άλλη κάκωση να προκαλέσει καρκίνο αργότερα;

Όχι, δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι οποιαδήποτε μορφή όγκων μπορεί να προκαλείται από κάποια κάκωση. Έχει, όμως, αναφερθεί μία συσχέτιση δερματικών καρκίνων σε περιοχές όπου είχαν καταστραφεί παλαιότερα από έγκαυμα.

6

Μπορεί το άγχος ή η στεναχώρια να προκαλέσει καρκίνο;

Δεν υπάρχουν μελέτες με ισχυρές αποδείξεις που να στηρίζουν αυτή τη συσχέτιση. Εξαίρεση φαίνεται ν'αποτελεί ο καρκίνος του μαστού.

7

Γιατί δεν έχει βρεθεί ακόμα το φάρμακο που να θεραπεύει τον καρκίνο;

(Το ερώτημα συχνά συνοδεύεται από την υποψία μήπως οι φαρμακευτικές εταιρείες έχουν συνωμοτήσει για να συνεχίσουν να πουλούν τα φάρμακά τους).

Η αλήθεια, όμως, είναι πως τα τελευταία χρόνια ζούμε μια πραγματική επανάσταση στο χώρο της ιατρικής, ιδιαίτερα στο χώρο της ογκολογίας (στην οποία συνέβαλαν τα αποτελέσματα των ερευνών στη μοριακή βιολογία, τη βιοχημεία, τη γενετική και άλλες βασικές επιστήμες). Πάρα πολλοί καρκίνοι χάνουν σταδιακά την απειλή που αντιπροσώπευαν για τη διάρκεια και την ποιότητα ζωής. Το 70% των παιδικών κακοηθειών ιάται, ενώ η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο προστάτη, μαστού, παχέος εντέρου κ.ά. έχει βελτιωθεί εξαιρετικά.

Το πρόβλημα για τη θεραπεία είναι πως δεν υπάρχει ένα είδος καρκίνου, ούτε ένα είδος καρκινικού κυττάρου. Η επιστήμη μόλις τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να ανακαλύπτει μέρος των πολύπλοκων διαδικασιών που κάνουν τα καρκινικά κύτταρα να αλλάζουν συνεχώς χαρακτηριστικά και να ξεφεύγουν από την αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος ή να παύουν να είναι ευαίσθητα σ' ένα σχήμα θεραπείας.

Μία φαρμακευτική ή άλλου είδους εταιρεία ιατρικών εφαρμογών -που ανακαλύπτει ένα φάρμακο ή άλλο μέσο- αποτελεσματικό για κάποιο είδος καρκίνου, δεν έχει κανένα λόγο να μην το βγάλει στην αγορά. Κέρδος επιζητεί, γιατί να χάσει το «χρυσάφι» που ανακάλυψε;

ΕΠΙΧΕΙΛΙΟΣ ΕΡΠΗΣ

Λοίμωξη από τον ιό του έρπητα

Ποια είναι τα **χαρακτηριστικά** της λοίμωξης από τον ιό του Έρπητα;

Ελεάνα Στουφή
Στοματολόγος – Οδοντίατρος,
Υπεύθυνη Στοματολογικού Τμήματος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Ο ιός του έρπητα (HSV), είναι ένας συχνός ιός που μεταδίδεται πολύ εύκολα. Περισσότεροι από το 80% του πληθυσμού έχουν προσβληθεί από τον ιό κάποια στιγμή στη ζωή τους, κυρίως στην παιδική ηλικία μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, από τους γονείς ή συγγενείς ή ακόμη και από την επαφή με άλλα παιδιά. Ο ιός μεταδίδεται από άτομο σε άτομο, είτε με το σάλιο ή με απλό φιλί, όπως από την μητέρα στο παιδί. Στους ενήλικες, εφόσον δεν έχει εκτεθεί κάποιος στον ιό ως παιδί, μεταδίδεται και κατά την διάρκεια της σεξουαλικής πράξης. Ακόμη μπορεί να μεταφερθεί στο ίδιο άτομο από μια θέση σε άλλη, π.χ. από το στόμα στα δάκτυλα, ή στη μύτη ή ακόμη και στα μάτια. Πρέπει λοιπόν να αποφεύγεται η επαφή της πληγής και να πλένονται καλά τα χέρια, ώστε να μη μεταφερθεί από τα χείλη στα μάτια ή αλλού. Στις περισσότερες περιπτώσεις η πρωτοπαθής λοίμωξη είναι ασυμπτωματική, ή προκαλεί πολύ ήπια συμπτώματα, όπως στη φαρυγγίτιδα ή αμυγδαλίτιδα, ακόμη καταβολή δυνάμεων, πόνο και δυσκολία στην κατάποση, που υποχωρούν εντός 8-10 ημερών. Σε μερικές όμως περιπτώσεις οι εκδηλώσεις είναι πολύ επώδυνες ελκώσεις στα χείλη και τη στοματική κοιλότητα, όπως μάγουλα, ούλα και γλώσσα. Ακόμη οι βλάβες συνοδεύονται από υψηλό πυρετό και διογκωμένους τραχηλικούς λεμφαδένες. Ο ασθενής δυσκο-

λεύεται πολύ στη λήψη τροφής και υγρών και πολλές φορές οδηγείται σε αφυδάτωση. Η λοίμωξη υποχωρεί αφ' εαυτής εντός δεκαημέρου, αφήνοντας μερική ανοσία έναντι του ιού.

Ανακουφιστικά, ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει άφθονα υγρά για να αποφύγει την αφυδάτωση και η δίαιτά του να είναι κατάλληλη και σύμφωνα με τις οδηγίες του Στοματολόγου που πρέπει να τον παρακολουθεί. Εάν η λοίμωξη διαγνωσθεί τις πρώτες μέρες, τότε μπορεί κατά την κρίση και πάλι του Στοματολόγου να χορηγηθεί αντιιική θεραπεία με στόχο να μειωθεί η διάρκεια των οξέων φαινομένων.

Μετά την αποδρομή της πρωτοπαθούς λοίμωξης, ο ιός εγκαθίσταται, «κρύβεται», στα νευρικά κύτταρα. Πολλά άτομα δεν θα ενοχληθούν ποτέ ξανά κατά την διάρκεια της ζωής τους. Ένα ποσοστό όμως της τάξης του 20% θα εκδηλώσουν περιορισμένες βλάβες εκ νέου, από την επαναδραστηριοποίηση του ιού, όπως ο επιχείλιος έρπης.

Πώς εκδηλώνεται κλινικά ο επιχείλιος έρπης;

Ο επιχείλιος έρπης οφείλεται σε επαναδραστηριοποίηση του ιού. Επειδή υπάρχουν ήδη αντισώματα έναντι του ιού, η κλινική εκδήλωση είναι ήπια και περιορισμένης έκτασης. Ο επιχείλιος έρπης συνήθως ξεκινά με αίσθηση κνησμού στην περιοχή και ακολουθεί η δημιουργία ομάδας από μικρές επώδυνες φουσκάλες γεμάτες υγρό, που σπάζουν αφήνοντας πληγή. Σε λίγες μέρες η πληγή θα κλείσει και θα καλυφθεί από κρούστα και εντός περίπου 10 ημερών από την αρχική εμφάνιση της βλάβης, θα επουλωθεί χωρίς ν' αφήσει ουλή.

*Η διάγνωση και θεραπεία είναι έργο του **Στοματολόγου** και σε καμία περίπτωση ο ασθενής δεν πρέπει να ακολουθεί μόνος του θεραπευτική αγωγή, γιατί πολλές φορές άλλα νοσήματα που ενδέχεται να είναι και απειλητικά για την ζωή (π.χ. καρκίνος), εμφανίζονται με την ίδια ή παρόμοια εικόνα*

Τι προκαλεί την εκδήλωση του επιχείλιου έρπητα;

Η επαναδραστηριοποίηση του ιού και η επανεμφάνισή του μπορεί να προκληθεί από διάφορους παράγοντες, όπως την παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο, το κρύο, το στρες, τραύμα, διάφορα φάρμακα και ασθένειες που εξασθενούν το ανοσοποιητικό μας σύστημα, είτε παροδικά π.χ. γρίπη, ή μακροχρόνια, όπως ο καρκίνος και η θεραπευτική του αγωγή.

Τι μπορούμε να κάνουμε προληπτικά για να μην εκδηλωθεί;

Αντηλιακή κρέμα για τα χείλη μεγάλου βαθμού προστασίας πριν την έκθεση στον ήλιο και προστασία των χειλιών από την έκθεση στο κρύο ή τον άνεμο μειώνει την συχνότητα επαναλαμβανόμενης εκδήλωσης επιχείλιου έρπητα.

Υπάρχει θεραπεία για τον ερπητοϊό;

Δεν υπάρχει ακόμη αποτελεσματική θεραπεία για μόνιμη εξάλειψη του ιού. Όταν ο ιός εκδηλώνεται με την εικόνα του επιχείλιου έρπητα, μπορεί ο ασθενής να χρησιμοποιήσει, πάντα με την οδηγία του Στοματολόγου, αντιιικές αλοιφές που κυκλοφορούν στο εμπόριο ή να πάρει συστηματικά αντιιικά χάπια τις πρώτες ημέρες της ίωσης, ώστε να είναι πιο ήπιες οι βλάβες και κυρίως να είναι γρηγορότερη η επούλωση.

Βασιλική Χατζηραφαήλ
Διευθύντρια Γυναικολογικού και Ρομποτικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ενδομητρίωση

Τι είναι η ενδομητρίωση και που εντοπίζεται;

Η ενδομητρίωση είναι μια πάθηση κατά την οποία κύτταρα ενδομήτριου αναπτύσσονται σε περιοχές έξω από τη μήτρα, δηλαδή στα όργανα της κοιλιάς και της λεκάνης. Στις περιοχές αυτές αναπτύσσονται εστίες, οζίδια ή κύστεις. Η ενδομητρίωση εμφανίζεται τις περισσότερες φορές:

- Στις ωοθήκες και ονομάζεται ενδομητρίωμα ή σοκολατοειδής κύστη
- Πίσω από τη μήτρα
- Επάνω στους συνδέσμους της μήτρας
- Στο έντερο, την ουροδόχο κύστη, τον κόλπο
- Στο περιτόναιο
- Σπανίως σε απομακρυσμένα όργανα όπως στο διάφραγμα και τον πνεύμονα
- Επίσης, σπανίως στα τοιχώματα της κοιλιάς μετά από καισαρική τομή ή χειρουργείο

Πώς προκαλείται η ενδομητρίωση γενικότερα;

Η παθογένεση της ενδομητρίωσης δεν είναι γνωστή. Από πολλές εργασίες έχει αποδειχτεί ότι σε κάποιες γυναίκες υπάρχει προδιαθεσικός κληρονομικός παράγοντας, ο οποίος σε συνδυασμό με άλλους ανοσολογικούς και βιοχημικούς παράγοντες έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία ενδομητριωσικών εστιών.

Ποιες γυναίκες έχουν ενδομητρίωση;

Είναι από τις πιο συχνές γυναικολογικές παθήσεις. Παρουσιάζεται σε ποσοστό 7%-8%. Η ενδομητρίωση αφορά κυρίως σε γυναίκες ηλικίας 22 με 35 ετών. Μία στις τρεις γυναίκες που έχει πρόβλημα υπογονιμότητας έχει ενδομητρίωση.

Τι συμπτώματα προκαλεί η ενδομητρίωση;

- Το κυριότερο σύμπτωμα είναι ο πόνος, ο οποίος μπορεί να είναι κατά την περίοδο με την μορφή έντονης δυσμηνόρροιας, κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, ακόμα και σε καθημερινή βάση στην κοιλιακή χώρα λόγω συμφύσεων (δηλαδή ένωσης των κοιλιακών οργάνων μεταξύ τους).
- Μπορεί να παρατηρηθεί μικρή διαφυγή αίματος από τα ούρα ή από το έντερο.
- Υπογονιμότητα: έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες με ενδομητρίωση παρουσιάζουν δυσκολία στην σύλληψη και συγκεκριμένα όσο βαρύτερη είναι η ενδομητρίωση τόσο μεγαλύτερη δυσκολία για τεκνοποίηση παρουσιάζεται.
- Αλλαγές στην ψυχολογία της γυναίκας. Παρουσιάζεται συχνά κατάθλιψη, άγχος, αϋπνία.
- Σπανιότατα έχει παρουσιαστεί έντονος πόνος στο στήθος και δυσκολία στην αναπνοή λόγω πνευμοθώρακα, ο οποίος αναπτύσσεται κατά την περίοδο λόγω ενδομητρίωσης του πνεύμονα.

Είναι από τις πιο συχνές γυναικολογικές παθήσεις. Παρουσιάζεται σε ποσοστό

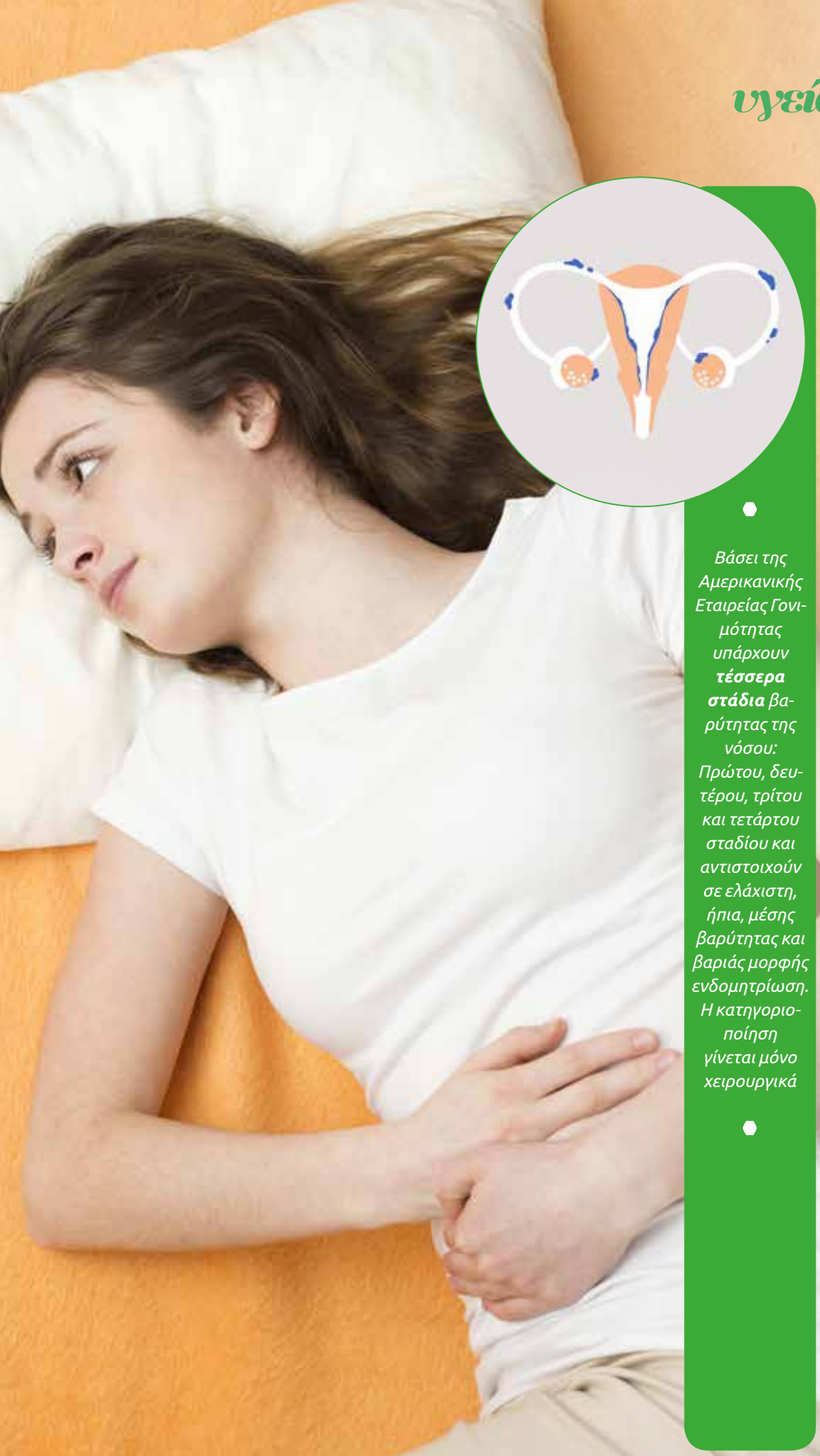
7%–8%

Η ενδομητρίωση αφορά κυρίως σε γυναίκες ηλικίας 22 με 35 ετών

Μία στις τρεις γυναίκες που έχει πρόβλημα υπογονιμότητας έχει ενδομητρίωση

Πώς γίνεται η διάγνωση της ενδομητρίωσης;

Πολύ σπουδαίο ρόλο παίζει το αναλυτικό ιστορικό που θα δώσει η ασθενής αλλά και η κλινική εξέταση από τον γυναικολόγο. Βασικής σημασίας είναι το διακολπικό ή και το διορθικό υπερηχογράφημα. Πολλές φορές ως συμπληρωματικές εξετάσεις είναι η μαγνητική τομογραφία, η κολονοσκόπηση, ο βαριούχος υποκλυσμός και η πυελογραφία. Η αιματολογική εξέταση που πρέπει να γίνεται είναι ο βιοχημικός δείκτης CA125, όπου στην ενδομητρίωση είναι πολύ συχνά αυξημένος.



*Βάσει της Αμερικανικής Εταιρείας Γονιμότητας υπάρχουν **τέσσερα στάδια** βαρύτητας της νόσου: Πρώτου, δευτέρου, τρίτου και τετάρτου σταδίου και αντιστοιχούν σε ελάχιστη, ήπια, μέσης βαρύτητας και βαριάς μορφής ενδομητρίωση. Η κατηγοριοποίηση γίνεται μόνο χειρουργικά*

Αδιαμφισβήτητα, ο πιο σίγουρος τρόπος για να τεθεί η διάγνωση της ενδομητρίωσης είναι η λαπαροσκόπηση. Μόνο με την λαπαροσκόπηση ελέγχουμε επακριβώς την ύπαρξη και την έκταση της ενδομητρίωσης. Η μέθοδος αυτή αποτελεί το μοναδικό χειρουργικό τρόπο αντιμετώπισης και εξάλειψης της νόσου.

Ποια είναι η θεραπεία της ενδομητρίωσης;

Η θεραπεία είναι φαρμακευτική ή χειρουργική ή συνδυασμός και των δύο.

Φαρμακευτική Θεραπεία

Η φαρμακευτική αγωγή είναι με χρήση: α) αντισυλληπτικού χαπιού και β) ενέσιμων σκευασμάτων που προκαλούν τεχνητή εμμηνόπαυση και δίδονται συνήθως για έξι μήνες. Δεν αποτελούν ριζική εξάλειψη της νόσου, η οποία μετά το πέρας της αγωγής επανεμφανίζεται.

Χειρουργική θεραπεία

Υπάρχουν δύο χειρουργικές μέθοδοι α) η ανοιχτή επέμβαση με μεγάλη τομή στην κοιλιά και β) η ενδοσκοπική επέμβαση με Ρομποτική ή απλή λαπαροσκόπηση που γίνεται μέσω 3-4 πολύ μικρών οπών στην κοιλιακή χώρα μεγέθους 0,5 εκατοστού.

Η ενδοσκοπική χειρουργική αφαίρεση πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένους και έμπειρους χειρουργούς γυναικολόγους, ώστε να γίνεται ολοκληρωτικά εξαίρεση της νόσου, να ελαχιστοποιηθούν οι υποτροπές και η ασθενής να μην ξαναυποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και να βελτιώσει σε μεγάλο βαθμό τη γονιμότητά της.

Καρδιακή ανεπάρκεια

Τι είναι και με ποιες εξετάσεις γίνεται η διάγνωση και η παρακολούθηση;

Ηλίας Καραμπίνος
Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Η **καρδιακή ανεπάρκεια** είναι η νοσολογική οντότητα κατά την οποία η καρδιά αδυνατεί να εκπληρώσει τον ρόλο της επαρκώς και να διατηρήσει ικανοποιητική παροχή αίματος προς τα διάφορα όργανα του σώματος, ούτως ώστε να εξασφαλίζεται η απαραίτητη οξυγόνωση και ο μεταβολισμός αυτών. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής βιώνει ένα σύνολο συμπτωμάτων και τότε λέμε ότι έχει καρδιακή ανεπάρκεια. Κατά την έννοια αυτή, η καρδιακή ανεπάρκεια δεν είναι μια αυστηρά συγκεκριμένη νόσος, αλλά αντιθέτως πολλά νοσήματα μπορούν να προκαλέσουν βλάβες στην καρδιά και να οδηγήσουν σε καρδιακή ανεπάρκεια, όπως η στεφανιαία νόσος, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, οι σημαντικού βαθμού βαλβιδοπάθειες, οι συγγενείς καρδιοπάθειες, οι μυοκαρδίτιδες, η διατατική μυοκαρδιοπάθεια, κ.ά.

Η **διάγνωση** της καρδιακής ανεπάρκειας βασίζεται κατά πρώτον, στο ιστορικό και στα συμπτώματα τα οποία μεταφέρει ο ασθενής στον γιατρό και κατά δεύτερον, στα ευρήματα από την κλινική εξέταση του γιατρού.

Τα βασικά **συμπτώματα** της καρδιακής ανεπάρκειας είναι δύο:

1 **μειωμένη ανοχή στην κόπωση**, είτε λόγω δύσπνοιας (επειδή το αίμα λιμνάζει στους πνεύμονες), είτε καταβολής και αδυναμίας (επειδή η οξυγόνωση των μυών είναι ανε-

παρκής). Η δύσπνοια μπορεί να προσλαμβάνει τον χαρακτήρα της ορθόπνοιας, δηλαδή αδυναμία του ασθενούς να ξαπλώσει και ανακούφισή του όταν ανασηκώνεται και κάθεται.

2 **υπερφόρτωση σε υγρά** και συλλογή νερού στα κάτω άκρα με σχηματισμό οιδημάτων ή στην κοιλιά με σχηματισμό ασκίτη.

Άλλα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας αφορούν γαστρεντερικά ενοχλήματα και συμπτώματα από τον εγκέφαλο, όπως ζάλη και αδυναμία συγκέντρωσης. Χαρακτηριστικό επίσης σύμπτωμα της καρδιακής ανεπάρκειας αποτελεί και η καρδιακή καχεξία κατά την οποία υπάρχει ανορεξία, απίσχνανση και απώλεια βάρους, γεγονός που αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο με υψηλή θνητότητα.

Με την **κλινική εξέταση** ο γιατρός θα υποψιασθεί την παρουσία καρδιακής ανεπάρκειας. Το **ηλεκτροκαρδιογράφημα** μπορεί να συμβάλει στην διάγνωση, μολονότι πολλές φορές είναι σχεδόν φυσιολογικό. Η κατάδειξη, όμως, στο ηλεκτροκαρδιογράφημα αποκλεισμού του αριστερού σκέλους (LBBB) ή αρρυθμίας των κόλπων (κολπική μαρμαρυγή) ασφαλώς μπορούν να βοηθήσουν στην διάγνωση, την αιτιολογία και την πρόβλεψη της πρόγνωσης της καρδιακής ανεπάρκειας. Η **ακτινογραφία θώρακος** μπορεί να αποκαλύψει μια διατεταμένη καρδιά ή την παρουσία υγρού στους πνεύμονες ή/και πνευμονικό οίδημα. Ο προσδιορισμός στο αίμα ενός νατριουρητικού πεπτιδίου του **BNP** μπορεί να βοηθήσει στην διάγνωση και την αιτιολογία μιας δύσπνοιας, αν δηλαδή είναι καρδιακής ή αναπνευστικής αρχής. Τιμές BNP<35pg/ml αποκλείουν την παρουσία καρδιακής ανεπάρκειας. Αν η κλινική εξέταση, το ηλεκτροκαρδιογράφημα, η ακτινογραφία θώρακος και οι τιμές του BNP είναι φυσιολογικά και δεν εγείρουν την υποψία καρδιακής ανεπάρκειας, καμιά επιπλέον εξέταση δεν απαιτείται.

Αν όμως οι πρώτες αυτές εξετάσεις είναι παθολογικές, τότε πρέπει να γίνει **ηχοκαρδιογραφική μελέτη** καρδιάς κατά την οποία θα μετρηθούν όλες οι κοιλότητες της καρδιάς και θα αξιολογηθεί η λειτουργικότητά της και το κλάσμα εξωθήσεως, ενώ πολλές αιμοδυναμικές παράμετροι μπορούν να μετρηθούν έμμεσα, χωρίς καρδιακό καθετηριασμό. Το υπερηχογράφημα καρδιάς σήμερα αποτελεί το «στηθοσκόπιο» του 21ου αιώνα και αποκαλύπτει την αιτιολογία της νόσου και την ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή.

Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια θα πρέπει επίσης να εξετάζονται με **στεφανιογραφία** με στόχο την κατάδειξη στενωμένων στεφανιαίων αγγείων και την προοπτική της επαναιμάτωσης είτε με αγγειοπλαστική είτε με αορτοστεφανιαία παράκαμψη (by pass). Μάλιστα, μπορεί να γίνει **stress echo** για έλεγχο παρουσίας βιωσιμότητας ή/και ισχαιμίας στην καρδιά, καθότι η παρουσία τους επιδεινώνει την κατάσταση και επηρεάζει αρνητικά την πρόγνωση, αν δεν γίνει επέμβαση επαναιμάτωσης.

Η απλή **βάδιση επί 6 λεπτά** σε επίπεδο διάδρομο ή κοιλιόμενο τάπητα καθορίζει το επίπεδο της λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς και την πρόγνωση αυτού: βάδιση >300 μέτρα σημαίνει πως όλα είναι καλά. Επίπροσθέτως, διενεργείται και η **καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης,** όπως ακριβώς η κλασική δοκιμασία κόπωσης σε κοιλιόμενο τάπητα, με την διαφορά ότι ο ασθενής αναπνέει μέσα από μια μάσκα όυτως ώστε να μετράται και να καταγράφεται το καταναλισκόμενο οξυγόνο. Αν η μέγιστη κατανάλωση αυτού είναι >20 ml/kgr/min το στάδιο της νόσου και η πρόγνωση είναι πολύ καλά.

Η καρδιακή ανεπάρκεια δεν είναι μια αυστηρά συγκεκριμένη νόσος. Ο ασθενής βιώνει ένα σύνολο συμπτωμάτων που μπορούν να προκαλέσουν βλάβες στην καρδιά και να οδηγήσουν σε καρδιακή ανεπάρκεια, όπως η στεφανιαία νόσος, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, οι σημαντικού βαθμού βαλβιδοπάθειες, οι συγγενείς καρδιοπάθειες, οι μυοκαρδίτιδες, η διατατική μυοκαρδιοπάθεια, κ.ά.

Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και συμπτωματολογία ζάλης ή απώλειας των αισθήσεων θα πρέπει να εξετάζονται με **Holter 24ωρης καταγραφής του ρυθμού** για παρουσία κοιλιακών ταχυκαρδιών και εν ανάγκη να υποβάλλονται σε **ηλεκτροφυσιολογική μελέτη** με στόχο την κατάδειξη της ανάγκης εμφύτευσης απινιδιστή, η οποία βελτιώνει σημαντικά την επιβίωση. Παλαιότερα γινόταν έλεγχος με ειδικές υπερηχογραφικές τεχνικές για παρουσία κοιλιακού δυσυγχρονισμού-σήμερα φθάνει μόνο το ΗΚΓ- δηλαδή καθυστέρησης σύσπασης μεταξύ των τοιχωμάτων της καρδιάς και διερεύνηση ένδειξης για εμφύτευση αμφικοιλιακού βηματοδότη, όπου βηματοδοτούνται ταυτόχρονα η αριστερή και η δεξιά κοιλία, γεγονός το οποίο βελτιώνει τόσο τα συμπτώματα όσο και την επιβίωση.

Τέλος, οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια θα πρέπει να εξετάζονται σε τακτά διαστήματα με **βιοχημικές αναλύσεις** ούτως ώστε να ελέγχεται ο αιματοκρίτης και ο σίδηρος-φεριττίνη (η αναιμία επιδεινώνει την καρδιακή ανεπάρκεια), το κάλιο (η υποκαλιαιμία ευοδώνει τον αιφνίδιο θάνατο, ενώ η υπερκαλιαιμία δεικνύει νεφρική δυσπραγία), το νάτριο (η υπονατραιμία δεικνύει υπερφόρτωση σε υγρά ή/και επιδείνωση της νόσου), η ουρία και η κρεατινίνη (έλεγχος νεφρικής λειτουργίας), οι τρανσαμινάσες (έλεγχος ηπατικής λειτουργίας), το σάκχαρο και οι θυρεοειδικές ορμόνες.

Ανθεκτική αναιμία μετά τα 70

Μυελοδυσπλαστικά Σύνδρομα

Δέσποινα Καλιοντζή
Διευθύντρια Αιματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο μυελός των οστών αποτελεί το εργοστάσιο παραγωγής των κυττάρων (λευκά, ερυθρά και αιμοπετάλια) και άλλων στοιχείων που κυκλοφορούν στο αίμα.

Μυελοδυσπλαστικό είναι η αποτυχία του μυελού να παράγει ώριμα και υγιή κύτταρα, είναι μια προοδευτικά εξελισσόμενη διαδικασία, γι' αυτό οι ασθενείς πρέπει να είναι ενήμεροι για την νόσο τους και τις επιπλοκές της, που μπορεί μάλιστα να είναι και απειλητικές για τη ζωή τους.

Συχνότητα

Η συχνότητα των Μυελοδυσπλαστικών Συνδρόμων ΜΔΣ στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται σε τέσσερις νέες περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα, αλλά φτάνει τις τριάντα ανά 100.000 στην ηλικία των 80 ετών, επειδή η νόσος εμφανίζεται σε μεγάλες ηλικίες. Τα ΜΔΣ είναι πολύ σπάνια στα παιδιά. Ιδιαίτερη γεωγραφική κατανομή δεν φαίνεται να υπάρχει.

Αιτιολογία

Τα ΜΔΣ περιλαμβάνουν μια μεγάλη ετερογενή ομάδα νοσημάτων του αίματος που χαρακτηρίζονται από δυσπλαστικές αλλοιώσεις των έμμορφων στοιχείων του (λευκά, ερυθρά, αιμοπετάλια) και μη αποδοτική αιμοποίηση με περιφερικές κυτταροπενίες (λευκοπενία, αναιμία, θρομβοπενία).

Διακρίνονται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Τα **πρωτοπαθή** δεν έχουν εμφανή αιτιολογικό μηχανισμό, ενώ τα δευτεροπαθή είναι συνήθως μετά από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Για την πρωτοπαθή εμφάνιση έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες, όπως η ακτινοβολία, τα εντομοκτόνα και άλλοι διαλύτες, χωρίς απόδειξη. Αντίθετα, για τα **δευτεροπαθή** ΜΔΣ υπάρχουν συγκεκριμένες παρατηρήσεις που τα συσχετίζουν με κυτταροστατικά φάρμακα και διάφοροι συνδυασμοί αυτών. Η συχνότητα εμφάνισης ΜΔΣ μετά από αυτόλογη μεταμόσχευση στελεχιαίων αιμοποιητικών κυττάρων για θεραπεία λεμφώματος υπερβαίνει το 10%. Το γεγονός ότι δευτεροπαθή ΜΔΣ εμφανίζονται συχνά μετά από χρόνια με μικρές δόσεις φαρμάκων επιβάλλει φειδώ στην χρήση σχημάτων σε περιπτώσεις αγγειιτίδων ή άλλων αυτοάνοσων νοσημάτων. Τα δευτεροπαθή ΜΔΣ έχουν καλή πρόγνωση και δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία.

Τέλος, ορισμένα επαγγέλματα θεωρούνται υψηλού κινδύνου

π.χ. ελαιοχρωματιστές, ανθρακωρύχοι κ.ά.

Συμπτώματα

Σε **πρώιμα στάδια** της νόσου δεν προκαλούνται συμπτώματα και το νόσημα μπορεί να αποκαλυφθεί τυχαία σε γενική αίματος, όπου διαπιστώνεται διαταραχή μιας ή περισσοτέρων κυτταρικών σειρών. Σε πιο **προχωρημένα στάδια** εμφανίζονται:

- **Αναιμία (85%)**. Ασθενείς με αναιμία εμφανίζουν ωχρότητα, αδυναμία, αίσθημα κόπωσης. Σε ήπια αναιμία μπορεί να μην έχουν καθόλου συμπτώματα, ενώ σε βαριά να παρουσιάζουν εύκολη κόπωση, δύσπνοια, αίσθημα παλμών, στηθάγχη ή άλλο καρδιακό επεισόδιο.
- **Λευκοπενία, ουδετεροπενία (50%)**. Συχνές είναι οι λοιμώξεις και εμπύρετο χωρίς λοιμώξεις. Ο χαμηλός αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων προκαλεί μειωμένη αντίσταση του οργανισμού στις λοιμώξεις (δέρματος, των ιγμορείων, των πνευμόνων, του ουροποιητικού).
- **Θρομβοπενία (25%)**. Εκδηλώνεται με αιμορραγικές διαθέσεις. Οι ασθενείς παρουσιάζουν πετέχειες και εκχυμώσεις, δηλαδή μικρά κυανέρυθρα στίγματα μεγέθους κεφαλής καρφίτσας στον κορμό και τα άκρα, καθώς επίσης ρινορραγία και ουλορραγία.
- **Διόγκωση ήπατος- σπληνός (5%-10%)**
- **Διόγκωση λεμφαδένων (5%-15%)**
- **Διηθήσεις του δέρματος**
- **Πόνος στις αρθρώσεις**
- **Σπάνια: Συμπτώματα λύκου- διαβήτης- δερματίτης**

Διάγνωση

- **Αιματολογικές εξετάσεις**. Γενική αίματος για την μέτρηση των λευκών, ερυθρών και αιμοπεταλίων και τον καθορισμό της μορφολογίας των κυτταρικών στοιχείων του αίματος με τη βοήθεια του μικροσκοπίου (επίχρισμα). Επίσης, πρέπει να ελέγχονται τα επίπεδα ερυθροποιητίνης (είναι ορμόνη που παράγεται από τα νεφρά για να ρυθμίσει την παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων), βιταμίνης B12, φυλλικού οξέος στον ορό του αίματος, δεδομένου ότι πολλές φορές η αναιμία μπορεί να προκληθεί και από την έλλειψη των βιταμινών αυτών.
- **Εξέταση μυελού των οστών**. Η εξέταση αυτή περιλαμβάνει το μυελόγραμμα (αναρρόφηση μυελού) και οστεομυελική βιοψία (λήψη μικρού κομματιού οστού). Η διαδικασία του μυελογράμματος και της βιοψίας είναι απλή διαδικασία, δε διαρκεί περισσότερο από 30', δεν χρειάζεται νοσηλεία και πραγματοποιείται με τοπική αναισθησία ή μέθη. Η λήψη γίνεται από την οπίσθια άνω λαγόνια άκανθα. Επιπλοκές (αιμορραγίες ή λοιμώξεις) είναι εξαιρετικά σπάνιες, εφόσον τηρηθούν οι κανόνες αντισηψίας και ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι περίπου 50.000 ανά μικρόλιτρο. Ο ασθενής μπορεί να αποχωρήσει από το ιατρείο ή το νοσοκομείο περιπατητικός.

Αλγόριθμος θεραπείας συμπτωματικών ασθενών με χαμηλού κινδύνου ΜΔΣ

- **Υποστηρικτική αγωγή**. Αποβλέπει στην αντιμετώπιση της αναιμίας, της ουδετεροπενίας, της θρομβοπενίας και της υπερφόρτωσης σιδήρου από τις πολλαπλές μεταγγίσεις ερυθρών.
- **Εκτίμηση ασθενών με Ανθεκτική Αναιμία** για πιθανή ανοσοκατασταλτική θεραπεία (κορτιζόλη, κυκλοσπορίνη, θαλιδομίδη και παράγωγα, αναβολικές ουσίες και βιταμίνες).
- Εκτίμηση ενδείξεων για αλλογενή μεταμόσχευση μυελού των οστών.
- Ασθενείς με χρωμοσωμικές ανωμαλίες (ύπαρξη del5q): Χορήγηση λεναλιδομίδης.
- Χορήγηση Ερυθροποιητίνης (είναι αυξητικός παράγοντας που προάγει την παραγωγή ερυθρών στο μυελό και υπολογίζεται ότι είναι αποτελεσματική στο 20%-30% των ασθενών) και G-CSF (είναι ένας τύπος αυξητικού παράγοντα που κάνει το μυελό των οστών να παράγει λευκά αιμοσφαίρια) ανάλογα με τα θεσπισμένα κριτήρια ανταπόκρισης.
- Ασθενείς χωρίς ανταπόκριση στα ανωτέρω ή απώλειας της ανταπόκρισης: Εισαγωγή σε κλινικές μελέτες, χορήγηση απομεθυλιωτικών παραγόντων, υποστηρικτική θεραπεία.

Τα ΜΔΣ είναι σοβαρά νοσήματα του μυελού των οστών για τα οποία δεν υπάρχει τουλάχιστον μέχρι σήμερα ίαση. Σε παγκόσμιο επίπεδο παρατηρείται αύξηση της συχνότητάς τους, ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες ηλικίες. Είναι αντικειμενικό γεγονός ότι στις ημέρες μας οι γιατροί διαγιγνώσκουν αυτά τα νοσήματα πιο εύκολα σε σύγκριση με το παρελθόν. Στο επίπεδο αυτό γίνεται εκτεταμένη έρευνα και υπάρχουν ελπίδες ότι θα βρεθούν και βελτιωμένες ειδικές θεραπείες που θα βοηθήσουν πρώτα τους ασθενείς αλλά και τους γιατρούς για καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Συμπέρασμα

Σε ασθενείς άνω των 70 ετών, η γρήγορη διάγνωση και η άμεση αντιμετώπιση διασφαλίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής χωρίς μεταγγίσεις.

Η συχνότητα των Μυελοδυσπλαστικών Συνδρόμων ΜΔΣ στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται σε

4

νέες περιπτώσεις ανά

100.000

άτομα, αλλά φτάνει τις

30

ανά 100.000 στην ηλικία των

80

ετών, επειδή η νόσος εμφανίζεται σε μεγάλες ηλικίες. Τα ΜΔΣ είναι πολύ σπάνια στα παιδιά

Βάσω Ζησιμοπούλου
Νευρολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Πονοκέφαλος

Πότε είναι αιτία ανησυχίας;

Ο πονοκέφαλος, ή επί του ιατρικότερου η κεφαλαλγία, είναι ένα σύμπτωμα κοινό και γνωστό εμπειρικά από το σύνολο σχεδόν των ανθρώπων. Για τους περισσότερους είναι μια μικρή ενόχληση που περνά με απλά αναλγητικά ή λίγη ξεκούραση. Υπάρχει όμως και ένα σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού το οποίο υποφέρει από συχνή και μέτριας προς σημαντικής έντασης κεφαλαλγία. Ειδικά αν ο πονοκέφαλος είναι πρωτοεμφανιζόμενος ή μεγάλης έντασης, πολλοί ανησυχούν αν είναι σύμπτωμα ενός όγκου στο κεφάλι, εγκεφαλικού ή ανευρύσματος. Ευτυχώς η πλειοψηφία των πονοκεφάλων δεν σχετίζονται με τέτοια προβλήματα. Παραμένει, όμως, σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού η απορία *«Πότε ο πονοκέφαλος είναι αιτία ανησυχίας;»*.

Τι προκαλεί τον πονοκέφαλο;

Η ιατρική δεν έχει εξηγήσει ακόμα πλήρως την αιτία των πονοκεφάλων. Ξέρουμε ότι η εγκεφαλική ουσία δεν προκαλεί πόνο, καθώς δεν διαθέτει νεύρα που να τον μεταδίδουν. Αντίθετα τα αγγεία του εγκεφάλου και του τραχήλου, το περίβλημα του εγκεφάλου, η μήνιγγα, τα δόντια, οι μυς, τα ιγμόρεια και οι αρθρώσεις μπορούν όλα να προκαλέσουν πόνο στο κεφάλι.

*Υπάρχουν περισσότεροι από **300** τύποι κεφαλαλγίας. Μόλις το **10%** έχει γνωστή αιτία, ενώ όλες οι υπόλοιπες χαρακτηρίζονται ως Πρωτοπαθείς Κεφαλαλγίες*

Συμβουλευτείτε το Νευρολόγο σας για τη σωστή προσέγγιση του πονοκεφάλου σας και μην κάνετε κατάχρηση αναλγητικών που μπορεί να επιδεινώσει το πρόβλημα

Τύποι κεφαλαλγίας

Οι πιο συχνοί τύποι πονοκεφάλου είναι η κεφαλαλγία τάσεως, ο πονοκέφαλος από ιγμορίτιδα και η ημικρανία.

- Η **κεφαλαλγία τάσεως** εμφανίζεται όταν οι μυς του αυχένα και της κεφαλής κάνουν σπασμό και σφίγγουν, με αποτέλεσμα να υπάρχει το αίσθημα του σφιξίματος αντίστοιχα στον αυχένα, στην κορυφή της κεφαλής και στους κροτάφους.
- Ο **πονοκέφαλος από ιγμορίτιδα** εμφανίζεται όταν υπάρχει φλεγμονή στις κοιλότητες του κρανίου που βρίσκονται στα πλάγια της μύτης και πάνω από τα φρύδια.
- Η **ημικρανία** προκαλείται όταν ορισμένες νευρικές απολήξεις στο κεφάλι γίνονται υπερευαίσθητες, ερεθίζονται και δημιουργούν τον πόνο. Τι είναι όμως αυτό που οδηγεί στη σύσπαση των μυών ή τον ερεθισμό των νευρικών απολήξεων; Το ερώτημα αυτό παραμένει αναπάντητο και ο μηχανισμός δεν είναι ακόμη καλά κατανοητός.

Ζώντας με τον πονοκέφαλο

Για τους περισσότερους ένας πονοκέφαλος δεν είναι τίποτα περισσότερο παρά το αποτέλεσμα μιας πολύ έντονης ημέρας ή αγχώδους κατάστασης. Μικρές αλλαγές στον τρόπο ζωής, η φυσική άσκηση, η ξεκούραση, η ενυδάτωση με επαρκή πρόσληψη νερού, η λήψη απλών αναλγητικών ή ακόμη και ο βελονισμός λύνει το πρόβλημα. Για αρκετούς, όμως, ο πονοκέφαλος είναι σημαντικό πρόβλημα στην καθημερινότητά τους, μειώνει την ποιότητα ζωής και δυσχεραίνει το άτομο στην εργασία του, στην προσωπική του ζωή και στις σχέσεις με τους συνανθρώπους του.

Εξετάσεις για την κεφαλαλγία

Η σύγχρονη ιατρική βασίζεται πολύ συχνά σε διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις για να βρει την αιτία ενός προβλήματος. Για τους περισσότερους πονοκεφάλους μια καλή κλινική νευρολογική εξέταση και η λήψη ενός αναλυτικού ιστορικού βάζει τη διάγνωση.

Μάλιστα, για τις συχνότερες κεφαλαλγίες, την κεφαλαλγία τάσεως και την ημικρανία, η Αξονική (CT) και η Μαγνητική (MRI) εγκεφάλου, αιματολογικές εξετάσεις και το Εγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) είναι φυσιολογικά. Εντούτοις, παραμένουν βασικές εξετάσεις για ασθενείς με ύποπτα συμπτώματα ή άτυπους χαρακτήρες κεφαλαλγίας.

Αιτίες ανησυχίας

Πάρε τηλέφωνο στο γιατρό αν...

- Ο πονοκέφαλος δεν υποχωρεί
- Τα παυσίπονα δεν βοηθούν και ο πονοκέφαλος γίνεται χειρότερος
- Ο πονοκέφαλος εντοπίζεται μπροστά ή στο πλάι του κεφαλιού και μοιάζει σαν να ακούς την καρδιά σου να χτυπά - μπορεί να είναι ημικρανία, ή σπανιότερα αθροιστική κεφαλαλγία
- νιώθεις ναυτία και έντονη τάση για εμετό, το φως ή/και ο θόρυβος χειροτερεύουν τον πόνο
- έχεις άλλα συμπτώματα όπως αδυναμία ή μούδιασμα στα χέρια ή στα πόδια

Πήγαινε στο γιατρό αν...

- Η κάτω γνάθος πονάει όταν μασάς το φαγητό
- Βλέπεις θολά ή διπλά
- Νιώθεις το δέρμα του κεφαλιού πρησμένο
- Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να σημαίνουν ότι τα αγγεία του κεφαλιού έχουν κάποια σοβαρή φλεγμονή.

Πήγαινε στο νοσοκομείο αν...

- Χτύπησες άσχημα στο κεφάλι
- Ο πονοκέφαλος ξεκίνησε πολύ απότομα (μέσα σε δευτερόλεπτα) και είναι πολύ δυνατός
- Αν έχεις ένα δυνατό πονοκέφαλο και ξαφνικά δυσκολία να μιλήσεις ή να θυμηθείς
- Απώλεια όρασης
- Υπνηλία ή δυσκολία στη συγκέντρωση
- Υψηλό πυρετό, νιώθεις ρίγος και ο αυχένας είναι πιασμένος
- Το λευκό τμήμα του ματιού είναι κόκκινο

ΣΥΓΧΡΟΝΗ **ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ**
ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

θωρακοκοιλιακών **ανευρυσμάτων** και εκτεταμένων ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής και λαγονίων αρτηριών

Γεώργιος Βουρλιωτάκης
Διευθυντής Αγγειοχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Η αορτή είναι η μεγαλύτερη αρτηρία στο σώμα μας. Το τμήμα της που περνάει μέσα από το θώρακα ονομάζεται θωρακική αορτή, ενώ μέσα στην κοιλιά κοιλιακή αορτή. Χαμηλότερα χωρίζεται σε δύο αρτηρίες, τις λαγόνιες, οι οποίες μεταφέρουν το αίμα στα κάτω άκρα. Σε μερικούς ανθρώπους η αορτή αρχίζει να «φουσκώνει» (αύξηση διαμέτρου). Η μόνιμη αυτή εντοπισμένη διάταση της αορτής ονομάζεται ανεύρυσμα.

Το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής που καταλαμβάνει τις νεφρικές αρτηρίες ονομάζεται **παρανεφρικό**, ενώ το ανεύρυσμα που εκτείνεται από το θώρακα έως την κοιλιά καλείται **θωρακοκοιλιακό ανεύρυσμα**.

Τα ανευρύσματα αυτά αποτελούν τις σοβαρότερες αγγεια-

κές παθήσεις. Ο πιο σημαντικός κίνδυνος είναι το ανεύρυσμα να ραγεί και τότε η πιθανότητα ο ασθενής να καταλήξει είναι εξαιρετικά μεγάλη (περίπου 80%).

Όταν το ανεύρυσμα ξεπεράσει σε διάμετρο τα 5-5,5 εκ. θα πρέπει να αντιμετωπισθεί άμεσα, γιατί τότε η πιθανότητα ρήξης αυξάνεται εκθετικά.

Ανοιχτή χειρουργική αντιμετώπιση

Η ανοιχτή χειρουργική αντιμετώπιση (εκτομή ανευρύσματος και θωρακοκοιλιακή παράκαμψη) που αποτελούσε την κλασική μέθοδο θεραπείας, συνοδεύεται από σημαντικά ποσοστά θνητότητας, νοσηρότητας και επιπλοκών νεφρικών, ηπατικών, καρδιολογικών, νευρολογικών.

Η δυσκολία του ανοικτού χειρουργείου στην περίπτωση των ανευρυσμάτων αυτών και οι προκαλούμενες σε υψηλό ποσοστό επιπλοκές, οφείλονται στο γεγονός ότι από τη θωρακοκοιλιακή αορτή, ξεκινούν οι σημαντικότερες αρτηρίες από τις οποίες αιματώνονται σπλαχνικά όργανα ζωτικής σημασίας για τον οργανισμό μας. Οι αρτηρίες αυτές, όπως η κοιλιακή αρτηρία, η άνω μεσεντέριος αρτηρία, οι νεφρικές, και οι μεσοπλεύριες αιματώνουν ζωτικά όργανα, όπως το στομάχι, το έντερο, το ήπαρ, το σπλήνα και το νωτιαίο μυελό.

Η δυσκολία των χειρουργικών αναστομώσεων, ο μεγάλος χειρουργικός χρόνος ισχαιμίας, το μεγάλο χειρουργικό τραύμα και η απώλεια αίματος, αποτελούν μερικές από τις αιτίες του υψηλού ποσοστού επιπλοκών της ανοικτής επέμβασης με παρατεταμένο χρόνο νοσηλείας (ειδικά στη ΜΕΘ), αλλά και υψηλή θνητότητα.

Ενδαγγειακή αντιμετώπιση

Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων αυτών με ειδικά ενδοαυλικά μοσχεύματα αποτελεί μια λιγότερο επεμβατική τεχνική που εφαρμόζεται ήδη με επιτυχία σε εξειδικευμένα κέντρα του εξωτερικού τα τελευταία χρόνια. Κατά τη μέθοδο αυτή, σχεδιάζεται με ειδικό λογισμικό και με βάση την αξονική αγγειογραφία της θωρακικής και κοιλιακής αορτής του ασθενούς ειδικό μόσχευμα, που κατασκευάζεται ειδικά για τον ίδιο.

Το μόσχευμα ενσωματώνει **θυρίδες *(fenestrations)* ή και πλάγιους κλάδους *(branches)***, οι οποίοι σχεδιάζονται έτσι ώστε να αντιστοιχούν στη θέση έκφυσης των σπλαχνικών αρτηριών όταν το μόσχευμα τοποθετηθεί μέσα στην αορτή του ασθενούς. Όλη η επέμβαση εκτελείται υπό ακτινοσκόπηση από τρεις μικρές τομές (δύο στις βουβωνικές χώρες και μία στη μασχαλιαία κοιλότητα).

Αφού τοποθετηθεί το κύριο μόσχευμα από τη μηριαία αρτηρία, στη συνέχεια, καθετηριάζονται μέσα από το μόσχευμα οι θυρίδες ή οι πλάγιοι κλάδοι και στη συνέχεια τα σπλαχνικά αγγεία. Μετά τοποθετούνται νέα stents που γεφυρώνουν τα αγγεία με το μόσχευμα.

Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται και για την αντιμετώπιση διαχωριστικών θωρακοκοιλιακών ανευρυσμάτων αλλά και **εκτεταμένων ανευρυσμάτων της λαγονίου αρτηρίας**.

Περίπτωση στην Ευρωκλινική

Η λιγότερο επεμβατική αυτή μέθοδος εφαρμόστηκε πρόσφατα με επιτυχία σε ασθενή της Ευρωκλινικής με γιγαντιαίο ανεύρυσμα της ΔΕ κοινής λαγονίου αρτηρίας (διάμετρο= 8,5 εκ.) που καταλάμβανε και τις εκφύσεις της έσω και έξω λαγονίου αρτηρίας και ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής. Ο ασθενής ετών 70, πάσχων και από άλλες σοβαρές παθήσεις και παχυσαρκία παρουσίαζε αντένδειξη για ανοικτή χειρουργική αντιμετώπιση.

Τα ανευρύσματα αυτά αποτελούν τις σοβαρότερες αγγειακές παθήσεις. Ο πιο σημαντικός κίνδυνος είναι το ανεύρυσμα να ραγεί και τότε η πιθανότητα ο ασθενής να καταλήξει είναι εξαιρετικά μεγάλη (περίπου 80%). Όταν το ανεύρυσμα ξεπεράσει σε διάμετρο τα 5-5,5 εκ. θα πρέπει να αντιμετωπισθεί άμεσα, γιατί τότε η πιθανότητα ρήξης αυξάνεται εκθετικά

Τοποθετήθηκε ενδαγγειακό μόσχευμα με πλάγιο κλάδο που καθετηριάστηκε από την ετερόπλευρη μηριαία αρτηρία.

Στη συνέχεια στον ίδιο χειρουργικό χρόνο αντιμετωπίστηκε ενδαγγειακά και το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής από το οποίο έπασχε.

Ο ασθενής δεν χρειάστηκε μετάγγιση ή νοσηλεία στη ΜΕΘ, ενώ την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα εξήλθε της κλινικής χωρίς επιπλοκές.

Με τα μοσχεύματα και τη μέθοδο που περιγράφηκε, η επέμβαση γίνεται ενδαγγειακά, με μικρές τομές και μικρότερη επιβάρυνση του ασθενούς. Η μέθοδος συνοδεύεται από χαμηλότερα ποσοστά θνητότητας και νοσηρότητας σε σχέση με την ανοικτή επέμβαση.

Ο ασθενής έχει ανάγκη από λιγότερη ή καθόλου μετάγγιση αίματος και ο συνολικός χρόνος νοσηλείας είναι μικρότερος.

Οι επεμβάσεις αυτές θα πρέπει να εκτελούνται σε **υβριδικές χειρουργικές αίθουσες εξοπλισμένες με σύγχρονο αγγειογράφο**, ενώ **ο αγγειοχειρουργός θα πρέπει να είναι εξειδικευμένος** στην τεχνική αυτή σε ένα από τα λίγα εξειδικευμένα κέντρα του εξωτερικού που εφαρμόζεται.

Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ Νευροχειρουργική

Η πρόοδος της νευροχειρουργικής ειδικότητας τα τελευταία χρόνια, μέσω της τεχνολογικής επανάστασης (μικροσκόπιο, εργαλεία μικροχειρουργικής, αναβαθμισμένες απεικονιστικές μέθοδοι, νευροπλοήγηση, ενδοσκόπιο) αλλά και της καλύτερης κατανόησης του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος του ανθρώπινου σώματος (νευροφυσιολογία, νευροανατομία), έχει οδηγήσει στην εξαιρετικά αποτελεσματική αντιμετώπιση των κάθε φύσεως βλαβών που εδράζονται στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό.

Οι αναβαθμισμένες απεικονιστικές μέθοδοι, όπως η λειτουργική μαγνητική τομογραφία, η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων και άλλες αποτελούν κάποιες από τις μη επεμβατικές μεθόδους χαρτογράφησης του εγκεφάλου (εντοπισμό κρίσιμων για τον ασθενή λειτουργιών του εγκεφάλου όπως η ομιλία, η αίσθηση, η κίνηση, η μνήμη) που λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο αντιμετώπισης ενδοπαρεγχυματικών όγκων του εγκεφάλου. Διεγχειρητικά ο ερεθισμός του φλοιού του εγκεφάλου αποτελεί τη βασική, επεμβατική μέθοδο χαρτογράφησης του εγκεφάλου.

Σπυρίδων Λαφαζάνος
Νευροχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Τμήματα του εγκεφάλου, υπεύθυνα για την ομιλία, την κίνηση και την αίσθηση μπορούν να ταυτοποιηθούν διεγχειρητικά με τις κατάλληλες τεχνικές. Τονίζεται ότι, για την ταυτοποίηση των κέντρων της ομιλίας απαιτείται ο ασθενής να είναι σε εγρήγορση κατά τη φάση της χειρουργικής επέμβασης, ώστε να είναι ικανός να εκτελέσει κάποια καθήκοντα (αρίθμηση, ονομασία αντικειμένων) (awake craniotomy). Τα παραπάνω στόχο έχουν πάντα τη μεγαλύτερη δυνατή αφαίρεση του όγκου, ελαχιστοποιώντας παράλληλα τον κίνδυνο εμφάνισης νέου νευρολογικού ελλείμματος.

Η Νευροενδοσκόπηση, σαν ιδέα της ελάχιστα επεμβατικής Νευροχειρουργικής, συνιστά μία πιο εκλεπτυσμένη μέθοδο αντιμετώπισης εξεργασιών στον εγκέφαλο. Ενώ το καλούμενο άνοιγμα (opening) του κρανίου (για επεμβάσεις στον εγκέφαλο) και του σπονδυλικού σωλήνα (για επεμβάσεις στη σπονδυλική στήλη) απαιτείται ακόμα, αυτά τα ανοίγματα είναι σαφώς μικρότερα σε μέγεθος. Μικρότερο άνοιγμα σημαίνει μειωμένες πιθανότητες καταστροφής του πέριξ της νευροχειρουργικής βλάβης υγιή νευρικού ιστού. Αυτό με τη σειρά του συνεπάγεται μειωμένο μετεγχειρητικό πόνο, μειωμένο χρόνο νοσηλείας του ασθενούς, μείωση του χρόνου επιστροφής του ασθενούς στη δουλειά του και συνεπώς μειωμένο κόστος για την κοινωνία.

Η Νευροπλοήγηση προσφέρει σημαντικές δυνατότητες στο νευροχειρουργό

Ο καλύτερος σχεδιασμός της κρανιοτομίας, καθώς επίσης και η ακριβέστερη τροχιά της χειρουργικής επέμβασης, ειδικά για βλάβες

που εδράζονται σε εν τω βάθει δομές του εγκεφάλου, συνιστούν κάποιες από αυτές. Επιπλέον, η δυνατότητα ενσωμάτωσης δεδομένων που παρέχονται από τη λειτουργική μαγνητική τομογραφία (fMRI), τη μαγνητοεγκεφαλογραφία (MEG) και την τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET), επιτρέπει τη διενέργεια επεμβάσεων σε ευγενείς περιοχές του εγκεφάλου με μικρή θνησιμότητα.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι το σύστημα της νευροπλοήγησης δεν είναι σχεδιασμένο να λειτουργεί σαν ρομπότ. Αποτελεί ένα επιπλέον εργαλείο, καθοδηγείται από το νευροχειρουργό σε όλη της φάση της χειρουργικής επέμβασης, με στόχο την πιο κομψή και πιο αποτελεσματική προσέγγιση νευροχειρουργικών βλαβών του εγκεφάλου και της σπονδυλικής στήλης.

Η κρανιοτομία με τον ασθενή ξύπνιο (awake craniotomy) λαμβάνει χώρα στις περιπτώσεις αφαίρεσης όγκων του εγκεφάλου που βρίσκονται πολύ κοντά στα κέντρα της κίνησης, της αίσθησης, κυρίως όμως, της ομιλίας. Επιτρέπει την αναγνώριση των προαναφερθέντων κέντρων του εγκεφάλου, κατά τη φάση της χειρουργικής επέμβασης, και συνεπώς την προστασία αυτών κατά τη φάση αφαίρεσης του όγκου. Η πολύ καλή συνεργασία του ασθενούς αποτελεί βασική προϋπόθεση για την επιτυχία της συγκεκριμένης μεθόδου.

Τα πλεονεκτήματα είναι αρκετά και περιλαμβάνουν: τη δυνατότητα για λειτουργική χαρτογράφηση του εγκεφάλου (ειδικά για τα κέντρα του λόγου), την αποφυγή γενικής αναισθησίας για τον ασθενή και γενικότερα το μειωμένο αριθμό επιπλοκών (αποφυγή χρήσης αναισθησιολογικών συσκευών με τη δυναμική του αυξημένου κινδύνου λοίμωξης). Οι ασθενείς είναι ξύπνιοι στο τέλος της επέμβασης και δεν απαιτείται νοσηλεία τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Επιπλέον, ο χρόνος της μετεγχειρητικής τους νοσηλείας μειώνεται σημαντικά.

Οι συχνότερες παθήσεις του εγκεφάλου που χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης είναι τα μηνιγγιώματα και τα γλοιώματα.

Μηνιγγιώματα εγκεφάλου

Τα Μηνιγγιώματα είναι, ως επί το πλείστον, καλοήθεις όγκοι του εγκεφάλου που προέρχονται από την αραχνοειδή μήνιγγα, ένα από τα τρία περιβλήματα του εγκεφάλου. Μπορούν να αναπτυχθούν σε οποιοδήποτε σημείο του εγκεφάλου, εύκολα προσβάσιμες και δυσπρόσιτες περιοχές του εγκεφάλου και να παρουσιαστούν σε οποιαδήποτε ηλικία, συνήθως όμως στην 4η-5η δεκαετία της ζωής. Ανάλογα με τη θέση που αναπτύσσονται και το μέγεθός τους, τα μηνιγγιώματα μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα από την πίεση σε γειτονικές νευροαγγειακές δομές του εγκεφάλου. Τέτοια συμπτώματα μπορεί να είναι η κεφαλαλγία, οι διαταραχές βάδισης, μνήμης, συμπεριφοράς και ούρησης, οι διαταραχές οράσεως/ακοής κ.ά.

Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου με σκιαγραφικό αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις και η ψηφιακή αγγειογραφία, συνιστούν τις βασικές απεικονιστικές εξετάσεις αξιολόγησης των ασθενών που πάσχουν από μηνιγγιώματα.

Η κλασική θεραπεία των μηνιγγιωμάτων που προκαλούν συμπτώματα ή/και έχουν μεγάλο μέγεθος είναι η χειρουργική. Μικρού μεγέθους μηνιγγιώματα που ανευρίσκονται τυχαία (incidental) μπορούν να τεθούν σε παρακολούθηση. Τέλος, μηνιγγιώματα που εδράζονται σε δύσκολα προσβάσιμες περιοχές του εγκεφάλου, όπως η περιοχή του σηραγγώδους κόλπου, μπορούν να αντιμετωπιστούν με στερεοτακτική ακτινοθεραπεία.

Η Νευροχειρουργική είναι μία ιατρική ειδικότητα, που προσφέρει την προοπτική θεραπείας στους ασθενείς που πάσχουν από ευρέως φάσματος καλοήθεις βλάβες του Κεντρικού και του Περιφερικού Νευρικού Συστήματος του ανθρώπινου σώματος (εγκέφαλος, νωτιαίος μυελός, περιφερικά νεύρα). Επίσης, αποβλέπει στη βελτίωση και την παράταση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από εξουθενωτικές νευρολογικές νόσους

Γλοιώματα του εγκεφάλου

Τα Αστροκυτώματα, που ανήκουν στην ευρύτερη ομάδα των γλοιωμάτων, αποτελούν τον συχνότερο ενδοπαρεγχυματικό (πρωτοπαθή) όγκο του εγκεφάλου.

Εμφανίζουν μεγάλη πολυμορφία και ευρύ φάσμα, στο ένα άκρο του οποίου βρίσκονται καλοήθεις όγκοι, όπως το πιλοκυτταρικό αστροκύτωμα, και στο άλλο άκρο όγκοι με επιθετική χροιά, όπως το πολύμορφο γλοιοβλάστωμα. Τα καλούμενα συνηθισμένα (ordinary) αστροκυτώματα αφορούν διηθητικούς όγκους με συγκεκριμένη ταξινόμηση (Grade II-IV), ανάλογα με το βαθμό κακοήθειας.

Η ηλικία και η λειτουργικότητα (Karnofsky score) του ασθενούς, ο βαθμός εκτομής, το μέγεθος, η εντόπιση (ευγενής ή μη περιοχή του εγκεφάλου) και τα ιστολογικά κριτήρια της βλάβης (αναπλασία, μιτώσεις, παρουσία νεκρώσεων και άλλα), συνιστούν τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες των ασθενών που πάσχουν από αστροκυτώματα.

Η χειρουργική εξαίρεση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της αντιμετώπισης των αστροκυτωμάτων. Βασικός στόχος της κάθε επέμβασης είναι: η λήψη υλικού για παθολογοανατομική εξέταση, η αφαίρεση της βλάβης σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερη έκταση και, κατά συνέπεια, η αυξημένη επιβίωση των ασθενών μέσω της μείωσης του φορτίου του όγκου.

Η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία συνιστούν επικουρικές μεθόδους θεραπείας των αστροκυτωμάτων του εγκεφάλου.

ΑΝΟΙΑ

και λοιπές διαταραχές μνήμης

Η άνοια αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τη δημόσια υγεία και η αντιμετώπισή της αποτελεί μείζον ζήτημα σε παγκόσμιο επίπεδο. 46.8 εκατομμύρια άνθρωποι νοσούν παγκοσμίως και το νούμερο αυτό αναμένεται να ανέβει στα 131.5 εκατομμύρια μέχρι το 2050.

Τι είναι η άνοια;

Άνοια είναι η προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών ενός ατόμου (μνήμη, συγκέντρωση, προσοχή, ομιλία, προσανατολισμός, αντίληψη), με αποτέλεσμα την αλλαγή της προσωπικότητάς του και την προοδευτικά επιδεινούμενη δυσκολία αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον του.

Τύποι άνοιας και ηλικία εμφάνισης

Υπάρχουν διάφορα είδη άνοιας. Η πιο συνήθης, η γνωστή σε όλους νόσος Alzheimer αποτελεί τη συχνότερη εκφυλιστική νόσο του εγκεφάλου με τεράστιο κοινωνικό αντίκτυπο. Ακολουθούν με μικρότερη συχνότητα η αγγειακή άνοια, η μικτή άνοια, οι μετω-

Δημήτριος Κανελλόπουλος
Νευρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

ποκροταφικές άνοιες, η άνοια της νόσου Parkinson και η άνοια με σωματίδια Lewy. Επίσης, άνοια μπορεί να προκληθεί από ποικίλα άλλα αίτια όπως εγκεφαλίτιδες, τοξικές εγκεφαλοπάθειες, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, χωροκατακτητικές εξεργασίες, καθώς και άλλες καταστάσεις που είναι απολύτως αναστρέψιμες, αν διαγνωστούν έγκαιρα, όπως είναι ο υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης, η έλλειψη βιταμίνης Β12 και ο υποθυρεοειδισμός.

Η ηλικία εμφάνισης της άνοιας αλλάζει ανάλογα με τον τύπο της νόσου. Η νόσος Αλτσχάιμερ, εμφανίζεται κυρίως μετά τα 65 έτη με σημαντική αύξηση της συχνότητας εμφάνισής της στις μεγαλύτερες ηλικίες. Το ίδιο συμβαίνει και για τις λοιπές νευροεκφυλιστικού τύπου άνοιες. Όμως άλλες δευτεροπαθείς μορφές (εγκεφαλίτιδες, κακώσεις, όγκοι κ.λπ.) μπορούν να εμφανιστούν και σε μικρότερες ηλικίες.

Παράγοντες κινδύνου

Η ηλικία είναι ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου και τα συνεχώς αυξανόμενα ποσοστά εμφάνισής της αποδίδονται κυρίως στην αύξηση του προσδοκώμενου ορίου ζωής του παγκόσμιου πληθυσμού. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 32% των ατόμων που γεννήθηκαν φέτος στην Αγγλία -περίπου ένας στους 3- θα εμφανίσει άνοια. Τα ανησυχητικά αυτά ποσοστά αντικατοπτρίζουν το γεγονός ότι όσο οι άνθρωποι ζουν περισσότερο, τα ποσοστά εμφάνισης της άνοιας θα αυξάνονται, επισημαίνοντας την ανάγκη λήψης μέτρων που θα επιβραδύνουν τη νόσο, όπως είναι η πρόωρη και έγκαιρη διάγνωση.

Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η καρδιαγγειακή νόσος, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, η κατανάλωση αλκοόλ, η υπερλιπιδαιμία, το κάπνισμα και η αυξημένη ομοκυστεΐνη στο αίμα.

Η άνοια αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τη δημόσια υγεία και η αντιμετώπισή της αποτελεί μείζον ζήτημα σε παγκόσμιο επίπεδο

46,8 *εκατομμύρια άνθρωποι νοσούν παγκοσμίως και το νούμερο αυτό αναμένεται να ανέβει στα* 131,5 *εκατομμύρια μέχρι το* 2050

Τι προσφέρει η πρόωρη διάγνωση;

Τα **οφέλη** της έγκαιρης και σωστής διάγνωσης είναι:

- **Ίαση/αναστρέψιμες άνοιες:** Υπάρχουν κάποιες μορφές άνοιας, οι οποίες μπορούν να ιαθούν πλήρως, αν διαγνωστούν εγκαίρως. Παραδείγματα είναι η άνοια εξαιτίας έλλειψης βιταμίνης Β12, ο υποθυρεοειδισμός, ο υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης κ.ά.
- **Το δικαίωμα στη γνώση:** Παλαιότερα οι γιατροί απέκρυπταν τη διάγνωση της άνοιας από τους ασθενείς και τους οικείους τους. Καινούριες έρευνες, όμως, έχουν αποδείξει ότι οι ασθενείς και οι φροντιστές τους επιθυμούν να γνωρίζουν από την πρώτη στιγμή τη διάγνωση, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της νόσου, όπου μπορούν να προγραμματίσουν το μέλλον τους.
- **Βελτίωση της καθημερινότητας:** Η σωστή θεραπεία και παρακολούθηση μπορεί να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και την καθημερινότητά των ασθενών με άνοια.
- **Προγραμματισμός:** Η πρώρη διάγνωση και η σωστή πρόγνωση, ανάλογα με τον τύπο της άνοιας, προσφέρει τη δυνατότητα σωστού προγραμματισμού της ζωής των ασθενών και της οικογένειάς τους. Ιδιαίτερα σε νομικού τύπου θέματα, οι ασθενείς και οι συγγενείς τους θα είναι σε θέση πολύ πρόωρα να χειριστούν τις υποθέσεις τους και να προγραμματίσουν το μέλλον τους, γεγονός που όχι μόνο θα είναι αδύνατο σε προχωρημένα στάδια της νόσου αλλά και η έλλειψη της διάγνωσης ενδεχομένως να επιφέρει δυσκολίες και ανεπανόρθωτα προβλήματα.
- **Θεραπεία:** Υπάρχουν ήδη διαθέσιμα φάρμακα κατά της άνοιας τα οποία αν και δεν αναστρέφουν τη νόσο, σε πολλές περιπτώσεις ενισχύουν τις γνωστικές λειτουργίες των ασθενών, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής και την καθημερινότητά τους και πιθανώς επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου. Ακόμα, διερευνώνται καινούρια φάρμακα με την ικανότητα να αναστρέφουν ή να καθυστερούν τη νόσο και σύντομα θα έχουμε στη διάθεσή μας περισσότερες αποτελεσματικές θεραπείες που πιθανότατα θα έχουν καλύτερα αποτελέσματα, αν ληφθούν νωρίς στην πορεία της νόσου, ακόμα και όταν τα συμπτώματα δεν είναι εμφανή.

Μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις μπορούν επίσης να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και των φροντιστών τους.

Καθυστερημένη διάγνωση και ανεπαρκής παρακολούθηση

Σύμφωνα με έρευνες, ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με άνοια δεν παρακολουθούνται σωστά. Η διάγνωση συνήθως καθυστερεί με αποτέλεσμα οι υπάρχουσες αγωγές να μην είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Επίσης, η παρακολούθηση των ασθενών περιορίζεται σε απλή συνταγογράφηση φαρμάκων, ενώ παραγκωνίζονται λοιπές παράμετροι και μέθοδοι που είναι εξίσου σημαντικές για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την πορεία της νόσου. Ο βασικότερος λόγος αυτής της ανεπάρκειας είναι η έλλειψη ειδικών δομών ή το χαμηλό επίπεδο αυτών.

Για εμάς, στην MINETTA, η ασφάλιση δεν είναι μια απλή συναλλαγή.
Είναι Ανθρώπινη Σχέση. Είναι Σεβασμός. Είναι Προσήλωση.
Είναι Διαθεσιμότητα. Είναι ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΜΟΝΟ.

www.minetta.gr

ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ
MINETTA
ασφαλίζει ό,τι αξίζει.

ομορφιά & διατροφή

Ενέσιμη λιποδιάλυση για τοπικό πάχος

Αλάτι, ένας από τους βασικότερους ηλεκτρολύτες

Face Lift

FACE LIFT

Η χρονοκαθυστέρηση της γήρανσης

Ο χρόνος μπορεί να είναι αδυσώπητος σε ό,τι αφορά την εμφάνισή μας, μπορεί όμως να καθυστερήσει αισθητά στο να αναδείξει τα όχι και τόσο ελκυστικά στοιχεία του. Αυτό επιτυγχάνεται με τις σύγχρονες μεθόδους της πλαστικής χειρουργικής, τόσο με τις μη επεμβατικές τεχνικές, όσο και με το ιδιαίτερα δημοφιλές full face lift.

Το lifting αποτελεί την ιδανική επέμβαση εάν θέλουμε να γυρίσουμε το χρόνο αρκετά πίσω. Το επιλέγουμε όταν κρίνουμε πως οι μη επεμβατικές θεραπείες (μπότοξ, υαλουρονικό, laser) δεν θα έχουν αποτέλεσμα και δεν μας αρκεί η απαλλαγή από κάποιες ρυτίδες αλλά θέλουμε να αντιμετωπίσουμε τη γενικότερη χαλάρωση του δέρματος και των μυών του προσώπου, τις πτυχές, και τις βαθιές ρυτίδες και να δώσουμε στο πρόσωπο σφριγηλότητα και νεανικότητα.

Σε τι ηλικία επιλέγει κάποιος να προβεί σε face lift;

Η κάθε ηλικία έχει το δικό της face lift με τη διάκριση να γίνεται ανάμεσα σε soft και full face lift που αναζωογονεί μέτωπο, μάτια, πρόσωπο και λαιμό, δίνοντας πίσω τη χαμένη νεανικότητα και ενισχύοντας την αυτοπεποίθηση, τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες. Το soft lift περιλαμβάνει τα ίδια σημεία, με εξαίρεση την αναζωογόνηση του λαιμού, ενώ πάντα ο στόχος είναι το πρόσωπο μετά την επέμβαση να δείχνει φυσικά πιο «φρέσκο», ξεκούραστο και με νεανική εμφάνιση.

Για να υποβληθεί ένας ασθενής σε face lift, πρέπει να έχει παρουσιαστεί χαλάρωση στο πρόσωπο. Η ηλικία που ένα πρόσωπο αρχίζει να χαλαρώνει είναι η δεκαετία των 40 περίπου. Όσο πιο μικρός σε ηλικία είναι ο ασθενής που υποβάλλεται στην επέμβαση, τόσο

Στέφανος Σταθάκης
Διευθυντής Πλαστικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

μεγαλύτερη θα είναι η διάρκεια του αποτελέσματος και τόσο πιο φυσικό το αποτέλεσμα.

Το νεανικό δέρμα και οι νεανικοί ιστοί ανταποκρίνονται καλύτερα, αρχικά στο χειρουργείο και αργότερα, διατηρούν το αποτέλεσμα σε βάθος χρόνου. Αντιστρόφως, όσο πιο μεγάλες είναι οι βλάβες που έχει επιφέρει η γήρανση, τόσο πιο αισθητή η διαφορά μετά το χειρουργείο. Οι πιο σημαντικές περιοχές διόρθωσης του προσώπου στο full face lift είναι η ρινοπαρειακή, η κροταφική, η ζυγωματική, το περίγραμμα και τέλος ο λαιμός, ιδιαίτερα δε χαμηλά προς το στέρνο, που αποτελεί και το πλέον «δύσκολο» σημείο.

Τι επιτυγχάνεται με το face lift;

- **Ολιστική αντιμετώπιση της γήρανσης:** Το face lift διορθώνει όλες τις αισθητικές υποομάδες του προσώπου ταυτόχρονα, δηλαδή το μέτωπο, την περιοχή γύρω από τα μάτια, τις παρειές και το λαιμό, με αποτέλεσμα να συνυπάρχουν αρμονικά, διότι, συνήθως, συνοδεύεται από βλεφαροπλαστική ή κροταφικό lift.
- **Πλήρης «αναγέννηση» του δέρματος:** Παράλληλα με τα σημάδια της χαλάρωσης και της πτώσης αποκαθιστά και την ποιότητα του δέρματος, βελτιώνοντας την υφή και την τυχόν ατροφία του, με τη συνέργεια μη επεμβατικών τεχνικών, όπως έγχυση αυτόλογου λίπους, μεσοθεραπεία με βλαστοκύτταρα, υαλουρονικό οξύ, laser ή peeling.
- **Θεαματικά και συγχρόνως φυσικά αποτελέσματα**: Το σημαντικότερο που επιτυγχάνεται με τις καινούργιες τεχνικές είναι η ανάρτηση του μυϊκού υποστρώματος του προσώπου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η χρονική διάρκεια του lifting να αυξάνεται εντυπωσιακά αλλά περισσότερο να ευνοείται η φυσικότητα στην εμφάνιση του lifting προσώπου.

Το lifting αντιμετωπίζει την πτώση των μαλακών μορίων και τη χαλάρωση του δέρματος του προσώπου και του λαιμού. Επιτυγχάνει τη διαμόρφωση και το «γέμισμα», όπου χρειάζεται, του προσώπου και την επαναφορά του γωνιώδους περιγράμματός του, την αναδιαμόρφωση της πληρότητας των ζυγωματικών και τη διόρθωση της ασυμμετρίας του σχήματος του προσώπου.

Χάρη στις βελτιωμένες τεχνικές της πλαστικής χειρουργικής και την καλύτερη μελέτη του δέρματος, οι σύγχρονοι πλαστικοί χειρουργοί μπορούν να πετύχουν ένα απόλυτα φυσικό και διακριτικό αισθητικό αποτέλεσμα.

Πόσο διαρκεί ένα face lift;

Όποιος επιλέξει το face lift έχει καλύτερη εμφάνιση για το υπόλοιπο της ζωής του. Βέβαια μετά το πέρας 10 ετών από το χειρουργείο η εμφάνιση δεν είναι τόσο καλή όσο τα πρώτα χρόνια, γιατί ο χρόνος δεν σταματά και συνεχίζουμε να γερνάμε.

ΤΕΧΝΙΚΕΣ FACE LIFT

Οι πιο σύγχρονες τεχνικές face lift είναι το σύνθετο ή composite face lift, το SMAS lift και το MACS lift, οι οποίες προσφέρουν τα φυσικότερα αισθητικά αποτελέσματα.

- ***Σύνθετο λίφτ ή composite face lift***

Με το σύνθετο ή composite face lift -το οποίο αναπτύχθηκε από τον Αμερικανό πλαστικό χειρουργό Sam Hamra- το δέρμα, το υποδόριο λίπος και το πλάτυσμα/SMAS, αποκολλώνται μαζί, ως μια ενιαία ομάδα. Παραλλαγή με το παραπάνω είναι η τεχνική του «high SMAS» που αναπτύχθηκε από τον Αμερικανό πλαστικό χειρουργό Fritz Barton και προσφέρει κάθετη ανάρτηση και στήριξη πάνω από το ζυγωματικό.

Η κάθε ηλικία έχει το δικό της face lift με τη διάκριση να γίνεται ανάμεσα σε soft και full face lift που αναζωογονεί μέτωπο, μάτια, πρόσωπο και λαιμό

Όσο πιο μικρός σε ηλικία ο ασθενής που υποβάλλεται στην επέμβαση, τόσο μεγαλύτερη θα είναι η διάρκεια του αποτελέσματος και τόσο πιο φυσικό το αποτέλεσμα. Το νεανικό δέρμα και οι νεανικοί ιστοί ανταποκρίνονται καλύτερα, αρχικά στο χειρουργείο και αργότερα, διατηρούν το αποτέλεσμα σε βάθος χρόνου

- ***Υποδόριο lift με ράμματα στο SMAS***

Με τη συγκεκριμένη τεχνική το SMAS πτυχώνεται με ράμματα και εξασφαλίζεται η επαναδιαμόρφωση του σχήματος του προσώπου χωρίς την ανάγκη πιο επεμβατικής, βαθύτερης παρασκευής.

- ***Υποδόριο lift με εκτομή του SMAS***

Αφού γίνει η αποκόλληση, όπως στην προηγούμενη τεχνική, αφαιρείται τμήμα του SMAS συνήθως με την κατεύθυνση που θέλουμε να γίνει η ανάρτηση και επανασυρράπτονται οι άκρες του.

- ***Lift δύο στοιβάδων (ξεχωριστά το δέρμα και το SMAS)***

Με το SMAS lift γίνεται υποδόρια παρασκευή και ταυτόχρονα αποκόλληση του SMAS από τους υποκείμενους ιστούς (μυς).

- ***Υποπεριοστικό lift***

Με τη συγκεκριμένη τεχνική η αποκόλληση των ιστών γίνεται στο ύψος του περιοστέου.

- ***MACS lift***

Ακόμα πιο πρόσφατα αναπτύχθηκε από τους Βέλγους πλαστικούς χειρουργούς Patrick Tonnard και Alexis Verpaelen το MACS lift (lifting με μικρές τομές και κάθετη ανάρτηση των ιστών), το οποίο πραγματοποιείται με τη χρήση περιορισμένης τομής στο πρόσθιο τμήμα του αυτιού και κάθετη ανάρτηση των ιστών. Οι εσωτερικοί ιστοί του προσώπου αναρτώνται με εσωτερικά ράμματα και καθηλώνονται πάνω από το ζυγωματικό οστό, ενώ συχνά συνδυάζεται με λιποαναρρόφηση στο λαιμό.

Αργυρώ Παπαδοπούλου
Δερματολόγος - Επιστημονικά Υπεύθυνη Δερματολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ενέσιμη λιποδιάλυση για τοπικό πάχος

INJECTABLE INTRALIPOTHERAPY

Η ενέσιμη λιποδιάλυση με το 1.25% δεοξυχολικό άλας (sodium salt of 3α,12α-dihydroxy5β-chol-6-en-24-oic acid 1.25%), αποτελεί έναν μη-χειρουργικό χειρισμό του τοπικού πάχους, με μόνιμη καταστροφή λιποκυττάρων, η οποία μπορεί να εφαρμοστεί **με επιτυχία «σμιλεύοντας» μικρές και δύσκολες περιοχές, όπως το «διπλοσάγωνο», το περίγραμμα του προσώπου ή την περιοχή των μαστών στους άντρες.** Στις ανωτέρω περιοχές, αδυνατούμε να επέμβουμε με τη μέθοδο της κρυολιπόλυσης και μέχρι πρότινος, η χειρουργική λιποαναρρόφηση ήταν μονόδρομος. Η μεγάλη ζήτηση και τα πολλά περιστατικά, ιδίως με το δυτικό τρόπο ζωής του σύγχρονου ανθρώπου, μπορούν να καλυφθούν με αρκετή επιτυχία και ικανοποίηση με την ενέσιμη λιποδιάλυση.

Η ενέσιμη λιποδιάλυση αποτελεί έναν μη-χειρουργικό χειρισμό του τοπικού πάχους, με μόνιμη καταστροφή λιποκυττάρων, η οποία μπορεί να εφαρμοστεί με επιτυχία «σμιλεύοντας» μικρές και δύσκολες περιοχές

Η ενέσιμη λιποδιάλυση με διαφορετικά μίγματα εφαρμόζεται τα τελευταία 30 χρόνια, αλλά πλέον η απομόνωση και η αύξηση της συγκέντρωσης του δεοξυχολικού άλάτος σε 1,25% επιφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα. Το δεοξυχολικό οξύ είναι ένα χολικό οξύ, που παράγεται στο ήπαρ και εκκρίνεται στο γαστρεντερικό σωλήνα για να «διαλύσει» τα λιπίδια των τροφών. Αυτή η επιλεκτικότητα της καταστροφής της μεμβράνης του λιποκυττάρου και η λύση των λιπιδίων, χωρίς να θίγονται μυϊκά ή δερματικά κύτταρα, προσδίδει ασφάλεια στην μέθοδο, αφού δεν προκαλεί ατροφίες του μυός ή νεκρώσεις του δέρματος, σε αντίθεση με παλαιότερα μίγματα με φωσφατιδυλχολίνη.

Εφαρμόζεται μέσω μίας λεπτής βελόνας στον καλά σημασμένο ιστό, επιτρέποντας ακρίβεια στη λιποδιάλυση, ακόμα και σε μικρούς όγκους, όπως στο πρόσωπο. **Οι συνεδρίες έγχυσης επαναλαμβάνονται κάθε 4 με 7 εβδομάδες**, έως ότου επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, αφού ληφθούν οι απαραίτητες συγκαταθέσεις και συγκριτικές τοπικές φωτογραφίες. Συνηθίζεται να επιτυγχάνεται το αποτέλεσμα **με 5 κατά μέσο όρο συνεδρίες**.

Οι παρενέργειες που αναφέρονται και αφορούν κυρίως σε τοπικές αντιδράσεις μετά την εφαρμογή **είναι αναστρέψιμες** και είχαν συσχέτιση με την εκπαίδευση του δερματολόγου στην εφαρμογή της μεθόδου: Τοπικό οίδημα τις πρώτες 72 ώρες (88,76%), τοπική ενόχληση που διαρκεί άνω των 42 ωρών (48,54%), εκχυμώσεις/μελανιές (72,58%), ψηλαφητά οζίδια (16,36%).

Για τα προηγούμενα συστήνε-

ται η εφαρμογή ελαστικής περίδεσης (επίδεσμος), τοπικός πάγος και λήψη παυσιπόνων.

Κριτήρια αποκλεισμού αποτελούν: Ψυχολογικοί παράγοντες (βελονοφοβίες, κρίσεις πανικού, δυσμορφοβίες, κ.λπ.), εγκυμοσύνη, θηλασμός, παχυσαρκία, έντονα αλλεργικά άτομα, γνωστό και «αρρύθμιστο» ιστορικό αυτοάνοσου νοσήματος, φλεγμονές, ανοσοκατεσταλμένα άτομα.

Το 1,25% δεοξυχολικό άλας εφαρμόζεται με επιτυχία και σε άλλα σημεία του σώματος όπως είναι ο αυχένας, η ράχη, τα πλαϊνά ράχης, τα πλαϊνά μέσης, οι βραχίονες, η κοιλιά, οι μηροί, το εσωτερικό των γονάτων αλλά και εντοπισμένες δυσμορφίες από χειρουργεία ή ουλές και λιπώματα.

Ζητήστε τη μέθοδο από τον «εκπαιδευμένο» δερματολόγο σας!

Αλάτι

ένας από τους **βασικότερους** ηλεκτρολύτες

Ένα απο τα πιο πολυσυζητημένα θέματα στον χώρο της διατροφής είναι το αλάτι. Το χλωριούχο νάτριο, όπως είναι η επιστημονική του ονομασία, αποτελεί έναν από τους βασικότερους ηλεκτρολύτες που βοηθά στην ισορροπία των υγρών. Το αλάτι χρησιμοποιείται με δυο τρόπους: είτε ως συντηρητικό στα τρόφιμα είτε για να ενισχύσει τη γεύση. Το αλάτι δεν έχει θερμίδες, επομένως δεν αυξάνει το σωματικό βάρος, ωστόσο λόγω της κατακράτησης υγρών μπορεί να είναι επιβαρυντικό για την υγεία μας. Η υπερκατανάλωσή του, μεταξύ άλλων, είναι παράγοντας κινδύνου για αυξημένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης (υπέρταση), καρδιαγγειακά νοσήματα, εγκεφαλικά επεισόδια, παχυσαρκία και σακχαρώδη διαβήτη. Η μείωση του αλατιού είναι σημαντική για όλους, όχι μόνο για τα άτομα με υπέρταση.

Ευρήματα της μελέτης (NHANES) για την 3ετία 2009-2012 έδειξαν οτι το 90% των παιδιών και το 89% των ενηλίκων καταναλώνουν περισσότερο από τη συνιστώμενη 2.300 mg νατρίου/ημέρα (περίπου ένα κουταλάκι του γλυκού). Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) στην Αμερική, συνιστά ακόμη λιγότερο νάτριο καθημερινά για ορισμένες ομάδες: Όχι πάνω από 1.500 mg την ημέρα για τους ενήλικες άνω των 51 και για όσους ενήλικες με προ-υπέρταση και υπέρταση, επειδή είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο και καρδιακή νόσο.

Υπάρχουν όμως τρόφιμα που ήδη περιέχουν αλάτι. Δείτε, λοιπόν, ποια είναι 10 «αλμυρά» τρόφιμα που καλό θα ήταν να τα περιορίσετε.

Χρήστος Παξιμαδάς
Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, M.Sc.

Ψωμί

Το ψωμί και τα υπόλοιπα αμυλούχα προϊόντα (π.χ. μακαρόνια, ρύζι κτλ.) αποτελούν τη βάση της μεσογειακής μας διατροφής. Πολλοί άνθρωποι δεν γνωρίζουν ότι αυτά τα τρόφιμα περιέχουν αλάτι και αυτός είναι ένας από τους λόγους που τα καταναλώνουν με μεγάλη συχνότητα. Προτιμήστε ψωμί και προϊόντα ολικής αλέσεως που είναι υψηλότερης θρεπτικής αξίας και περιέχουν λιγότερο αλάτι.

Αλλαντικά

Τα αλλαντικά αποτελούνται από υψηλή περιεκτικότητα νατρίου. Ένας από τους βασικότερους λόγους που περιέχουν τόσο πολύ αλάτι είναι η επιπλέον γεύση.

Tip: Περιορίσετε την κατανάλωση των αλλαντικών, χρησιμοποιώντας ποικιλία λαχανικών στα γεύματά σας τα οποία θα βελτιώσουν τη γεύση των συνταγών και

θα δώσουν περισσότερο χρώμα στο πιάτο σας.

Καρυκεύματα
Τουρσί, σάλτσες, ελιές, φυσικά και περιέχουν αλάτι, κυρίως για παραπάνω γεύση. Ένας εύκολος τρόπος να μειώσετε την περιεκτικότητά τους σε αλάτι είναι να τα ξεπλύνετε με νερό.

Όσον αφορά στις σάλτσες μπορείτε να τις αραιώσετε με νερό ή να τις τοποθετήσετε δίπλα στο πιάτο σας.

«Light» Τρόφιμα
Είναι πολύ συχνή η υπερκατανάλωση light τροφίμων από άτομα που ακολουθούν μια δίαιτα. Και τα light τρόφιμα περιέχουν αλάτι, επομένως και αυτά είναι σημαντικό να καταναλώνονται με μέτρο.

Ξηροί καρποί
Οι ξηροί καρποί έχουν πολλά οφέλη για την υγεία και πρέπει να βρίσκονται στα περισσότερα διαιτολόγια, αλλά μπορεί να είναι πολύ αλατισμένοι. Αποτελούνται από «καλά» λιπαρά, ωστόσο θα πρέπει να δοθεί σημασία και στο αλάτι. Προτιμήστε ανάλατους ξηρούς καρπούς που έχουν την ένδειξη «χωρίς προσθήκη αλατιού» στη συσκευασία τους ή είναι ελαφρώς αλατισμένοι.

Πίτσα
Αποτελεί αγαπημένη συνήθεια όλων μας, όμως μπορεί να είναι μια πραγματική βόμβα νατρίου, καθώς περιέχει 3 συστατικά (τυρί, ψωμί, και έτοιμη σάλτσα ντομάτας) που περιέχουν ήδη μεγάλη ποσότητα αλατιού.

Για να προσθέσετε γεύση στην πίτσα σας, προτιμήστε σάλτσα ντομάτας (όχι έτοιμη), ψητά λαχανικά, φρέσκο βασιλικό, κρεμμύδι, σκόρδο, ρίγανη και θυμάρι.

ο Πανελλήνιος Σύλλογος Διαιτολόγων-Διατροφολόγων (ΠΣΔΔ) μαζί με τον Ενιαίο Φορέα Ελέγχου Τροφίμων (ΕΦΕΤ) σχεδίασαν ένα infographic «5 απλά βήματα για να μειώσουμε το αλάτι σε λιγότερο από 5 γρ. την ημέρα» που στόχο έχει τη σωστή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού. Το συγκεκριμένο έντυπο-infographic έχει συμπεριληφθεί στον EFAD (European Federation of the Associations of Dietitians) και βραβευτεί απο τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο για την μείωση του αλατιού

Πουλερικά
Το ξέρατε ότι το κοτόπουλο, η γαλοπούλα και άλλα πουλερικά - ακόμα και στην φυσική τους κατάσταση - περιέχουν νάτριο; Αρκετοί απο εμάς ωστόσο έχουμε τη συνήθεια να προσθέτουμε αλάτι κατά την προετοιμασία με αποτέλεσμα να αυξάνεται η περιεκτικότητα του νατρίου. Αντί της προσθήκης αλατιού, πριν να μαγειρέψετε, δοκιμάστε καρυκεύματα με βότανα, φρέσκο βασιλικό και άλλα φρέσκα μυρωδικά που θα σας δώσουν επιπλέον γεύση.

Επεξεργασμένα και συσκευασμένα τρόφιμα
Πατατάκια, ποπ- κορν κ.λπ. που είναι συσκευασμένα και δεν είναι στη φυσική τους μορφή έχουν υψηλότερη περιεκτικότητα σε νάτριο. Ειδικά τα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε αυτή την κατηγορία των αλμυρών επιλογών. Τα παιδιά δεν θα πρέπει να καταναλώνουν περισσότερο από 2.200 mg νατρίου την ημέρα στη διατροφή τους. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι αγόρια ηλικίας 9 έως 13 κατανάλωναν επιπλέον της σύστασης 1.100 mg νατρίου και τα κορίτσια επιπλέον 800 mg. Η λύση και εδώ είναι η ανάγνωση των ετικετών τροφίμων.

Γεύμα σε εστιατόριο
Περισσότερα από τα 3/4 του νατρίου στην διατροφή προέρχεται από επεξεργασμένα τρόφιμα και τα εστιατόρια, τα οποία μπορεί να είναι δύσκολο να μειώσουν την περιεκτικότητα του νατρίου, ακόμα κι αν προσπαθούν.

Στη Νέα Υόρκη πρόσφατα, σε εστιατόρια γνωστής αλυσίδας άρχισε η εφαρμογή ενός συμβόλου αλατιέρας σε πολύ αλμυρά φαγητά του μενού που ξεπερνούσαν το όριο των 2.300 mg. Ο πρόεδρος του American Heart Association Δρ Μαρκ Creager πρότεινε οι σερβιτόροι του εστιατορίου να ρωτούν κατά την παραγγελία το ιστορικό καρδιακής ασθένειας των πελατών και αν επιθυμούν την προσθήκη αλατιού.

Σούπες
Οι σούπες αποτελούν ένα πιάτο υψηλής θρεπτικής αξίας αρκεί να το προετοιμάζουμε οι ίδιοι. Οι έτοιμες σούπες έχουν πολύ αλάτι εκτός και αν έχουν την επισήμανση «χαμηλή περιεκτικότητα σε νάτριο».

Οι γευστικοί κάλυκες μπορούν να αλλάξουν σε 20-30 ημέρες, επομένως δεν έχετε παρά να δοκιμαστείτε στις νέες γεύσεις.

Διατίθεται αποκλειστικά από τα φαρμακεία

Novalac

PREMIUM

Εμπλουτισμένη Διατροφή για Ιδανική Ανάπτυξη Βρεφών

Το **Novalac PREMIUM 3** είναι εμπλουτισμένο με

- ✓**ΠΡΕΒΙΟΤΙΚΑ GOS**
- ✓**DHA**
- ✓**ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΑ**

για Ιδανική Ανάπτυξη των Βρεφών

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Το μητρικό γάλα είναι η καταλληλότερη τροφή για τα βρέφη. Η σωστή διατροφή της μητέρας είναι αναγκαία για τη διατήρηση του θηλασμού. Αν ο μητρικός θηλασμός δεν εφαρμόζεται, θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ξένο γάλα σύμφωνα με ιατρική συμβουλή. Μη κατάλληλη παρασκευή του ξένου γάλακτος μπορεί να οδηγήσει την υγεία του βρέφους σε κίνδυνο.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

• ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατοΐου 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111
• E-Mail: mailbox@vianex.gr • INTERNET: http://www.vianex.gr
• ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδήμου 113, Κόμβος Μακρυγιάννη
562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 861683

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

BIAN Α.Ε. 14ο χλμ. Ε.Ο. Αθηνών - Λαμίας, 145 64 Κηφισιά
Τηλ: 210 9883372, FAX: 210 9889591
•Γραμμή κοινού: 800 11 11 800 •www.novalac.gr

VI-90045-NOVALAC-2/2019

παιδί

Πότε πρέπει να ελέγχονται οφθαλμολογικά τα παιδιά;

Μαγνητική τομογραφία στα παιδιά

Ωτοπλαστική στα παιδιά

Κύστεις ωοθήκης σε νεογνά και βρέφη

Ιλαρά

Ιλαρά

Γιατί πρέπει ΟΛΟΙ να εμβολιαστούν!

Ιωάννης Παπαδάτος
Παιδίατρος - Εντατικολόγος, Διευθυντής ΜΕΘ, Ευρωκλινική Παίδων

Γεωργία Σιδερή
Παιδίατρος - Εντατικολόγος, Αναπληρώτρια Διευθύντρια ΜΕΘ, Ευρωκλινική Παίδων

Η ιλαρά είναι ιογενής λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος που προκαλείται από τον παραμυξοϊό του γένους *morbillivirus*.

Πώς μεταδίδεται;
Μεταδίδεται κυρίως από το αναπνευστικό με σταγονίδια που εκπέμπουν οι ασθενείς και με αντικείμενα που μολύνθηκαν πολύ πρόσφατα και είναι εξαιρετικά μεταδοτική.

Πότε μεταδίδεται;
Μεταδίδεται κατά τις τελευταίες 4-5 μέρες του χρόνου επώασης (χρόνος από την στιγμή που έρχεται κάποιος σε επαφή με τον ιό της ιλαράς μέχρι να εμφανίσει τα πρώτα συμπτώματα), σε όλο το καταρροϊκό στάδιο καθώς και κατά τις πρώτες μέρες του εξανθηματικού σταδίου. Ο χρόνος επώασης είναι 9-12 ημέρες, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να διαρκέσει ακόμα και 20 ημέρες, αφήνει δε, μόνιμη (για όλη την ζωή) ανοσία.

Κλινική εικόνα
Εμφανίζει τρία στάδια:

1 ***πρόδρομο (καταρροϊκό) στάδιο***, με διάρκεια 2-4 ημέρων και συ-

Ο ιός είναι εξαιρετικά μεταδοτικός και μπορεί να εξαπλωθεί ραγδαία, ειδικά σε περιοχές με χαμηλό ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης.

242.000

θάνατοι από ιλαρά καταγράφηκαν το 2006 παγκοσμίως.

Αυτό αντιστοιχεί σε περίπου

663

θανάτους ημερησίως ή

27 θανάτους / ώρα

μπτώματα πυρετού έντονης καταρροής, βήχα, επιπεφυκίτιδας και φωτοφοβίας,

2 *εξανθηματικό στάδιο* με διάρκεια 5-6 ημέρες, το οποίο χαρακτηρίζεται από ερυθρό εξάνθημα που γρήγορα εξαπλώνεται στο πρόσωπο, τον κορμό και τα άκρα και

3 *στάδιο της αποδρομής (ανάρρωσης),* όπου ο πυρετός σταδιακά υποχωρεί μαζί με το εξάνθημα.

Τα εμβόλια έχουν προσφέρει πολλά και μαζί με το καθαρό νερό, αποτέλεσαν το σημαντικότερο παράγοντα παρέμβασης στη δημόσια υγεία

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές της ιλαράς αφορούν στο **πεπτικό** (διάρροια), το **αναπνευστικό** (πνευμονία 6%, οξεία μέση ωτίτιδα 7%) και το **κεντρικό νευρικό σύστημα** (οξεία εγκεφαλίτιδα 0,1%). Οι **ενήλικες** νοσούν σπάνια από ιλαρά, αλλά πιο σοβαρά από τα παιδιά. Ιδιαίτερα επικίνδυνη είναι η νόσηση κατά την **εγκυμοσύνη**, η οποία σχετίζεται με αποβολή του εμβρύου, πρόωρο τοκετό και νεογνό χαμηλού βάρους γέννησης. **Σπάνια επιπλοκή** είναι η υποξεία σκληρυντική πανεγκεφαλίτις (SSPE), η οποία μπορεί να εμφανιστεί 7 χρόνια μετά από την εκδήλωση της ιλαράς και οφείλεται σε βλάβη των εγκεφαλικών κυττάρων που προκαλείται από τον ιό της ιλαράς που παραμένει και πολλαπλασιάζεται μετά την αποδρομή της νόσου.

Διάγνωση

Η διάγνωση της ιλαράς θα στηριχθεί στο ιστορικό έκθεσης και ανεπαρκούς εμβολιασμού, στην κλινική εικόνα και τα εργαστηριακά ευρήματα όπως:

- **Αντισώματα έναντι ιλαράς**. IgM (ψευδώς αρνητική τις πρώτες 3 ημέρες),IgG (2ος τίτλος μετά 10-14 μέρες) ή με απομόνωση του RNA του ιού της ιλαράς από αναπνευστικά δείγματα.
- **PCR**. Σε ασθενείς στους οποίους η **φλεβοπαρακέντηση** δεν είναι δυνατή, μπορεί να ληφθεί σάλιο για δοκιμές IgM εξειδικευμένων για την ιλαρά. Η επαφή με μολυσμένο άτομο με οποιονδήποτε τρόπο, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής επαφής, του σάλιου ή της βλέννας μπορούν να προκαλέσουν λοίμωξη.

Θεραπεία

Δεν υπάρχει θεραπεία για την ιλαρά. Ο πυρετός αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση αντιπυρετικών, κατά προτίμηση παρακεταμόλης. Επίσης, συνιστάται χορήγηση υγρών και αποφυγή δραστηριοτήτων που κουράζουν τα μάτια (διάβασμα, τηλεόραση), τα οποία είναι ευερέθιστα. Η χορήγηση αντιβιοτικών δεν συνιστάται, εκτός και αν παρουσιαστούν επιπλοκές.

Ανοσία-Εμβόλιο

Άνοσοι θεωρούνται όσοι έχουν λάβει 2 δόσεις του εμβολίου ή έχουν νοσήσει στο παρελθόν από ιλαρά. **Το εμβόλιο καλύπτει 3 ιογενή νοσήματα: Της ιλαράς, της ερυθράς και της παρωτίτιδας (MMR)**. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι το εμβόλιο αποτελείται από ενεργούς αλλά εξασθενημένους ιούς. Όταν λοιπόν κάποιος εμβολιάζεται, το ανοσοποιητικό του σύστημα καλείται να αντιμετωπίσει την ήπια λοίμωξη που εκδηλώνει, έτσι αποκτά μακρόχρονη ανοσία. Το εμβόλιο συνιστάται να γίνεται υποδόρια σε **δυο δόσεις σε ηλικία 12-15 μηνών και 4-6 ετών**.

Σε περιοχές όπου υπάρχουν κρούσματα, ο εμβολιασμός του παιδικού πληθυσμού πρέπει να γίνεται σε ηλικία 12 μηνών. Επίσης, σε περίπτωση επιδημικής έξαρσης της ιλαράς, ο εμβολιασμός μπορεί να αρχίσει σε μικρότερη ηλικία και χρειάζεται επανεμβολιασμός με το MMR στην ηλικία των 15 μηνών.

Εάν ο εμβολιασμός σταματούσε, τα κρούσματα ιλαράς θα κυμαίνονταν στα επίπεδα της προ εμβολιασμού εποχής και εκατοντάδες ανθρώπων θα πέθαιναν λόγω της νόσου. Η αντιεμβολιαστική εκστρατεία θα πρέπει να σταματήσει, γιατί η άρνηση επιφέρει δυσάρεστα αποτελέσματα, αύξηση των νοσημάτων και κίνδυνο για όλο τον πληθυσμό. Θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι μεγαλύτερη αξία της ζωής είναι η ίδια η υγεία και για τον λόγο αυτό οφείλει να διαφυλαχθεί με κάθε τρόπο.

Μαγνητική τομογραφία στα παιδιά

Η εμφάνιση της μαγνητικής τομογραφίας στη δεκαετία του 1970 αντιπροσώπευσε μια επανάσταση στην απεικονιστική διάγνωση και ιδιαίτερα των παιδιατρικών ασθενών. Αναγνωρίστηκε σαν μία ασφαλής, ανώδυνη μη επεμβατική μέθοδος με εξαιρετικά αποτελέσματα στην μελέτη των μαλακών ιστών, χωρίς ιδιαίτερους κινδύνους και κυρίως χωρίς έκθεση στην ιονίζουσα ακτινιβολία ή βλαπτική ακτινοβολία.

Χριστιάνα Χατζηγιώργη

Διευθύντρια Τμήματος Αξονικής – Μαγνητικής Τομογραφίας, Ευρωκλινική Παίδων

Τι είναι η Μαγνητική Τομογραφία;

Κάθε ιστός και όργανο του ανθρωπίνου σώματος περιέχει νερό (H_2O), το οποίο αποτελείται από άτομα υδρογόνου και οξυγόνου. Ο μαγνητικός τομογράφος αναλύει τη θέση αυτών των ατόμων του υδρογόνου χρησιμοποιώντας μαγνητικό πεδίο, ραδιοκύματα και ένα υπολογιστή για να παράγει λεπτομερείς και αναλυτικές εικόνες των δομών του ανθρωπίνου σώματος στις οποίες στη συνέχεια γίνεται μελέτη και επεξεργασία από τους ακτινολόγους.

Σε ποιες περιπτώσεις χρησιμοποιείται;

Ο παιδιατρικός πληθυσμός αποτελεί ένα δυναμικά αναπτυσσόμενο οργανισμό από τη νεογνική μέχρι την εφηβική ηλικία, ο οποίος έχει ιδιαίτερες παθήσεις και απαιτεί ειδική προσοχή και ευαισθησία την οποία προσφέρει η μαγνητική τομογραφία με την δυνατότητα να παράγει αναλυτικές εικόνες σχεδόν από οποιοδήποτε μέρος του σώματος, ακίνδυνα και χωρίς ακτινοβολία. Είναι η εξέταση εκλογής στη μελέτη του εγκεφάλου, των οφθαλμικών κόγχων, του λιθοειδούς, της υποφύσεως, της σπονδυλικής στήλης, τόσο του νωτιαίου μυελού όσο και των σπονδύλων, σε περιπτώσεις συγγενών δυσπλασιών, φλεγμονωδών παθήσεων, μεταβολικών νοσημάτων, κακώσεων και όγκων. Χρησιμοποιείται στην απεικόνιση των παθήσεων του τραχήλου, του μεσοθωρακίου, της καρδίας, της κοιλίας και της πυέλου. Έχει τη δυνατότητα της σαφέστερης ανάδειξης των παθήσεων του

μυοσκελετικού συστήματος όπως των αλλοιώσεων των αρθρώσεων, χόνδρων, τενόντων, συνδέσμων και μυών.

Ως μη επεμβατική μέθοδος χρησιμοποιείται στη μελέτη του κυκλοφορικού συστήματος με αγγειογραφίες των αρτηριών και φλεβών, του εντέρου με την μαγνητική εντερογραφία και του ουροποιητικού συστήματος με την μαγνητική ουρογραφία. Τέλος, η ολόσωμη μαγνητική τομογραφία έχει τη δυνατότητα απεικόνισης ολοκλήρου του σώματος σε περιπτώσεις διάχυτης φλεγμονής και δευτεροπαθών εντοπίσεων.

Χρειάζεται προετοιμασία;

Συνήθως δεν απαιτείται ειδική προετοιμασία πριν από την μαγνητική τομογραφία, εκτός ειδικών εξετάσεων όπως η μαγνητική εντερογραφία. Θα ήταν όμως καλό πριν την εξέταση να συζητήσετε και να εξηγήσετε στο παιδί σας την διαδικασία της εξέτασης για να του λυθούν τυχόν απορίες και φόβοι. Συστήνεται το παιδί να φορά χαλαρά και άνετα ρούχα χωρίς μεταλλικά φερμουάρ ή κουμπιά την ημέρα της εξέτασης. Τα μικρότερα παιδιά μπορούν να έχουν μαζί τους στον τομογράφο το αγαπημένο τους παιχνίδι από μαλακό υλικό. Μπορεί να φάει κανονικά την ημέρα της εξέτασης, εκτός εάν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος κατόπιν συμβουλής του γιατρού. Ενημερώστε το παιδί σας ότι μπορείτε να καθίσετε μαζί του στην αίθουσα του τομογράφου κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Προσοχή, ενημερώστε πριν την εξέταση τον γιατρό και τον τεχνολόγο για το ιστορικό του παιδιού, για τυχόν αλλεργίες του σε φάρμακα ή φαγητά, για τη νεφρική του λειτουργία και εάν παίρνει φάρμακα, φοράει σιδεράκια, έχει κοχλιακά εμφυτεύματα και έαν η μητέρα που συνοδεύει το παιδί είναι έγκυος.

Η διαδικασία της εξέτασης συνήθως διαρκεί μεταξύ 20 και 60 λεπτών. Είναι σημαντικό για το παιδί να παραμείνει όσο το δυνατόν περισσότερο ακίνητο και να προσπαθήσει να μην μιλάει κατά τη διάρκεια της εξέτασης, επειδή και οι μικρότερες κινήσεις μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα της εικόνας. Σε παιδιά ηλικίας μεγαλύτερης των 6 ετών η προσπάθεια είναι να πραγματοποιηθεί η εξέταση χωρίς αναισθησία

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα της μαγνητικής τομογραφίας;

- Η μαγνητική τομογραφία είναι μια ασφαλής απεικονιστική εξέταση χωρίς ακτινοβολία
- Προσφέρει καλύτερη απεικόνιση των ανατομικών δομών και των μαλακών ιστών
- Έχει τη δυνατότητα της μελέτης της μεταβολικής δραστηριότητας του εγκεφάλου καθώς και της δυναμικής μελέτης της αιμάτωσης αυτού σε μοριακό και μικροαγγειακό επίπεδο
- Είναι μία μη επεμβατική εξέταση στη μελέτη των αγγείων του σώματος
- Το χορηγούμενο σκιαγραφικό προκαλεί λιγότερες αντιδράσεις από τα ιωδιούχα σκιαγραφικά

Πώς γίνεται η εξέταση;

Πριν ξεκινήσει η εξέταση δίνονται στο παιδί και τον συνοδό του ωτοασπίδες ή ακουστικά. Στη συνέχεια το παιδί ξαπλώνει σε ένα κινητό κρεβάτι και ανάλογα με το μέρος του σώματος που γίνεται η εξέταση τοποθετείται γύρω του ένα πηνίο. Ο τεχνολόγος από ένα διαφορετικό δωμάτιο θέτει σε λειτουργία τον τομογράφο ο οποίος κατά τη διάρκεια που λαμβάνει εικόνες παράγει ένα δυνατό θόρυβο. Εάν απαιτείται σκιαγραφική ουσία αυτή θα χορηγηθεί ενδοφλέβια κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της εξέτασης, αφού προηγουμένως έχει τοποθετηθεί φλεβοκαθετήρας. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης ο τεχνολόγος έχει οπτική και λεκτική επαφή με το παιδί ούτως ώστε ό,τι προκύψει να μπορεί να αντιμετωπιστεί.

Πότε γίνεται καταστολή ή αναισθησία;

Συνήθως σε ηλικία μικρότερη των 5 ετών ή σε άλλες ειδικές περιπτώσεις, τα παιδιά υποβάλλονται σε καταστολή ή γενική αναισθησία από ειδικούς παιδοαναισθησιολόγους οι οποίοι δίνουν τις κατάλληλες οδηγίες τόσο πριν όσο και μετά την αναισθησία.

Ποια είναι τα μειονεκτήματα της μαγνητικής τομογραφίας;

Η μαγνητική τομογραφία είναι μια χρονοβόρα εξέταση και σε παιδιά μικρότερα των 6 ετών χρειάζεται αναισθησία, είναι ευαίσθητη στις κινήσεις του παιδιού, απεικονίζει με μικρότερη λεπτομέρεια τις οστικές δομές και το πνευμονικό παρέγχυμα, παρουσιάζει δυσκολία στην ανάδειξη των αποτιτανώσεων και των μεταλλικών ξένων σωμάτων, υπάρχει κίνδυνος σε εξετάσεις ασθενών με βηματοδότες, αγγειακά clips, κοχλιακά εμφυτεύματα, οδοντικούς μηχανισμούς και τέλος, προκαλεί αίσθημα κλειστοφοβίας. Σπάνια μπορεί να προκληθεί αλλεργική αντίδραση στο χορηγούμενο σκιαγραφικό καθώς επίσης και νεφρογενής ίνωση. Τα ευρήματα σε ένα μεγάλο φάσμα παθήσεων μπορεί να είναι παθογνωμονικά, σε διαφορετική περίπτωση οι σωστές πληροφορίες μιας εξέτασης σε συνεκτίμηση με την κλινική εικόνα του παιδιού και τις λοιπές εξετάσεις, μπορούν να οδηγήσουν στη σωστή διάγνωση.

Ωτοπλαστική στα παιδιά

Πώς, Πότε & Γιατί

Δημήτριος Μιχελάκης

Επανορθωτικός Πλαστικός Χειρουργός, Δ/ντης Τμήματος Επανορθωτικής Πλαστικής Χειρουργικής & Εγκαυμάτων, Ευρωκλινική Παίδων

Η Ωτοπλαστική είναι μία χειρουργική μέθοδος, που σκοπό έχει να συμπλησιάσει πιο κοντά στο κεφάλι τα προεξέχοντα αυτιά, ή να μικρύνει δυσανάλογα μεγάλα αυτιά ή να διορθώσει άλλες τραυματικές ή και συγγενείς ανωμαλίες του σχήματος, του μεγέθους ή της μορφής των αυτιών.

Τι πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν πριν αποφασίσουμε την ωτοπλαστική;

Βασικό βήμα στην επιλογή του Πλαστικού Χειρουργού είναι η εμπειρία του στα παιδιά. Το επόμενο είναι μια πρώτη συνάντηση του Πλαστικού Χειρουργού με την οικογένεια, όπου θα πρέπει να συζητηθεί με ειλικρίνεια και ευθύτητα τι προσδοκίες υπάρχουν από την επέμβαση, ποια είναι τα συναισθήματα και ο ψυχισμός του παιδιού, έχοντας πάντα υπ' όψιν πως το επιθυμητό αποτέλεσμα θα πρέπει να είναι η βελτίωση και όχι η τελειότητα. Βασικός παράγοντας για την επίτευξη της αισθητικής χειρουργικής πράξης είναι η σταθερή ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση του παιδιού.

Ο Πλαστικός Χειρουργός θα συζητήσει μαζί σας για τους παράγοντες που πιθανώς να επηρεάσουν την απόφασή σας σχετικά με τη διαδικασία της επέμβασης, γι' αυτό είναι σημαντικός παράγοντας η εμπειρία του Πλαστικού Χειρουργού στα παιδιά. Η Ωτοπλαστική μπορεί να γίνει από την ηλικία των 6 - 8 ετών, όπου η ανάπτυξη των αυτιών έχει σχεδόν ολοκληρωθεί. Όταν η δυσμορφία είναι έντονη, είναι προτιμότερο να χειρουργείται νωρίτερα χρονικά, ούτως ώστε να αποφευχθεί το ψυχολογικό στρες με την είσοδο του παιδιού στο σχολείο.

Η ωτοπλαστική είναι μία επέμβαση που γίνεται για αισθητικούς λόγους, γι' αυτό και τα περισσότερα ασφαλιστικά προγράμματα δεν παρέχουν κάλυψη. Εάν όμως η επέμβαση θεωρηθεί απαραίτητη για την διόρθωση μιας παραμόρφωσης που οφείλεται σε επίκτητη τραυματική βλάβη ή σε γενετική συγγενή δυσμορφία, τα έξοδα μπορούν να καλυφθούν μερικώς ή και ολικώς από την ασφαλιστική σας εταιρεία

Κατά την πρώτη επίσκεψη ο Πλαστικός Χειρουργός θα σας εξηγήσει συγκεκριμένες λεπτομέρειες για την περίπτωσή σας, όπως την χειρουργική τεχνική που θα ακολουθήσει, την αναισθησία και θα κάνει μία πρόβλεψη για το αποτέλεσμα.

Επίσης, θα συζητηθούν με τον Πλαστικό Χειρουργό οι συμπληρωματικοί παράγοντες που θα πρέπει να σκεφτείτε πριν αποφασίσετε την Ωτοπλαστική, όπως το κόστος και οι πιθανές δυσκολίες αυτής της επέμβασης.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως μολύνσεις, οιδήματα ή αιματώματα είναι σπάνια φαινόμενα. Η πιθανότητα επιπλοκών μπορεί να ελαχιστοποιηθεί εφόσον ακολουθήσετε πιστά τις συμβουλές του γιατρού σας, όσον αφορά το μετεγχειρητικό στάδιο της αποθεραπείας.

Η διαδικασία της επέμβασης

Η Ωτοπλαστική σκοπό έχει να δημιουργήσει και να επαναφέρει την κεντρική πτυχή του πτερυγίου στα προέχοντα αυτιά ή και να μικρύνει δυσανάλογα μεγάλα αυτιά. Η έκταση της επέμβασης εξαρτάται από το ποιες αλλαγές είναι επιθυμητές και από τι κρίνει ο Πλαστικός Χειρουργός ότι χρειάζεται.

Η Ωτοπλαστική στα παιδιά γίνεται με γενική αναισθησία.

Υπάρχουν αρκετές χειρουργικές τεχνικές που αφορούν στην Ωτοπλαστική. Χρησιμοποιώντας την πιο γνωστή και διαδεδομένη τεχνική, ο Πλαστικός Χειρουργός κάνει μία σφηνοειδή εκτομή του δέρματος στο πίσω μέρος του αυτιού, με σκοπό την εμφάνιση του χόνδρου. Στη συνέχεια, λεπτύνεται ο χόνδρος και με ράμματα συμπλησιάζονται οι κοίτες του χόνδρου ώστε να μετασχηματιστεί το αυτί. Κατόπιν, χρησιμοποιώντας άλλο ράμμα, κλείνει το δέρμα αφήνοντας μία μικρή γραμμοειδή τομή που κρύβεται πίσω από το αυτί. Έτσι, ο Πλαστικός Χειρουργός φέρνει το αυτί πιο κοντά στο κεφάλι. Η επέμβαση κρατά περίπου δύο ώρες.

Μετεγχειρητική πορεία

Μετά την επέμβαση τα αυτιά καλύπτονται από γάζες και επιδέσμους. Υπάρχει περίπτωση το πρώτο 24ωρο να εμφανιστεί ελαφρύς πόνος, ο οποίος αντιμετωπίζεται εύκολα με ήπια παυσίπονα. Εάν έχετε εισαχθεί σε νοσοκομείο και η επέμβαση έχει γίνει με γενική αναισθησία, εξέρχεστε την επόμενη ημέρα.

Σε τέσσερις (4) ημέρες οι επίδεσμοι αφαιρούνται, εκτιμάται από τον Πλαστικό Χειρουργό το αποτέλεσμα και τοποθετούνται πάλι γάζες και επίδεσμοι ή φοράτε μία ελαστική κορδέλα. Η ελαστική αυτή κορδέλα θα φορεθεί ανελλιπώς για αρκετές εβδομάδες, με σκοπό να εξασφαλιστεί το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα.

Ο σκοπός της Ωτοπλαστικής είναι πιο φυσικά και καλοσχηματισμένα αυτιά. Από τη στιγμή που οι τομές γίνονται στο πίσω μέρος του αυτιού, οι αμυδρές ουλές που πιθανόν να υπάρχουν, δεν είναι εμφανείς.

Η επιστροφή του παιδιού στο σχολείο εξαρτάται από την ηλικία του, προτιμούμε να προφυλάσσουμε τα μικρότερα παιδιά περισσότερες ημέρες από πιθανούς τραυματισμούς, έτσι το πλάνο αποθεραπείας «καταστρώνεται» σε συνεργασία με την οικογένεια.

Κύστεις ωοθήκης

σε νεογνά και βρέφη

Θεόδωρος - Νεκτάριος Διονύσης
Διευθυντής Τμήματος Χειρουργικής και Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής, Ευρωκλινική Παίδων

Η συνεχής πρόοδος της περιγεννητικής ιατρικής και κυρίως του προγεννητικού υπερήχου, μας οδηγούν σε συχνή ανεύρεση κύστης ωοθηκών σε θήλεα νεογνά. Εκτιμάται ότι η επίπτωση της κύστης ωοθηκών στα νεογνά είναι 1/2.500 γεννήσεις και είναι ο πιο συχνός κυστικός όγκος κοιλίας στα θήλεα νεογνά.

Για ποιο λόγο όμως δημιουργούνται οι κύστεις ωοθηκών στα νεογνά και βρέφη;

Λόγω της επίδρασης των οιστρογόνων της μητέρας, όπως επίσης και των εμβρυϊκών γοναδοτρο-

Οι κύστεις ωοθηκών σε νεογνά και βρέφη σε ποσοστό 99% είναι καλοήθεις. Οι περιπτώσεις κακοήθους νεοπλάσματος ωοθηκών, είναι εξαιρετικά σπάνιες

Κλινικό περιστατικό

Η Ευρωκλινική Παίδων και το Τμήμα Ελάχιστης Επεμβατικής Χειρουργικής είναι πρωτοπόρο στον κλάδο αυτό και προσφάτως **χειρουργήθηκε βρέφος 4 μηνών με 5,5 cm κύστη ωοθήκης**. Η επέμβαση ήταν επιτυχής και το βρέφος εξήλθε του Νοσοκομείου σε 20 ώρες.

Είμαστε ιδιαίτερα χαρούμενοι που μπορούμε να προσφέρουμε τέτοιες υπηρεσίες στον Ελλαδικό χώρο, χωρίς να έχουμε να ζηλέψουμε τίποτα από μεγάλα κέντρα του εξωτερικού.

πινών. Οι περισσότερες βέβαια από τις νεογνικές κύστεις ωοθηκών υποστρέφουν μέχρι την ηλικία των 12 μηνών.

Ποια είναι η κλινική εικόνα νεογνού ή βρέφους με κύστη ωοθήκης;

Όπως προαναφέρθηκε, συνήθως η διάγνωση γίνεται προγεννητικά και είναι γνωστό στην οικογένεια ότι το νεογνό πάσχει από κύστη ωοθήκης.

Εάν δεν διαπιστωθεί κάτι προγεννητικά, τότε μπορεί το νεογνό ή βρέφος να εμφανίσει μετεωρισμό κοιλίας, έμετους, δυσκοιλιότητα, ανεξήγητη υπογκαιμία ή ακόμη και αιφνίδιο θάνατο.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση γίνεται με υπερηχογράφημα. Ο ιατρός που εκτελεί το υπερηχογράφημα πρέπει να είναι έμπειρος παιδοακτινολόγος για να δώσει στον κλινικό ιατρό σαφείς πληροφορίες .

Οι κύστεις ωοθηκών σε νεογνά και βρέφη σε ποσοστό 99% είναι καλοήθεις. Ωστόσο, πρέπει να λαμβάνονται και δείγματα ορού αίματος για α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη (a-fp) και β-χοριακή γοναδοτροπίνη (β-HCG), για την πάρα πολύ απομακρυσμένη πιθανότητα κακοήθειας.

Ουσιαστικά οι περιπτώσεις κακοήθους νεοπλάσματος ωοθηκών σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα, είναι εξαιρετικά σπάνιες και μόνο μεμονωμένες αναφορές υπάρχουν στη βιλιογραφία.

Ποια είναι η θεραπεία;

Καταρχήν, ο θεράπων ιατρός πρέπει να είναι Παιδοχειρουργός, διότι έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα για τις παθήσεις αυτής της ηλικιακής ομάδας.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι απλές κύστεις ωοθήκης μπορούν περιοδικά να παρακολουθούνται με υπερηχογράφημα μέχρι την ηλικία των 12 μηνών, οπότε και θα υποστρέψουν πλήρως.

Η χειρουργική θεραπεία έχει ένδειξη σε κύστεις οι οποίες είναι μεγαλύτερες των 5 cm ή υπάρχει υποψία συστροφής της πάσχουσας ωοθήκης. Οποιαδήποτε χειρουργική θεραπεία έχει σκοπό την αφαίρεση της κύστεως και την διάσωση όσο περισσότερου ωοθηκικού ιστού.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι ανοικτή χειρουργική, λαπαροσκοπική χειρουργική και λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη κυστεκτομή (TULAC).

Σε όλο το προηγμένο κόσμο, η λαπαροσκοπική χειρουργική και η λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη τεχνική είναι η πρώτη επιλογή.

Πότε πρέπει να ελέγχονται οφθαλμολογικά τα παιδιά;

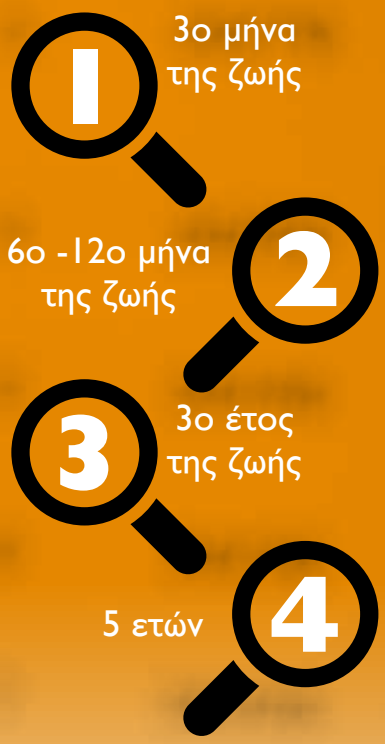
Σταμάτης Γκατζώνης,
MD, FEBO, Pg Dip

Διευθυντής - Επιστημονικά Υπεύθυνος Παιδοφθαλμολογικού Τμήματος, Ευρωκλινικής Παίδων

Ο τακτικός οφθαλμολογικός έλεγχος στα πρώτα χρόνια της ζωής είναι σημαντικός, γιατί μπορεί να μειώσει ραγδαία την επίπτωση και τη νοσηρότητα οφθαλμικών παθήσεων, που είτε υπάρχουν από τη γέννηση, είτε εμφανίζονται στα πρώτα χρόνια της ζωής. Η επίδραση των παθήσεων αυτών στην όραση ενός παιδιού και αυριανού ενήλικα, είναι καθοριστική. Κι αυτό γιατί «μαθαίνουμε να βλέπουμε», όπως μαθαίνουμε να μιλάμε. Ένας οφθαλμός, που δε μαθαίνει να βλέπει μέσα στα πρώτα χρόνια της ζωής, θα είναι για πάντα αμβλυωπικός, δηλαδή θα έχει μειωμένη οπτική ικανότητα. Το γεγονός αυτό, μετά τα πρώτα χρόνια της ζωής, είναι μόνιμο και δεν αναστρέφεται με κάποια θεραπεία ή επέμβαση.

Προληπτικός οφθαλμολογικός έλεγχος

Ο προληπτικός οφθαλμολογι-



κός έλεγχος, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, θα πρέπει να ξεκινά νωρίς. Όλα τα νεογέννητα παιδιά στις προηγμένες χώρες - δυστυχώς όχι και στην Ελλάδα - υποβάλλονται σε οφθαλμολογικό έλεγχο για να αποκλειστούν συγγενείς παθήσεις που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση.

Στην κατηγορία αυτή ανήκει ο συγγενής καταρράκτης (συχνότητα 1 στις 400 γεννήσεις) και το συγγενές γλαύκωμα (συχνότητα 1 στις 10.000 γεννήσεις), η αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας (είναι υπεύθυνη για το 25% περίπου των τυφλών παιδιών), αλλά και ποικίλες άλλες συγγενείς οφθαλμικές ανωμαλίες.

Προγράμματα προληπτικού οφθαλμολογικού ελέγχου τρέχουν σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, παράλληλα με άλλα ιατρικά προληπτικά προγράμματα. Στη χώρα μας δυστυχώς, η κατάργηση προ 4ετίας, λόγω της οικονομικής κρίσης, του υποχρεωτικού προληπτικού οφθαλμολογικού ελέγχου, τον άφησε στην κρίση και στο βαθμό ενημέρωσης των γονέων

Παιδιά χωρίς κάποιο αποδεδειγμένο κλινικό πρόβλημα, αλλά με κληρονομικό ιστορικό ή με κάποια ευρήματα που εγείρουν πιθανότητες για υποκείμενη νόσο (π.χ. βρεφική εσωτροπία, συγγενή απόφραξη ρινοδακρυϊκού πόρου, κ.ά.), επανελέγχονται γύρω στον 3ο μήνα της ζωής τους.

Ο επόμενος οφθαλμολογικός έλεγχος, σύμφωνα πάντα με τα διεθνή πρότυπα, γίνεται γύρω στον 6ο -12ο μήνα της ζωής. Στην ηλικία αυτή είναι δυνατόν να εκτιμηθεί πλήρως η κινητικότητα των οφθαλμών, η ύπαρξη στραβισμού (4% του γενικού πληθυσμού), η διαθλαστική κατάσταση και, αδρά, η οπτική ικανότητα. Επίσης, διάφορες κληρονομικές παθήσεις (π.χ. αμφιβληστροειδοπάθειες), είναι δυνατόν να ανιχνευθούν με τη βοήθεια του κλινικού ή παρακλινικού ελέγχου στα παιδιά αυτής της ηλικίας.

Οφθαλμολογικές εξετάσεις

Η οφθαλμολογική εξέταση στο 3ο έτος της ζωής είναι ιδιαίτερα κρίσιμη για την εκτίμηση της ανάπτυξης της οπτικής ικανότητας ενός παιδιού. Στην ηλικία αυτή το παιδί είναι λεκτικό και είναι δυνατόν να εκτιμήσουμε, εκτός όλων των άλλων παραμέτρων, και με τη βοήθεια απλών σχεδίων, την οπτική οξύτητα κάθε οφθαλμού ξεχωριστά. Η αμβλυωπία, δηλαδή η ύπαρξη ενός τεμπέλικου ματιού, που δε βλέπει καλά ακόμα και με γυαλί, συχνά εντοπίζεται και αντιμετωπίζεται σε αυτήν ακριβώς την ηλικία. Η αμβλυωπία δεν είναι σπάνια, αφορά το 7% των ανθρώπων και, αν αντιμετωπιστεί εγκαίρως, μπορεί να αναταχθεί. Αν δεν παρέμβουμε μέχρι την ηλικία των 8-9 ετών, η οπτική οξύτητα του αμβλυωπικού ματιού θα είναι για πάντα μειωμένη, γεγονός που, όπως αναφέρθηκε, δεν θεραπεύεται και δεν αντιστρέφεται.

Στην ηλικία των 5 ετών, εκτός από τον πλήρη ανατομικό και οφθαλμοκινητικό έλεγχο, ο ακριβής διαθλαστικός έλεγχος θα επιτρέψει στο παιδί της προσχολικής ηλικίας να ξεκινήσει το σχολείο χωρίς κάποιο πιθανό διαθλαστικό μειονέκτημα, που όχι σπάνια αποτελεί αιτία κακής σχολικής επίδοσης.

Στα μεγαλύτερα παιδιά, ο ετήσιος έλεγχος είναι ικανός να ανιχνεύσει προβλήματα που συχνά ανακύπτουν στα πρώτα σχολικά χρόνια, όπως η σχολική μυωπία. Η τελευταία είναι δυνατόν να γνωρίσει μία επιταχυνόμενη αύξηση, ιδιαίτερα κατά την περίοδο που το παιδί αναπτύσσεται ταχέως σωματικά, όπως στην εφηβεία.

Ιδανικά, ο ειδικός παιδοφθαλμίατρος είναι ο αρμόδιος για τη διενέργεια του προληπτικού οφθαλμολογικού ελέγχου, ιδίως στην προσχολική ηλικία, ώστε να εξασφαλιστούν οι καλύτερες δυνατές συνθήκες για την ανάπτυξη του εύπλαστου οπτικού συστήματος των παιδιών.

Σε περιοχές με δυσκολίες πρόσβασης, τον ειδικό παιδοφθαλμίατρο μπορεί να υποκαταστήσει κατά περίπτωση ο γενικός οφθαλμίατρος, ο παιδίατρος που έχει εκπαιδευθεί στην παιδοφθαλμολογία ή ακόμα και ειδικά εκπαιδευμένοι νοσηλευτές με οφθαλμολογικό εξοπλισμό.

20 ΧΡΟΝΙΑ

ΑΘΗΝΩΝ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο κέντρο!

Το χαμόγελο του παιδιού

ΚΙΒΩΤΟΣ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

MAZI για το ΠΑΙΔΙ
Together for Children

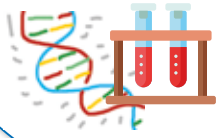
Ενώνουμε τις δυνάμεις μας για καλό σκοπό, **το παιδί**!

Ιατρική κάλυψη σε περισσότερα από **1.100** παιδιά

Υπηρεσίες Υγείας αξίας άνω των **500.000€** σε **ετήσια βάση**

Εξετάσεις σε **ανασφάλιστα** παιδιά

Προληπτικοί **παιδιατρικοί έλεγχοι**



Εξειδικευμένες εξετάσεις για χρόνια νοσήματα

ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο Κέντρο!
PATIENTS' FRIENDLY HOSPITAL

Αθανασιάδου 7-9, πάροδος Δ. Σούτσου,
115 21 Αθήνα (μετρό Αμπελόκηποι), Τηλ.: 210 6416600
email: info@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

Τι ωραίο να νιώθεις σιγουριά στη ζωή, χωρίς “ίσως”, “μπορεί”, “κι **ama**”!

Με **90 χρόνια** παρουσίας στην ελληνική αγορά και με τη δύναμη και αξιοπιστία του διεθνούς Ομίλου Groupama, διαθέτουμε μια πλήρη σειρά προϊόντων, καλύπτοντας κάθε είδους ασφαλιστική ανάγκη, στο πλαίσιο της προσωπικής, οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής.

Με ένα **εκτεταμένο δίκτυο πρακτόρων και ασφαλιστικών συμβούλων** που καλύπτει όλη τη χώρα, με εξατομικευμένες λύσεις και με επιπρόσθετες δωρεάν παροχές ή υπηρεσίες, που συνοδεύουν κάθε ασφαλιστικό προϊόν, η Groupama Ασφαλιστική είναι ***Σίγουρα δίπλα σας***, ασφαλίζοντας εσάς και όλα όσα αγαπάτε περισσότερο.

Groupama
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Σίγουρα δίπλα σας

Με ένα **click**
www.groupama.gr

Με ένα **tap**
Groupama NOW app

Με ένα **call**
800 11 93800 - 210 329 5111

Με ένα **visit**
Λ. Συγγρού 213-215
17121 Νέα Σμύρνη

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Ευρωκλινικής

Η κορυφαία επιλογή για κάθε έκτακτο περιστατικό στο κέντρο της Αθήνας

Η στρατηγική τοποθεσία της Ευρωκλινικής στην «καρδιά» της Αθήνας διασφαλίζει εύκολη πρόσβαση στο άρτια οργανωμένο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών που εμπιστεύονται χιλιάδες ασθενείς γιατί συνδυάζει:

- σωστή και γρήγορη διάγνωση με δυνατότητα πραγματοποίησης αιματολογικών, βιοχημικών και απεικονιστικών εξετάσεων όλο το 24ωρο
- άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση κάθε περιστατικού από ιατρούς με μεγάλη εμπειρία σε επείγοντα περιστατικά
- υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας, από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, χωρίς ταλαιπωρία και καθυστερήσεις
- σύγχρονες νοσοκομειακές υποδομές και κορυφαίο τεχνολογικό εξοπλισμό
- τιμές που σέβονται τον ασθενή
- δυνατότητα διακομιδής ασθενών με ασθενοφόρο
- δωρεάν πάρκινγκ

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ 1011
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

Επείγοντα Περιστατικά Ευρωκλινικής Αθηνών
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 1011
όλο το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο