ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΑΚΕΤΟ COSMOTE

...μιλούν οικονομικά με τους αγαπημένους τους

Πάνω από 100.000 οικογένειες επέλεξαν ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΑΚΕΤΟ COSMOTE και απολαμβάνουν από **2 έως 5 ώρες δωρεάν χρόνο ομιλίας το μήνα** με τους αγαπημένους τους.
Αν θέλετε κι εσείς να μοιράζεστε δωρεάν χρόνο ομιλίας με 1 έως 5 μέλη της οικογένειάς σας, μπείτε στο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΑΚΕΤΟ COSMOTE και κερδίστε σε **οικονομία.**

Η δική σας οικογένεια έχει COSMOTE;

COSMOTE

Η **No1** Εταιρία Κινητής Τηλεφωνίας στην **Ελλάδα**

Medilife

Φθινόπωρο - Χειμώνας 2008
Τεύχος 10

Ρομποτική χειρουργική
στην Ευρωκλινική Αθηνών

Ένθετο Ευρωκλινική Παίδων

Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση
Μια συνήθης διαταραχή του οισοφάγου

Η επίδραση των φυτοφαρμάκων
στην υγεία των παιδιών

Σκολίωση
Διάγνωση & θεραπευτική προσέγγιση

Δεν μπορούμε να κάνουμε
καλύτερο του κόσμου!

Μπορούμε, όμως, να κάνουμε καλύτερα εσάς!

Η Ευρωκλινική Αθηνών είναι ένα υπερσύγχρονο διαγνωστικό, θεραπευτικό και χειρουργικό κέντρο, με διακεκριμένους ιατρούς και κορυφαίους επιστήμονες όλων των ειδικοτήτων. Οι επαναστατικές ιατρικές μέθοδοι, οι πρωτοποριακές για την Ελλάδα χειρουργικές πρακτικές, ο κορυφαίος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός και το άρτια εκπαιδευμένο νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό εγγυώνται για τις πραγματικά υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Αθανασιάδου 9, πάροδος Δ. Σούτσου
Τηλ.: 210 6416 600, Fax: 210 6416 555
www.euroclinic.gr

Διαγνωστικό, Θεραπευτικό, Χειρουργικό Κέντρο.

Δέκα χρόνια μετά...

Καθ. Ευτύχιος Βορίδης,
Πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου
Ευρωκλινικής Αθηνών

Η ιατρική είναι επιστήμη, αλλά είναι και τέχνη. Την επιστήμη τη μαθαίνει ο ιατρός στο πανεπιστήμιο, από τα βιβλία, τα περιοδικά, τώρα και με ηλεκτρονικά Μέσα. Την τέχνη, όμως, την κατακτά κοντά στον άρρωστο και συχνά με τη βοήθεια κάποιου έμπειρου δασκάλου. Μπορεί να υπάρχουν αρρώστιες, αλλά υπάρχουν και οι άρρωστοι και καθένας από αυτούς έχει κάτι το διαφορετικό, συναρτώμενο προς τους προγόνους του, τις εμπειρίες που του γέννησε η ζωή του, το περιβάλλον και τόσα άλλα.

Αυτό το είδος, όμως, της ασκήσεως της ιατρικής, που ήταν κτήμα των παλαιοτέρων ιατρών, τείνει να χαθεί για πολλούς λόγους. Μεταξύ αυτών είναι η τεχνολογική πρόοδος και η ανάμειξις σε κάθε περίπτωση πολλών ειδικοτήτων, που έχουν ως συνέπεια τη διάσπασιν της ιατρικής ευθύνης. Το συντονιστή τον γνωρίζουν κυρίως οι άλλοι ιατροί, αλλά λιγότερο ο άρρωστος. Πέραν τούτου, η οίκοι νοσηλεία, που άλλοτε ήταν η βάση της ιατρικής, περιορίζεται τώρα το πολύ στο συνάχι και ο ασθενής που καλεί ιατρό στο σπίτι θα βρεθεί ολοταχώς σε διαγνωστικό κέντρο ή σε νοσοκομείο.

Η κρατικοποίησις της ιατρικής έχει ως αποτέλεσμα τον αφόρητο συνωστισμό, με τους ιατρούς να μετατρέπονται σε δρομείς, που μόλις και μετά βίας διαθέτουν ελάχιστο χρόνο για τον συνήθη νοσηλευόμενο, διότι προτεραιότητας έχουν τα επείγοντα περιστατικά. Πώς να εξασφαλισθεί –υπ' αυτούς τους όρους– η σωστή πρόσβασις και η αναγνώρισις της ιδιαιτερότητος ενός εκάστου; Ακριβώς ό,τι συνιστά τη διαφορά μεταξύ φωτογραφίας και προσωπογραφίας. Δεν είναι ως, εκ τούτου, ανεξήγητη η ανάπτυξις του ιδιωτικού τομέως της ιατρικής και κυρίως της νοσοκομειακής τοιαύτης, που έφθασε εις το 40% των ιατρικών υπηρεσιών τουλάχιστον στον τόπο μας. Πέραν τούτου, η μονιμότης των ιατρών του κρατικού συστήματος υγείας είχε ως αποτέλεσμα ικανοί και φιλόδοξοι νέοι ιατροί, επιστρέφοντας από τη μετεκπαίδευσή των εις την αλλοδαπήν –η ελληνική ιατρική είναι ετερόφωτος–, να βρίσκουν στέγη μόνο σε ιδιωτικά ιδρύματα, πράγμα που ανεβάζει τη στάθμη των. Τέλος, το όριον ηλικίας των 67 ετών, ηλικία που για την εποχή μας δεν είναι προχωρημένη, παράγει ικανούς ακόμη ανέργους καθηγητάς Πανεπιστημίου, που και αυτοί στρέφονται και καταφεύγουν εις τα ιδιωτικά ιδρύματα.

Ίσως εις την άνθησιν της ιδιωτικής ιατρικής παίζει ρόλο και ο τρόπος επαγγελματικής αναδείξεως των ιατρών, που σταδιοδρομούν σε κρατικά και ιδίως σε πανεπιστημιακά ιδρύματα, όπου το μόνον κριτήριον που δεν λαμβάνεται υπ' όψιν είναι η γνώμη του ασθενούς.

Τα ισχύοντα κριτήρια είναι οι τίτλοι σπουδών και αι δημοσιεύσεις μελετών κυρίως σε περιοδικά της αλλοδαπής, όπως και οι παρουσίες σε συνέδρια. Ο ασθενής αισθάνεται ίσως ότι είναι απλό αντικείμενο διά την αναρρίχησιν του θεράποντός του. Το αντίθετον ακριβώς ισχύει εις τα ιδιωτικά ιδρύματα, όπου βεβαίως δεν αποκλείεται η έρευνα, αλλ' όπου το κύριον κριτήριον αξίας είναι η ικανοποίησις του ασθενούς, συνέπεια της συναισθηματικής επικοινωνίας που οδηγεί εις την ίσως φιλοσοφικήν μέθεξιν, δηλαδή τη δημιουργίαν αισθήματος αμοιβαιότητος. Η ατμόσφαιρα αυτή είναι το κύριο μυστικό της επιτυχίας τής ιδιωτικής ιατρικής δραστηριότητος.

Με την προσδοκίαν της πραγματοποιήσεως των ανωτέρω, απεφασίσθη προ δεκαετίας η ίδρυσις της Ευρωκλινικής με στέγην το παλαιόν Μαιευτήριον Αθηνών.

Ίσως συνέβαλε και το συναισθηματικό αυτό DNA εις το να αναρριχηθεί η Ευρωκλινική βαθμηδόν και κατ' ολίγον προς την κορυφήν του Ολύμπου.

Η σύνθεσις του ιατρικού προσωπικού, η ποιότης και η αφοσίωσις του νοσηλευτικού σώματος, η φιλική και απρόσκοπτος λειτουργία των υπηρεσιών προσέφεραν εις το πλείστον των ασθενών το ποθούμενον. Είναι μεγάλη χαρά και δικαίωσις των εργαζομένων όλων των ιεραρχικών κατηγοριών όταν φθάνουν εις τα ώτα των έπαινοι ασθενών, φίλων, ακόμη και αντιπάλων, και δικαιολογείται η προσδοκία για ακόμη καλύτερα επιτεύγματα.

VOURAKIS

Vourakis: Βουκουρεστίου 8 Αθήνα, Vourakis gifts: Βουκουρεστίου 4 Αθήνα, www.vourakis.gr

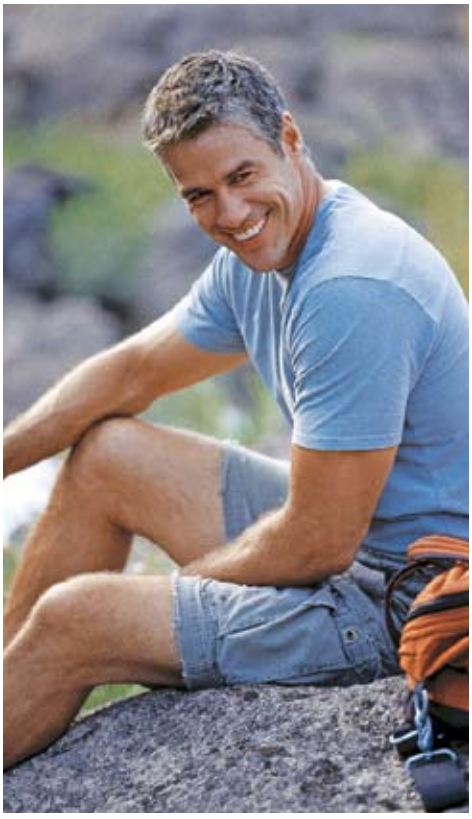
Αγαπητοί αναγνώστες

Πόλλυ Ζησοπούλου
Διευθύνουσα Σύμβουλος
Medicom Systems

Φέτος η Ευρωκλινική Αθηνών κλείνει δέκα χρόνια λειτουργίας. Από το 1998 μέχρι σήμερα έχει καταγράψει μια επιτυχημένη πορεία, καθώς χιλιάδες ασθενείς την εμπιστεύονται για την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών της και την άριστη φροντίδα που προσφέρει στους ασθενείς της. Την επιτυχία της όλα αυτά τα χρόνια την οφείλει στους ανθρώπους που τη στελεχώνουν. Το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό στήριξαν και στηρίζουν με συνέπεια και μεγάλη αγάπη την κλινική, προσφέροντας σε χιλιάδες ασθενείς άριστη θεραπεία, φροντίδα και εξυπηρέτηση. Επίσης, έχουν δημιουργήσει ένα οικογενειακό περιβάλλον, που αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό της εταιρικής της κουλτούρας. Η Ευρωκλινική Αθηνών συνεχίζει και λειτουργεί πάντα με επίκεντρο τον άνθρωπο και θα αναζητά συνεχώς τρόπους για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. Στόχος μας είναι να διαφυλάξουμε το πολυτιμότερο αγαθό, την υγεία. Σας ευχαριστούμε για την εμπιστοσύνη σας όλα αυτά τα χρόνια.

Medilife περιεχόμενα

Φθινόπωρο - Χειμώνας 2008 / τεύχος 10



Μόνιμες στήλες

8 News & Events

110 Inside News

Interview

20 **Δέκα χρόνια Ευρωκλινική Αθηνών:** Με πίστη και συνέπεια στον άνθρωπο. Από τον καθηγητή Μιχαήλ Φιλιππάκη, Πρόεδρο Επιστημονικής Επιτροπής Ευρωκλινικής Αθηνών

Inside Life

108 Τεχνική Υπηρεσία Ευρωκλινικής Αθηνών

Healthy Food

114 Σολομός σχάρας με σοτέ γαρίδες, μιλφέιγ λαχανικών, μους φέτας και αρωματικό γλυκάνισο

Παρουσιάσεις

22 Ρομποτική χειρουργική στην Ευρωκλινική Αθηνών

24 Πλήρως εξοπλισμένο Δερματολογικό Τμήμα της Ευρωκλινικής Αθηνών

26 Με συνεχή εκσυγχρονισμό και ανανέωση η φροντίδα σας παίρνει μεγάλες διαστάσεις!

104 Μεσεγχυματικά βλαστοκύτταρα από τον πολφό των νεογιλών δοντιών και των τρίτων γομφίων

Ιατρική

28 **Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση:** Μια συνήθης διαταραχή του οισοφάγου

32 **Λευκοπενίες:** Ένα συχνό εύρημα με ποικίλη σημασία

38 **Υπνική Άπνοια:** Αποτελεσματική Αντιμετώπιση

40 **Πρόληψη τραυματισμών στο ποδόσφαιρο:** Η ανάγκη δημιουργίας Κέντρου Πρόληψης Αθλητικών Κακώσεων

44 Η σημασία της άσκησης για την υγεία της καρδιάς

48 **Ανδρική Οστεοπόρωση:** Πρόληψη και Θεραπεία

50 **Ουρολοίμωξη:** Η δεύτερη πιο συχνή λοίμωξη του οργανισμού

Παιδιατρικό Ένθετο

66 **Νέα από το χώρο των εμβολίων:** Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών

68 Η επίδραση των φυτοφαρμάκων στην υγεία των παιδιών

74 **Σκολίωση:** Διάγνωση και θεραπευτική προσέγγιση

78 **Αποφρακτική ουροπάθεια στα παιδιά:** Αρχές αντιμετώπισης

82 Βρογχικό Άσθμα και προσχολική ηλικία

94 **Θωρακικός πόνος στα παιδιά:** Σε τι μπορεί να οφείλεται;

98 Ενδοσκοπική χειρουργική ρινός-παραρρινίων

100 **Ρινορραγίες στα παιδιά:** Αντιμετωπίστε τις ψύχραιμα

102 **Τσιμπήματα εντόμων:** Πρόληψη και θεραπεία

Ενημέρωση

86 **Παιδικός Σταθμός:** Πότε και πού πρέπει να πάει το παιδί μου;

96 **Το ντόπινγκ και τα παιδιά μας:** Ντοπάρονται τα σημερινά παιδιά με διάφορες ουσίες;

Υγεία και διατροφή

58 **Μάθετε τα πάντα για τη χοληστερόλη:** Η σημασία της διατροφής και της άσκησης

Ιατρική και τεχνολογία

54 **Ψηφιακή απεικόνιση σπίλων στο δέρμα:** Ένας ασφαλής τρόπος έγκυρης διάγνωσης του κακοήθους μελανώματος

62 **Intralase:** Μια νέα επαναστατική μέθοδος

Medilife

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

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

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

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

Παραγωγή - Έκδοση: IKO PRESS S.A.
Εντεταλμένος Σύμβουλος: Δημήτρης Αργυρόπουλος
Διοικητικός Διευθυντής: Τάκης Σολωμός
Αναπληρωτής Διοικητικός Διευθυντής: Άγγελος Μπαϊρακτάρης
Σύμβουλος Επικοινωνίας: Αναστασία Παρετζόγλου
Οικονομικός Διευθυντής: Παναγιώτης Γεωργακίλας

Δημιουργικός Σχεδιασμός - Επιμέλεια Έκδοσης: Corporate Publications Division
Διευθυντής: Νικόλαος Παπαβασιλείου
Μαρίνου Αντύπα 41-45, 141 21, Νέο Ηράκλειο,
τηλ.: 210-2705300, fax: 210-2705199
Creative Art Director: Μαρκέλλα Κοπτάκη
Art Directors: Σέβη Κοπτάκη, Παντελής Σιδερίδης
Δημιουργικό: Αλέκα Βαλσαμάκη, Βίκυ Κουμπαρέλου, Ήρα Λάζου, Έλενα Λούμπια, Κατερίνα Νίκα, Γρηγορία Σκουρλή

Υπεύθυνη Επιμέλειας Κειμένων: Μαράια Γαλιατσάτου
Επιμέλεια Κειμένων: Ελένη Καλογερά, Βασιλική Παππά
Project Coordinator: Τατιάνα Δαρδαμάνη
Photo Research Director: Γραμματική Μαντάκη
Photo Researcher: Ελευθερία Μπακογιάννη
Φωτογραφίες Inside Life: Εύη Φραγκολιά
Φωτογραφία εξωφύλλου: ideal images
Φωτογραφίες: Apeiron, Visual Hellas, Photostock, Ideal images

Διεύθυνση Διαφήμισης: Μαρία Καζάντζα
Υποδοχή Διαφήμισης: Μελίνα Πετρουλά, τηλ.: 210-2705370

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

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

Το νέο ασθενοφόρο της Ευρωκλινικής Παίδων με τις φιγούρες του Ευρωκλή και της Νίκης.

Η Ευρωκλινική Παίδων ανανεώνει τον εξοπλισμό της με ένα ολοκαίνουριο ασθενοφόρο

Στο πλαίσιο της συνεχούς ανανέωσης του εξοπλισμού της, η Ευρωκλινική Παίδων προχώρησε στην αγορά ενός ολοκαίνουριου ασθενοφόρου προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες των μικρών ασθενών. Το νέο ασθενοφόρο κυκλοφόρησε τον Αύγουστο. Κύριο χαρακτηριστικό του οι φιγούρες του Ευρωκλή και της Νίκης, οι οποίες κοσμούν το εξωτερικό του.

1. Φτάνοντας στην Πέρσαινα. Αριστερά τα παιδιά της Ευρωκλινικής Αθηνών Μάριος Μακρής, Νάνσυ Χριστοπούλου, Χριστίνα Κοροβέση, Γιάννης Σιδερής και δεξιά η Αντιπρόεδρος του Συλλόγου Περσαίων Α. Δημητροπούλου, ο Πρόεδρος Π. Αποστολόπουλος και ο Πρόεδρος του Τοπικού Συμβουλίου του χωριού Α. Χριστόπουλος.
2. Έξω από το αγροτικό ιατρείο του χωριού, όπου έγινε η δωρεά.
3. Στιγμές φιλοξενίας.

Προσφορά Ευρωκλινικής Αθηνών στην Πέρσαινα Ηλείας

Κανείς δεν έχει ξεχάσει τις καταστροφικές πυρκαγιές του περασμένου Αυγούστου και τις δραματικές τους συνέπειες για πολλά χωριά της Ηλείας. Το ορεινό χωριό Πέρσαινα ήταν ένα από αυτά.
Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης, η Ευρωκλινική Αθηνών ανταποκρίθηκε άμεσα στο αίτημα των μελών του Εκπολιτιστικού Συλλόγου Περσαιναίων Ηλείας για εξοπλισμό του ιατρείου του χωριού τους. Με μεγάλη χαρά και με στόχο να βοηθήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τους κατοίκους της Πέρσαινας, η Ευρωκλινική Αθηνών προσέφερε ιατροφαρμακευτικό υλικό, είδη πρώτης ανάγκης, καρδιογράφο, χοληστερινόμετρο, πιεσόμετρο, κουτί πρώτων βοηθειών και πολλές ακόμη προμήθειες, εξοπλίζοντας έτσι το αγροτικό ιατρείο του χωριού. Το προσωπικό που μετέφερε και παρέδωσε τις προμήθειες δέχθηκε τη θερμή υποδοχή και τη φιλοξενία των κατοίκων.

Χαρείτε τα πλεονεκτήματα της ζωής...

...με το σύγχρονο πρόγραμμα εξωνοσοκομειακής κάλυψης **Lion Πλεονέκτημα Υγείας**. Το νέο προϊόν που σας εξασφαλίζει την πρόγνωση και την πρόληψη οποιουδήποτε προβλήματος της υγείας σας. Επισκεφθείτε τώρα ένα από τα καταστήματα της Τράπεζας Πειραιώς και αποκτήστε εύκολα το προσωπικό σας **Lion Πλεονέκτημα Υγείας**, μόνο με **15€** το μήνα.
Γιατί είναι καλύτερα να προλαμβάνουμε παρά να θεραπεύουμε!

ING ΠΕΙΡΑΙΩΣ
BANCASSURANCE

Πληροφορίες στο **801 802 803 804,** ή από κινητό στο **210 32 88 000** & σε όλα τα καταστήματα της **Τράπεζας Πειραιώς.**

Συμφωνία Ευρωκλινικής Αθηνών με Εθνική Ασφαλιστική

Η Ευρωκλινική Αθηνών προχώρησε σε συμφωνία με την Εθνική Ασφαλιστική, η οποία αφορά στην απευθείας κάλυψη των ασφαλισμένων της. Η Ευρωκλινική Αθηνών αποτελεί συμβεβλημένο και όχι απλώς συνεργαζόμενο νοσηλευτικό ίδρυμα με την Εθνική Ασφαλιστική, που εγγυάται την καλύτερη τιμολογιακή πολιτική προς τους ασφαλισμένους της, δίνοντάς τους παράλληλα τη δυνατότητα ειδικών προνομίων από τη στιγμή που θα επιλέξουν την Ευρωκλινική Αθηνών. Η συμφωνία αυτή σηματοδοτεί άλλη μία επιτυχημένη συνεργασία της Ευρωκλινικής Αθηνών προς όφελος όλων των εμπλεκόμενων μερών.

Συνεργασία Ευρωκλινικής Παίδων με «Το Χαμόγελο του Παιδιού»

Η Ευρωκλινική Παίδων συνεχίζει να προσφέρει απλόχερα τη βοήθεια και τις υπηρεσίες της σε παιδιά που τις έχουν ανάγκη. Ανταποκρινόμενη σε αίτημα του συλλόγου «Το Χαμόγελο του Παιδιού», την Τετάρτη 12 Μαρτίου 2008, ο κ. Ιωάννης Νικολόπουλος, Διευθυντής του Οφθαλμολογικού Τμήματος, πραγματοποίησε δωρεάν οφθαλμολογική επέμβαση στην 7χρονη Βασιλική, και η κυρία Παναγιώτα Καφρίτσα, Διευθύντρια του Παιδογαστρεντερολογικού Τμήματος, εξέτασε δωρεάν τον μικρό Δημήτρη, στον οποίο έγιναν και επιπλέον αιματολογικές εξετάσεις.

6η Επιστημονική Ημερίδα

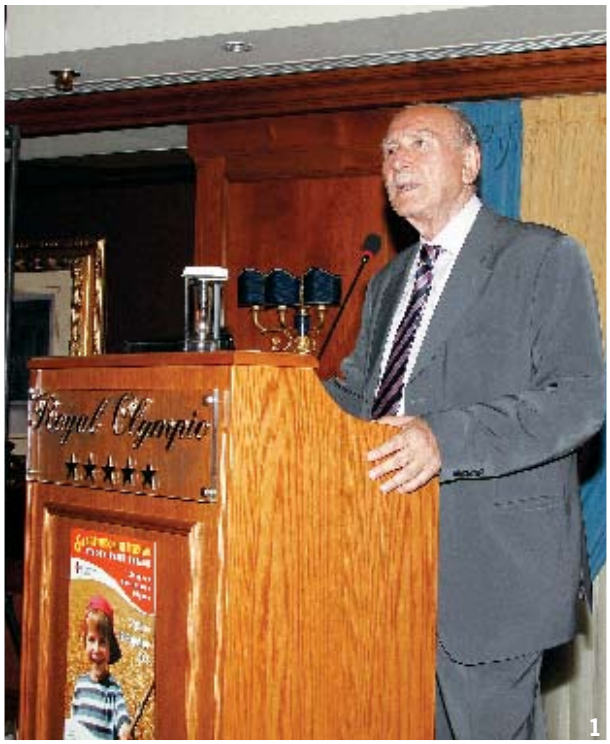
Ευρωκλινικής Παίδων

Το Σάββατο 19 Απριλίου 2008, υπό την αιγίδα της Ελληνικής Ακαδημίας Παιδιατρικής, πραγματοποιήθηκε στο ξενοδοχείο Royal Olympic η ετήσια Επιστημονική Ημερίδα της Ευρωκλινικής Παίδων. Η συμμετοχή παιδιάτρων αλλά και ιατρών άλλων ειδικοτήτων ήταν εντυπωσιακή, γεγονός που επιβεβαίωσε την επιτυχημένη διοργάνωση της ημερίδας για ακόμη μία χρονιά.

Ιατροί της Ευρωκλινικής Παίδων και όχι μόνο ανέπτυξαν σύγχρονα παιδιατρικά θέματα, όπως:

- Εμφανείς χειρουργικές παθήσεις παιδικής ηλικίας.
- Παθήσεις οξείας χειρουργικής κοιλίας στην παιδική ηλικία.
- Οφθαλμολογία: Τι πρέπει να γνωρίζει ο παιδίατρος.
- Ο παιδίατρος και τα ΩΡΛ προβλήματα.
- Αλήθειες και ψέματα για ορθοπαιδικά προβλήματα των κάτω άκρων.
- Νέα από το χώρο των εμβολίων.
- Θεμελιώνοντας το μέλλον στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.
- Πλαστική χειρουργική στα παιδιά.
- Φροντίδα του δέρματος στο φυσιολογικό παιδί και στο παιδί με δερματοπάθεια.
- Το παιδί που δεν τα καταφέρνει καλά στο σχολείο.
- Κίνδυνοι από τροφές λόγω υπολειμμάτων εντομοκτόνων. Βιολογικές τροφές. Υπάρχουν νεότερα δεδομένα;
- Κορτικοστεροειδή στην οξεία βρογχιολίτιδα: ναι, όχι, ίσως.
- Τροφική αλλεργία και έκζεμα στα παιδιά.
- Ειδικά γάλατα.
- Υπήρξε όφελος για τα παιδιά από τον αντιπνευμονιοκοκκικό εμβολιασμό;

Στο τέλος της επιστημονικής ημερίδας παρατέθηκε επίσημο γεύμα προς τιμήν όλων των παρευρισκομένων.



1. Καθ. Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Ενημέρωσης Ευρωκλινικής Παίδων.
2. Από αριστερά οι κ.κ.: Ρίτσα Μπιρζαμάνη, Διοικητικό Προσωπικό Ευρωκλινικής Παίδων, Νάνσυ Χριστοπούλου, Διεύθυνση Marketing Medicom Systems, Ευάγγελος Κάνταρος, Παιδίατρος, Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, Χριστίνα Κοροβέση, Διεύθυνση Marketing Medicom Systems, Δέσποινα Παπαχρήστου, Διοικητική Διευθύντρια Ευρωκλινικής Αθηνών.

3. Από αριστερά οι κ.κ.: Θεόδωρος Χαμακιώτης, Διοικητικός Διευθυντής της Ευρωκλινικής Παίδων, Χριστίνα Ταμπουρέα, Διευθύντρια Marketing & Επικοινωνίας Medicom Systems, Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, Εμμανουήλ Μαρκόπουλος, Γενικός Εκτελεστικός Οικονομικός Διευθυντής Medicom Systems, Σπύρος Ζάννος, Διευθυντής Βιοϊατρικής Τεχνολογίας Medicom Systems.
4. Από αριστερά οι κ.κ.: Θεόδωρος Χαμακιώτης, Διοικητικός Διευθυντής της Ευρωκλινικής Παίδων, Νικολέττα Καλατζή, Επιμελήτρια Παιδοχειρουργικού Τμήματος Ευρωκλινική Παίδων, Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, Εμμανουήλ Μαρκόπουλος, Γενικός Εκτελεστικός Οικονομικός Διευθυντής Medicom Systems, Τασούλα Πάζιου, Προϊσταμένη Τ.Ε.Π. Ευρωκλινικής Παίδων.
5. Από αριστερά οι κ.κ.: Σταυρούλα Αργυροπούλου-Μπουφούνου, Διευθύντρια Πλαστικής Χειρουργικής & Εγκαυμάτων Ευρωκλινικής Παίδων, Θεόδωρος Χαμακιώτης, Διοικητικός Διευθυντής της Ευρωκλινικής Παίδων, Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, Παναγιώτα Καφρίτσα, Διευθύντρια Γαστρεντερολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, Χρήστος Χιωτίνης, Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων.

Ο κ. Νικόλαος Μαραγκός, Διευθυντής ΩΡΛ, και η κυρία Άννα Παπαδοπούλου, Αναπλ. Διευθύντρια ΩΡΛ.

Συνεργασία με το Κουβέιτ για χειρουργικές επεμβάσεις ασθενών στην Ευρωκλινική Αθηνών

Ο Καθηγητής κ. Νικόλαος Μαραγκός, Διευθυντής ΩΡΛ, και η κυρία Άννα Παπαδοπούλου, Αναπλ. Διευθύντρια ΩΡΛ στην Ευρωκλινική Αθηνών, συμμετείχαν τον περασμένο Φεβρουάριο ως προσκεκλημένοι ομιλητές του υπουργείου Υγείας του Κουβέιτ στο συνέδριο Ρινολογίας, Ωτολογίας και Χειρουργικής Βάσης Κρανίου. Με αυτήν την ευκαιρία πραγματοποίησαν για διδακτικούς σκοπούς και με απόλυτη επιτυχία σειρά ωτοχειρουργικών επεμβάσεων στο κρατικό Zain Hospital. Η κυβέρνηση του Κουβέιτ, εκτιμώντας τις υψηλού επιπέδου παροχές υγείας, έστειλε για πρώτη φορά δύο ασθενείς στην Ελλάδα, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε βαρύτατες χειρουργικές επεμβάσεις στη βάση του κρανίου από τον καθηγητή και την ομάδα του στην Ευρωκλινική Αθηνών, με έξοδα της πρεσβείας.

Συμμετοχή Ευρωκλινικής Παίδων στην Επιστημονική Εκδήλωση της Αμφίκλειας

1. Από αριστερά οι κ.κ.: Ρίτσα Μπιρζαμάνη, Διοικητικό Προσωπικό Ευρωκλινικής Παίδων, Θεοδώτα Λιακοπούλου-Τσιτσιπή, Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, Κωνσταντίνος Τζουμάκας, επικ. καθ. Πανεπιστημίου Αθηνών, Τζένη Νικολούζου, Υπεύθυνη Ιατρικής Ενημέρωσης Ευρωκλινικής Παίδων. **2.** Από αριστερά οι κ.κ.: Καθ. Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Ενημέρωσης Ευρωκλινικής Παίδων, Κωνσταντίνος Τζουμάκας, επικ. καθ. Πανεπιστημίου Αθηνών, Θεοδώτα Λιακοπούλου-Τσιτσιπή, Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων,Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου, Διευθύντρια Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Συνεργάτις Ευρωκλινικής Παίδων, Παναγιώτα Καφρίτσα, Διευθύντρια Παιδογαστρεντερολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, Δημήτρης Κεχαγιάς, πρώην Διοικητικός Διευθυντής Ευρωκλινικής Παίδων, Ιωάννης Τσιτσιπής. **3.** Από αριστερά οι κυρίες: Μαρία Παπαδοπούλου, Διευθύνουσα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων, Έφη Ντασκαγιάννη και Δήμητρα Μπουτσικάκη, νοσηλεύτριες Ευρωκλινικής Παίδων.

1

2

Η Ευρωκλινική Παίδων συμμετείχε ως χορηγός στην Επιστημονική Εκδήλωση της Αμφίκλειας, την οποία διοργάνωσε η Ελληνική Ακαδημία Παιδιατρικής υπό την αιγίδα του Πολιτιστικού Οργανισμού Δήμου Αμφίκλειας και που πραγματοποιήθηκε στις 23 και 24 Φεβρουαρίου 2008. Ομιλητές της εκδήλωσης, μεταξύ άλλων, ήταν η κυρία Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου, Διευθύντρια Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, η κυρία Παναγιώτα Καφρίτσα, Διευθύντρια Παιδογαστρεντερολογικού Τμήματος της Ευρωκλινικής Παίδων, η κυρία Θεοδώτα Λιακοπούλου-Τσιτσιπή, Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος της Ευρωκλινικής Παίδων, και ο Καθηγητής κ. Παναγιώτης Λαγός, Επιστημονικός Διευθυντής της Ευρωκλινικής Παίδων. Επίσης μίλησε ο κ. Κωνσταντίνος Τζουμάκας, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών. Τα θέματα που αναπτύχθηκαν ήταν:

- Συμπληρώματα διατροφής – Μύθοι και πραγματικότητες.
- Διατροφή αθλούμενου παιδιού.
- Εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.
- Γαστρεντερίτιδα από Rota-ιό – Πρόληψη.
- Το παιδί που δεν τα καταφέρνει καλά στο σχολείο.

3

Συμφωνία Ευρωκλινικής Αθηνών - ΑΧΑ Ασφαλιστικής

Το Διαγνωστικό - Θεραπευτικό -Χειρουργικό Κέντρο Ευρωκλινική Αθηνών Α.Ε. υπέγραψε συμφωνία με την ΑΧΑ Ασφαλιστική, η οποία αφορά στην απευθείας κάλυψη των ασφαλισμένων της, αλλά και στην παροχή επιπλέον ειδικών προνομίων προς εκείνους.

Η συμφωνία αυτή υπογράφει άλλη μία επιτυχημένη συνεργασία της Ευρωκλινικής Αθηνών, προς όφελος όλων των εμπλεκόμενων μερών.

Η Ευρωκλινική Αθηνών, από την πλευρά της, εγγυάται τη συνεχή προσφορά υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου, αλλά και την απόλυτη αφοσίωση όλων των ανθρώπων της προς όλους τους ασθενείς.

Συμμετοχή Ευρωκλινικής Παίδων σε συνέδρια και επιστημονικές εκδηλώσεις

Έντονη ήταν και φέτος η παρουσία της Ευρωκλινικής Παίδων σε συνέδρια και επιστημονικές εκδηλώσεις. Συμμετείχε στο 46ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, το οποίο διοργάνωσε η Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία και που πραγματοποιήθηκε στις 13, 14 και 15 Ιουνίου 2008 στο Εκθεσιακό Κέντρο Corexpo στην Κέρκυρα. Στο συνέδριο παρευρέθησαν αξιόλογοι ιατροί, όπως ο κ. Στέλιος Αντωνιάδης, Διευθυντής Παιδοκαρδιολογικού Τμήματος της Ευρωκλινικής Παίδων, και η κυρία Χριστίνα Σπαή, Συνεργάτιδα Παιδίατρος της Ευρωκλινικής Παίδων στην Ερέτρια. Επιπλέον, η Ευρωκλινική Παίδων παρέστη ως χορηγός της Επιστημονικής Εκδήλωσης στο Αρχοντικό Καλτεζιώτη στην Τρίπολη, την οποία επίσης διοργάνωσε η Ελληνική Ακαδημία Παιδιατρικής και που πραγματοποιήθηκε στις 24 και 25 Μαΐου. Στην εκδήλωση παρευρέθησαν εξωτερικοί συνεργάτες παιδίατροι της Ευρωκλινικής Παίδων, όπως ο κ. Ιωάννης Σύρος, ο κ. Πέτρος Κουρής, η κυρία Αικατερίνη Αλεξίου, η κυρία Βαρβάρα Γεμέλου και η κυρία Αικατερίνη Τσαντίλα. Επίσης, η Ευρωκλινική Παίδων συμμετείχε στη 17η Επιστημονική Διημερίδα Παιδιατρικών Παθήσεων. Η Διημερίδα διοργανώθηκε από το Αλλεργιολογικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης και έλαβε χώρα στο Αμφιθέατρο του ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», στην Αγία Παρασκευή, στις 31 Μαΐου και την 1η Ιουνίου.

1. Από αριστερά οι κυρίες: Χριστίνα Σπαή, Συνεργάτιδα Παιδίατρος της Ευρωκλινικής Παίδων από την Ερέτρια, και Τζένη Νικολούζου, Υπεύθυνη Ιατρικής Ενημέρωσης. **2.** Από αριστερά οι κ.κ.: Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου, Διευθύντρια Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Συνεργάτις Ευρωκλινικής Παίδων, Αργύρης Ματζαβός, Παναγιώτα Καφρίτσα, Διευθύντρια Γαστρεντερολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, Καθηγητής Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων.

Επέκταση και διατήρηση τίτλου πιστοποίησης ποιότητας στην Ευρωκλινική Αθηνών

Η Ευρωκλινική Αθηνών επέκτεινε τον τίτλο πιστοποίησης ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2000 στους εξής τομείς:

- στους πέντε νοσηλευτικούς ορόφους,
- στο συγκρότημα των χειρουργείων,
- στην Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και
- στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας.

Επίσης, διατηρεί τον ίδιο τίτλο:

- στο Ενδοσκοπικό Τμήμα,
- στο Αιμοδυναμικό Τμήμα και
- στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Η επέκταση και η διατήρηση του τίτλου συνεχίζει να επιβεβαιώνει την άριστη ποιότητα σε όλα τα επίπεδα υπηρεσιών υγείας που προσφέρει η Ευρωκλινική Αθηνών στους ασθενείς της.

Η Ευρωκλινική Αθηνών
πάντα κοντά και στον αθλητισμό

Η Ευρωκλινική Αθηνών υποστήριξε το 18ο Πανελλήνιο Φεστιβάλ Γυμναστικής για Όλους, του Δήμου Ηρακλείου, διαθέτοντας ασθενοφόρο και επιστημονικό προσωπικό για την κάλυψη έκτακτων περιστατικών καθ' όλη τη διάρκεια της παρουσίασης των προγραμμάτων. Το Φεστιβάλ του Δήμου Ηρακλείου θεωρείται η μεγαλύτερη διοργάνωση μαζικού αθλητισμού στην Ελλάδα και ειδικά φέτος σημείωσε πολύ μεγάλη επιτυχία, καθώς έλαβαν μέρος 150 φορείς των οποίων οι αθλητές ξεπέρασαν τους 3.500. Η Οργανωτική Επιτροπή ευχαρίστησε την Ευρωκλινική Αθηνών, που κατάφερε να δημιουργήσει σε όλους τους συμμετέχοντες αισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας.

1. Μία από τις ομάδες παρουσιάζει το πρόγραμμά της.
2. Από αριστερά οι κ.κ.: Χριστίνα Κοροβέση και Νάνσυ Χριστοπούλου, Διεύθυνση Marketing Medicom Systems, Ιωάννα Φιλιππούση, Μέλος της Επιτροπής Εκδηλώσεων, Στέφανος Λεζγής, Πρόεδρος της Αθλητικής Επιχείρησης.
3. Αναμνηστική φωτογραφία από το 18ο Πανελλήνιο Φεστιβάλ Γυμναστικής για Όλους.
4. Το προσωπικό της Ευρωκλινικής Αθηνών. Από αριστερά οι κ.κ.: Χριστίνα Κοροβέση, Μάριος Μακρής, Δέσποινα Μπέλα.

Ο Σάκης στην Ευρωκλινική Αθηνών!

Ο Σάκης φωτογραφίζεται στην κλινική.

Ο αγαπημένος τραγουδιστής Σάκης Ρουβάς επισκέφθηκε την Ευρωκλινική Αθηνών για το ετήσιο check-up του. Η προσέλευση του Σάκη ήταν μια πολύ ευχάριστη έκπληξη για όλους όσους βρίσκονταν εκείνη την ημέρα στην κλινική. Η τόσο ευγενική φυσιογνωμία αλλά και το ασύγκριτα ζεστό χαμόγελό του σίγουρα κερδίζουν τις καρδιές όλων, ανεξαρτήτως ηλικίας!

Η Ευρωκλινική Αθηνών στηρίζει το έργο του Ιατρικού Κέντρου Αποκατάστασης Θυμάτων Βασανιστηρίων

Το Ιατρικό Κέντρο Αποκατάστασης Θυμάτων Βασανιστηρίων ιδρύθηκε στη χώρα μας το 1989 με στόχο την πρόληψη και κατάργηση των βασανιστηρίων, καθώς και την αποκατάσταση των ατόμων που έχουν υποστεί βασανιστήρια, με την προσφορά ιατρικής και ψυχολογικής βοήθειας. Μετά από πρωτοβουλία της κυρίας Μαρίας Πίνιου-Καλλή, Διευθύντριας Δερματολογικού Τμήματος της Ευρωκλινικής Αθηνών και Ιατρικής Διευθύντριας του Ι.Κ.Α.Θ.Β., η Ευρωκλινική Αθηνών προσέφερε δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις σε θύματα βασανιστηρίων, υποστηρίζοντας έτσι το εξαιρετικά σημαντικό έργο του Κέντρου. Επιπλέον, στήριξε τη μουσική παράσταση της Μαρίας Φαραντούρη και της Λυδίας Κονιόρδου, που πραγματοποιήθηκε στο θέατρο Παλλάς στις 3 και 4 Μαΐου 2008, μέρος των εσόδων της οποίας διατέθηκαν για την ενίσχυση του Κέντρου.

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

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

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

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

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

Τμήμα Γονιδιακής Διατροφής και Έρευνας της Θρέψης στην Ευρωκλινική Αθηνών

Το πρώτο σε ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα

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

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

Τηλέφωνο επικοινωνίας για περισσότερες πληροφορίες και ραντεβού: 210-6416020

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

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

Imako

Η Ευρωκλινική Αθηνών στην τηλεόραση!

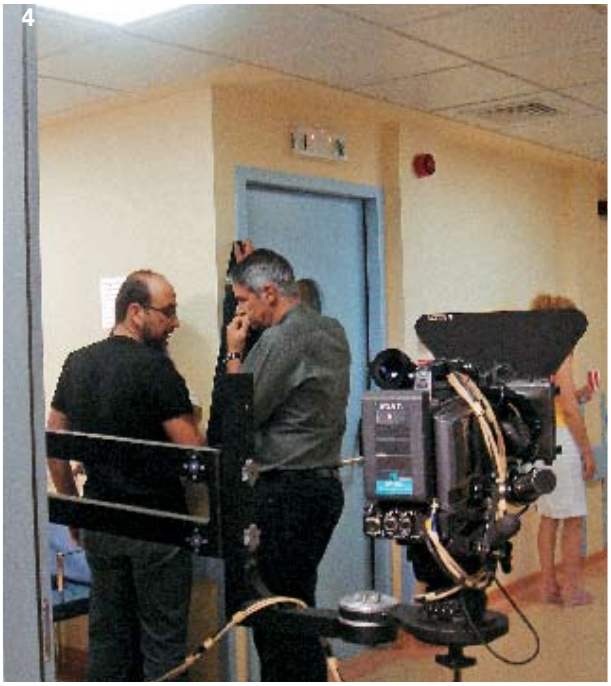
Η Ευρωκλινική Αθηνών διέθεσε τους χώρους της για τα γυρίσματα γνωστών σίριαλ της τηλεόρασης που ήδη προβάλλονται, αλλά και για αυτά που θα προβληθούν το χειμώνα. Είχαμε την ευκαιρία να ζήσουμε την εμπειρία των γυρισμάτων, να μιλήσουμε με γνωστούς ηθοποιούς και να προσφέρουμε τη βοήθειά μας όπου ήταν απαραίτητη.

Οι σειρές που φιλοξενήθηκαν στην Ευρωκλινική Αθηνών κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού ήταν οι παρακάτω:

• Η δραματική κοινωνική σειρά του **ALPHA** *Εξαφάνιση*. Τα γυρίσματα διήρκεσαν τρεις μέρες. Κοντά μας ήταν γνωστοί ηθοποιοί, όπως ο Φίλιππος Σοφιανός, ο Νίκος Βερλέκης και πολλοί άλλοι.

• Η καθημερινή κοινωνική σειρά του **MEGA** *Μια Στιγμή Δυο Ζωές*, με τους δημοφιλείς ηθοποιούς Γιάννη Παπαζήση, Κάτια Νικολαΐδου και Χρήστο Νομικό.

• Επίσης, η δραματική σειρά της **NET** *Λύσε τη Σιωπή*, στην οποία πρωταγωνιστεί η δημοφιλής και γλυκύτατη ηθοποιός Λήδα Ματσάγκου.



1. Η Λήδα Ματσάγκου φωτογραφήθηκε μαζί μας στους χώρους της κλινικής όπου έγιναν τα γυρίσματα.
2. Οι ηθοποιοί της σειράς *Μια Στιγμή Δυο Ζωές* χαμογελούν και φωτογραφίζονται στον τέταρτο νοσηλευτικό όροφο της Ευρωκλινικής Αθηνών.
3. Σκηνή με την Κωνσταντίνα Τζώρτζη και τον Σωτήρη Ταχτσόγλου.
4. Στιγμιότυπο από τα γυρίσματα της κοινωνικής σειράς του ALPHA *Εξαφάνιση* με τον Φίλιππο Σοφιανό.

spicy

Βελμάρ

Η **Βελμάρ** ΑΕΒΕ σας καλωσορίζει με **5 μεγάλες μάρκες** και **23 σημεία εξυπηρέτησης**, σε Αθήνα και Κρήτη.

Μετά τη συγχώνευση των εταιρειών λιανικής πώλησης αυτοκινήτων του **Ομίλου Βασιλάκη: VITACAR, ERGOCAR & ΑΥΤΟΔΥΝΑΜΗΣ** με τη **Βελμάρ**, δημιουργήθηκε μία από τις μεγαλύτερες εταιρείες λιανικής πώλησης στο χώρο του αυτοκινήτου στην Ελλάδα. Στόχος της Βελμάρ παραμένει η προσφορά ολοκληρωμένων υπηρεσιών και η υψηλού επιπέδου εξυπηρέτηση στους πελάτες της, όπως πραγματοποιεί με μεγάλη επιτυχία εδώ και 30 χρόνια.

FORD

ΑΤΤΙΚΗ
Αγ. Παρασκευή
Αθήνα
Γλυκά Νερά
Ν. Ερυθραία
Χαλάνδρι

VOLVO

ΑΤΤΙΚΗ
Ν. Ερυθραία

OPEL

ΑΤΤΙΚΗ
Αργυρούπολη
Βάρη
Ν. Ψυχικό
ΚΡΗΤΗ
Ηράκλειο
Χανιά
Ρέθυμνο
Αγ. Νικόλαος

SAAB

ΑΤΤΙΚΗ
Γέρακας
ΚΡΗΤΗ
Χανιά

SEAT

ΑΤΤΙΚΗ
Αργυρούπολη
Γέρακας
Καλλιθέα
Ν. Ψυχικό
Π. Φάληρο
ΚΡΗΤΗ
Ηράκλειο
Χανιά

Βελμάρ
Η επώνυμη επιλογή

ΟΜΙΛΟΣ Θ. ΒΑΣΙΛΑΚΗ

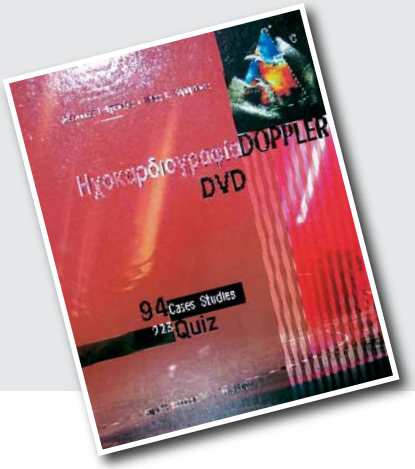
www.velmar.gr | Γραμμή Επικοινωνίας: **801 11 200 400** | Κεντρική Διεύθυνση: Βιλτανιώτη 31, Κ. Κηφισιά, Τηλ: 210 6263500

Ο κ. Δενδρινός μάς εκπλήσσει ξανά με ένα νέο βιβλίο!

Στα χαρούμενα μονοπάτια του νέου του βιβλίου *Απ' τα Κόκαλα Βγαλμένα*, που κυκλοφορεί από τις εκδόσεις Κέδρος, μας προσκαλεί ο κ. Γιώργος Δενδρινός, Διευθυντής Ορθοπαιδικής Κλινικής στην Ευρωκλινική Αθηνών. Με το γνωστό χιουμοριστικό ύφος που χαρακτηρίζει και τα δύο προηγούμενα έργα του, ο πολυτάλαντος συγγραφέας (το σκίτσο του εξωφύλλου είναι επίσης του ιδίου) μας περιγράφει τις περιπέτειες ενός νέου γιατρού στους αφιλόξενους διαδρόμους των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Τραγελαφικές καταστάσεις, ευτράπελα, αλλά και μεγαλείο ψυχής γιατρών και ασθενών ξεδιπλώνονται μπροστά μας με τον πιο άμεσο και περιγραφικό τρόπο. Τη μοναδική αυτή ξενάγηση θα έχουμε τη χαρά να τη δούμε και στη μεγάλη οθόνη! Γιατρέ, συγχαρητήρια και πάλι! Ανυπομονούμε!

Ένα πρωτοποριακό βιβλίο για την Ηχοκαρδιογραφία Doppler

Ο κ. Ηλίας Καραμπίνος, Επιμελητής Καρδιολόγος της Ευρωκλινικής Αθηνών, και ο κ. Αθανάσιος Κρανίδης, Αναπληρωτής Διευθυντής του νοσοκομείου Ευαγγελισμός, επιμελήθηκαν μια πρωτοποριακή έκδοση για την Ηχοκαρδιογραφία Doppler, η οποία περιλαμβάνει το ιστορικό διαφόρων περιστατικών που συνοδεύονται από κινούμενες ηχοκαρδιογραφικές εικόνες σε DVD, καθώς και διδακτικά κουίζ.
Το βιβλίο απευθύνεται σε φοιτητές Ιατρικής, κυρίως σε ειδικευόμενους στην Καρδιολογία, και σε καρδιολόγους που επιθυμούν να κάνουν «επανάληψη» την Ηχοκαρδιογραφία.
Ο συνδυασμός των περιστατικών με τις κινούμενες εικόνες σε DVD βοηθά αποτελεσματικά στο να γίνουν κατανοητά όχι μόνο τα κλασικά αλλά και τα σύγχρονα δεδομένα της Ηχοκαρδιογραφίας. Επίσης, ο κάθε γιατρός έχει την ευκαιρία να αποκτήσει αρκετά μεγάλη εμπειρία γύρω από την πάθηση που αντιπροσωπεύει κάθε περιστατικό.



Medilife@

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

Κρυφά ταλέντα...

Ο κ. Πάνος Γάκης, διοικητικός υπάλληλος στην Ευρωκλινική Αθηνών και «κρυφό ταλέντο», παρουσίασε τρία γλυπτά του στην 5η Ομαδική Εικαστική Έκθεση στο Κέντρο Τέχνης στην Αθήνα. Η έκθεση με τίτλο *Αθηναϊκό Bazaaart 2008 – Τέχνη από Όλους για Όλους*, είχε μεγάλη ανταπόκριση από το κοινό, που από τις 20 Μαρτίου έως τις 21 Απριλίου είχε την ευκαιρία να την επισκεφθεί. Πάνο, συγχαρητήρια και εις ανώτερα!

Τιμητική Διάκριση

Η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία απένειμε τον τιμητικό τίτλο Fellow of the European Society of Cardiology στον κ. Ηλία Καραμπίνο, καρδιολόγο της Ευρωκλινικής Αθηνών, αναγνωρίζοντας την επιστημονική του παρουσία και τη δραστηριοποίησή του διεθνώς.

Από σήμερα βάζω τη σούπα στη ζωή μου!

Γιατί έχω τουλάχιστον 5 καλούς λόγους* να το κάνω!

1 Περιέχει πολύτιμα συστατικά για τον οργανισμό

Ο ανθρώπινος οργανισμός έχει ανάγκη από μια ισορροπημένη διατροφή, η οποία, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνει την καθημερινή κατανάλωση λαχανικών. Σούπες με υψηλή περιεκτικότητα λαχανικών, όπως η **Σούπα Λαχανικά του Αγρού** της **Knorr**, προσφέρουν πολύτιμα στοιχεία όπως βιταμίνες και αντιοξειδωτικά με ευεργετικές συνέπειες για τον οργανισμό.

2 Συνεισφέρει στον έλεγχο του βάρους

Έχει αποδειχθεί από διεθνείς έρευνες ότι τα άτομα που καταναλώνουν συστηματικά σούπες διαθέτουν χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος και επιτυγχάνουν μικρότερη πρόσληψη θερμίδων, σε σχέση με τα άτομα που δεν συμπεριλαμβάνουν σούπες στο διαιτολόγιό τους.

3 Συντελεί στην καλή πέψη

Οι περισσότερες σούπες αποτελούν πηγή φυτικών ινών, οι οποίες είναι γνωστές για τις ευεργετικές τους επιδράσεις στην ομαλή λειτουργία του πεπτικού συστήματος.**

4 Συμβάλλει στην ενυδάτωση του οργανισμού

Οι σούπες έχουν περιεκτικότητα σε νερό η οποία φτάνει έως και 75%, συνεισφέροντας με τον τρόπο αυτό σημαντικά στην πρόσληψη των απαραίτητων ποσοτήτων υγρών από τον ανθρώπινο οργανισμό.

5 Προσφέρει χαλαρή απόλαυση

Οι **σούπες Knorr** προσφέρουν μια σειρά από υπέροχες γευστικές προτάσεις που εξασφαλίζουν ένα γρήγορο, ελαφρύ, υγιεινό και απολαυστικό γεύμα, για όλες τις ώρες της ημέρας.

Δοκιμάστε αργά μερικές κουταλιές από τις 3 νέες προτάσεις σουπών της **Knorr** και ζήστε στιγμές πρεμίας και χαλάρωσης με τα αγαπημένα σας πρόσωπα. Από σήμερα! Το αξίζετε!

Σούπα Λαχανικά του Αγρού με ποικιλία λαχανικών και μυρωδικών

Τοματόσουπα με γλυκιά κόκκινη πιπεριά και Βασιλικό

Κοτόσουπα βελουτέ με ποικιλία λαχανικών

* Στο πλαίσιο ενός ισορροπημένου διαιτολογίου & υγιεινού τρόπου ζωής.
** Βάσει διαθέσιμων επιστημονικών ερευνών.

MediBo

10 χρόνια Ευρωκλινική Αθηνών

Με πίστη και συνέπεια στον άνθρωπο

Δέκα χρόνια τώρα, η Ευρωκλινική Αθηνών παρέχει υψίστου επιπέδου υπηρεσίες υγείας όλων των ειδικοτήτων, με μιαν ανθρωποκεντρική αντίληψη διοίκησης, ιατρών και προσωπικού, που στόχο έχουν τη βέλτιστη φροντίδα των ασθενών. Ο κ. Μιχαήλ Φιλιππάκης, Πρόεδρος της Επιστημονικής Επιτροπής της Ευρωκλινικής Αθηνών, μας μιλά για την πορεία της κλινικής όλα αυτά τα χρόνια, καθώς και για τους στόχους και τα μελλοντικά της σχέδια.

Επιμέλεια: Χριστίνα Ταμπουρέα

Πώς ξεκίνησε η ιδέα της Ευρωκλινικής Αθηνών πριν από δέκα χρόνια; Ποιοι ήταν οι πρωτεργάτες ιατροί το 1997-1998;

Το 1997, το Υγεία, το Ιατρικό Κέντρο και το Απολλώνειο ήταν οι τρεις μεγάλες κλινικές στην Ελλάδα. Ο κύριος Δ. Κοντομηνάς σκέφτηκε τότε να δημιουργήσει μια κλινική η οποία θα εξυπηρετεί και τους ασφαλισμένους της Interamerican, αλλά θα αποτελεί και πρότυπο, υπερέχοντας έναντι των ήδη υπαρχόντων κλινικών. Οι ιατροί που θα στελέχωναν την κλινική θα έπρεπε να είναι διαλεγμένοι, καλοί επιστήμονες, υψηλού ήθους και άριστοι επαγγελματίες σε ό,τι αφορά στη δουλειά τους. Τα πολύ καλά ονόματα των ιατρών-συνεργατών της Ευρωκλινικής Αθηνών θα δημιουργούσαν το κύρος και την εικόνα της κλινικής. Αντίστοιχα, το όνομα και η φήμη της κλινικής θα συνόδευαν τους ιατρούς. Έτσι, λοιπόν, το 1998, ιδρύθηκε η Ευρωκλινική Αθηνών. Εδώ εφαρμόστηκε από την πρώτη στιγμή ιατρική υψηλού επιπέδου και υπήρχε πολύ καλή συμπεριφορά απέναντι στους ασθενείς. Μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα, η κλινική άρχισε να έχει ένα όνομα αρκετά καλό στην ιατρική αγορά και πολλοί ασθενείς άρχισαν να την προτιμούν, αφού προσέφερε μια διαφορετική αντιμετώπιση και ανθρώπινη ζεστασιά.

Η Ευρωκλινική Αθηνών έχει καταφέρει να συγκεντρώσει μερικά από τα κορυφαία ονόματα ιατρών μετά από δέκα χρόνια. Οι ασθενείς μάς λένε συχνά ότι νιώθουν πως η Ευρωκλινική Αθηνών λειτουργεί σαν οικογένεια. Πού πιστεύετε ότι οφείλεται αυτό;

Κατά κύριο λόγο οφείλεται στο ιατρικό προσωπικό το οποίο διευθύνεται ή κατευθύνεται κατά τέτοιον τρόπο, ώστε να συμπεριφέρεται ανθρώπινα στους ασθενείς. Επίσης, οφείλεται στην ανθρωποκεντρική αντίληψη της διοίκησης της Ευρωκλινικής Αθηνών. Ο ρόλος της διοίκησης ήταν καθοριστικός, γιατί αγκάλιασε τους γιατρούς από την πρώτη στιγμή, τους προσέφερε ό,τι καλύτερο για να επιτελέσουν το έργο τους, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί μια ιδιαίτερα οικογενειακή ατμόσφαιρα από το προσωπικό, έτσι ώστε ο ασθενής που έρχεται στην κλινική να μη νιώθει ότι βρίσκεται στο χάος –σε ένα απρόσωπο νοσοκομείο–, αλλά αντίθετα να εισπράττει ζεστασιά από ένα οικογενειακό νοσοκομείο. Καθοριστικός και απόλυτος ήταν και ο ρόλος της κυρίας Πόλλυς Ζησοπούλου, η οποία αντιμετώπισε τους γιατρούς, το προσωπικό και τους ασθενείς με ιδιαίτερη καλοσύνη.

Αισθάνεστε ότι λείπει κάτι από την Ευρωκλινική Αθηνών, που θα μπορούσε να κλονίσει την εμπιστοσύνη ενός ασθενή;

Σήμερα, η Ευρωκλινική Αθηνών είναι ένα κέντρο παροχής υψηλών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους κλάδους της ιατρικής. Κάθε ασθενής μπορεί να εμπιστευθεί απόλυτα την κλινική, διότι λειτουργεί με διακεκριμένους ιατρούς και κορυφαίους επιστήμονες.

Ποιο πιστεύετε ότι είναι το μεγαλύτερο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα της Ευρωκλινικής Αθηνών;

Το διοικητικό, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό, με το ήθος που τους διακρίνει, κάνουν τον ασθενή να νιώσει διαφορετικά αμέσως μόλις μπει στην κλινική. Όλοι δουλεύουν με συνέπεια και πίστη στον άνθρωπο, προσφέροντας τις καλύτερες υπηρεσίες. Η κλινική ξεχωρίζει για την αντιμετώπιση του ασθενούς, δηλαδή για τον ανθρωποκεντρικό της χαρακτήρα στον οποίο όλοι έχουν συμβάλει και εξακολουθούν να συμβάλλουν με τον καλύτερο τρόπο. Κατάφερε, λοιπόν, να κατέχει μία από τις κορυφαίες θέσεις σε ό,τι αφορά στην περίθαλψη και στη νοσηλεία των ασθενών, οι οποίοι έρχονται από όλη την Ελλάδα για να νοσηλευθούν στην Ευρωκλινική Αθηνών. Αυτό δείχνει ότι έχει πετύχει να δημιουργήσει ένα πολύ καλό όνομα όχι μόνο στην Αθήνα, αλλά και σε όλη την Ελλάδα. Ιδιαίτερα τα τελευταία τρία τέσσερα χρόνια είναι πολύς ο κόσμος που τη γνωρίζει και αυτό είναι πολύ σημαντικό. Επίσης, η Ευρωκλινική Αθηνών προσφέρει ευσυνείδητα υψηλή ιατρική όλων των ειδικοτήτων και ιδιαίτερα των χειρουργικών, όπως η γενική χειρουργική, η καρδιοχειρουργική και η νευροχειρουργική, οι οποίες ξεχωρίζουν. Τέλος, η Ευρωκλινική Αθηνών διαθέτει και την ειδικότητα του γενικού ιατρού, η οποία πιστεύω ότι είναι εξαιρετικά σημαντική.

Τα δεδομένα στον κλάδο της υγείας συνεχώς αλλάζουν σε όλους τους τομείς (συγχωνεύσεις, τεχνολογία κ.λπ.). Πώς φαντάζεστε την εξέλιξη της Ευρωκλινικής Αθηνών στο μέλλον; Πώς τη φαντάζεστε σε πέντε, ας πούμε, χρόνια από τώρα;

Με καλή διοίκηση και με καλούς γιατρούς, η Ευρωκλινική Αθηνών θα εξακολουθήσει να παίζει πρωτεύοντα ρόλο σε ό,τι αφορά στη νοσηλεία των ασθενών στην Ελλάδα και θα υπάρχει για πολλά χρόνια ακόμη. Οι ιατροί θα πρέπει να εξακολουθούν να είναι συνεπείς με την επιστήμη τους, ευγενείς και γεμάτοι αγάπη για τους ασθενείς. Η Ευρωκλινική Αθηνών έχει μια δυναμική και θα συνεχίσει να λειτουργεί εξίσου καλά, όπως τώρα. Θα έχει εξοπλιστεί με ακόμη περισσότερη ιατρική τεχνολογία για να μπορεί να προσφέρει υψίστου επιπέδου υπηρεσίες. Επίσης, θα έχει δημιουργήσει επιπλέον εγκαταστάσεις (πάρκινγκ, χώρους αναμονής, δωμάτια νοσηλείας), έτσι ώστε να εξυπηρετούνται περισσότερα περιστατικά, και θα έχει διατηρήσει το ήδη εξαίρετο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό.

Σήμερα οι ιατρικές μονάδες αρχίζουν να γίνονται μεγάλες, έχουν περισσότερο κέρδος και λειτουργούν με επιχειρηματίες. Όμως, δεν μπορούν να βλάψουν την Ευρωκλινική Αθηνών, με την έννοια ότι είναι μια πολύ καλή μονάδα που θα έχει τη δυνατότητα να παρεμβαίνει μέσα στις άλλες μεγάλες μονάδες, οι οποίες είναι απρόσωπες. Η Ευρωκλινική Αθηνών θα εξακολουθεί να ξεχωρίζει και για το οικογενειακό της περιβάλλον. Μελλοντικά, ίσως υπάρχει και η περίπτωση να ενωθεί με έναν μεγάλο όμιλο ή να υπάρχουν συνέργειες και συνεργασίες. Έτσι, ο ρόλος της Ευρωκλινικής Αθηνών θα είναι καθοριστικός για την ανάπτυξη στον κλάδο της υγείας.

«Με καλή διοίκηση και με καλούς γιατρούς, η Ευρωκλινική Αθηνών θα εξακολουθήσει να παίζει πρωτεύοντα ρόλο σε ό,τι αφορά στη νοσηλεία των ασθενών στην Ελλάδα και θα υπάρχει για πολλά χρόνια ακόμη».

Καθ. Μιχαήλ Φιλιππάκης,
Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής Ευρωκλινικής Αθηνών.

Ρομποτική χειρουργική στην Ευρωκλινική Αθηνών

Η Ευρωκλινική Αθηνών παρέχει στους ασθενείς τα πλεονεκτήματα του ρομποτικού συστήματος τελευταίας γενιάς Da Vinci® S, που απολαμβάνουν χιλιάδες πάσχοντες σε όλον τον κόσμο.

Η ρομποτική χειρουργική αποτελεί την πιο πρόσφατη επαναστατική εξέλιξη στον τομέα της λαπαροσκοπικής και ελάχιστα τραυματικής χειρουργικής.
Το σύστημα Da Vinci® S αποτελεί το πρώτο και μοναδικό στον κόσμο σύστημα ρομποτικής χειρουργικής αυτήν τη στιγμή. Πραγματοποιεί όλο το φάσμα των λαπαροσκοπικών εγχειρήσεων, αλλά και μεγάλο ποσοστό των μέχρι σήμερα παραδοσιακά επεμβατικών εγχειρήσεων.
Δημιουργεί τις προϋποθέσεις για ποσοστά επιτυχίας που προσεγγίζουν το 100%, τόσο σε ενδοσκοπικές εγχειρήσεις που πραγματοποιούνται σήμερα με συμβατικούς τρόπους όσο και σε δύσκολες περιπτώσεις «ανοιχτών» επεμβάσεων, οι οποίες μετατρέπονται σε ενδοσκοπικές επεμβάσεις «ρουτίνας».

Είδη επεμβάσεων που γίνονται και ρομποτικά

- **Γενική λαπαροσκοπική χειρουργική:** διαφραγματοκήλη, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, αποκατάσταση αχαλασίας οισοφάγου, αφαίρεση χολής, επέμβαση για κήλη, εκτομές κύστεων, ήπατος, παγκρέατος, σπλήνας, αφαίρεση παγκρέατος, αφαίρεση κύστεων ή ογκιδίων από το ήπαρ, αποκατάσταση βουβωνοκήλης, κολεκτομή, σπληνεκτομή, παγκρεατεκτομή, γαστρεκτομή, επέμβαση σκωληκοειδίτιδας, επέμβαση για κήλη (βουβωνοκήλη, κιρσοκήλη).
- **Ουρολογία:** ριζική προστατεκτομή, αφαίρεση κύστεων νεφρού, μερική νεφρεκτομή, ριζική νεφρεκτομή, λεμφαδενεκτομή, πυελοπλαστική, ριζική κυστεκτομή, αποκατάσταση κιρσοκήλης.
- **Γυναικολογική χειρουργική:** αφαίρεση κύστεων ωοθηκών, ινομυωμάτων, σαλπίγγων, εξωμητρίου κύστεως, λεμφαδενικός καθαρισμός, υστερεκτομή.
- **Καρδιοχειρουργική – θωρακοχειρουργική:** ολική ενδοσκοπική εγχείριση μοσχεύματος bypass στεφανιαίας αρτηρίας, αποκατάσταση μεσοκολπικής επικοινωνίας, αποκατάσταση μιτροειδούς βαλβίδας.
- **Επεμβάσεις νοσογόνου παχυσαρκίας:** γαστρικό bypass, δακτύλιος LAP-BAND.

Οφέλη για τον ασθενή

Η ελάχιστα επεμβατική μέθοδος του συστήματος προσφέρει στον ασθενή πολύ σημαντικά πλεονεκτήματα, όπως:

- **χειρουργική ακρίβεια**
- **μικρότερη διάρκεια αναισθησίας**
- **ελάχιστη έως καθόλου απώλεια αίματος**
- **μειωμένο κίνδυνο μόλυνσης**
- **ελαχιστοποίηση των επιπλοκών**
- **ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού πόνου και της δυσφορίας**
- **σημαντική μείωση της περιόδου νοσηλείας**
- **εξαιρετικό αισθητικό αποτέλεσμα**
- **γρήγορη ανάρρωση και επάνοδο στις καθημερινές δραστηριότητες.**

Πλήρως εξοπλισμένο Δερματολογικό Τμήμα της **Ευρωκλινικής Αθηνών**

Η **τελευταία λέξη** της **τεχνολογίας** στην Ευρωκλινική Αθηνών

Η Ευρωκλινική Αθηνών προχώρησε στην αναδιοργάνωση του Δερματολογικού Τμήματος υιοθετώντας ό,τι πιο προηγμένο υπάρχει στο χώρο της επιστήμης και της ιατρικής τεχνολογίας.

Ψηφιακή απεικόνιση μελαγχρωματικών σπίλων με το Fotofinder

Ό,τι πιο καινοτόμο στην έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση του καρκίνου του δέρματος

Για τη διαγνωστική μελέτη των μελαγχρωματικών σπίλων, που μετά την επέκταση του φαινομένου της τρύπας του όζοντος απέκτησαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω της μεγάλης συχνότητας μετατροπής τους σε κακοήθη μελανώματα, η Ευρωκλινική Αθηνών διαθέτει το πιο προηγμένο σύστημα ψηφιακής απεικόνισης στον κόσμο, το δερματοσκόπιο Fotofinder. Κάθε βλάβη, ακόμη και η λιγότερο ορατή με γυμνό μάτι, μπορεί να εξεταστεί με μεγάλη λεπτομέρεια, με αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση της ακριβούς διάγνωσης ενός μελανώματος. Ακόμη ένα μεγάλο πλεονέκτημα είναι η δυνατότητα αποθήκευσης των ηλεκτρονικών απεικονίσεων και η διατήρηση του ιστορικού κάθε ασθενούς. Αν δεν υπάρχουν στοιχεία κακοήθειας, ο ετήσιος έλεγχος βοηθά στην έγκαιρη θεραπεία. Τέλος, αποφεύγονται περιττές αφαιρέσεις καλοήθων σπίλων.

IPL (Intense Pulsed Light)

Η πιο σύγχρονη μέθοδος θεραπευτικής αντιμετώπισης δερματολογικών νοσημάτων και φωτοαποτρίχωσης

Μετά τα lasers, το παλμικό φως άνοιξε νέους ορίζοντες θεραπευτικών εφαρμογών που στηρίζονται στη χρήση διαφόρων μηκών κύματος ακτίνων του ηλιακού φάσματος, σε συνδυασμό ή όχι με φαρμακευτικά σκευάσματα. Το IPL έχει τις παρακάτω εφαρμογές:

- Αποτρίχωση σε όλο το σώμα
- Αναγέννηση του δέρματος με βελτίωση της ποιότητάς του, εξαφανίζοντας τις ρυτίδες και τις δυσχρωμίες
- Θεραπεία της ακμής με εντυπωσιακή εξαφάνιση της βλαττιδοφλυκταινώδους ακμής και των κύστεων, χωρίς τη χρήση φαρμάκων
- Θεραπεία της λεύκης. Η χρήση του έντονου παλμικού φωτός σε συνδυασμό με τη λήψη φωτοδυναμικού φαρμάκου (Psoralen) ή με τοπικά σκευάσματα ALA ή MLA έκανε δυνατή τη θεραπεία της λεύκης
- Θεραπεία ψωρίασης. Εκτός των μεταβολικών θεραπειών που εφαρμόζονται, η χρήση της φωτοδυναμικής θεραπείας του έντονου παλμικού φωτός διευρύνει τις θεραπευτικές μας δυνατότητες
- Βελτίωση ευρυαγγειών και τηλεγγεκτασιών

.

Συσκευή κρυοθεραπείας και κρυοαναισθησίας

Χρησιμοποιείται είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με το IPL (έντονο παλμικό φως). Στην πρώτη περίπτωση της κρυοθεραπείας βοηθά στην ελάττωση της φλεγμονής σε διάφορες παθήσεις και σε δραστηριοποίηση του μεταβολισμού των κυττάρων. Στη δεύτερη περίπτωση χρησιμοποιείται για αναλγησία και αναισθησία των περιοχών στις οποίες πρόκειται να επέμβουμε με laser ή IPL.

Συσκευή ραδιοσυχνοτήτων (radio-frequency method)

Η συσκευή αυτή χρησιμοποιείται για την καταπολέμηση της χαλάρωσης και των ρυτίδων. Οι ραδιοσυχνότητες είναι μια μέθοδος που βοηθά στην ανάπλαση και σύσφιγξη του δέρματος, μη επεμβατική και χωρίς παρενέργειες. Η μέθοδος στηρίζεται στην εκπομπή διπολικών ραδιοσυχνοτήτων RF, προκαλεί θέρμανση των ιστών και διεγείρει την παραγωγή κολλαγόνου. Επίσης, τη χρησιμοποιούμε για μικροχειρουργικές επεμβάσεις στο δέρμα.

Συσκευή κόκκινου και μπλε φωτός

Χρησιμοποιείται για τη φωτοαναζωογόνηση της θεραπείας της ακμής και την αποστείρωση φλεγμονών του δέρματος (δοθιήνων, μολυσματικών κηρίων κ.ά.). Στηρίζεται στη δυνατότητα που έχει ο συνδυασμός αυτών των μηκών κύματος του φωτός να καταστρέφει τα μικρόβια-βακτηρίδια (προπιονικό βακτηρίδιο της ακμής, σταφυλόκοκκος κ.ά.) που παράγουν πορφυρίνες και να ελαττώνει, ως εκ τούτου, τη φλεγμονή. Επίσης η αναζωογόνηση του δέρματος οφείλεται στη συνδυαστική δράση αυτών των μηκών, που έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή ελαστίνης και κολλαγόνου.

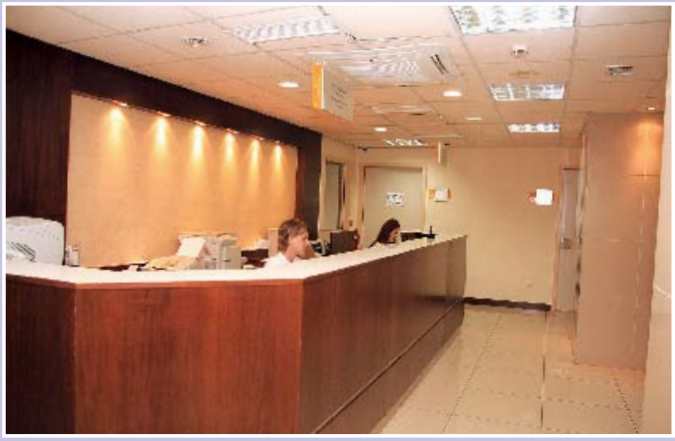
Με συνεχή εκσυγχρονισμό και ανανέωση η φροντίδα σας παίρνει μεγάλες διαστάσεις!

Στο πλαίσιο ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού της Ευρωκλινικής Αθηνών και πάντα με στόχο την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών, ολοκληρώθηκε το έργο εκσυγχρονισμού και ανακαίνισης της κλινικής.

Τα πλήρως ανακαινισμένα δωμάτια άριστων προδιαγραφών διαθέτουν εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας και ξεχωρίζουν για την άνεση και τη μοντέρνα αισθητική τους. Οι νέες πλήρως αυτοματοποιημένες κλίνες Versacare, με ειδικά στρώματα υψηλών προδιαγραφών για την ανακατανομή της πίεσης, αποτελούν την τελευταία καινοτομία της εταιρείας Hill-Rom (νούμερο 1 εταιρεία κρεβατιών νοσοκομείων στην Αμερική), προσφέροντας τη μέγιστη άνεση, ασφάλεια και ικανοποίηση των ασθενών.

Πάνω από κάθε κλίνη διατίθεται μια ειδική οθόνη η οποία παρέχει τη δυνατότητα στον ασθενή να παρακολουθεί τηλεόραση, να ακούει ραδιόφωνο, να ρυθμίζει το φωτισμό, να καλεί το νοσηλευτικό προσωπικό και να πραγματοποιεί τηλεφωνικές κλήσεις. Όλα αυτά με την απλή χρήση ενός μόνο τηλεκοντρόλ-τηλεφώνου.

Η άριστη φροντίδα που προσφέρει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, σε συνδυασμό με τα υψηλής αισθητικής και πλήρως εξοπλισμένα δωμάτια νοσηλείας, δημιουργούν τις άριστες συνθήκες περίθαλψης και διαμονής που μπορεί να απολαύσει ο ασθενής.



Ανανέωση των χώρων της κλινικής

Οι χώροι του τμήματος Check-Up και των Εξωτερικών Ιατρείων ανακαινίσθηκαν πλήρως με μεγαλύτερους χώρους αναμονής, νέα υποδοχή και περισσότερα εξεταστήρια.

Νίκος Νασιακόπουλος,
Γαστρεντερολόγος - Ενδοσκόπος,
Διευθυντής Β' Γαστρεντερολογικής Κλινικής,
Ευρωκλινική Αθηνών

Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση

Μια συνήθης διαταραχή του οισοφάγου

Μολονότι ο οισοφάγος φαίνεται απλό όργανο, οι παθήσεις του είναι συχνές και εκτείνονται από τα απλά ενοχλήματα του καύσου ως τα μεγάλα κλινικά προβλήματα της εισρόφησης, της απόφραξης και της αιμορραγίας. Μία από τις κυριότερες καλοήθεις διαταραχές της λειτουργίας του οισοφάγου είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, την οποία και θα αναπτύξουμε παρακάτω.

Συμπτώματα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης

Η κυριότερη λειτουργία του οισοφάγου είναι η μεταφορά στερεών και υγρών από το στόμα στο στομάχι, εμποδίζοντας ταυτόχρονα την εισρόφησή τους στις εισπνευστικές οδούς και τη μετακίνηση του περιεχομένου του στομάχου προς την αντίθετη κατεύθυνση (γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση).

Οι κυριότερες καλοήθεις διαταραχές της λειτουργίας αυτού του οργάνου είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ) και οι διαταραχές της κινητικότητάς του με παρουσία συμπτωμάτων.

Επιγραμματικά τα κλινικά συμπτώματα είναι η δυσφαγία, δηλαδή η παρεμπόδιση της μετακίνησης της τροφής κατά την κατάποση –ένδειξη πάθησης του οισοφάγου ο καύσος (πύρωση), συχνό σύμπτωμα που εκτείνεται στην οπισθοστερνική χώρα και οφείλεται στην παλινδρόμηση όξινου γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο–, η οδυνοφαγία –πόνος κατά την κατάποση–, ο έντονος οπισθοστερνικός πόνος μη καρδιακής αιτιολογίας, ερυγές, ναυτία, επιγαστραλγία, κόμπος (globus).

Συμπτώματα γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου (ΓΟΠΝ) εμφανίζονται στο 20-40% του πληθυσμού στις δυτικές κοινωνίες, ενώ το 40-60% των ασθενών εμφανίζει οισοφαγίτιδα.

Διάγνωση και θεραπεία

Οι στόχοι της θεραπευτικής αντιμετώπισης της γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου (ΓΟΠΝ) περιλαμβάνουν τον έλεγχο των συμπτωμάτων, την επούλωση του οισοφαγικού βλεννογόνου (οισοφαγίτιδα), καθώς και την πρόληψη των επιπλοκών (εξέλκωση, πεπτική στένωση, αιμορραγία, διάτρηση, οισοφάγος Barrett). Η συχνότητα εμφάνισης των επιπλοκών είναι μεγαλύτερη στους λευκούς (12%) σε σχέση με τους έγχρωμους (3%) και τους Ασιάτες (0%). Δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες για τη μακροχρόνια παρακολούθηση ασθενών με ΓΟΠΝ, κυρίως λόγω της ετερογένειας των συμπτωμάτων και των βλεννογονικών βλαβών αφενός, και αφετέρου διότι η εξέλιξη της νόσου επηρεάζεται από τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Η κλινική πορεία των ασθενών με παλινδρομική οισοφαγίτιδα με την παρουσία ή όχι διαφραγματοκήλης επίσης ποικίλλει. Μετά τη θεραπεία μερικοί παραμένουν χωρίς βλάβες, άλλοι υποτροπιάζουν αλλά δεν επιδεινώνονται και άλλοι επιδεινώνονται και εμφανίζουν κάποια επιπλοκή (οισοφάγο Barrett 7%, πεπτική στένωση 2%, έλκος 2%, βραχύ οισοφάγο 0,3%).

Είναι χρήσιμο να αναφερθούν και οι εξωοισοφαγικές εκδηλώσεις ΓΟΠΝ, όπως βήχας, πνευμονία, άπνοια σε βρέφη, βρογχικό άσθμα, φαρυγγίτιδα, βράγχος φωνής, οδοντικές βλάβες κ.ά. Για παράδειγμα, υπολογίζεται ότι το 10% των ΩΡΛ ασθενών και το 1% του γενικού γιατρού έχουν συμπτώματα που οφείλονται σε ΓΟΠΝ, ενώ το 75% των ασθενών με λαρυγγικές και φωνητικές βλάβες έχουν παλινδρόμηση. Η ΓΟΠΝ, λοιπόν, πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από ποικιλία καταστάσεων που προσβάλλουν τον οισοφάγο, το γαστρεντερικό σύστημα γενικότερα και το καρδιαγγειακό. **Θωρακικός πόνος, κόπωση, δύσπνοια, δυσφορία θα πρέπει να αξιολογηθούν καρδιολογικά προς αποκλεισμό στεφανιαίας νόσου**. Από το γαστρεντερικό, η χολολιθίαση, το πεπτικό έλκος, η γαστρίτιδα μπορεί να δημιουργούν παρόμοια συμπτώματα με αυτά της ΓΟΠΝ.

Η πιο βαριά ιστολογική συνέπεια της χρόνιας γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης είναι ο οισοφάγος Barrett. Είναι αποτέλεσμα κυρίως της οισοφαγίτιδας εκ παλινδρομήσεως και χαρακτηρίζεται ως κύριος παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου. Διαγιγνώσκεται σε όλες τις ηλικίες, κυρίως μετά τα 40 έτη (μέση ηλικία εμφάνισης 50-60 έτη), και παρουσιάζει προτίμηση στους άνδρες (άνδρες προς γυναίκες είναι 2:1) και στη λευκή φυλή με αυξανόμενη συχνότητα τα τελευταία χρόνια.

Το συχνότερο, λοιπόν, πρόβλημα του κλινικού γιατρού είναι αν θα πρέπει να υποβάλει τον ασθενή σε εργαστηριακό έλεγχο ή αν είναι ασφαλές να τον υποβάλει απ' ευθείας σε «εμπειρική» αντιπαλινδρομική αγωγή. **Τα δεδομένα συγκλίνουν στην άποψη ότι οι ασθενείς με ενδεικτικά συμπτώματα οργανικής βλάβης (συμπτώματα συναγερμού) πρέπει να υποβάλλονται σε άμεσο έλεγχο (γαστροσκόπηση, λήψη βιοψιών και λοιπός εργαστηριακός έλεγχος).**

Οι ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτώματα οργανικής βλάβης πρέπει να υποβάλλονται σε άμεσο έλεγχο (γαστροσκόπηση, λήψη βιοψιών και λοιπός εργαστηριακός έλεγχος).

Δυσπεψία

Τουλάχιστον το 30% των παλινδρομικών ασθενών έχουν και συμπτώματα λειτουργικής δυσπεψίας, ενώ άλλοι τόσοι έχουν συμπτώματα ευερέθιστου εντέρου (σπαστική κολίτιδα).

Με τον όρο **δυσπεψία** περιγράφουμε όχι μια νόσο, αλλά ένα σύνολο συμπτωμάτων που μπορούν να αποδοθούν είτε σε οργανική νόσο ή σε λειτουργικές διαταραχές του πεπτικού σωλήνα. Ως δυσπεψία ορίζεται ο πόνος ή η δυσφορία που εντοπίζεται στο επιγάστριο και περιγράφεται από τον ασθενή ως εύκολος κορεσμός, ναυτία, μεταγευματικό βάρος, ερυγές. Ο επιπολασμός της δυσπεψίας κυμαίνεται γύρω στο 25% χωρίς να υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ διαφόρων χωρών και διαφόρων χρονικών περιόδων. Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων.

Στατιστικά, το 20-40% των επισκέψεων σε γαστρεντερολόγους και το 2-3% σε γενικούς γιατρούς οφείλεται σε δυσπεψία. Είναι 2-3 φορές συχνότερη από το πεπτικό έλκος, ενώ στο 30% των πασχόντων εμφανίζει αυτόματη υποχώρηση των συμπτωμάτων με τον καιρό. Η παθογένειά της είναι πολυπαραγοντική (συμπεριλαμβανομένων και των περιβαλλοντικών-ψυχολογικών παραγόντων – stress) και απαιτείται διαφορική διάγνωση για αποκλεισμό άλλων οργανικών αιτίων (γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος θα βρεθεί στο 15-25% των ασθενών με δυσπεψία, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση σε 5-15% και γαστρικός ή οισοφαγικός καρκίνος σε <2%). Τα διαφορετικά, λοιπόν, παθολογικά αίτια που την προκαλούν έχουν ως συνέπεια και τη διαφορετική αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής που εφαρμόζεται σε κάθε ασθενή.

Μέτρα αντιμετώπισης της παλινδρομικής νόσου

Γενικά, τα προτεινόμενα μέτρα αντιμετώπισης της παλινδρομικής νόσου με ή χωρίς διαφραγματοκήλη είναι:
α) συντηρητικά, δηλαδή παρέμβαση στον τρόπο ζωής του πάσχοντα, απώλεια βάρους, κατάκλιση 2-3 ώρες μετά τα γεύματα, ανύψωση κεφαλής του κρεβατιού, μικρά και συχνά γεύματα, αποφυγή καπνού, αλκοόλ, σοκολάτας, μέντας, λιπαρών γευμάτων κ.ά.,
β) φαρμακευτική αγωγή,
γ) χειρουργική θεραπεία, με κριτήρια που σαφώς έχουν οριστεί.

TURBO-X

Fly-X

TURBO-X FLYNOTE MS-94-432

Με τεχνολογία επεξεργαστή Intel® Centrino® 2 και δυνατότητα ενσωματωμένου 3G Module για να έχετε internet παντού.

- Επεξεργαστής: Intel® Core™ 2 Duo T9400 (2.53 GHz, 6MB cache, 1066FSB)
- Μνήμη: 4096MB DDR2
- Σκληρός Δίσκος: 320GB SATA 5400rpm
- Πρόσθετα: WiFi N / Bluetooth / WebCam 2.0 MP

1199 €

Κωδικός: 1159666

intel Centrino 2 inside™ Performance to go

Intel, the Intel logo, Centrino and Centrino Inside are trademarks of Intel Corporation in the U.S. and other countries.

πλαισιο

www.plaisio.gr

Γραμμή Επικοινωνίας: 800-11-12345

Δημήτρης Λουκόπουλος,
Διευθυντής Αιματολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών,
Ομότιμος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών

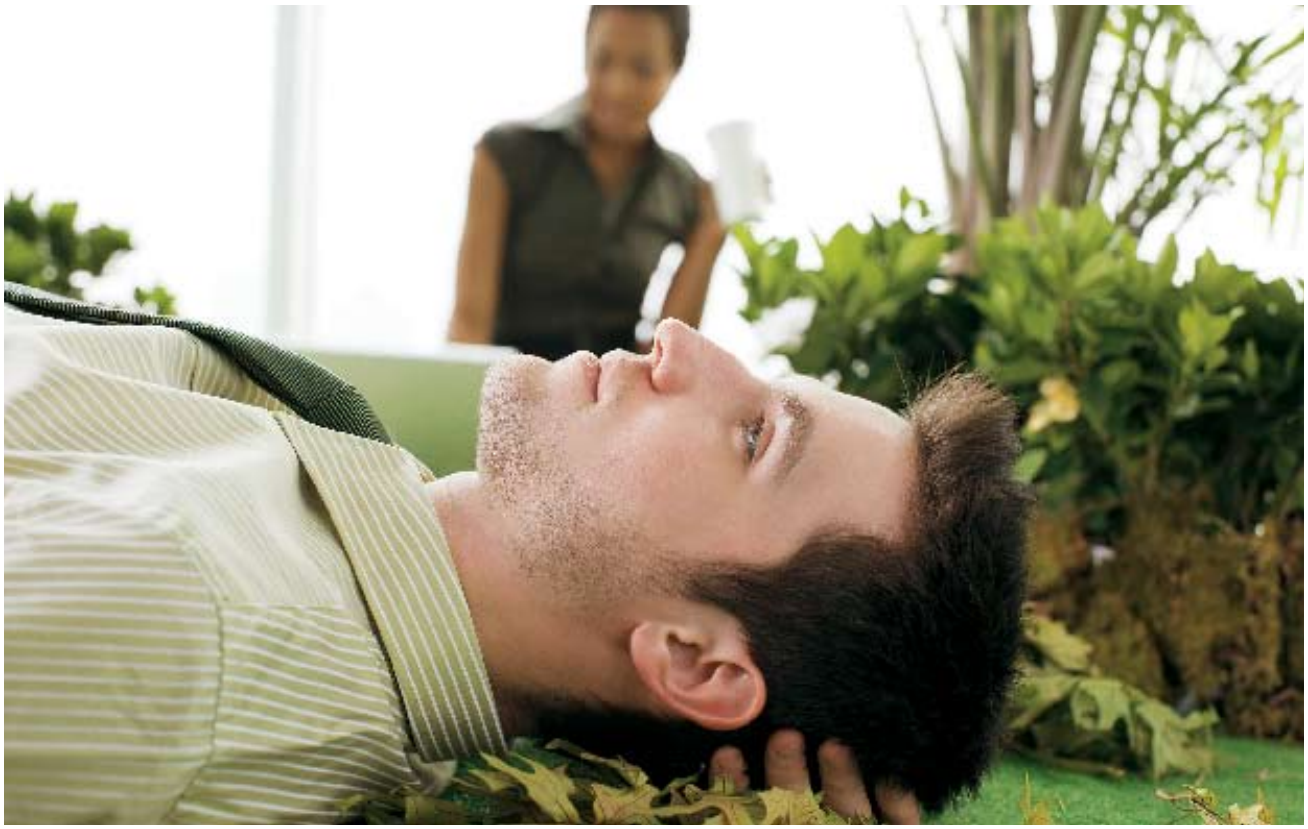
Λευκοπενίες

Ένα συχνό εύρημα με ποικίλη σημασία

Οι λευκοπενίες –καταστάσεις κατά τις οποίες μειώνεται ο αριθμός των λευκοκυττάρων του αίματος κάτω από τα φυσιολογικά επίπεδα– αποτελούν συχνό εύρημα, δημιουργώντας απορίες και αδικαιολόγητα, κατά κανόνα, προβλήματα. Για το λόγο αυτό, το άρθρο που ακολουθεί παρουσιάζει μιαν απλουστευμένη μορφή του θέματος, με την ελπίδα ότι θα προσφέρει ενδιαφέρουσες πληροφορίες μειώνοντας παράλληλα και την ανησυχία πολλών αναγνωστών.

Στη σημερινή εποχή, με την καθιέρωση των ποικίλων προληπτικών ελέγχων (check-up), την ευκολία των εργαστηριακών εξετάσεων, τις εκλαϊκευμένες ιατρικές εκδόσεις, τα αντίστοιχα άρθρα των εφημερίδων και την εύκολη πρόσβαση στην πλούσια ύλη του Διαδικτύου, η πληροφόρηση του κοινού για τα θέματα υγείας είναι ευρύτατη, αλλά συνάμα και επικίνδυνη. Και τούτο, γιατί η διάγνωση ή πρόγνωση δεν εξαρτώνται μόνον από τους «αριθμούς». Υπάρχει απόλυτη ανάγκη αξιολόγησης των αριθμών με τις γνώσεις και την καλή κρίση των θεραπόντων ιατρών. Ατυχώς, αυτό δεν αποτελεί τον κανόνα και οι παρερμηνείες πολλών αποτελεσμάτων από τα ενδιαφερόμενα άτομα (ή και από τους συγγενείς τους) οδηγούν συχνά σε ανησυχίες, ερωτήματα, επανάληψη εξετάσεων, πολλές από τις οποίες είναι πολυδάπανες και άσκοπες, και τελικά σε επιβάρυνση του συστήματος υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα.
Στα εργαστηριακά ευρήματα που συχνά παρερμηνεύονται και οδηγούν τους ενδιαφερόμενους σε διάφορους ειδικούς για καθησυχασμό ή δεύτερη γνώμη ανήκουν οι λευκοπενίες. **Οι καταστάσεις αυτές χαρακτηρίζονται, όπως υποδηλώνει και η ονομασία τους, από μείωση του αριθμού των λευκοκυττάρων του αίματος κάτω από τα φυσιολογικά επίπεδα, η οποία άλλοτε συνοδεύεται από κλινικά προβλήματα και άλλοτε διατρέχει χωρίς καμία ένδειξη μέχρις ότου αποκαλυφθεί τυχαία σε κάποια εξέταση.**
Στο ίδιο πλαίσιο εντάσσεται και ένα άλλο συχνό πρόβλημα που φέρνει, δικαιολογημένα ή αδικαιολόγητα, πολλά άτομα στο αιματολογικό ιατρείο για διερεύνηση. Πρόκειται για τη διαταραχή της κανονικής αναλογίας των διαφόρων μορφών των λευκοκυττάρων του αίματος, που είναι γνωστή ως «αναστροφή του τύπου».

Η διαπίστωση μείωσης των λευκοκυττάρων, ακόμη και στο μισό του φυσιολογικού, δεν πρέπει να προκαλεί τον πανικό: επιβάλλεται να οδηγήσει σε ψύχραιμη αξιολόγηση.



Λευκοπενία – Αναστροφή του τύπου: Ορισμοί

Λευκοπενία σημαίνει μείωση του αριθμού των λευκοκυττάρων κάτω από τα φυσιολογικά όρια. Αντίστοιχα, ουδετεροπενία σημαίνει μείωση των ουδετερόφιλων πολυμορφοπύρηνων λευκοκυττάρων κάτω από τα φυσιολογικά όρια, λεμφοπενία σημαίνει μείωση των λεμφοκυττάρων κάτω από τα φυσιολογικά όρια κ.ο.κ. για τη μονοκυτταροπενία, την ηωσινο(φιλο)πενία και τη μείωση των βασεόφιλων λευκών. Οι συνέπειες των πενιών αυτών ποικίλλουν ανάλογα με τη λειτουργία των κυττάρων της κάθε ομάδας. Αναστροφή του τύπου είναι η μικρή ή μεγάλη απόκλιση του εξεταζόμενου αίματος από τις αναλογίες των διαφόρων τύπων λευκοκυττάρων που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Γενικές πληροφορίες για τα λευκοκύτταρα

Μορφολογία και αριθμοί

Τα λευκά αιμοσφαίρια (ή λευκοκύτταρα) κυκλοφορούν στο αίμα του ανθρώπου –και των θηλαστικών γενικότερα– και του εξασφαλίζουν την άμυνα έναντι μικροβίων, παρασίτων και ξένων ουσιών. Υπό κανονικές συνθήκες, ο συνολικός αριθμός των λευκοκυττάρων στο αίμα κυμαίνεται από 5.000 έως 10.000 ανά κυβικό χιλιοστό (μL), δηλαδή περίπου όσο μία σταγόνα αίματος. Όταν η σταγόνα αυτή επιστρωθεί σε μια γυάλινη πλάκα και βαφεί με τις κατάλληλες χρωστικές, η εξέτασή της στο μικροσκόπιο αποκαλύπτει μυριάδες ερυθροκύτταρα, όλα κοκκινωπά και όμοια με σχήμα αμφίκοιλου δίσκου, και ανάμεσά τους μερικά εμπύρηνα κύτταρα, ποικιλόσχημα και πολύχρωμα, τα λευκοκύτταρα. **Με βάση τη μορφολογία τους τα λευκοκύτταρα διακρίνονται σε τρεις κύριες ομάδες: τα πολυμορφοπύρηνα, τα λεμφοκύτταρα και τα μονοκύτταρα.**

- Τα κύτταρα της πρώτης ομάδας είναι σαφώς μεγαλύτερα από τα ερυθρά, έχουν πολύλοβο πυρήνα και ανοιχτόχρωμο πρωτόπλασμα που είναι γεμάτο κοκκία (κοκκιοκύτταρα). Το χρώμα των κοκκίων με τις κοινές «πανοπτικές» χρώσεις κατατάσσει τα πολυμορφοπύρηνα σε τρεις υποομάδες: τα ηωσινόφιλα, με κοκκία που χρωματίζονται επιλεκτικά με την ηωσίνη (πορτοκαλί χρώμα, από τη λέξη «ηώς», που σημαίνει αυγή), τα βασεόφιλα, με πολύ βαθύχρωμα κοκκία, και τα ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρηνα, τα κοκκία των οποίων δεν είναι ούτε πορτοκαλί ούτε μαύρα – παίρνουν δηλαδή και τις δύο χρωστικές (λέγονται και ουδέτερα).
- Τα μονοκύτταρα είναι παρόμοια. Μεγάλα κύτταρα με πολύμορφο πυρήνα μοιάζουν σαν να κινούνται πάνω στο επίχρισμα, με μοβ πρωτόπλασμα και πολλά μικρά κοκκία.
- Τα λεμφοκύτταρα είναι τελείως διαφορετικά: είναι μικρότερα από τα πολυμορφοπύρηνα και χαρακτηρίζονται από έναν μεγάλο στρογγυλό πυρήνα που περιβάλλεται από ένα δακτύλιο γαλαζωπού πρωτοπλάσματος, συνήθως χωρίς κοκκία.

Η αναλογία των τριών υποομάδων εμφανίζει μικρές μόνο διακυμάνσεις στα φυσιολογικά άτομα, ενώ κάθε μεγάλη απόκλιση υποδηλώνει συγκεκριμένη διαταραχή ή/και παθολογική κατάσταση (Πίνακας 1). Τα ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρηνα είναι τα περισσότερα. Ακολουθούν τα λεμφοκύτταρα και οι άλλες ομάδες. Ο απόλυτος αριθμός των κυττάρων κάθε μίας από τις παραπάνω ομάδες υπολογίζεται εύκολα αν κανείς πολλαπλασιάσει το ποσοστό της ομάδας (λευκοκυτταρικός τύπος) επί τον απόλυτο αριθμό των λευκοκυττάρων σε έναν δεδομένο όγκο αίματος (στην προκειμένη περίπτωση, σε ένα μL – κυβικό χιλιοστό). Οι αριθμοί αυτοί δίνονται στον Πίνακα 1 και αποτελούν τη βάση για τη συνέχεια.

Παραγωγή λευκοκυττάρων. Παθογένεια λευκοπενιών

Η παραγωγή των λευκοκυττάρων γίνεται στο μυελό των οστών και στους λεμφαδένες και ρυθμίζεται με πολύπλοκους μηχανισμούς, που, σε τελική ανάλυση, αποτελούν την απάντηση στο ερώτημα πόσα λευκοκύτταρα χρειάζονται σε κάθε δεδομένη στιγμή. Τα λευκοκύτταρα που παράγονται κυκλοφορούν για λίγες ημέρες επιτελώντας τις λειτουργίες τους και στο τέλος πεθαίνουν για να αντικατασταθούν από νέα.

Κατά συνέπεια, λευκοπενία μπορεί να προκύψει με δύο μηχανισμούς:

α) με τη μείωση της παραγωγής λευκοκυττάρων ή

β) με την «ανακατανομή» μεταξύ των λευκοκυττάρων που κυκλοφορούν και εκείνων που παραμένουν σε εφεδρεία ή με αύξηση του ρυθμού καταστροφής τους στην κυκλοφορία και τους ιστούς.

Η αναστροφή του τύπου μπορεί να υποδηλώνει μείωση της παραγωγής ενός μόνον τύπου λευκοκυττάρων, οπότε η αναλογία του στο αίμα διαταράσσεται. Σημειώνεται ότι υπάρχει και αναστροφή του τύπου που οφείλεται σε υπερπαραγωγή ενός τύπου λευκοκυττάρων, αλλά αυτή δεν θα εξετασθεί εδώ.

Είναι ευνόητο ότι η λευκοπενία από μείωση της παραγωγής (ο πρώτος μηχανισμός) δεν μπορεί να αφορά όλες τις σειρές των λευκών αιμοσφαιρίων. Κατά βάση, πρόκειται είτε για ουδετεροπενία είτε για λεμφοπενία, ποτέ όμως και τα δύο μαζί. **Τα ουδετερόφιλα μειώνονται όταν υπάρχει βλάβη του μυελού. Τα λεμφοκύτταρα, όταν υπάρχει μεγαλύτερη βλάβη στο λεμφικό σύστημα. Η μείωση των ουδετερόφιλων λευκών μειώνει την ετοιμότητα του οργανισμού για άμεση αντίδραση στην εισβολή μικροβίων και τον κάνει επιρρεπή στις λοιμώξεις. Η μείωση των λεμφοκυττάρων οδηγεί σε μια μορφή ανοσολογικής ανεπάρκειας, όπου ο οργανισμός είναι πολύ ευαίσθητος σε κάθε είδους λοίμωξη γιατί δεν μπορεί να αντιτάξει τα κατάλληλα αντισώματα.**

Η μείωση του συνόλου των λευκοκυττάρων ενός ατόμου χωρίς μεταβολή στις κανονικές αναλογίες του λευκοκυτταρικού τύπου –χαρακτηριστικό γνώρισμα του δεύτερου μηχανισμού– υποδηλώνει κατά κανόνα ένα φαινόμενο ανακατανομής. Συνήθως δεν έχει παθολογική σημασία, εκτός από τις περιπτώσεις εκείνες που η μείωση είναι τόσο έντονη ώστε να δημιουργείται και πάλι ευπάθεια στις λοιμώξεις.

Η ανακατανομή των λευκοκυττάρων είναι ένα ενδιαφέρον φαινόμενο. Περίπου τα μισά από τα λευκοκύτταρα που αποδίδονται από το μυελό ή το λεμφικό σύστημα στην κυκλοφορία προσκολλώνται στο τοίχωμα των αγγείων ή σε ειδικούς αγγειακούς χώρους της σπλήνας και του μυελού των οστών και αποδίδονται στην κυκλοφορία μόνον όταν υπάρξει ανάγκη. Τα λευκοκύτταρα που «διαβάζουμε» στις εξετάσεις αίματος αντιπροσωπεύουν το άλλο μισό της συνολικής παραγωγής. Όμως, σε ορισμένες περιπτώσεις, η ισοκατανομή των προσκολλημένων και των κυκλοφορούντων λευκοκυττάρων αλλάζει, και μάλιστα σε βάρος των λευκοκυττάρων που κυκλοφορούν. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η λευκοπενία χωρίς μεταβολή του λευκοκυτταρικού τύπου που διαπιστώνεται είναι συνήθως αθώα και δεν ενέχει ειδικό κίνδυνο. Η αιτιολογία της ανακατανομής δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη, και στις περισσότερες περιπτώσεις, όπου αυτή είναι ήπια, δεν υπάρχει καμία εξήγηση. Ακραίες περιπτώσεις είναι η κατακράτηση των λευκοκυττάρων στη σπλήνα, όταν αυτή διογκώνεται υπέρμετρα σε λοιμώξεις (καλαζάρ-λεϊσμανίαση), σε χρόνιες φλεγμονές (αρθρίτις) ή μυελοσκλήρυνση.

Μαζική κατανάλωση λευκοκυττάρων και, κατά συνέπεια, σοβαρή λευκοπενία επισυμβαίνει και στη βαριά σήψη, όπου το σύνολο των κυττάρων (και κυρίως τα ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρηνα) καταστρέφονται.

Λειτουργίες λευκοκυττάρων

Η λειτουργία των λευκοκυττάρων αποτελεί ένα από τα πιο ενδιαφέροντα κεφάλαια της αιματολογίας γιατί είναι εξαιρετικά πολύμορφη και περίπλοκη, αλλά και πολύ σημαντική για την επιβίωσή μας, αφού αυτή εξασφαλίζει την άμυνά μας έναντι κάθε μικροοργανισμού ή βλαβερής ουσίας. Σε γενικές γραμμές, η άμυνα αυτή εξασφαλίζεται με δύο τρόπους:

α) με την άμεση εξουδετέρωση του βλαπτικού παράγοντα, που είναι αποστολή των κοκκιοκυττάρων και των μονοκυττάρων, και

β) με την περισσότερο μακρόχρονη «χημική» οδό, που λειτουργεί μέσω των αντισωμάτων που παράγονται με πολύπλοκη διαδικασία από τα λεμφοκύτταρα.

Η άμεση εξουδετέρωση των μικροβίων (ή και των παθολογικών ουσιών) από τα κοκκιοκύτταρα είναι θεαματική. Όταν ληφθεί το μήνυμα ότι σε κάποιο σημείο του σώματος έχει γίνει εισβολή μικροβίων, τα ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρηνα βγαίνουν από τα αγγεία διολισθαίνοντας ανάμεσα στα κύτταρα του τοιχώματος και πορεύονται προς το στόχο τους. Το φαινόμενο ονομάζεται τροπισμός. Όταν συναντήσουν τον «εχθρό», εκβάλλουν προεκβολές που τον αγκαλιάζουν, τον περικλείουν και τον φέρνουν στο εσωτερικό τους. Έπειτα, φέρνουν κοντά του τα κοκκία τους, που δεν είναι τίποτε άλλο παρά «σακουλάκια» με διάφορες δραστικές ουσίες (ένζυμα κ.ά.) και τα αδειάζουν επάνω στο μικρόβιο, επιφέροντας το θάνατο και τη διάλυσή του (πέψη).

Η εξουδετέρωση και πέψη από τα ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρηνα γίνεται με παρόμοιο τρόπο και για διάφορα ξένα σωματίδια που είναι ενοχλητικά (π.χ., κρύσταλλοι ουρικού οξέος), για ουσίες που είναι πολύ αντιγονικές και δημιουργούν αλλεργία (όπου τα ηωσινόφιλα παίζουν τον κύριο ρόλο) ή για μικροοργανισμούς (π.χ., λεϊσμάνιες, όπου πρωταγωνιστές είναι τα μονοκύτταρα). Το φαινόμενο λέγεται φαγοκυττάρωση και η σωστή του διεκπεραίωση έχει προφανή σημασία για την άμυνα του οργανισμού.

Τα κοκκία των βασεόφιλων επιτελούν διαφορετικές λειτουργίες και δεν μετέχουν άμεσα στους παραπάνω μηχανισμούς. Τα λεμφοκύτταρα λειτουργούν με διαφορετικό τρόπο. Όταν αντιληφθούν κάποια ουσία ξένη για τον οργανισμό (αντιγόνο), είτε διαλυτή είτε πάνω σε ένα κύτταρο, τότε ενεργοποιούνται και μετά από μια σειρά διεργασιών και μεταμορφώσεων καταλήγουν στην παραγωγή των αντίστοιχων αντισωμάτων που εξουδετερώνουν χημικά το αντιγόνο.

Οι λευκοπενίες στην πράξη

Με βάση τις παραπάνω πληροφορίες, ερχόμαστε τώρα να αξιολογήσουμε μια λευκοπενία και να εκτιμήσουμε αν και κατά πόσον αυτή έχει ανάγκη άμεσης –και ποιας– ιατρικής παρέμβασης ή, ακόμη, αν αυτή είναι επικίνδυνη για τον ασθενή. Ως πρώτο παράδειγμα θα χρησιμοποιήσουμε μια γυναίκα μέσης ηλικίας που έχει 3.700 λευκοκύτταρα (ανά μL) με 62% πολυμορφοπύρηνα ουδετερόφιλα (απόλυτος αριθμός 2.400), δηλαδή λίγο λιγότερα από το κανονικό. Υπάρχει λόγος ανησυχίας; Αναμφισβήτητα όχι. Είναι σαφές ότι οι βιολογικές παράμετροι εμφανίζουν διακυμάνσεις που μερικές φορές ξεφεύγουν λίγο από το κανονικό χωρίς να κρύβουν κάτι παραπάνω. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η απόκλιση είναι μικρή και μπορεί να αγνοηθεί, τουλάχιστον για λίγο καιρό, οπότε η εξέταση πρέπει να επαναληφθεί. Αν, στο πέρασμα του χρόνου, οι παραπάνω αριθμοί δεν αλλάξουν σημαντικά, η ασθενής θα παραμείνει υπό παρακολούθηση. Σε παρακολούθηση –αλλά με παράλληλη αναζήτηση υποκείμενων παθολογικών καταστάσεων που θα μπορούσαν να ενέχονται (όπως π.χ., ο διάχυτος ερυθηματώδης λύκος ή η διόγκωση της σπλήνας από ένα λέμφωμα ή άλλο αίτιο)– θα παραμείνει η ασθενής αν ο συνολικός αριθμός των λευκών μειωθεί ακόμη περισσότερο (ακόμη και μέχρι 2.500-3.000 ανά μL) χωρίς μεταβολή των αναλογιών τους στο αίμα (μηχανισμός ανακατανομής). Όμως, αν η ασθενής έχει 3.700 λευκά (ανά μL) με 32% ουδετερόφιλα, τότε το πράγμα είναι σοβαρό, γιατί ο απόλυτος αριθμός των ουδετερόφιλων λευκών εμφανίζεται τώρα σημαντικά μειωμένος (περίπου 1.000/μL), ενώ ο αριθμός των λεμφοκυττάρων παραμένει σε φυσιολογικά όρια (περίπου 2.500/μL). Στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται πληρέστερος έλεγχος, γιατί η ουδετεροπενία αυτή μπορεί να υποκρύπτει είτε μια πρωτογενή βλάβη του μυελού (π.χ., μυελοδυσπλασία, αρχόμενη λευχαιμία, διήθηση του μυελού από ξένα κύτταρα) είτε κάποια δευτερογενή βλάβη του (από φάρμακα ή άλλες τοξικές ουσίες ή ακτινοβολία). Και επειδή τα φάρμακα είναι μέρος της καθημερινής ζωής και οι παρενέργειές τους πολλές φορές αγνοούνται, κάθε λευκοπενία με σύγχρονη μείωση του ποσοστού των ουδετερόφιλων κυττάρων είναι επίφοβη και πρέπει να οδηγήσει σε διακοπή του φαρμάκου και αναθεώρηση της αγωγής.

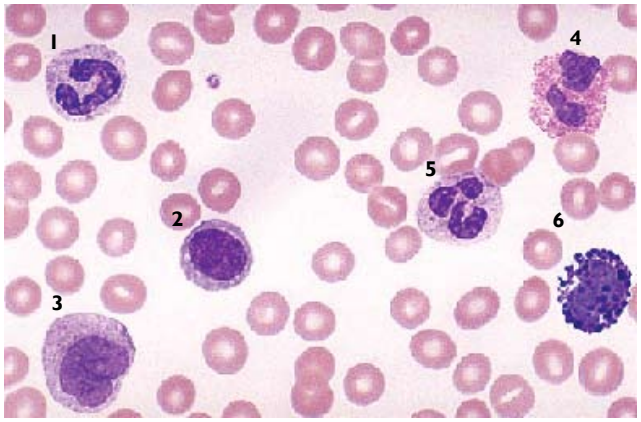
Οι λεμφοπενίες (αριθμός λεμφοκυττάρων κάτω από 1.500/μL), ανεξάρτητα από τη συνύπαρξη ή μη συνολικής λευκοπενίας, είναι σπανιότερες και σοβαρότερες και επιβάλλουν άμεση ιατρική διερεύνηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Φυσιολογικές τιμές των λευκοκυττάρων στον άνθρωπο

			Εύρος τιμών (ανά μL)
Λευκοκύτταρα. Συνολικός αριθμός			4.000 - 11.000
Πολυμορφοπύρηνα		Αναλογία (%)	
	Ουδετερόφιλα	62	2.500 - 7.500
	Ηωσινόφιλα	1	40 - 440
	Βασεόφιλα	0,5	10 - 100
Λεμφοκύτταρα		30	1.500 - 3.500
Μονοκύτταρα		1,5	200 - 800

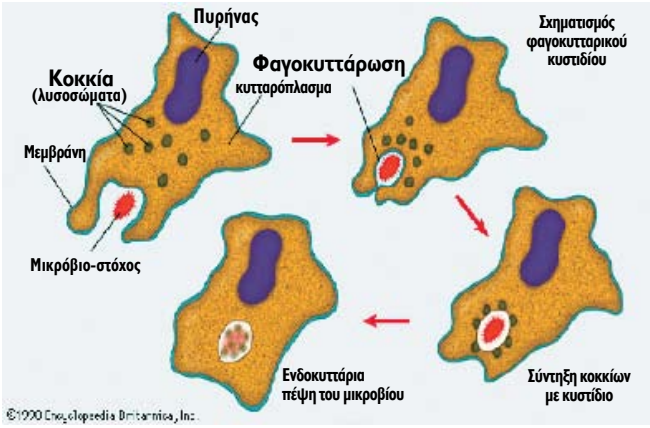
(Hoffbrand AV et al., *Essential Haematology*, Blackwell, Oxford, 2006)

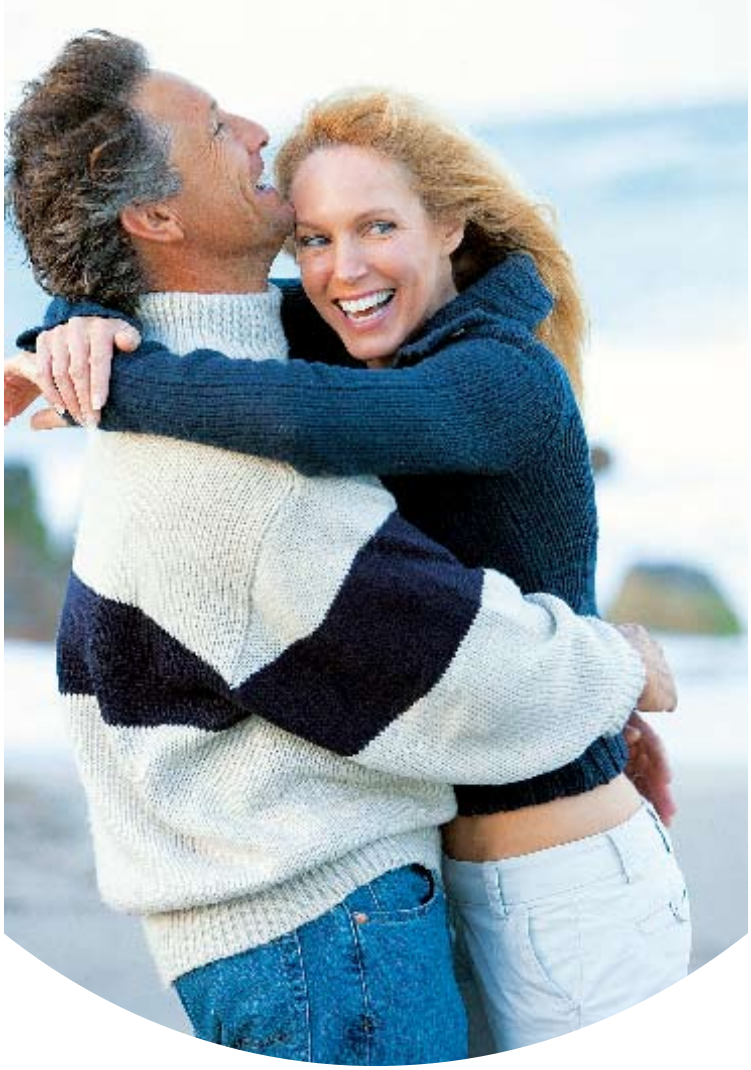
Εικόνα 1. Φυσιολογικά λευκοκύτταρα



1. Ραβδοπύρηνο (νεαρό ουδετερόφιλο)
2. Λεμφοκύτταρο
3. Μονοκύτταρο
4. Ηωσινόφιλο (πολυμορφοπύρηνο)
5. Ουδετερόφιλο (πολυμορφοπύρηνο)
6. Βασεόφιλο (πολυμορφοπύρηνο)

Εικόνα 2. Σχηματική παράσταση της φαγοκυττάρωσης μικροβίου από ένα ουδετερόφιλο λευκοκύτταρο





Imako

Για **πρώτη φορά** στην Ελλάδα, μόνο από την **Ευρωκλινική Αθηνών**

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
ΑΘΗΝΩΝ

Πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα με αυτοφθορισμό

Το πιο σύγχρονο σύστημα αυτοφθορισμού στην Ελλάδα είναι γεγονός! Το διαθέτει το Πνευμονολογικό Τμήμα της Ευρωκλινικής Αθηνών, συμπληρώνοντας την κλασική βρογχοσκόπηση και βοηθώντας στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα.

Το νέο σύστημα αυτοφθορισμού (AFI/NBI) είναι ένα εξειδικευμένο, εξαιρετικής ευαισθησίας και τελευταίας τεχνολογίας σύστημα απεικόνισης ενδοσκοπικής εικόνας, το οποίο, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένα μήκη κύματος του φωτός και με κατάλληλη επεξεργασία της εικόνας, βοηθά άμεσα στην έγκυρη και έγκαιρη πρώιμη διάγνωση των καρκινικών μορφωμάτων του πνεύμονα, μειώνοντας στο ελάχιστο την πιθανότητα λανθασμένης διάγνωσης, αφού οποιαδήποτε αλλοίωση του βλεννογόνου εκτός καρκίνου –όπως αιμορραγίες, προκακοήθεις αλλοιώσεις, φλεγμονές κ.λπ.– απεικονίζεται ξεχωριστά.

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

Υπνική Άπνοια
Αποτελεσματική Αντιμετώπιση

Μία από τις πιο συχνές αιτίες προσέλευσης ασθενών αποτελεί η διαταραχή της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου. Συνήθως πρόκειται για το κοινό ροχαλητό και σπανιότερα για διακοπή της αναπνοής, την οποία ο ειδικός ονομάζει αποφρακτική υπνική άπνοια.

Αίτια και επιπτώσεις της υπνικής άπνοιας

Ενώ το κοινό ροχαλητό, όταν είναι ήπιο και περιοδικό και ιδιαίτερα σε νεαρούς και υγιείς ενήλικες, μπορεί να θεωρηθεί «φυσιολογικό», κάτι τέτοιο δεν ισχύει για την αποφρακτική υπνική άπνοια. Σε αυτήν την περίπτωση, κατά το έντονο ροχαλητό διακόπτεται η αναπνοή για μεγάλο διάστημα, πάνω από 10 δευτερόλεπτα και 5-7 φορές την ώρα ή περισσότερες από 30 φορές κάθε βράδυ. Το οξυγόνο στο αίμα πέφτει δραματικά οδηγώντας σε υποξαιμία και σε αφύπνιση κάποιου βαθμού. Βαθύς ύπνος που ξεκουράζει το σώμα και το πνεύμα είναι αδύνατος. Μια τέτοια κατάσταση συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο καρδιοπνευμονικών παθήσεων, παθήσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος, καθώς και διαταραχών της συγκέντρωσης και της ψυχικής σφαίρας.

Αιτία της υπνικής άπνοιας είναι η απόφραξη του ανώτερου αναπνευστικού. Συγκεκριμένος σωματότυπος (παχυσαρκία, βραχύς τράχηλος, αυξημένη περίμετρος λαιμού), ιδιαίτερα κρανιοπροσωπικά χαρακτηριστικά (μικρογναθία), δυσχερής ρινική αναπνοή (λόγω σκολίωσης του ρινικού διαφράγματος ή άλλης παθολογίας), καθώς και το μέγεθος και η κατασκευή της γλώσσας, της μαλακής υπερώας και του κατώτερου τμήματος του φάρυγγα οδηγούν σ' αυτήν την απόφραξη, ιδίως σε ύπτια θέση κατά τον ύπνο.

Συνήθως οι ίδιοι οι ασθενείς δεν αντιλαμβάνονται τα γεγονότα κατά τη νυκτερινή κατάκλιση. Οι σύντροφοί τους αναφέρουν έντονο ροχαλητό και διακοπή της αναπνοής, που ακολουθείται από πνιγμονή και αγωνιώδη αναπνευστική προσπάθεια. Κατά τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού προκύπτουν πρωινοί πονοκέφαλοι, έντονη ημερήσια υπνηλία (π.χ., να κλείνουν τα μάτια στο τιμόνι μέρα μεσημέρι), αρτηριακή υπέρταση, επηρεασμένη διανοητική λειτουργία και διάθεση. Αυτή η κατάσταση προδιαθέτει καρδιαγγειακά συμβάντα (έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο), επικίνδυνη οδήγηση και τροχαία ατυχήματα, πτώση της απόδοσης στην εργασία, κατάθλιψη και ευερεθιστότητα.

Διάγνωση του Συνδρόμου της Υπνικής Άπνοιας

Η ωτορινολαρυγγολογική εξέταση είναι απαραίτητη για τον εντοπισμό και την καταγραφή των ανατομικών και λειτουργικών ανωμαλιών που προκαλούν το σύνδρομο. Ο ακρογωνιαίος, όμως, λίθος στη διάγνωση του συνδρόμου είναι η πολυσωματοκαταγραφική μελέτη ύπνου. Όπως γίνεται φανερό από το όνομά της, επιτρέπει την ταυτόχρονη και συνεχή καταγραφή πολλαπλών καρδιοαναπνευστικών και νευροφυσιολογικών παραμέτρων κατά τη διάρκεια του ύπνου. Σημαντικότερες εξ αυτών είναι ο υποαπνοϊκός δείκτης, ο αριθμός δηλαδή των επεισοδίων άπνοιας και υπόπνοιας ανά ώρα ύπνου και οι διακυμάνσεις του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης στο αίμα. Με τις λαμβανόμενες τιμές καθορίζεται η βαρύτητα της υπνικής άπνοιας και σχεδιάζεται η αντιμετώπισή της.

Κλασικά, η μελέτη ύπνου πραγματοποιείται σε ειδικά διαμορφωμένες μονάδες με εισαγωγή και διανυκτέρευση στο νοσοκομείο. Πρωτοπορώντας σε αυτόν τον τομέα, εξοπλισθήκαμε πρόσφατα με φορητό πολυσωματοκαταγραφέα μελέτης ύπνου, που πραγματοποιεί την πλήρη μελέτη αξιόπιστα, στο οικείο περιβάλλον του ασθενούς, με δραματική μείωση του κόστους της εκάστοτε μελέτης. Τα καταγεγραμμένα δεδομένα αναλύονται από εξειδικευμένο προσωπικό με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή και εν συνεχεία σχεδιάζεται και επιλέγεται η καταλληλότερη για κάθε ασθενή αντιμετώπιση.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων απαιτούνται διαιτητικοί χειρισμοί για την απώλεια βάρους, χωρίς την οποία οι λοιπές θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι καταδικασμένες σε αποτυχία. Οι ανατομικές ανωμαλίες διορθώνονται χειρουργικά συνήθως με μικρής βαρύτητας επεμβάσεις στη μύτη ή/και στο στοματοφάρυγγα κλιμακωτά, ανάλογα με τη βαρύτητα της πάθησης. Η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας είναι πλέον εύκολη και φθηνή με τη χρήση του φορητού πολυσωματοκαταγραφέα χωρίς καινούρια νοσηλεία. Σε περιπτώσεις πολύ βαριάς υπνικής άπνοιας, εφαρμόζεται μάσκα συνεχούς θετικής πίεσης (CPAP) σε όλη τη διάρκεια του ύπνου και σε καθημερινή βάση. Προηγούμενοι χειρουργικοί χειρισμοί είτε καθιστούν τη μάσκα μη απαραίτητη είτε συμβάλλουν στο να έχει καλύτερο αποτέλεσμα όταν δεν μπορεί να αποφευχθεί. Διαθέτουμε μεγάλη εμπειρία και πραγματοποιούμε όλο το φάσμα των απαραίτητων επεμβάσεων με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Με τη χρήση του φορητού πολυσωματοκαταγραφέα η μελέτη ύπνου είναι πλέον εύκολη και έχει ελάχιστο κόστος, αφού γίνεται στο σπίτι δίχως να χρειάζεται νοσηλεία.

Δημήτρης Τσούκας,
Δ/ντής Ορθοπαιδικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Δ/ντής Κέντρου Ελάχιστα Επεμβατικής Ορθοπαιδικής & Αθλητιατρικής Χειρουργικής

Πρόληψη τραυματισμών στο ποδόσφαιρο

Η ανάγκη δημιουργίας Κέντρου Πρόληψης Αθλητικών Κακώσεων

Περίπου 300 εκατομμύρια άνθρωποι παίζουν ποδόσφαιρο –ανεξαρτήτως επιπέδου– σε όλον τον κόσμο! Μόνο στη Γερμανία υπάρχουν 6 εκατομμύρια οργανωμένοι ποδοσφαιριστές. Οι στατιστικές των Αμερικανών επιβεβαιώνονται: 10% από όλους τους τραυματισμούς που καταγράφονται στις ανεπτυγμένες χώρες αφορούν αθλητικές κακώσεις.

Αθλητική κάκωση – Τραυματισμοί

Ως αθλητική κάκωση ορίζεται ο τραυματισμός που προκύπτει κατά τη διάρκεια της άθλησης ή κάποιας φυσικής δραστηριότητας. Ο όρος, σύμφωνα με τη Wikipedia, περιλαμβάνει και τους τραυματισμούς που προκύπτουν από καθημερινά επαναλαμβανόμενες κινήσεις και επιβαρύνσεις που δέχεται το σώμα κατά την επιτέλεση των επαγγελματικών μας δραστηριοτήτων (όπως, για παράδειγμα, το αυχενικό σύνδρομο ενός τηλεφωνητή, η τενοντίτιδα στον καρπό ή στον αγκώνα μίας γραμματέως ή η οσφυαλγία ενός επαγγελματία οδηγού).

- **Άγνωστος παραμένει ο αριθμός των εργατικών ατυχημάτων στην Ελλάδα**
- **32% δηλωθέντα περιστατικά στην Ελλάδα VS 89% στην Ε.Ε. για το σύνολο των χωρών (EUROSTAT)**
- **Υπάρχουν 19 εκατομμύρια μικρές και μεσαίου μεγέθους επιχειρήσεις στην Ε.Ε. που απασχολούν 75 εκατομμύρια ανθρώπους**
- **Στις επιχειρήσεις αυτές ανάγεται το 82% επί του συνόλου των επαγγελματικών ασθενειών**
- **Περισσότεροι από 1 στους 4 εργαζόμενους στην Ε.Ε. υποφέρουν από εργασιακό άγχος**
- **Εργαζόμενοι ηλικίας 18-24 ετών έχουν 50% περισσότερες πιθανότητες να ασθενήσουν ή να τραυματιστούν στο χώρο εργασίας τους *(πηγή: Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία – OSHA)***

Κάθε χρόνο 1,5% από τους εν ενεργεία αθλητές όλων των σπορ θα υποστούν κάποιον τραυματισμό: 75% ελαφρύ, 20% μεσαίο και 5% βαρύ. Το 2003 ο Connetal ανέφερε ότι περίπου 7 εκατομμύρια Αμερικανών έλαβαν τις πρώτες βοήθειες για κάκωση προερχόμενη από αθλητική δραστηριότητα (25,9 τραυματισμοί ανά 1.000 ανθρώπους).

- Ομάδα με 25 παίκτες αναμένει 45 συνολικά τραυματισμούς: 25 μικρής ως μεσαίας βαρύτητας και 20 βαρείς (περισσότερο από 1 μήνα εκτός δραστηριότητας).
- Κάθε παίκτης αναμένεται να έχει 1-2 μικρούς τραυματισμούς τη σεζόν και 1 σοβαρότερο κάθε τρίτη σεζόν.
- Η πιθανότητα τραυματισμού το 2005-2006 ήταν 22% μικρότερη από το 2001-2002.
- Αναμένονται 3-5 τραυματισμοί/1.000 ώρες άθλησης. Σε υψηλό επίπεδο: 30/1.000 ώρες.
- Πιο συχνός τραυματισμός: μυϊκοί τραυματισμοί οπισθίων μηριαίων - προσαγωγών. 23% του συνόλου ή 1,6/1.000 ώρες. Ομάδα υψηλού ανταγωνισμού με 25 αθλητές αναμένει 10 τέτοιους τραυματισμούς τη σεζόν.

Τα δεδομένα στην Ελλάδα και στην Ευρώπη

Στην Ευρώπη των 15 καταγράφηκαν: **2.475.329 περιστατικά μυοσκελετικών παθήσεων (κυρίως οσφυαλγία) και 846.310 εκδηλώσεις άγχους και κατάθλιψης, που αποδίδονται σε επαγγελματικές αιτίες.**

Όσον αφορά στην Ελλάδα, αξίζει να καταγραφεί το εξής δεδομένο (στοιχεία από μεγάλη ασφαλιστική εταιρεία σε δείγμα 150.000 ασφαλισμένων της): το 2007 σημειώθηκαν 323 τραυματισμοί γόνατος, όσον αφορά μόνο κακώσεις μηνίσκων και πρόσθιου και οπίσθιου χιαστού συνδέσμου, 88 σε γυναίκες και 235 σε άνδρες. Ανά ηλικίες οι τραυματισμοί αυτοί συνέβησαν: 0-15 ετών: 4, 16-25 ετών: 46, 26-35 ετών: 80, 36-45 ετών: 78, 46-55 ετών: 79, 56-65 ετών: 33, 66 και πάνω: 6,52 περιστατικά (17 γυναίκες - 35 άνδρες), που χρειάσθηκαν χειρουργική επέμβαση. Το συνολικό κόστος αντιμετώπισης των τραυματισμών ανήλθε σε 1.363.322 ευρώ, χωρίς να υπολογίσουμε κόστος αποχής από την εργασία κ.λπ. Αν προστεθούν και αθλητικοί τραυματισμοί ώμου (τενόντων και μυών), τότε τα περιστατικά ανέρχονται σε 405 (121 γυναίκες - 284 άνδρες), με κόστος αντιμετώπισης 1.554.926,42 ευρώ.

Η στροφή σε αθλητικές δραστηριότητες είναι δεδομένη και απαραίτητη για τη σωματική και ψυχική υγεία. Όσο αυξανόμενη είναι η ανάγκη άθλησης και φυσικής δραστηριότητας, άλλο τόσο επιτακτική είναι η εφαρμογή πολιτικής πρόληψης αθλητικών κακώσεων.

Είναι επιτακτική η ανάγκη δημιουργίας ενός Κέντρου Πρόληψης Αθλητικών Κακώσεων, βασισμένου σε τεχνολογικά προηγμένα μηχανήματα και σε προσωπικό υψηλής γνώσης και εξειδίκευσης.

Οι υπηρεσίες προληπτικής γενικής ιατρικής στην Ελλάδα θα έλεγε κανείς ότι είναι σε εμβρυϊκό στάδιο, όσον αφορά δε την αθλητιατρική είναι σχεδόν ανύπαρκτες.
Δεν υπάρχουν υπηρεσίες προληπτικού ελέγχου κακώσεων κατά την άθληση στην Ελλάδα και η ζήτηση των υπηρεσιών αυτών αναμένεται αυξημένη τόσο για λόγους κοινωνικής ευαισθησίας όσο και για οικονομικούς λόγους (μείωση κόστους των τραυματισμών αυτών).

Σημαντικοί παράγοντες για την πρόληψη των τραυματισμών

• Ταξινόμηση - κατηγοριοποίηση και καθορισμός ομάδων υψηλού κινδύνου με βάση στοιχεία όπως ηλικία, ιστορικό, φύλο, οικογενειακό ιστορικό: αθλητής με οικογενειακό ιστορικό ρήξης προσθίου χιαστού συνδέσμου έχει διπλάσια πιθανότητα να υποστεί ρήξη ΠΧΣ (*Am. J. Sports Medicine*, 2005, 33:23-28).
• Σε αθλητές υψηλού κινδύνου απαραίτητη είναι η καταγραφή ψυχοκοινωνικών στοιχείων που τους αφορούν (άγχος, οικογενειακή και κοινωνική ζωή κ.λπ.) και η εφαρμογή προγράμματος βελτίωσης ψυχοκινητικών παραγόντων, όπως αυτό εφαρμόστηκε στη Σουηδία (*J. Sports Exercise and Psychology*, 2005, 27:1).
• Υπάρχει όριο στην προσαρμοστική ικανότητα του οργανισμού στην επιβάρυνση και στην καταπόνηση. Πιθανώς απαιτείται μια κατεύθυνση προς στοχευόμενη ποιοτική δουλειά και λιγότερο όγκο προπόνησης. Συνήθως, οι ειδικοί επιστήμονες που ασχολούνται με τους τραυματισμούς στο ποδόσφαιρο επικεντρώνονται στην αναγνώριση και επίλυση συγκεκριμένων κινδύνων.
• Λύνοντας ένα πρόβλημα μπορεί να δημιουργήσουμε ένα άλλο.
• Χρειάζεται μια ολιστική προσέγγιση των αθλητικών τραυματισμών, μέσα από τη μελέτη και ανάλυση όλων των λειτουργικών συστημάτων του ποδοσφαιριστή.

Αυτή είναι η κατεύθυνση των ειδικών μεγάλων ποδοσφαιρικών ομάδων παγκοσμίως, με πρωτοπόρο τη Milan. Ακολουθούν δημιουργώντας ειδικά κέντρα πρόληψης και αντιμετώπισης τραυματισμών ομάδες όπως η Real και η Porto, ενώ εντυπωσιακή είναι η μείωση τραυματισμών που πέτυχε η Bolton. Το Milan Lab είναι ένα πλήρως εξοπλισμένο εργαστήριο με μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας (μόνον ο κεντρικός server στοιχίζει περισσότερο από 500.000 δολάρια), το οποίο ίδρυσε η Milan τον Ιούλιο του 2002 μέσα στο Milanello Sporting Center. Αποσκοπεί στην πρόληψη τραυματισμών, στον καθορισμό προπονητικών προγραμμάτων και στη διατήρηση των αθλητών –ακόμα και μεγάλης ηλικίας– σε πολύ υψηλό επίπεδο. Αποτέλεσμα; Μείωση τραυματισμών κατά 92%, ενώ αγωνιστικά όλοι γνωρίζουμε τα επιτεύγματα της συγκεκριμένης ομάδας.
Βασίζεται στη συλλογή πληροφοριών, κάθε 2 εβδομάδες, για κάθε αθλητή, οι οποίες αφορούν τον κλινικό, βιοχημικό, αιματολογικό, εμβιομηχανικό του έλεγχο και το ψυχοκινητικό του προφίλ. Τα στοιχεία τροφοδοτούν τον κεντρικό υπολογιστή του συστήματος και, μέσω τεχνητής νοημοσύνης, οι αριθμοί μετατρέπονται σε προβλέψεις και πιθανότητες κάκωσης ή πάθησης, βάσει μαθηματικών μοντέλων. Έτσι, οι ιατροί προειδοποιούνται για πιθανά προβλήματα και ενημερώνουν όλη την υπόλοιπη αλυσίδα (προπονητής, γυμναστής κ.λπ.).
Πρόκειται για μια συστεμική προσέγγιση της πρόληψης τραυματισμών, βασισμένη στην ανάλυση του συνόλου αλλά και των υποσυστημάτων του. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η υγεία βασίζεται σε ένα τρίγωνο: (νευρο)δομική λειτουργία (ικανότητα του οργανισμού να αναρρώνει χωρίς φάρμακα), βιοχημική προσαρμογή στις απαιτήσεις της άθλησης και ψυχολογική σταθερότητα. Έτσι, η άριστη λειτουργία ή η εκδήλωση ενός προβλήματος του συνόλου εξαρτάται από τον τρόπο που λειτουργούν τα υποσυστήματά του.

Η ανάγκη δημιουργίας ενός κέντρου πρόληψης αθλητικών κακώσεων

Καθίσταται σαφές ότι είναι επιτακτική η ανάγκη δημιουργίας ενός κέντρου πρόληψης αθλητικών κακώσεων, βασισμένου σε τεχνολογικά προηγμένα μηχανήματα και σε προσωπικό υψηλής γνώσης και εξειδίκευσης.
Ένα τέτοιο κέντρο είναι απαραίτητο για αθλητές, απλούς αθλούμενους, εργαζόμενους και ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας, που επιθυμούν κατόπιν ειδικού ελέγχου να έχουν φυσική δραστηριότητα με τους μικρότερους κινδύνους και τα μεγαλύτερα δυνατά οφέλη (Γηριατρική Αθλητιατρική).

Οστεοπόρωση

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

Inako

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

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

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

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

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Αναστάσιος Παπαδόπουλος,
Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Η σημασία της άσκησης για την υγεία της καρδιάς

Ανέκαθεν οι καρδιολόγοι γινόμαστε δέκτες ερωτημάτων των ασθενών μας, ιδίως αυτών που πάσχουν από στεφανιαία νόσο, για το πότε πρέπει να ξεκινούν σωματική άσκηση (μετά από ένα στεφανιαίο επεισόδιο) και μέχρι ποιο σημείο καταπόνησης να προχωρούν – ερωτήματα που τίθενται πάντα με εύλογη αγωνία.

Στην ιστορία της καρδιολογικής θεραπευτικής, από τις αρχές του περασμένου αιώνα, υπήρχαν ιατρικά «ταμπού» όσον αφορά την αποκατάσταση (rehabilitation) μετά από ένα οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Μάλιστα, τότε η ακινητοποίηση των ασθενών ήταν βραδύτατη (λόγω κινδύνου ρήξης μυοκαρδίου, θανατηφόρων αρρυθμιών, σχηματισμού ανευρυσμάτων κ.λπ.) και ο ασθενής υποχρεωνόταν σε ακινητοποίηση επί της κλίνης για διάστημα 6-8 εβδομάδων, πράγμα που στις ημέρες μας αποτελεί «ιατρικό ανέκδοτο».

Μόλις στις αρχές της δεκαετίας του 1970 αναγνωρίσθηκε η αξία της γρήγορης κινητοποίησης των ασθενών με βάση την Αρχή (ορισμό) του Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) για την αποκατάσταση (rehabilitation) των ασθενών: **το σύνολο των απαιτούμενων ενεργειών, ώστε να εξασφαλίσουμε πως όλοι οι καρδιοπαθείς θα έχουν τις βέλτιστες σωματικές, πνευματικές και κοινωνικές συνθήκες, έτσι ώστε να είναι ικανοί, με τις δικές τους προσπάθειες, να επανακτήσουν με όσο το δυνατόν φυσικότερο τρόπο το ρόλο τους στην κοινωνία και να απολαμβάνουν μια ενεργό ζωή.**

Όλο και περισσότερο, λοιπόν, αναγνωρίζεται στις ημέρες μας η αξία της άσκησης ως μέσο σωματικής και πνευματικής ευεξίας, αλλά και ως μέσο πρόληψης και αποκατάστασης των καρδιοπαθειών.

Παρακάτω θα θέσω υπό τύπον ερωτηματολογίου τις νεότερες επιστημονικές απόψεις για την **αξία της άσκησης.** Τα ερωτήματα αυτά είναι τα συνηθέστερα που μας υποβάλλουν οι ασθενείς μας.

Τα συνηθέστερα ερωτήματα

Μέχρι ποια ηλικία μπορώ να ασκούμαι;

Δεν υπάρχει όριο. Σε λαούς που αριθμούν πολλά «υπεραιωνόβια» μέλη έχει παρατηρηθεί ότι οι άνθρωποι αυτοί ασκούνται σωματικά και πνευματικά μέχρι τα βαθιά γεράματα.

Ποιος τύπος άσκησης θεωρείται καλύτερος για την καρδιά;

Γενικά δεν υπάρχει κανόνας. Στην καρδιά μας «αρέσει» ό,τι αρέσει και σε εμάς. Δηλαδή, ανάλογα με το πού έχει κλίση ο καθένας μας, είναι καλό να καλλιεργεί τον συγκεκριμένο τύπο άσκησης, διότι θα είναι συνεπέστερος σε αυτόν και θα μπορεί να απολαμβάνει μακροπρόθεσμα τα αντίστοιχα οφέλη. Ωστόσο, γενικά το βάδισμα, το οποίο είναι «3Α» (ανώδυνο, ανέξοδο, ακίνδυνο), επειδή είναι συνυφασμένο με την ανθρώπινη φύση, ως φυσικότερη άσκηση ταιριάζει σε όλους τους ανθρώπους και μπορεί να γίνεται καθημερινά χωρίς ιδιαίτερη προετοιμασία. Επίσης, καλύτερες για το καρδιαγγειακό θεωρούνται **οι «αερόβιες» ασκήσεις**, όπως βάδισμα, κολύμπι (αποφυγή κακώσεων μυών και αρθρώσεων), τρέξιμο (τζόγκινγκ), ποδηλασία κ.λπ.

Πόσο συχνά να ασκούμαι και με πόση διάρκεια κάθε φορά;

Ιδανικά, τουλάχιστον 3-4 φορές εβδομαδιαίως από 30 τουλάχιστον λεπτά. Ο χρόνος αυτός είναι απαραίτητος για να αποκτήσει κάποιος την απαραίτητη (και πολυπόθητη) φυσική κατάσταση, αλλά και για να «κάψει» τα περιττά λίπη.

Πότε και πώς μπορώ να ξεκινήσω άσκηση μετά από ένα έμφραγμα ή μετά από «μπαλονάκι» (αγγειοπλαστική);

Συνήθως η απάντηση δεν γίνεται να δοθεί μονολεκτικά. Ανάλογα με τον συγκεκριμένο ασθενή, ο θεράπων ιατρός θα κρίνει το χρόνο και το βαθμό κινητοποίησης. Γενικά, όμως, **το βάδισμα είναι η προτιμητέα άσκηση μετά από ένα οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, διότι δεν χρειάζεται κάποια εξάσκηση και μπορεί να γίνει οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας.** Ξεκινά αρχικά (την πρώτη εβδομάδα) εντός της οικίας του ασθενούς και ένα ή δύο τετράγωνα γύρω από αυτήν. Στην αρχή διαρκεί 10 λεπτά, πρωί και απόγευμα, και κατόπιν 15 λεπτά (αύξηση ανά εβδομάδα). Μετά τον πρώτο μήνα από το έμφραγμα μπορεί να πραγματοποιείται 3-5 φορές εβδομαδιαίως με διάρκεια πάνω από 30 λεπτά. Είναι αυτονόητο πως στο ανωτέρω διάστημα κάθε άσκηση διακόπτεται αμέσως επί εμφανίσεως θωρακικού άλγους, δυσφορίας κ.λπ. και ζητείται επειγόντως ιατρική συμβουλή. Μετά τον 3ο μήνα, ο ασθενής μπορεί προοδευτικά να επανέλθει στην προηγούμενη «φυσιολογική ζωή» και στην άσκηση στην οποία επιδιδόταν πριν το έμφραγμα.

Όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται στις μέρες μας η αξία της άσκησης, ως μέσο σωματικής και πνευματικής ευεξίας, αλλά και ως μέσο πρόληψης και αποκατάστασης των καρδιοπαθειών.

Ποια ώρα της ημέρας είναι κατάλληλη για άσκηση;

Αυτό καθορίζεται κυρίως από τις εποχές του έτους. Άσκηση στις 6:00 η ώρα το πρωί το χειμώνα μπορεί και να είναι επικίνδυνη λόγω ψύχους, ενώ την ίδια ώρα το καλοκαίρι είναι μάλλον ευχάριστη λόγω συνθηκών ζέστης ή ακόμη και καύσωνα τις υπόλοιπες ώρες. **Γενικά αποφεύγουμε την άσκηση σε ακραίες θερμοκρασίες, χρησιμοποιούμε κατάλληλα ρούχα ανάλογα με την εποχή και φροντίζουμε πάντα την ενυδάτωσή μας με νερό, ισοτονικά διαλύματα ηλεκτρολυτών, φρούτα μετά το πέρας της άσκησης ή και κατά τη διάρκειά της εάν είναι πολύωρη.** Οπωσδήποτε, όμως, φροντίζουμε να ξεκινούμε προοδευτικά την άσκηση κάνοντας την περίφημη προθέρμανση και τις λεγόμενες διατάσεις μυών (πριν και μετά την άσκηση) προς αποφυγήν μυϊκών κακώσεων.

Είμαι 40 ετών, παχύσαρκος, καπνιστής. Θέλω να ξεκινήσω πρόγραμμα συστηματικής άσκησης αλλά φοβάμαι. Τι πρέπει να κάνω;

Κατ' αρχάς πλήρη καρδιολογικό έλεγχο. Ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπερηχογράφημα (triplex) καρδιάς, δοκιμασία κόπωσης και πλήρη βιοχημικό και λιπιδαιμικό έλεγχο. Το σημαντικότερο είναι, όμως, ότι μπήκες στη διαδικασία να αναρωτηθείς πού σε οδηγεί μια καθιστική ζωή γεμάτη στρες, η κακή διατροφή και το κάπνισμα. Λένε πως «η αρχή του γύρου της Γης ξεκινά με ένα βήμα» και αυτό μόλις το έκανες. Δεν είναι δυνατόν, βέβαια, να γυμνάζεσαι καπνίζοντας, τρώγοντας και πίνοντας οτιδήποτε. **Η συνολική αλλαγή του τρόπου ζωής είναι αυτή που εξασφαλίζει καλή υγεία, αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης και μειώνει τη νοσηρότητα.**

Τελικά γιατί να αθλούμαι; Τι θα κερδίσω;

Διότι έτσι ζεις περισσότερα και καλύτερα χρόνια και δεν υποφέρεις από τις σύγχρονες εκφυλιστικές ασθένειες του «πολιτισμένου, ανεπτυγμένου κόσμου»: τα καρδιαγγειακά, που «θερίζουν» μέσης, αλλά δυστυχώς και μικρής ηλικίας ανθρώπους. **Πράγματι η άσκηση αυξάνει τη διάρκεια και την ποιότητα ζωής μειώνοντας τη θνητότητα (έως και 43%) και τη νοσηρότητα αυτών που ασκούνται συστηματικά και για χρόνια (έως και 31% μείωση εισαγωγών στο νοσοκομείο σε ηλικιωμένους που βάδιζαν 4 ώρες ή περισσότερο την εβδομάδα).** Αυτό έχει αποδειχθεί από έγκυρες επιστημονικές μελέτες και υπάρχουν διάφοροι μηχανισμοί με τους οποίους πραγματοποιείται: η άσκηση συντελεί στον έλεγχο του σωματικού βάρους, βελτιώνει το μεταβολισμό των λιπών και των υδατανθράκων (μειώνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης μεταβολικού συνδρόμου), βελτιώνει τη λειτουργία του ενδοθηλίου των αγγείων, δημιουργεί παράπλευρη κυκλοφορία, βοηθά στον έλεγχο της υπέρτασης, δημιουργεί ψυχική ευφορία μειώνοντας το στρες και την κατάθλιψη, βελτιώνει τη λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος (αντιαρρυθμική δράση), μειώνει την πιθανότητα θρομβώσεων (αρτηριακών και φλεβικών) και γενικά μειώνει τον κίνδυνο επανεμφράγματος μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου, την ολική θνητότητα (20-43% ποσοστό μείωσης θνητότητας), καθώς και την καρδιαγγειακή.

Είναι ωφέλιμη η άσκηση σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια;

Σαφώς, πέραν πάσης αμφιβολίας, έχει καταδειχθεί πως η άσκηση (χαμηλής έντασης) είναι ωφέλιμη και σε αυτήν την κατηγορία των ασθενών, κυρίως όμως όσον αφορά την ποιότητα ζωής και την ικανότητα άσκησης, όχι όμως όσον αφορά τη μείωση της θνητότητας.

Βοηθά η άσκηση στην απώλεια βάρους, στην αλλαγή των διαιτητικών συνηθειών, αλλά και στη διακοπή του καπνίσματος;

Οπωσδήποτε υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ των ανωτέρω συνηθειών. Δηλαδή, κάποιος που ασκείται, συνήθως προσέχει τη διατροφή του και δεν καπνίζει. Επίσης, είναι γνωστό πως οι περισσότερες δίαιτες αδυνατίσματος έχουν πρόσκαιρα αποτελέσματα όταν δεν συνδυάζονται με προγράμματα γυμναστικής. Ακόμη, η συστηματική άσκηση μειώνει την όρεξη και κυρίως τη «βουλιμία». Ένας συστηματικά αθλούμενος αντιμετωπίζει το σώμα του ως ένα καλό καινούριο «αυτοκίνητο», που, όπως όλοι μας, το προσέχει και «βάζει την καλύτερη βενζίνη και τα καλύτερα λάδια».

Κάνοντας συστηματική γυμναστική μπορώ κάποια στιγμή να διακόψω τα υπολιπιδαιμικά ή αντιυπερτασικά φάρμακα;

Δυστυχώς η απάντηση εδώ δεν είναι καταφατική. Εάν η υπερλιπιδαιμία είναι «οργανική», όπως λέγεται, δηλαδή ομόζυγη ή ετερόζυγη οικογενής υπερλιπιδαιμία, τότε δεν διακόπτουμε σχεδόν ποτέ την αγωγή μας. Όσον αφορά την υπέρταση, τα πράγματα είναι πιο περίπλοκα. Δηλαδή, μεγαλύτερη πιθανότητα έχει να διακόψει τα φάρμακα ένας ασθενής που έχασε 20 περιττά κιλά, έτρωγε πολύ αλάτι με το φαγητό του και κατανάλωνε αλκοόλ σε βαθμό κατάχρησης, παρά ένας αδύνατος, μη καπνιστής υπερτασικός. Ωστόσο, όλοι οι ανωτέρω ασθενείς, ασκούμενοι συστηματικά θα μειώσουν τον αριθμό και τη δοσολογία των λαμβανομένων φαρμάκων, καθώς και την πιθανότητα αύξησης αυτών με την πάροδο του χρόνου.

Είμαι διαβητικός. Μπορώ να αθλούμαι;

Σαφέστατα ναι, υπό την προϋπόθεση των συστάσεων όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή από τον θεράποντα ενδοκρινολόγο. Μελέτες ετών έχουν δείξει 35-45% μείωση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας σε διαβητικούς που ασκούνται συστηματικά, καθώς και 60% μείωση των μικροαγγειακών επιπλοκών του διαβήτη, όπως νεφροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια, νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος κ.λπ. **Επίσης η συστηματική άσκηση προλαμβάνει και καθυστερεί την εμφάνιση διαβήτη σε άτομα με προδιάθεση της νόσου, ενώ σαφώς βελτιώνει τον γλυκαιμικό έλεγχο των διαβητικών.**

Ποιοι κίνδυνοι υπάρχουν κατά την άσκηση;

Ενώ η άσκηση μειώνει μακροχρόνια την καρδιαγγειακή θνητότητα, υπάρχει ένας μικρός κίνδυνος να προκύψει κατά τη διάρκειά της **οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου** (3,4 περιστατικά ανά εκατομμύριο ασθενείς σε προγράμματα αποκατάστασης καρδιοπαθών) και σπανιότερα **αιφνίδιος θάνατος** (1,4 περιστατικά ανά εκατομμύριο ασθενείς στα ίδια προγράμματα). Όλοι μας έχουμε ακούσει ή διαβάσει για περιστατικά αιφνιδίων θανάτων, ακόμη και εν ενεργεία αθλητών. Τα περιστατικά αυτά είναι ιδιαίτερα σπάνια αλλά, λόγω της βαρύτητας των οικογενειακών και κοινωνικών επιπτώσεών τους, θορυβούν εύλογα το κοινωνικό σύνολο. Τα συχνότερα αίτια αιφνιδίου θανάτου στους νέους είναι οι μυοκαρδιοπάθειες, με κύριο εκπρόσωπο την υπερτροφική, καθώς και οι μυοκαρδίτιδες και άλλα σπανιότερα συγγενή σύνδρομα. **Σε ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας η συχνότερη αιτία είναι η στεφανιαία νόσος.** Η αποτροπή και η πρόληψη των περιστατικών αυτών αποτελεί μεγάλο και παλιό θέμα επιστημονικής συζήτησης μεταξύ των καρδιολόγων παγκοσμίως. Εκείνο που πρέπει να τονίσουμε είναι πως, με πλήρη και τακτικό καρδιολογικό έλεγχο (που περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, triplex καρδιάς και δοκιμασία κόπωσης στους μεγαλύτερους), αλλά και με σωστή αξιολόγηση τυχόν ιστορικού αιφνιδίων θανάτων στην οικογένεια, είναι δυνατόν να αποτραπεί η πλειοψηφία αυτών των δυσάρεστων συμβάντων. Επίσης είναι πολύ σημαντικό οι προσφάτου ενάρξεως ασκούμενοι να αθλούνται προοδευτικά και προσεκτικά για 3-6 μήνες και να μην υπερβάλλουν των δυνάμεών τους, διότι η κακή φυσική κατάσταση ετών δεν είναι δυνατόν να αποκατασταθεί σε μικρότερο χρονικό διάστημα.

Συμπεράσματα

Η συστηματική άσκηση έχει δεκάδες ευεργετικές επιδράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό. Στις σύγχρονες συνθήκες ζωής –με την υπερβολική χρήση του αυτοκινήτου ως μέσου μετακίνησης, την καθιστική ζωή «του καναπέ μπροστά σε μια τηλεόραση», το γρήγορο και πρόχειρο φαγητό στα ταχυφαγεία (fast food), τον υπερκαταναλωτισμό– πρέπει όλοι να αφυπνισθούμε αλλάζοντας προσανατολισμό προς ένα φυσιολογικότερο τρόπο ζωής, όπου η συστηματική άσκηση κατέχει δεσπόζουσα θέση.

Εκτός, όμως, από όλα τα επιστημονικά επιχειρήματα υπέρ της άσκησης, δεν πρέπει να λησμονούμε ότι **η άθληση είναι ο πιο σύντομος δρόμος για επιστροφή στην παιδική ηλικία, με σύντομες χρονικές περιόδους ανάπαυλας και ξενοιασιάς που όλοι μας έχουμε τόσο ανάγκη.**

Πέτρος Κουνέλης,
Ορθοπαιδικός Χειρουργός,
Υπεύθυνος Τμήματος Οστεοπόρωσης,
Ευρωκλινική Αθηνών

Ανδρική Οστεοπόρωση
Πρόληψη & Θεραπεία

Την τελευταία δεκαετία αυξήθηκαν κατά πολύ οι γνώσεις και η εμπειρία μας σε ό,τι έχει σχέση με τη μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση, τόσο σε επίπεδο βασικής βιολογίας όσο και σε κλινικό επίπεδο. Έχει όμως παραγνωριστεί το γεγονός πως και οι άνδρες είναι δυνατόν να παρουσιάσουν αυτήν τη σοβαρή οστική νόσο.

Τα τελευταία χρόνια έγινε γνωστό ότι περίπου το 20% των σπονδυλικών καταγμάτων και το 30% των καταγμάτων του ισχίου συμβαίνουν στους άνδρες. Τα αποτελέσματα είναι σημαντική νοσηρότητα, θνησιμότητα, κοινωνικό, ψυχολογικό και οικονομικό κόστος, καθώς και πτώση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Ο αριθμός των ανδρών που πάσχουν από οστεοπόρωση δεν είναι απολύτως ακριβής. Γεγονός είναι όμως ότι διαρκώς αυξάνεται ο αριθμός των ανδρών με κατάγματα, με κυριότερο αίτιο τις δημογραφικές αλλαγές που σημειώθηκαν τον τελευταίο αιώνα: αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και αλλαγή της πληθυσμιακής δομής προς έναν γερασμένο πληθυσμό. Υπολογίζεται ότι τα επόμενα 50 χρόνια θα τριπλασιαστεί η επίπτωση των καταγμάτων των ισχίων στους άνδρες και θα αυξηθεί κατά 2,4 φορές στις γυναίκες. Έτσι, ο αριθμός των καταγμάτων του ισχίου θα φτάσει παγκοσμίως στα 6,3 εκατομμύρια το 2050 – σε σχέση με τα 1,7 εκατομμύρια το 1990.

Η οστική απώλεια επιταχύνεται με τη γήρανση. Έτσι, οι ηλικιωμένοι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερους αριθμούς καταγμάτων από τους νεότερους. **Υψηλούς αριθμούς καταγμάτων παρουσιάζουν επίσης οι άνδρες που καπνίζουν και κάνουν κατάχρηση οινοπνεύματος. Επιπλέον, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα συνδέεται με τον αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων.**

Η ανδρική οστεοπόρωση μπορεί να είναι **πρωτοπαθής** σε ποσοστό 57% ή **δευτεροπαθής** –όπου διαπιστώνονται ένα ή περισσότερα αίτια– σε ποσοστό 43%.

Τα συχνότερα αίτια της δευτεροπαθούς οστεοπόρωσης είναι ο υπογοναδισμός, η χορήγηση κορτικοστεροειδών, η δυσαπορρόφηση ασβεστίου και η ασβεστιουρία. Άλλα αίτια είναι η ατελής οστεογένεση, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο υπερθυρεοειδισμός, ο υπερπαραθυρεοειδισμός, το σύνδρομο Gushing, η νεφρική ανεπάρκεια, η ηπατική ανεπάρκεια, το πολλαπλούν μυέλωμα κ.ά.

Η **διάγνωση** της ανδρικής οστεοπόρωσης γίνεται έπειτα από κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Εμφάνιση αναίτιων καταγμάτων, ακτινολογική οστεοπενία και σπονδυλικές παραμορφώσεις, καθώς και η παρουσία παθήσεων που συνδέονται με χαμηλή οστική μάζα, μας καθοδηγούν στο να συστήσουμε στον ασθενή διαγνωστικό έλεγχο, ο οποίος περιλαμβάνει μέτρηση οστικής μάζας (κατά προτίμηση στην περιοχή του ΟΜΣΣ και σε αυτήν του ισχίου) και ειδικό βιοχημικό έλεγχο αίματος και ούρων.

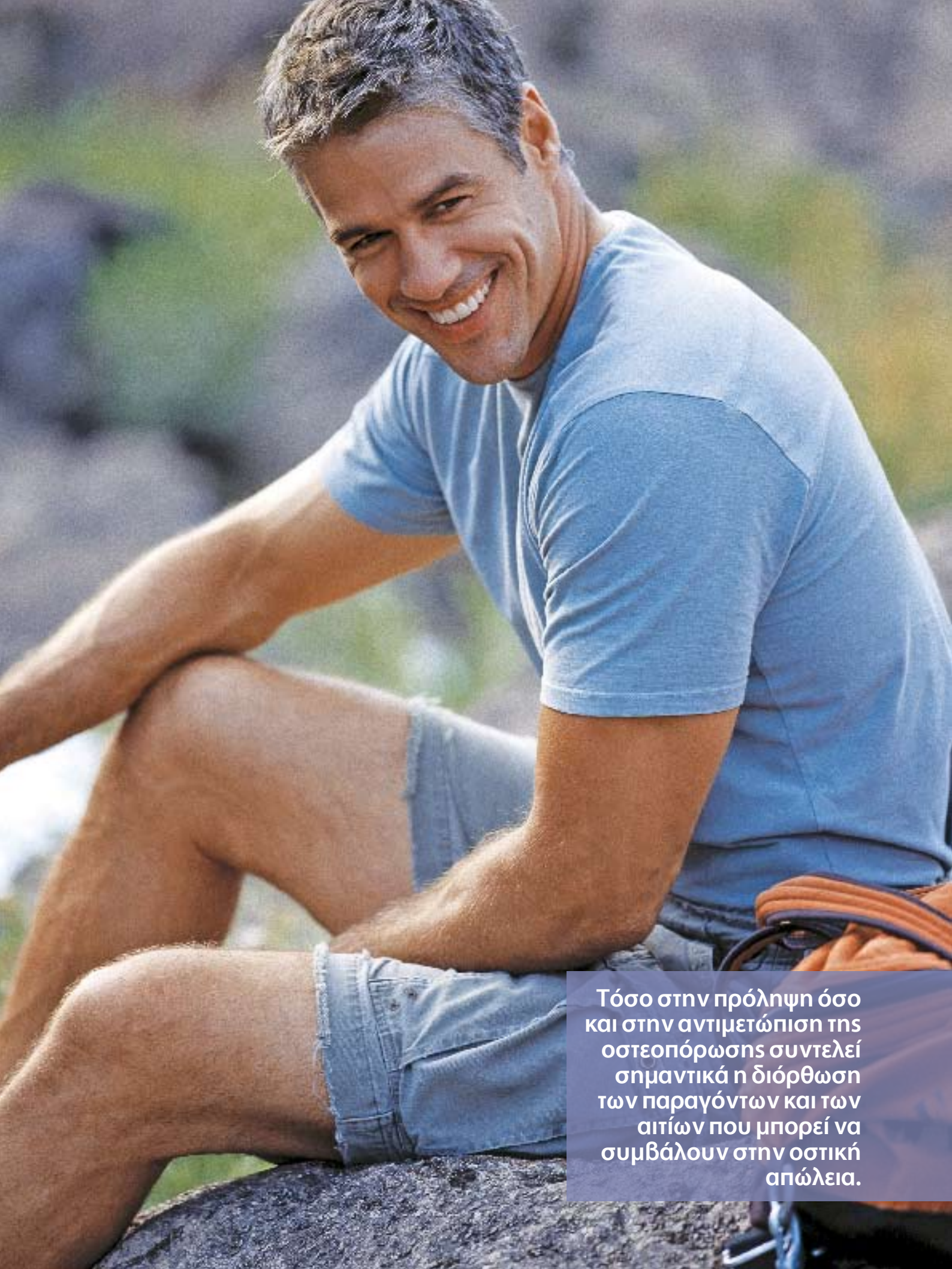
Προληπτικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις

Η **παθογένεια** της οστεοπόρωσης στους άνδρες διαφέρει από αυτήν των γυναικών, αφού ο ανδρικός σκελετός διαφέρει αρκετά από τον γυναικείο. Έτσι, πρέπει να χρησιμοποιούμε **διαφορετικές προληπτικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις** στοχευμένες αποκλειστικά στον ανδρικό πληθυσμό. Μεγάλη σημασία για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης έχει η αναγνώριση και η διόρθωση παραγόντων και αιτίων που συμβάλλουν στην οστική απώλεια. **Διακοπή του καπνίσματος, περιορισμός στη χρήση οινοπνεύματος, εντατική άσκηση και αυξημένη αθλητική δραστηριότητα, καθώς και βελτίωση των διατροφικών συνηθειών με στόχο την αυξημένη πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D είναι τα απολύτως αναγκαία βήματα στην πρόληψη της οστεοπόρωσης.**

Στη **θεραπεία** της ανδρικής οστεοπόρωσης οι επιλογές είναι λιγότερες σε σχέση με τη μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση. Κυρίως χρησιμοποιούνται τα διφωσφονικά (ριζενδρονάτη, αλενδρονάτη, ετινδρονάτη κ.ά.) και λιγότερο η καλσιτονίνη, το φθόριο, το ρανελλικό στρόντιο, η αυξητική ορμόνη, η παραθορμόνη και η τεστοστερόνη σε υπογοναδικούς άνδρες. Τονίζεται ωστόσο ότι άνδρες με **οστεοπενία**, οι οποίοι είναι εκτεθειμένοι και σε άλλους παράγοντες κινδύνου, θα πρέπει επίσης να θεωρούνται υποψήφιοι για θεραπεία.

Συχνότεροι παράγοντες κινδύνου κατάγματος στους άνδρες είναι:

- **η ηλικία**
- **οι ανθρωπομετρικοί δείκτες**
- **το κάπνισμα**
- **η υπερκατανάλωση αλκοόλ**
- **η μειωμένη φυσική δραστηριότητα**
- **η χαμηλή πρόσληψη ασβεστίου κ.ά.**



Τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης συντελεί σημαντικά η διόρθωση των παραγόντων και των αιτίων που μπορεί να συμβάλουν στην οστική απώλεια.

Ιωάννης Ζελενίτσας,
Παθολόγος,
Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής,
Ευρωκλινική Αθηνών

Ουρολοίμωξη

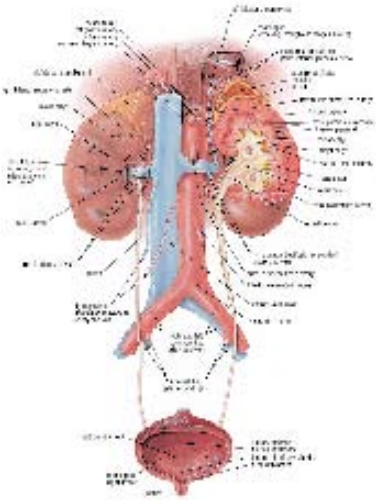
Η 2η πιο συχνή λοίμωξη του οργανισμού

Η λοίμωξη του ουροποιητικού είναι μια αρκετά συχνή και σοβαρή νόσος, που προκαλείται από τη διείσδυση μικροοργανισμών στο στείρο ουροποιητικό σύστημα. Ενημερωθείτε και αντιμετωπίστε την έγκαιρα και αποτελεσματικά.

Τα αίτια των ουρολοιμώξεων

Στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών οι μικροοργανισμοί εισβάλλουν στο ουροποιητικό σύστημα από την ουρήθρα. Στις γυναίκες κυρίως αφορούν μικρόβια που βρίσκονται στην περιοχή γύρω από την ουρήθρα και τον πρωκτό και ακολουθούν ανοδική πορεία προς την κύστη λόγω της ανατομικής κατασκευής της ουρήθρας. Σπανιότερα τα μικρόβια προέρχονται από άλλες εστίες λοιμώξεων και φθάνουν στο ουροποιητικό σύστημα με την αιματογενή οδό ή κατά συνέχεια του ιστού.
Όταν η λοίμωξη του ουροποιητικού επισυμβαίνει σε υγιείς ανθρώπους χαρακτηρίζεται **ανεπίπλεκτη**, και αφορά κυρίως γυναίκες ή άνδρες (προστατίτιδα) σε ενεργά σεξουαλική περίοδο.
Επιπλεγμένη χαρακτηρίζεται η ουρολοίμωξη όταν επισυμβαίνει και στα δύο φύλα εξαιτίας λειτουργικών ή ανατομικών ανωμαλιών όπως νεφρολιθίαση, στενώσεις ουρήθρας ή ουρητήρα, υπερτροφία προστάτη, κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση, νευρογενής ουροδόχος κύστη, σακχαρώδης διαβήτης, ουροκαθετήρας, καρκίνος ουροποιητικού συστήματος, κύηση.
Η επιπλεγμένη λοίμωξη είναι υψηλού κινδύνου για υποτροπές, νεφρική βλάβη, ακόμη και ουροσήψη που μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο.

Το ουροποιητικό σύστημα αποτελείται από κάτω προς τα πάνω από την ουρήθρα, την ουροδόχο κύστη, τους ουρητήρες και τους νεφρούς. Χρησιμεύει στην επεξεργασία και στην απέκκριση των ούρων και στην ισορροπία των υγρών και των ηλεκτρολυτών του σώματος.



Εικόνα 1: Το ουροποιητικό σύστημα

Οι λοιμώξεις του ουροποιητικού αφορούν και τα δύο φύλα και όλες τις ηλικίες. **Υπολογίζεται ότι, παγκοσμίως, τουλάχιστον 150 εκατομμύρια περιπτώσεις συμπτωματικών ουρολοιμώξεων εμφανίζονται κάθε χρόνο.** Επίσης, σε τυχαίο δείγμα εξ αυτών, το 90% έχει κυστίτιδα, ενώ το 10% πυελονεφρίτιδα. Οι ουρολοιμώξεις κατά 75% είναι σποραδικές και κατά 25% υποτροπιάζουσες.
Κατά τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου οι ουρολοιμώξεις είναι συχνότερες στα πολύ νεαρά αγόρια (βρέφη, νήπια), παρά στα κορίτσια, πιθανόν λόγω ανατομικών ανωμαλιών. Αργότερα παρουσιάζονται στην παιδική ηλικία και κυρίως στη νεανική και είναι πιο συχνές στα κορίτσια, πιθανόν λόγω της κοντής ουρήθρας.
Κατά την περίοδο της παραγωγικής ηλικίας, λοιμώξεις του ουροποιητικού είναι συχνότερες στις γυναίκες και λιγότερες στους άνδρες. Στους νεαρούς άνδρες είναι σπάνιες και σχεδόν πάντα συνδεδεμένες με λοίμωξη του προστάτη ή με λειτουργικές και ανατομικές ανωμαλίες.
Στην τρίτη ηλικία, άνδρες και γυναίκες έχουν τις ίδιες πιθανότητες για συμπτωματική ή ασυμπτωματική βακτηριουρία, λόγω ατροφίας του επιθηλίου του κόλπου στις γυναίκες (άρα και μειωμένης άμυνας που προσφέρει το επιθήλιο) και της υπερτροφίας του προστάτη στους άνδρες (τα ούρα λιμνάζουν όταν δεν μπορεί να αδειάσει η ουροδόχος κύστη).

Οι γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο από ουρολοιμώξεις. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι 1 στις 5 γυναίκες θα πάθει μία φορά ουρολοίμωξη στη ζωή της.

Κατάταξη ουρολοιμώξεων – Συμπτώματα και θεραπεία

• **Ασυμπτωματική βακτηριουρία:** Συχνή στις γυναίκες αλλά και στους ηλικιωμένους άνδρες, καθώς και στους φέροντες ουροκαθετήρα. Χαρακτηρίζεται από θετική για μικρόβιο καλλιέργεια ούρων, χωρίς συμπτώματα. Μπορεί να θεωρηθεί λοίμωξη αν συνοδεύεται από πυοσφαίρια στη γενική ούρων (>5 ΚΟΠ). **Δεν χρήζει θεραπείας** σε υγιή άτομα, αρκεί να αποδειχθεί ότι είναι υγιή (λειτουργικά η ανατομικά). **Χρήζει θεραπείας** σε ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, πολυκυστικούς νεφρούς, ανατομικές ή λειτουργικές διαταραχές του ουροποιητικού συστήματος, καθώς και σε όσους προετοιμάζονται για ουρολογική επέμβαση. Επίσης **χρήζει αγωγής** κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης.

• **Κυστίτις:** Συχνή κυρίως στις γυναίκες. Εμφανίζεται με άλγος στο υπογάστριο, δυσουρικά ενοχλήματα (πόνος, τσούξιμο, βάρος κατά την ούρηση), συχνοουρία, δύσοσμα ούρα, αιματουρία, σπάνια πυρετός μέχρι 38°C. Επιβεβαιώνεται με γενική και καλλιέργεια ούρων. **Χρήζει άμεσης φαρμακευτικής αγωγής** (προηγείται καλλιέργεια) και λήψης υγρών. Συνήθως αρκούν τρεις μέρες αγωγής.

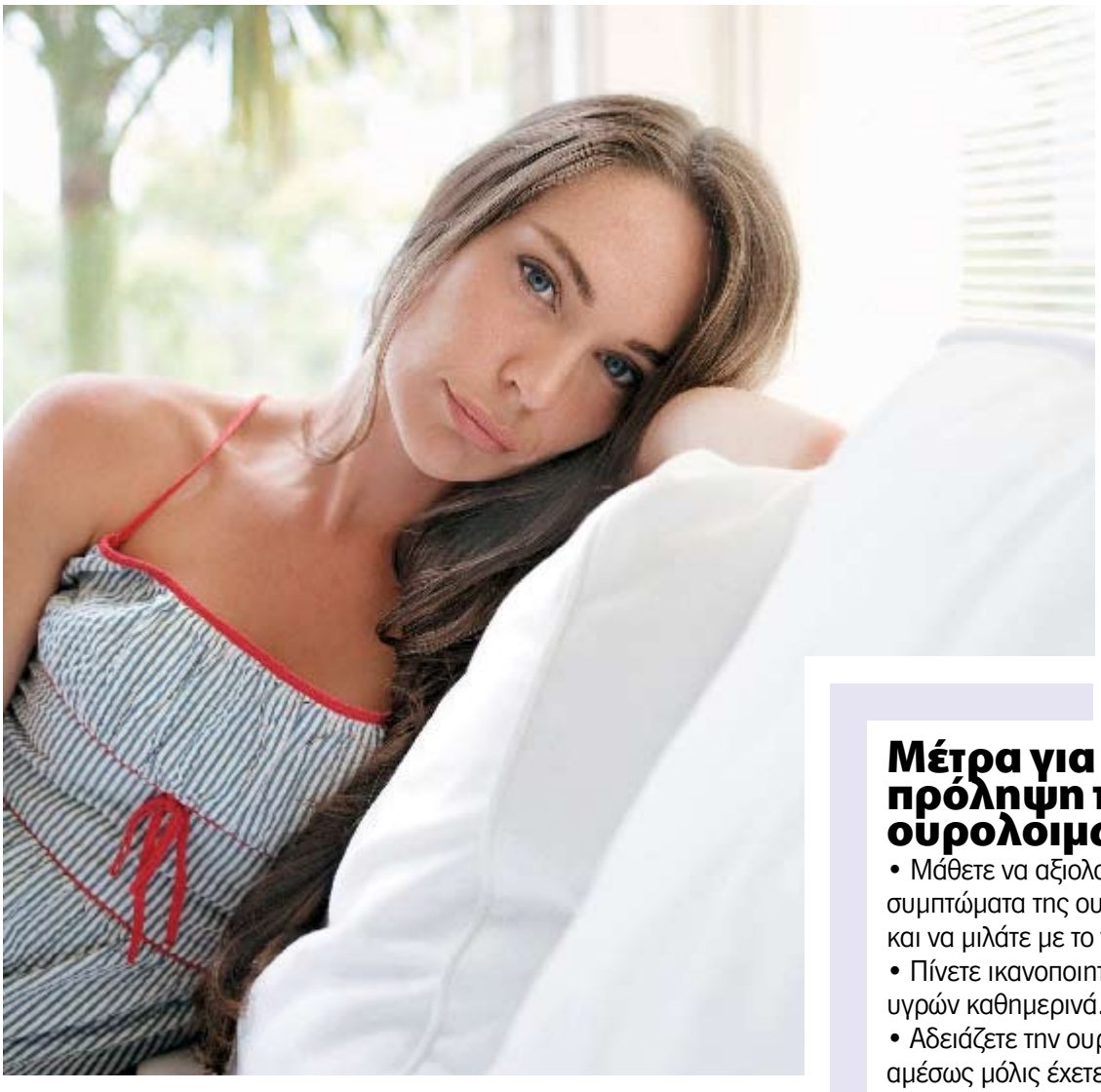
• **Οξεία πυελονεφρίτις:** Πυογόνος λοίμωξη του νεφρού. Δυσουρικά ενοχλήματα, αιφνίδιος υψηλός πυρετός με ρίγος, άλγος νεφρικής και κοιλιακής χώρας, ναυτία και εμετοί είναι συμπτώματα που πρέπει άμεσα να οδηγήσουν τον ασθενή στο γιατρό. Η καλλιέργεια ούρων θέτει τη διάγνωση και ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος αποκλείει αποφράξεις. Η **άμεση χορήγηση ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής** σώζει τον ασθενή από έναν πραγματικά μεγάλο κίνδυνο.

• **Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις:** Χαρακτηρίζονται από περισσότερα από δύο επεισόδια από τον ίδιο ή άλλο μικροοργανισμό. Πλήττει άτομα με ανατομικές ή λειτουργικές ανωμαλίες, γυναίκες στην εμμηνόπαυση (με ατροφία επιθηλίου του κόλπου) άνδρες με υπερτροφία ή καρκίνο προστάτη, νεαρές γυναίκες με sex associated ουρολοιμώξεις. Η αντιμετώπιση είναι δύσκολη και επιβάλλει τη συνεργασία ασθενούς και ειδικού γιατρού.

Δεν συμπεριλαμβάνονται οι λοιμώξεις του ουροποιητικού –αφού ανήκουν σε ειδική κατηγορία– η προστατίτιδα, η ουρηθρίτιδα από Chlamydia trachommati, Ureaplasma ή Neisseria gonorrhoae, καθώς επίσης και η φυματίωση των νεφρών.

Μικροοργανισμοί υπεύθυνοι για ουρολοιμώξεις

* **Escherichia coli (80%-90%).**
* **Staphylococcus saprophyticus** (10%-20%). Εμφανίζεται πιο συχνά το καλοκαίρι.
* Σπανιότερα **Klebsiella, Enterobacter spp-, Proteus, Enterococcus faecalis.** Εμφανίζονται συνήθως σε υποτροπές ουρολοιμώξεων ή νοσοκομειακών λοιμώξεων.
* **Μύκητες (candidae).** Εμφανίζονται σε ασθενείς με ουροκαθετήρες, ανοσοκατεσταλμένους ή με μυκηταιμία.



Διάγνωση της ουρολοίμωξης

Η διάγνωση επιτυγχάνεται με ένα καλό ιστορικό, με κλινική εξέταση και με γενική ούρων (πυοσφαίρια ΚΟΠ, ερυθρά ++, βακτήρια).

Οδηγίες για σωστή λήψη καλλιέργειας ούρων

Γυναίκες:
- πλύσιμο με νερό και σαπούνι
- ξέπλυμα με απεσταγμένο νερό ή φυσιολογικό ορό
- απομάκρυνση των μεγάλων χειλέων
- συλλογή στο μέσο της ούρησης σε αποστειρωμένο κυπελλάκι
- αποστολή στο εργαστήριο σε 2 ώρες

Άνδρες:
- πλύσιμο με νερό και σαπούνι αφού αποκαλυφθεί η βάλανος
- ξέπλυμα με απεσταγμένο νερό ή φυσιολογικό ορό
- συλλογή στη μέση της ούρησης
- αποστολή σε εργαστήριο σε 2 ώρες

Προσοχή:
- Η ασυμπτωματική βακτηριουρία μπορεί να γίνει κυστίτις.
- Η κυστίτις που δεν θεραπεύεται μπορεί να γίνει πυελονεφρίτις.
- Η πυελονεφρίτις που αργεί να διαγνωστεί (κυρίως από τον ασθενή), οι επιπλεγμένες ουρολοιμώξεις και η μη έγκαιρη θεραπευτική αγωγή μπορεί να οδηγήσουν σε ουροσήψη και να θέσουν σε μεγάλο κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς.

Μέτρα για την πρόληψη των ουρολοιμώξεων

- Μάθετε να αξιολογείτε τα συμπτώματα της ουρολοίμωξης και να μιλάτε με το γιατρό σας.
- Πίνετε ικανοποιητική ποσότητα υγρών καθημερινά.
- Αδειάζετε την ουροδόχο κύστη αμέσως μόλις έχετε την ανάγκη.
- Καθαρίζετε την περιπρωκτική περιοχή από εμπρός προς τα πίσω για να μη μεταφέρονται στην ουρήθρα τα μικρόβια της περιπρωκτικής περιοχής.
- Αδειάζετε την ουροδόχο κύστη αμέσως μετά τη σεξουαλική επαφή.
- Αποφεύγετε τη χρήση νερού με δύναμη γύρω από την ουρήθρα.
- Μη φοράτε στενά παντελόνια και εσώρουχα, καθώς μπορεί να προκαλέσουν παλινδρόμηση των ούρων.

Όπως καταλάβατε, οι περισσότερες οδηγίες αφορούν τις γυναίκες, καθώς αυτές είναι που κινδυνεύουν περισσότερο από ουρολοιμώξεις. Εξάλλου, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι **1 στις 5 γυναίκες θα πάθει μία φορά ουρολοίμωξη στη ζωή της.**

Δρ Μαρία Πίνιου-Καλλή,
Διευθύντρια Δερματολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Αθηνών

Ψηφιακή απεικόνιση σπίλων στο δέρμα

Ένας ασφαλής τρόπος έγκυρης διάγνωσης του κακοήθους μελανώματος

Την τελευταία δεκαετία, η αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου του δέρματος και ιδιαίτερα του κακοήθους μελανώματος, κυρίως σε άτομα λευκού φαινοτύπου δέρματος, χτύπησε την «καμπάνα» εγρήγορσης στη διεθνή ιατρική κοινότητα και οδήγησε σε εκτίμηση των παραγόντων που θα μπορούσαν να σχετίζονται με αυτό. Αναπτύχθηκαν, λοιπόν, διαγνωστικές μέθοδοι, ώστε η πιθανή εξελικτική πορεία ενός σπίλου σε κακόηθες μελάνωμα να διαγιγνώσκεται και να διακόπτεται έγκαιρα.

Ποιοι ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου;

Ορισμένοι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του δέρματος είναι:

- Η ύπαρξη πολλών σπίλων μαζί (περισσότεροι σπίλοι, μεγαλύτερος ο κίνδυνος)
- Μία ή περισσότερες περιπτώσεις μελανώματος στην οικογένεια
- Μία ή περισσότερες περιπτώσεις μελανώματος στο προσωπικό σας ιατρικό ιστορικό
- Ύπαρξη σπίλων με διάμετρο μεγαλύτερη από 1 εκατοστό
- Σοβαρά εγκαύματα από τον ήλιο, ειδικά κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της εφηβείας

Η δερματοσκόπηση ενός μεμονωμένου σπίλου (μαύρη ελιά) και η ψηφιακή απεικόνιση των σπίλων όλου του σώματος αποτελεί σήμερα διαγνωστική μέθοδο παρακολούθησης, τόσο για την έγκαιρη διάγνωση της μετάπτωσης αυτών σε κακόηθες μελάνωμα όσο και για τη διάγνωση κακοήθους μελανώματος, που εμφανίζεται χωρίς την προηγούμενη ύπαρξη μελαγχρωματικού σπίλου. Η δερματοσκόπηση αποτελεί τη γέφυρα μεταξύ της κλινικής εξέτασης και διαγνωστικής εκτίμησης του σπίλου, και της ιστοπαθολογικής ερμηνείας της βιοψίας του δέρματος.

Η χρήση της δερματοσκόπησης και της ολόσωμης ψηφιακής χαρτογράφησης στις περιπτώσεις μελαγχρωματικού σπίλου και ιστορικού κακοήθους μελανώματος έχει σε σημαντικό βαθμό ελαττώσει τον αριθμό των βιοψιών, και σε περίπτωση υπόπτων σπίλων κατά τη δερματογράφηση, οι οδηγίες για ασφαλέστερα όρια κατά τη χειρουργική λήψη της βιοψίας έχουν βοηθήσει στις περιπτώσεις του μελανώματος. Βέβαια, χρειάζονται πολύ περισσότερες μελέτες για να αποδειχθεί αν η ψηφιακή χαρτογράφηση συμπίπτει με τα αποτελέσματα των βιοψιών για τα άτομα με ιστορικό κακοήθους μελανώματος.

Η κλασική δερματοσκόπηση χρησιμοποιεί έλαια, γέλη και νερό, που τοποθετούνται πάνω από τη βλάβη για να καταστεί δυνατή η σε βάθος εξέταση της δομής του χρώματος και διαταραχής του δέρματος, διότι μέσω αυτών των υγρών αποφεύγεται η αντανάκλαση του φωτός και η κεράτινη στιβάδα γίνεται διαφανής.

Ο κύριος σκοπός της δερματοσκόπησης είναι, με τη χρήση των αλγόριθμων, να οριστεί πότε μια βλάβη είναι αθώα, πότε χρειάζεται να εξαιρεθεί και πότε πρέπει να αφαιρεθεί με όρια ασφαλείας για να γίνει βιοψία.

Το μελάνωμα είναι ένας κακοήθης όγκος του δέρματος ο οποίος μπορεί να αποτελέσει την εξέλιξη ενός σπίλου (μαύρης ελιάς) ή να αναπτυχθεί αυτοτελής σε υγιές δέρμα. Τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των περιπτώσεων μελανώματος έχει αυξηθεί δραματικά. Εικάζεται ότι η ύπαρξη και διεύρυνση της τρύπας του όζοντος παίζει καταλυτικό ρόλο

Η ψηφιακή απεικόνιση σπίλων είναι ό,τι πιο καινοτόμο στην έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση του καρκίνου του δέρματος.

Προσέξτε τις παρακάτω αλλαγές σε σπίλους:

- Αλλαγές στο χρώμα (πιο σκούρο, εξασθένηση χρώματος, ύπαρξη πολλών χρωμάτων, όπως μπλε, κόκκινο, λευκό, ροζ, μοβ ή γκρι)
- Διάχυτες γωνίες ή ψευδοπόδια
- Μείωση ή αύξηση του μεγέθους ή του πάχους
- Αλλαγές στην περιοχή που περικλείει το σπίλο (π.χ., ερύθημα, οίδημα, έλκη και αιμορραγία χωρίς λόγο)
- Παραισθησία ή παράξενη αίσθηση
- Σπίλος που αιμορραγεί
- Εμφάνιση νέων σπίλων, ειδικά αν αυτοί εμφανίζονται μετά την ηλικία των 25 ετών

Έντυπο που δίνεται στον ασθενή και παρουσιάζει τη δερματοσκοπική διάγνωση του υπό μελέτη σπίλου.

Πίνακες που ακολουθούνται για τη διάγνωση:

Πίνακας ABCD

- **Asymmetry (ασυμμετρία)**
- **Border (περίγραμμα με ανώμαλες ή τραχιές γωνίες και ψευδοπόδια)**
- **Color (χρωματική διαφοροποίηση)**
- **Diameter (διάμετρος μεγαλύτερη από 1/4 της ίντσας)**

Πίνακας των 3 σημείων

- **Ασυμμετρία:** ασυμμετρία στο χρώμα και τη δομή σε έναν ή περισσότερους άξονες της βλάβης
- **Άτυπο δίκτυο:** δίκτυο με τρύπες και πυκνές γραμμώσεις
- **Μπλε και άσπρες δομές:** μπλε ή άσπρο πέπλο

Χρήση δερματοσκοπίου Fotofinder.

λόγω της δυνατότητας εισόδου υψηλής στάθμης υπεριωδών ακτίνων (UVA, UVB, UVC), που ευθύνονται σε σοβαρό βαθμό για την αύξηση των καρκινωμάτων του δέρματος και ιδιαίτερα του κακοήθους μελανώματος.

Στην Ευρώπη και στην Αμερική, κάθε χρόνο διαγιγνώσκεται 1 εκατομμύριο περίπου όγκοι του δέρματος, όπου ο ένας στους 100 είναι κακόηθες μελάνωμα. Παρ' όλο που το μελάνωμα είναι θεραπεύσιμο αν εντοπιστεί έγκαιρα, πολλοί ασθενείς πεθαίνουν από αυτό το είδος καρκίνου του δέρματος, συχνά σε νεαρή ηλικία.

Ψηφιακή απεικόνιση σπίλων

Η ψηφιακή ολόσωμη χαρτογράφηση των σπίλων είναι μια ασφαλής μέθοδος πρόληψης του κακοήθους μελανώματος. Με τη βοήθεια ειδικής κάμερας, ο δερματολόγος φωτογραφίζει όλους τους σπίλους πανοραμικά και αναλύει αμέσως όσους φανούν ύποπτοι από την κλινική εκτίμηση. Οι σπίλοι που χρειάζονται μεγαλύτερη ανάλυση φωτογραφίζονται ξεχωριστά με τη βοήθεια ψηφιακής τεχνολογίας, που συνδυάζεται με ένα ειδικό δερματοσκόπιο (μικροσκόπιο του δέρματος). Το δερματοσκόπιο επιτρέπει την εξέταση ειδικών δομικών χαρακτηριστικών ενός σπίλου, τα οποία δεν είναι ορατά με γυμνό μάτι. Έτσι, αυξάνεται σημαντικά η ακρίβεια της διάγνωσης του μελανώματος. Όλες οι απεικονίσεις αποθηκεύονται σε ηλεκτρονικό υπολογιστή. Αυτό διευκολύνει τη σύγκριση των παλαιών με καινούριες απεικονίσεις και καταγράφονται οι πιθανές διαφορές σε μέγεθος, σχήμα, χρώμα, υφή. Ανάλογα γίνεται και η περαιτέρω διαγνωστική διαδικασία ή η άμεση χειρουργική επέμβαση. Έτσι, με τη συνεχή παρακολούθηση και αποθήκευση των απεικονίσεων του δέρματος, περιττές αφαιρέσεις καλοηθών σπίλων μπορούν να αποφευχθούν, όπως και μη απαραίτητες βιοψίες.

Αν ένας σπίλος παρουσιάζει ένα από τα σημεία που περιλαμβάνονται στους πίνακες που ακολουθούνται για τη διάγνωση, σύμφωνα με τον κώδικα αξιολόγησης, πρέπει άμεσα να εξεταστεί από δερματολόγο και να μπει σε διαγνωστική διαδικασία.

Σύστημα μικροσκοπικού ελέγχου

Με το σύστημα μικροσκοπικού ελέγχου του δέρματος μπορούν να γίνουν και άλλες μελέτες, όπως:

1. Σύστημα ιατρικής απεικόνισης (Medical System): Για αισθητικές επεμβάσεις, πριν και μετά την επέμβαση.

2. Τριχοριζόγραμμα (Trichoscan): Μελέτη της κατάστασης των τριχών κατά τη διαδικασία της διαγνωστικής και θεραπευτικής εξέλιξης όλων των αλωπεκιών.

3. UV SCAN: Με τα φίλτρα υπεριωδών ακτίνων γίνεται φωτογράφηση ορατών αλλά και αόρατων δυσχρωμικών αλλοιώσεων από τον ήλιο. Έτσι, δίνεται η άμεση δυνατότητα για θεραπεία, η οποία, με τη μέθοδο αυτή, παρακολουθείται μέχρι την ολοκλήρωσή της.

4. Φωτογράφηση αγγειωμάτων και ρυτίδων με ειδική ψηφιακή κάμερα.

Η ψηφιακή απεικόνιση σπίλων είναι ό,τι πιο καινοτόμο στην έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση του καρκίνου του δέρματος. Ευελπιστούμε και στόχος μας είναι να μη φύγει αδιάγνωστο κακόηθες μελάνωμα από την κλινική μας.

Υποδεχόμαστε το νέο μέλος της χειρουργικής μας ομάδας.

Η Ευρωκλινική Αθηνών απέκτησε το υπερσύγχρονο σύστημα ρομποτικής χειρουργικής, τελευταίας γενιάς, Da Vinci® S, το οποίο αποτελεί επαναστατική εξέλιξη στον τομέα της λαπαροσκοπικής και ελάχιστα τραυματικής χειρουργικής.
Το πρωτοποριακό αυτό σύστημα, το οποίο είναι ο σημαντικότερος συνεργάτης του χειρουργού, δημιουργεί τις προϋποθέσεις για ποσοστά επιτυχίας που προσεγγίζουν το 100%, και, επιπλέον, προσφέρει στον ασθενή πολύ σημαντικά οφέλη, όπως:

- Χειρουργική ακρίβεια.
- Μικρότερη διάρκεια αναισθησίας.
- Ελάχιστη έως καθόλου απώλεια αίματος.
- Μειωμένο κίνδυνο μόλυνσης.
- Ελαχιστοποίηση των επιπλοκών.
- Ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού πόνου και της δυσφορίας.
- Σημαντική μείωση της περιόδου νοσηλείας.
- Γρήγορη ανάρρωση και επάνοδο στις καθημερινές δραστηριότητες.
- Εξαιρετικό αισθητικό αποτέλεσμα.

Συνεχίζοντας να επενδύει στο αγαθό της υγείας, η Ευρωκλινική Αθηνών προσφέρει στους ασθενείς της ό,τι πιο σύγχρονο, το σύστημα Da Vinci® S, και ό,τι πιο σημαντικό, την υγεία τους.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Αθανασιάδου 9, πάροδος Δ. Σούτσου
Τηλ.: 210 6416 600, Fax: 210 6416 555
www.euroclinic.gr

Διαγνωστικό, Θεραπευτικό, Χειρουργικό Κέντρο.

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

Μάθετε τα πάντα για τη **χοληστερόλη**

Η σημασία της διατροφής και της άσκησης

Η χοληστερόλη είναι μια ουσία που παράγεται από τον οργανισμό μας, αλλά ένα μικρό ποσοστό προέρχεται και από τη διατροφή. Ποια είναι όμως τα επιθυμητά επίπεδά της, ποιες οι επιπτώσεις της όταν είναι αυξημένη και πώς μπορούμε, εντέλει, να τη διαχειριστούμε σωστά;

Γνωριμία με τη χοληστερόλη

Η χοληστερόλη είναι μια λιπαρή ουσία που αποτελεί βασικό συστατικό των λιποπρωτεϊνικών συμπλόκων που σχηματίζουν τις κυτταρικές μεμβράνες. Είναι αναγκαία για τον οργανισμό, αφού αποτελεί πρόδρομη ουσία μιας σειράς ορμονών. Επίσης, ένα από τα παράγωγά της (7-διυδροχοληστερόλη) μετατρέπεται σε βιταμίνη D με την επίδραση του ηλιακού φωτός στο δέρμα. Η χοληστερόλη του οργανισμού κατά το μεγαλύτερο μέρος της παράγεται στο ήπαρ, ενώ ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό είναι εξωγενούς προέλευσης, προέρχεται δηλαδή από τη διατροφή.

Η χοληστερόλη δεν βρίσκεται σε τρόφιμα φυτικής προελεύσεως – επομένως συστάσεις «ψευδοειδικών» του τύπου «προσοχή στην μπανάνα γιατί έχει χοληστερόλη», είναι εντελώς άτοπες. Τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε χοληστερόλη είναι κυρίως τα εντόσθια, τα αβγά, το κόκκινο κρέας, τα θαλασσινά και το βούτυρο.

Είναι σημαντικό να τονιστεί σε αυτό το σημείο ότι η χοληστερόλη που περιέχουν τα τρόφιμα δεν επηρεάζει τη χοληστερόλη του αίματος στο βαθμό που πιστεύαμε παλιότερα. Έχει αποδειχθεί ότι άλλου είδους λίπη, όπως τα κορεσμένα ή τα trans λιπαρά, επηρεάζουν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό τη χοληστερόλη του οργανισμού μας.

Πώς μεταφέρεται η χοληστερόλη μέσα στο αίμα;

Ως λιπαρή ουσία, η χοληστερόλη δεν αναμειγνύεται με το αίμα. Έτσι, προκειμένου να κυκλοφορήσει στο αίμα, ενώνεται με πρωτεΐνες ώστε να είναι διαλυτή. Αποτέλεσμα αυτής της σύζευξης είναι η δημιουργία λιποπρωτεϊνών. Βασικές λιποπρωτεΐνες είναι η λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας (LDL), γνωστή και ως «κακή χοληστερόλη», και η λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας (HDL), γνωστή και ως «καλή χοληστερόλη». Η λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας (LDL) μεταφέρει χοληστερόλη από το ήπαρ στους ιστούς και αντιστοιχεί περίπου στο 70% της χοληστερόλης του αίματος. Αντιθέτως, η λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας (HDL) μεταφέρει τη χοληστερόλη από τους ιστούς στο ήπαρ ώστε να αποβληθεί ξανά.

Επιθυμητά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα

Εάν τα επίπεδα χοληστερόλης είναι υψηλά, διατρέχουμε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Το ρίσκο αυξάνεται περισσότερο εάν έχουμε μειωμένα επίπεδα HDL χοληστερόλης και αυξημένα επίπεδα LDL χοληστερόλης.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα επιθυμητά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα, όπως αυτά καθορίζονται από την Αμερικανική Καρδιολογική Ένωση (American Heart Association).

Ολική Χοληστερόλη	LDL Χοληστερόλη	HDL Χοληστερόλη
<200 mg/dL επιθυμητή	<100 mg/dL επιθυμητή	<40 mg/dL αρκετά χαμηλή
200 - 239 mg/dL οριακά υψηλή	100 - 129 mg/dL οριακή	>45 mg/dL επιθυμητή
>240 mg/dL αρκετά υψηλή	130-159 mg/dL ελαφρώς υψηλή	
	160-189 mg/dL υψηλή	
	>190 mg/dL πολύ υψηλή	

Εκτός της υψηλής χοληστερόλης, παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, είναι:

- Η ηλικία (άνδρες > 45 ετών, γυναίκες > 55 ετών)
- Το κάπνισμα
- Η αρτηριακή υπέρταση (πάνω από 140/90 mmHg)
- Τα χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας
- Το σωματικό βάρος πέραν των φυσιολογικών ορίων
- Ο σακχαρώδης διαβήτης
- Η κληρονομικότητα

Γενικότερα, οι πιθανότητες να νοσήσει κανείς αυξάνονται ανάλογα με τους κινδύνους στους οποίους εκτίθεται.

Παράγοντες κινδύνου συνυφασμένοι με τη διατροφή, που αυξάνουν την πιθανότητα καρδιαγγειακής νόσου, είναι:

- Η χαμηλή κατανάλωση ω-3 λιπαρών οξέων
- Η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών
- Η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ
- Η υψηλή κατανάλωση αλατιού

Τρώγοντας πιο ισορροπημένα και ακολουθώντας τον μεσογειακό τρόπο διατροφής μπορούμε να μειώσουμε έως και 10% τη χοληστερόλη.

Μείωση της χοληστερόλης κατά 1% μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του ενδεχομένου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου κατά 2%.

Πόση χοληστερόλη μπορούμε να καταναλώνουμε ημερησίως;

Σύμφωνα με τους αρμόδιους φορείς υγείας, η ανώτατη ενδεικνυόμενη ποσότητα κατανάλωσης χοληστερόλης ημερησίως είναι για τους **υγιείς ενήλικες** τα 300 mg.

Τροφή	Χοληστερόλη (milligrams)
Αβγό (1 των 60 γρ.)	260
Τυρί φέτα Ηπείρου (100 γρ.)	70
Βούτυρο (1 κουταλιά σούπας – 14 γρ.)	30
Γαρίδες (15 μέτριες)	166
Συκώτι μοσχαρίσιο	275

Χοληστερόλη και άσκηση

Έχει αποδειχθεί ότι η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας μέσα από γρήγορο βάδισμα, κολύμπι, ποδήλατο, για 30 λεπτά την ημέρα και για πέντε μέρες την εβδομάδα τουλάχιστον, είναι ικανή να τροποποιήσει θετικά τα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα. Πιο συγκεκριμένα, η σωματική δραστηριότητα αυξάνει τα επίπεδα της HDL χοληστερόλης, αλλά δεν μειώνει τα επίπεδα της LDL. Επιπλέον η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας μας βοηθά να διατηρήσουμε ένα επιθυμητό βάρος.

Συνοπτικός πίνακας της επίδρασης των συστατικών της τροφής και της άσκησης στη χοληστερόλη του οργανισμού

	Ολική χοληστερόλη	HDL «καλή» χοληστερόλη	LDL «κακή» χοληστερόλη
Συστηματική σωματική δραστηριότητα (π.χ., ζωηρό βάδισμα, κολύμπι, χορός για 30' καθημερινά)	▼ Μείωση	▲ Αύξηση	
Κορεσμένα λιπαρά (ζωικά λίπη, βούτυρο, πλήρη γαλακτοκομικά)			▲ Αύξηση
Πολυακόρεστα λιπαρά (καλαμποκέλαιο, ηλιέλαιο, σογιέλαιο)		▼ Μείωση	▼ Μείωση
Μονοακόρεστα λιπαρά (ελαιόλαδο, αβοκάντο, αμύγδαλα)		▲ Μικρή αύξηση	▼ Μείωση
Ω-3 λιπαρά οξέα (ψάρια, καρύδια, λιναρόσπορος)	Μικρή μείωση ▼		
Διαιτητική χοληστερόλη (αβγά, θαλασσινά)	▲ Μικρή αύξηση		
Διαλυτές φυτικές ίνες (δημητριακά ολικής άλεσης, φρούτα, λαχανικά)	▼ Μείωση	— Καμία επίδραση	▼ Μείωση
Έντονα επεξεργασμένοι υδατάνθρακες (ζάχαρη, άσπρο αλεύρι και παράγωγά τους)		▼ Μείωση	
Trans λιπαρά οξέα (π.χ., τηγανητές πατάτες fast food)	▲ Αύξηση	▼ Μείωση	▲ Αύξηση

Τρόφιμα εμπλουτισμένα με φυτικές στερόλες: Είναι αποτελεσματικά έναντι της χοληστερόλης;

Τον τελευταίο καιρό έχουν διεισδύσει στην αγορά τρόφιμα εμπλουτισμένα με φυτικές στερόλες, τα οποία υπόσχονται μείωση της χοληστερόλης. Είναι όμως τα πράγματα όντως έτσι;

Οι φυτικές στερόλες είναι ουσίες παρεμφερούς δομής με τη χοληστερόλη. Περιέχονται, σε μικρές ποσότητες, σε πολλά φρούτα, λαχανικά, ξηρούς καρπούς, φυτικά έλαια, και είναι δομικά συστατικά των φυτικών κυτταρικών μεμβρανών. Όσοι ακολουθούν τη συνήθη διατροφή δυτικού τύπου, καταναλώνουν καθημερινά 150-400 mg στερολών. Σε τόσο χαμηλά επίπεδα, όμως, οι στερόλες δεν έχουν κλινικά σημαντική επίδραση στη μείωση της χοληστερόλης.

Επιστημονικές έρευνες έχουν δείξει ότι μπορεί να επιτευχθεί μείωση της χοληστερόλης με την κατανάλωση 1-3 γρ. φυτικών στερολών καθημερινά, **χωρίς όμως να έχουμε περαιτέρω μείωση με πρόσληψη μεγαλύτερη των 3 γρ.** Η καθημερινή κατανάλωση 2 γρ. φυτοστερολών επιφέρει μείωση της τάξεως του 10%-15% της LDL χοληστερόλης, στα πλαίσια πάντα μιας ισορροπημένης διατροφής, χαμηλής σε κορεσμένα λιπαρά.

Αν, λοιπόν, πρέπει να προσέξετε τα υψηλά επίπεδα της χοληστερόλης, ίσως ήρθε η ώρα να αντικαταστήσετε το ψωμί που τρώτε με ψωμί σίκαλης ολικής αλέσεως, εμπλουτισμένο με φυτικές στερόλες, το οποίο, μέσα από τέσσερις φέτες (με 0,5 γρ. στερολών η καθεμία), θα σας δώσει όχι μόνο την απαιτούμενη ποσότητα φυτικών στερολών, αλλά και φυτικές ίνες πολύτιμες για τη σωστή διαχείριση της χοληστερόλης.

ΣΥΣΤΗΝΕΤΕ ΣΤΑΤΙΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ;

ΚΑΝΤΕ ΤΟΝ ΙΔΑΝΙΚΟ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ!

Becel
ΑΓΑΠΑ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ ΣΟΥ

Τα προϊόντα Becel pro.activ είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος να μειωθεί η χοληστερόλη, ακόμα και σε όσους παίρνουν στατίνες. Σύμφωνα με αποτελέσματα κλινικών μελετών, τα εμπλουτισμένα με φυτικές στερόλες προϊόντα έχουν ένα επιπρόσθετο αποτέλεσμα στη μείωση της χοληστερόλης* που επιτυγχάνεται με τις στατίνες, στο πλαίσιο πάντα ενός ισορροπημένου διαιτολογίου και ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφτείτε το www.becelproactiv.gr

*Simons LA. Additive effect of plant sterol-ester margarine and cerivastatin in lowering low density lipoprotein cholesterol in primary hypercholesterolemia Am J Cardiol. 2002, 90(7): 737-740.

Μιχαήλ Χριστοδουλίδης,
Χειρουργός Οφθαλμίατρος,
Διευθυντής Οφθαλμολογικής Κλινικής
Ευρωκλινικής Αθηνών

Intralase

Μια νέα επαναστατική μέθοδος

Το Intralase είναι η επαναστατική νέα τεχνολογία για την πρώτη φάση της επέμβασης lasik, τη δημιουργία του κερατοειδικού κρημνού. Μέχρι τώρα η δημιουργία του κρημνού γινόταν με τον μικροκερατόμο, ένα εξειδικευμένο όργανο κοπής του κρημνού με ειδική λεπτή λεπίδα. Με το Intralase η δημιουργία του κρημνού γίνεται με τεχνολογία laser, που έχει εκατό φορές μεγαλύτερη ακρίβεια από τον μικροκερατόμο.

Πώς δημιουργείται ο κερατοειδικός κρημνός με την τεχνολογία Intralase;

Είναι μια διαδικασία που δουλεύει «από μέσα προς τα έξω» με τεχνολογία laser. Στοχεύοντας το στρώμα του κερατοειδούς δημιουργούνται μικροσκοπικές φυσαλίδες οι οποίες ενώνονται και σχηματίζουν τον κερατοειδικό κρημνό. Έπειτα, ανασηκώνοντας τον κρημνό, ο χειρουργός ακολουθεί την ίδια διαδικασία διαμόρφωσης του κερατοειδικού στρώματος με laser και επανατοποθέτησης του κρημνού στη θέση του.

Είναι η μέθοδος Intralase επώδυνη;

Όχι. Οι ασθενείς έχουν μια ελαφριά αίσθηση πίεσης κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Πόσο διαρκεί η δημιουργία του κρημνού με τη μέθοδο Intralase;

Περίπου 15-25 δευτερόλεπτα για το κάθε μάτι.

Είναι η μέθοδος Intralase ασφαλής;

Σε 1.000.000 επεμβάσεις που έχουν γίνει παγκοσμίως με Intralase έχουμε ένα θεαματικό προφίλ μεγάλης ασφάλειας.

Ποιοι θεωρούνται κατάλληλοι υποψήφιοι για τη μέθοδο Intralase;

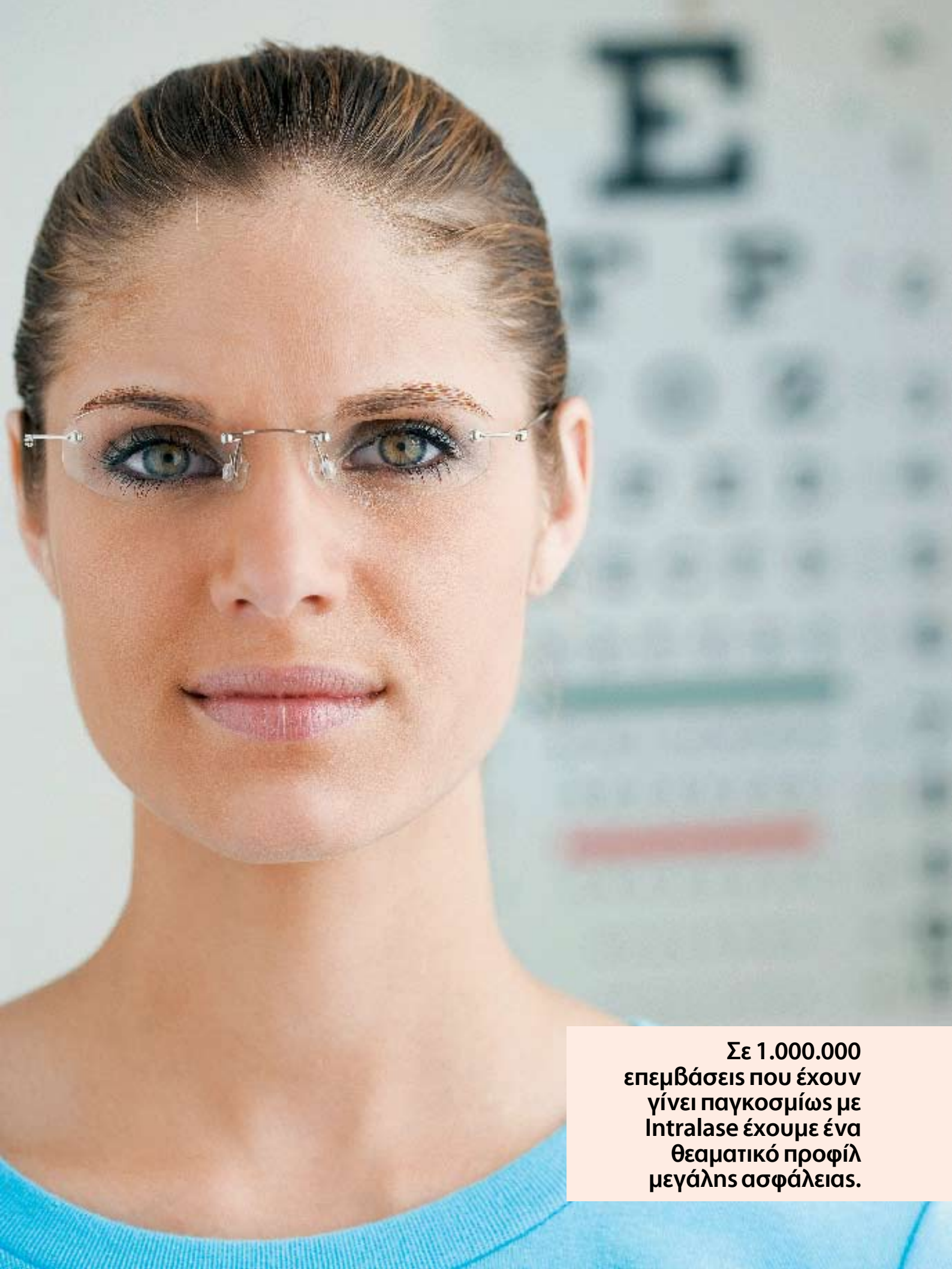
Αυτοί που θα κριθούν κατάλληλοι μετά από τον προεγχειρητικό έλεγχο. Ακόμη και άτομα που μέχρι τώρα δεν μπορούσαν να υποβληθούν στην επέμβαση lasik λόγω λεπτού κερατοειδή, με την ακρίβεια και την ασφάλεια που παρέχει η μέθοδος Intralase ίσως τώρα να κριθούν κατάλληλοι.

Εφαρμόζεται η τεχνολογία Intralase στη χώρα μας;

Ναι, εφαρμόζεται και στην Ελλάδα με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Ποια τα πλεονεκτήματα του Intralase;

1. Στατιστικά, οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να πετύχουν όραση 20/20.
2. Μεγαλύτερη ασφάλεια στη δημιουργία του κρημνού.
3. Περιορισμός της ξηροφθαλμίας που δημιουργείται μετά την επέμβαση lasik μέχρι και 70%.
4. Λιγότερα ποσοστά επανάληψης της επέμβασης lasik και μεγαλύτερη πλέον ακρίβεια στη δημιουργία του κερατοειδικού κρημνού, ώστε να έχουμε το επιθυμητό αποτέλεσμα στην ακρίβεια και στην προβλεψιμότητα της επέμβασης.



Σε 1.000.000 επεμβάσεις που έχουν γίνει παγκοσμίως με Intralase έχουμε ένα θεαματικό προφίλ μεγάλης ασφάλειας.

Φροντίζουμε αυτό που μας πονάει περισσότερο.

Την υγεία

Στην Ευρωκλινική Παίδων, θέλουμε να κάνουμε τα παιδιά να νιώθουν ασφαλή, ήρεμα και χαρούμενα, ακόμα κι όταν νιώθουν... άσχημα.

Γι' αυτό και τους προσφέρουμε ιατρική φροντίδα, θεραπεία και νοσηλεία άριστης ποιότητας, σ' ένα φιλικό, ευχάριστο και υπερσύγχρονο περιβάλλον. Με κορυφαίο επιστημονικό προσωπικό, άρτια υποδομή και ιατρικό εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας, η Ευρωκλινική Παίδων:

- διαθέτει 80 σύγχρονες και πλήρως εξοπλισμένες κλίνες νοσηλείας καθώς και εξειδικευμένα Τμήματα, Κλινική Ημέρας, Εξωτερικά Ιατρεία, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Χειρουργικές Αίθουσες και δικά της Εργαστήρια.
- παρέχει δυνατότητα διανυκτέρευσης στον γονέα-συνοδό.
- συνεργάζεται με την πλειονότητα των ασφαλιστικών εταιριών.
- διαθέτει ιδιόκτητα ασθενοφόρα για την εξυπηρέτηση επειγόντων περιστατικών.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

Λεμεσού 39-41 & Αχαρνών 209
Τηλ.: 210 8691 900
Τηλ. άμεσης ανάγκης: 1011
Fax: 210 8691 950
www.euroclinic.gr

Τμήματα:
• Αιματολογικό-Ογκολογικό • Ακτινολογικό - Υπερήχων • Αλλεργιολογικό • Αναισθησιολογικό • Γαστρεντερολογικό • Διαγνωστικό Αναπτυξιακής Παιδιατρικής • Ενδοκρινολογικό - Κέντρο Παχυσαρκίας και Διαβήτη - Διαιτολογικό • Εργαστήρια Βιοπαθολογίας • Καρδιολογικό • Νευρολογικό • Νεφρολογικό • Ορθοπαιδικό • Ουρολογικό • Παιδιατρικό • Παιδοχειρουργικό • Πλαστικής χειρουργικής και εγκαυμάτων • Πνευμονολογικό • Επειγόντων Περιστατικών • Ψυχολογικής υποστήριξης • ΩΡΛ (Ακουολογικό Εργαστήριο, Τυμπανομετρία - Ακουόγραμμα)

Ευρωκλινική Παίδων

Ειδικό ένθετο Medilife

Παναγιώτης Σπ. Λαγός,
Υφηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων

Νέα από το χώρο των εμβολίων

Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών

Επανάσταση στο χώρο της υγείας σημειώθηκε τον 20ό αιώνα με την εφαρμογή εμβολίων για την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων που προκαλούσαν σωρεία θανάτων και μόνιμων αναπηριών, ιδιαίτερα στα παιδιά. Οι παιδίατροι στον ελλαδικό χώρο έπαιξαν και παίζουν σημαντικό ρόλο στην καθιέρωση των εμβολιασμών. Η ενημέρωσή τους είναι συνεχής, καθώς πρέπει να παρακολουθούν τις αλματώδεις εξελίξεις στον συγκεκριμένο χώρο.

Τα υποχρεωτικά εμβόλια
που πρέπει να κάνουν όλα τα παιδιά (από τη βρεφική ηλικία) είναι:

1. Διφθερίτιδας, Τετάνου, Κοκκύτη
2. Πολυομυελίτιδας
3. Αιμόφιλου τύπου b
4. Ηπατίτιδας Α και Β
5. Μηνιγγιτιδόκοκκου – Πνευμονιόκοκκου
6. Ιλαράς – Ερυθράς – Παρωτίτιδας
7. Ανεμευλογιάς
8. Φυματίωσης

Αναφέρονται επίσης στον πίνακα και δύο άλλα εμβόλια, το εμβόλιο για τη Γρίπη και το εμβόλιο για τον Καρκίνο του Τραχήλου της Μήτρας.

Η ανακάλυψη νέων εμβολίων και η χρήση πολυδύναμων εμβολίων περιορίζουν τα «τρυπήματα» των παιδιών και ειδικά των βρεφών που, μέχρι το 1ο έτος, εμβολιάζονται κάθε μήνα.
Προτού ξεκινήσω παραθέτοντας τα «υποχρεωτικά εμβόλια» και αυτά που πλέον συμπεριλαμβάνονται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, **θα ήθελα να τονίσω ότι τα εμβόλια πρέπει να γίνονται με διαφορά ενός μηνός, για να απαντά σωστά ο οργανισμός και να δημιουργεί αντισώματα για τη συγκεκριμένη νόσο από την οποία θέλουμε να προφυλάξουμε το παιδί. Όχι εμβολιασμοί κάθε 10-15 ημέρες.**
Η ηλικία έναρξης των εμβολιασμών είναι αυτή των 2 μηνών. Υπάρχουν, όμως, περιπτώσεις στις οποίες ο εμβολιασμός πρέπει να αρχίσει από τη γέννηση (εμβόλιο για την ηπατίτιδα Β). Απαραίτητη επίσης είναι η σωστή ενημέρωση των γονιών, οι οποίοι δεν γνωρίζουν –γιατί πολλά θανατηφόρα λοιμώδη νοσήματα έχουν γίνει πλέον παρελθόν– πόσο απειλητικά για τη ζωή μπορεί να είναι ορισμένα λοιμώδη νοσήματα. Η ενημέρωση των παιδιάτρων και, μέσω αυτών, των γονιών πρέπει να είναι συνεχής, διότι αλλάζουν πολλά στο χώρο των εμβολίων. Οι διάφορες επιστημονικές εταιρείες, με τα συνεχή συνέδρια που πραγματοποιούν τόσο στον ελλαδικό όσο και στον διεθνή χώρο, αναφέρονται συνεχώς στα νεότερα δεδομένα των εμβολίων. Δεν υπάρχει συνέδριο που να μην αναφέρεται στα εμβόλια.
Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών 2008. Τα εμβόλια που συμπεριλαμβάνονται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών είναι υποχρεωτικά και χορηγούνται δωρεάν ή με κάποιο ποσοστό συμμετοχής από τα διάφορα ταμεία.

ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ 2008

Ηλικία / Εμβόλιο	Γέννηση	1 μην	2 μην	4 μην	6 μην	12 μην	15 μην	18 μην	24 μην	4-6 ετ	11-12 ετ	13-26 ετ
Ηπατίτιδας Β (HepB)	HepB	Hep B (1-2 δόσεις)			Hep B							
			Hep B	Hep B	Hep B				Hep B (όλες οι δόσεις)			
Διφθερίτιδας, Τετάνου, Κοκκύτη (DTaP)			DTaP	DTaP	DTaP		DTaP			DTaP	Tdap(ακολούθως Td ανά 10 έτη)	
Πολιομυελίτιδας (IPV)			IPV	IPV		IPV				IPV		
Αιμόφιλου τύπου b (Hib)			Hib	Hib	Hib	Hib						
Ιλαράς, Παρωτίτιδας, Ερυθράς (MMR)						MMR				MMR	MMR (2 δόσεις)	
Μηνιγγιτιδόκοκκου (MCC)			MCC	MCC		MCC						
Πνευμονιόκοκκου (PCV)			PCV	PCV	PCV	PCV			PCV (PPV)			
Ανεμευλογιάς (Var)						Var				Var	VAR(2 δόσεις)	
Φυματίωσης (BCG)						Mantoux				Mantoux BCG	Mantoux	
Ηπατίτιδας Α (HepA)									Hep A (2 δόσεις)			
Γρίπης (INFL)					INF(ετησίως σε ομάδες υψηλού κινδύνου)							
HPV											3 δόσεις	

Στον πίνακα φαίνονται οι ηλικίες κατά τις οποίες πρέπει να χορηγούνται τα εμβόλια και όλες τους οι δόσεις. Στο πλάι του πίνακα αναγράφεται με ελληνικά στοιχεία το όνομα της αντίστοιχης νόσου που αφορά το εμβόλιο. Π.χ., α) Hep B στον πίνακα σημαίνει εμβόλιο για την ηπατίτιδα Β, β) Var, εμβόλιο για την ανεμευλογιά.
Όπως αναγράφεται στον πίνακα, υπάρχει μια σωρεία εμβολίων, εκ των οποίων τα περισσότερα πρέπει να γίνουν στον πρώτο χρόνο ζωής του βρέφους. Αναρωτιέται κανείς εάν αυτό είναι δυνατό. Ναι, μπορεί να γίνει, με έναν σωστό προγραμματισμό από τον παιδίατρο. Κάτι άλλο που πρέπει να γνωρίζουν οι γονείς είναι ότι μπορούν να κάνουν δύο διαφορετικά εμβόλια μαζί, αρκεί να γίνουν την ίδια ώρα και ημέρα και οι ενέσεις να είναι σε διαφορετικά σημεία του σώματος.
Το εμβόλιο της γρίπης, σύμφωνα με τα ελληνικά δεδομένα, θα πρέπει να γίνεται σε παιδιά που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου (π.χ., παιδιά που πάσχουν από χρόνια νοσήματα), σε ενήλικες άνω των 60 ετών και σε άτομα που ασχολούνται με τη θανάτωση και το θάψιμο αρρώστων πουλερικών. Όσον αφορά το εμβόλιο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, το οποίο είναι ένα άριστο εμβόλιο με πολύ καλή αποτελεσματικότητα – πάνω από 90%–, θα πρέπει να γίνει μια νέα ενημέρωση (υπάρχει άρθρο από τον γράφοντα σε προηγούμενο τεύχος του *Medilife*). Στο εγγύς μέλλον θα πραγματοποιηθεί η συγγραφή νέου άρθρου, διότι πλέον υπάρχουν νεότερα δεδομένα.

Τα εμβόλια που συμπεριλαμβάνονται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών είναι υποχρεωτικά και χορηγούνται δωρεάν ή με κάποιο ποσοστό συμμετοχής από τα διάφορα ταμεία.

Θεοδώτα Λιακοπούλου-Τσιτσιπή,
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,
τ. Επιμελήτρια Α' Παιδιατρικής Κλινικής
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος
Ευρωκλινικής Παίδων

Η επίδραση των φυτοφαρμάκων στην υγεία των παιδιών

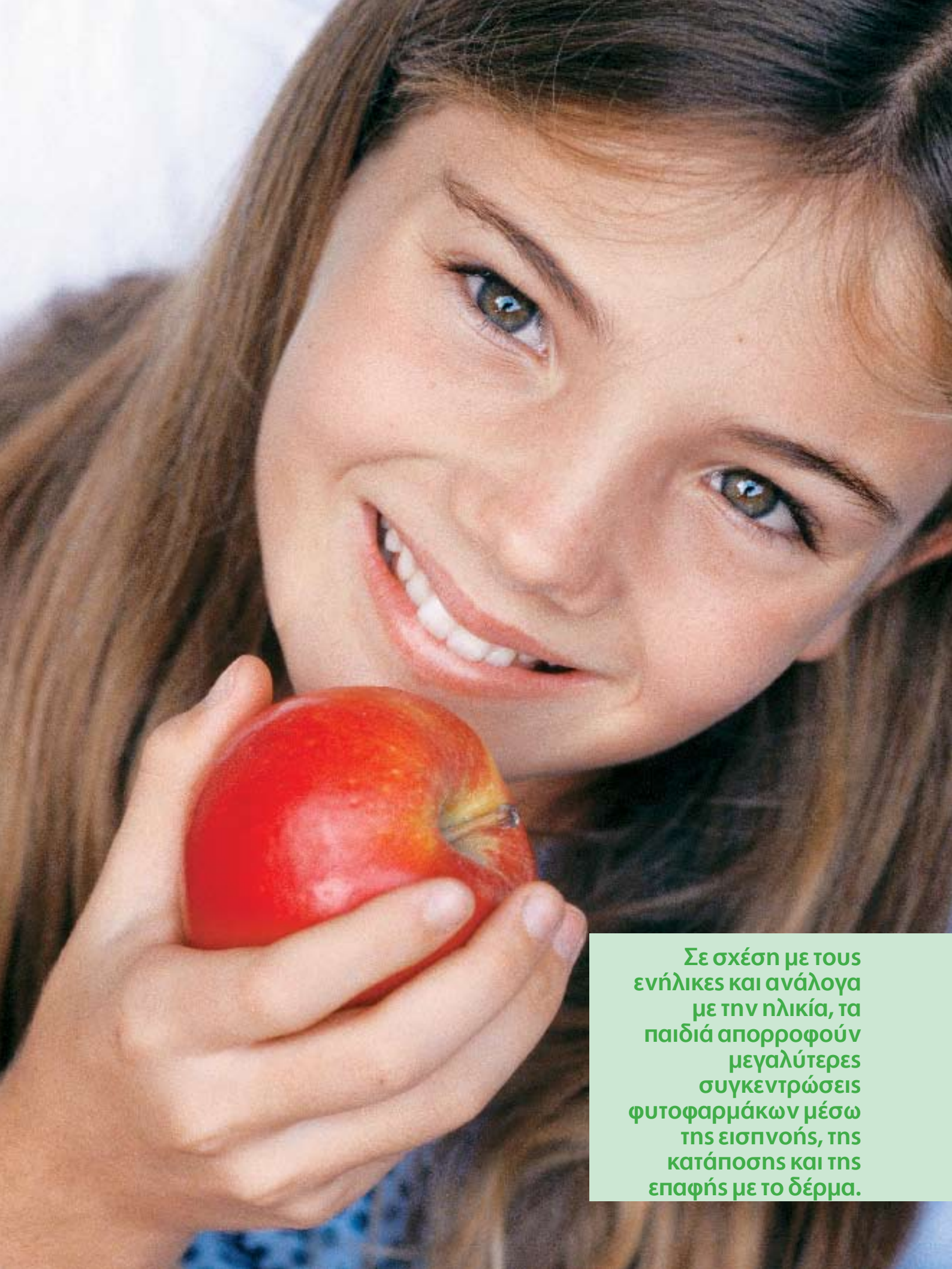
Η χρήση των φυτοφαρμάκων στις καλλιέργειες έχει δυσμενείς επιπτώσεις στο οικοσύστημα αλλά και στον ανθρώπινο οργανισμό. Περισσότερο ευπαθή στα φυτοφάρμακα είναι τα παιδιά, τόσο επειδή υπόκεινται σε αυξημένη έκθεση σε σχέση με τους ενήλικες όσο και γιατί βρίσκονται σε μια κρίσιμη περίοδο ανάπτυξης με πιο αδύναμους τους μηχανισμούς άμυνας.

Ο ΟΗΕ έχει διακηρύξει ότι η εξασφάλιση τροφής αποτελεί βασικό δικαίωμα του ανθρώπου. Θα πρέπει, δηλαδή, ο άνθρωπος να έχει πρόσβαση σε επαρκή ποσότητα και ποιότητα τροφής, η οποία θα πρέπει να είναι ασφαλής, υγιεινή και θρεπτική. Το βασικό αυτό δικαίωμα, όμως, δεν το κατέχει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού.
Στις ανεπτυγμένες χώρες η επάρκεια τροφής σε ποσότητα είναι ικανοποιητική με τη δυνατότητα εξαγωγών, σε άλλες χώρες όμως υπάρχει σοβαρό έλλειμμα στην ποιότητα. Η πρωτογενής παραγωγή υπόκειται σε σοβαρούς κινδύνους από ανταγωνιστές (έντομα, μύκητες, ζιζάνια, βακτήρια, ιοί) και για την προστασία της απαιτείται η λήψη μέτρων, μεταξύ των οποίων το πλέον διαδεδομένο είναι η χρήση φυτοφαρμάκων. Τα φυτοφάρμακα, όμως, πέραν των επιπτώσεων που έχουν στο οικοσύστημα, επηρεάζουν δυσμενώς την ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων, που έχει σχέση με την ασφάλεια και την υγεία του καταναλωτή. Στον Πίνακα 1 δίνονται ορισμένες από τις κύριες κατηγορίες φυτοφαρμάκων.
Οι κίνδυνοι που συνδέονται με τα φυτοφάρμακα δεν είναι πλήρως γνωστοί και για πολλά από αυτά δεν έχουν μελετηθεί οι μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία, όπως βλάβη στο γενετικό υλικό, καθώς και στο νευρικό, το ενδοκρινικό και το ανοσοποιητικό σύστημα. Επίσης δεν είναι γνωστό ποια είναι τα αθροιστικά αποτελέσματα της δράσης πολλών διαφορετικών ουσιών στον ανθρώπινο οργανισμό. Η γνώση της επίδρασης των φυτοφαρμάκων στον άνθρωπο προέρχεται κυρίως από μελέτες σε πειραματόζωα, από μελέτες σειρών ανθρώπινων κυττάρων στο εργαστήριο (in vitro) και από επιδημιολογικές μελέτες.

Πίνακας 1. Κατηγορίες φυτοφαρμάκων

Ομάδα	Σκεύασμα
Χλωριωμένοι υδρογονάνθρακες (Ε)	DDT, Lindane, Endosulfan
Οργανοφωσφορικοί εστέρες (Ε)	Malathion, Dimethoate, Chlorpyrifos
Καρβαμιδικά (Ε)	Carbaryl, Aldicarb
Συνθετικές πυρεθρίνες (Ε)	Permethrin, Deltamethrine, Fenvalerate
Τριαζίνες (Ζ)	Atrazine
Διντροανιλίνες (Ζ)	Trifluralin
Καρβαμιδικά (Μ)	Propamocarb

Υποσημείωση: Ε=Εντομοκτόνο, **Ζ**=Ζιζανιοκτόνο, **Μ**=Μυκητοκτόνο



Σε σχέση με τους ενήλικες και ανάλογα με την ηλικία, τα παιδιά απορροφούν μεγαλύτερες συγκεντρώσεις φυτοφαρμάκων μέσω της εισπνοής, της κατάποσης και της επαφής με το δέρμα.

Ευαισθησία των παιδιών σε φυτοφάρμακα

Η έκθεση των παιδιών σε φυτοφάρμακα γίνεται μέσω διαφόρων οδών και περιστάσεων. **Τα παιδιά μπορεί να εκτεθούν τυχαία μέσω της τροφής, του νερού και του αέρα. Επίσης, σε σχέση με τους ενήλικες και ανάλογα με την ηλικία, τα παιδιά απορροφούν μεγαλύτερες συγκεντρώσεις φυτοφαρμάκων ανά μονάδα σωματικού βάρους μέσω της εισπνοής, της κατάποσης και της επαφής με το δέρμα.** Οι θερμίδες που παίρνουν είναι κατά μονάδα βάρους 2,5 φορές περισσότερες, ο εισπνεόμενος αέρας 2 φορές, η έκθεση του δέρματος 2,5 φορές μεγαλύτερη. Οι χημικές ουσίες είναι μέχρι 10 φορές περισσότερο τοξικές σε παιδιά, εξαρτώμενες από το σωματικό βάρος.

- Τα παιδιά είναι πιθανότερο να έλθουν σε επαφή με ψεκασμένες επιφάνειες (παίζουν στο πάτωμα ή στο έδαφος).
- Φέρουν τα άπλυτα χέρια στο στόμα ή τρώνε πρόχειρες τροφές με τα χέρια.
- Επειδή πολλά φυτοφάρμακα είναι βαρύτερα από τον αέρα, στο περιβάλλον αναπνοής των παιδιών είναι πιθανό να υπάρχουν υψηλότερες συγκεντρώσεις φυτοφαρμάκων.
- Τα παιδιά μπορεί να μην ξέρουν να διαβάζουν, να μην καταλαβαίνουν ή να μη γνωρίζουν τα προειδοποιητικά σύμβολα κινδύνου.
- Το ανοσοποιητικό σύστημά τους είναι λιγότερο ανεπτυγμένο και μπορεί να είναι λιγότερο προστατευτικό.

Στα παιδιά παρατηρείται ανωριμότητα μεταβολικών οδών, μειωμένος βιομετασχηματισμός και απομάκρυνση τοξικών ουσιών, π.χ., τα νεογέννητα έχουν μειωμένο επίπεδο παραοξονάσης-1, η οποία διασπά τα οργανοφωσφορικά εντομοκτόνα. Η νεφρική λειτουργία δεν είναι πλήρως ανεπτυγμένη. Επειδή οι νεφροί στο νεογέννητο είναι ανώριμοι συγκρινόμενοι με τους νεφρούς των ενηλίκων, είναι περισσότερο δύσκολο για τα βρέφη να απομακρύνουν τοξικά προϊόντα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη συσσώρευση, αυξάνοντας έτσι την ευπάθειά τους.

- Τα παιδιά είναι εξαιρετικά τρωτά σε κατηγορίες συνθετικών φυτοφαρμάκων που μιμούνται τις φυσιολογικές ορμόνες ή τα ένζυμα.
- Ο ταχύς πολλαπλασιασμός των κυττάρων κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας αυξάνει την πιθανότητα κυτταρικών μεταλλάξεων, που μπορεί να οδηγήσουν αργότερα σε καρκίνους.
- Τα παιδιά έχουν μια μακρά διάρκεια ζωής, επομένως έχουν αρκετό χρόνο μπροστά τους για να εκδηλώσουν μακροχρόνιες επιπτώσεις από χημικές ουσίες.

Επίδραση φυτοφαρμάκων σε όργανα και συστήματα

Ενδοκρινικό σύστημα: Οι αναπτυσσόμενοι οργανισμοί έχουν αυξημένη ευαισθησία στη δράση χημικών ουσιών που διαταράσσουν το ενδοκρινικό σύστημα, επειδή οι διαφοροποιούμενοι ιστοί είναι πιο ευπαθείς σε αλλαγές στα επίπεδα των ορμονών. Τα φυτοφάρμακα (Πίνακας 2) είναι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν το ενδοκρινικό σύστημα. Μπορούν να δεσμεύσουν υποδοχείς ορμονών φύλου, να τους ενεργοποιήσουν και έτσι να οδηγήσουν σε αντιδράσεις παρόμοιες με αυτές ενδογενών οιστρογόνων και ανδρογόνων. Μπορούν επίσης να συνδεθούν με υποδοχείς ορμονών χωρίς την ενεργοποίησή τους, εμποδίζοντας έτσι τη σύνδεση των ενδογενών ορμονών, οι οποίες επομένως παραμένουν ανενεργές. Πέρα από τέτοιες άμεσες δράσεις μέσω υποδοχέων είναι δυνατές έμμεσες (αντι)οιστρογονικές και (αντι)ανδρογονικές αντιδράσεις. Αυτές περιλαμβάνουν αλλαγές στη συγκέντρωση των ορμονικών υποδοχέων στα όργανα στόχους, παρέμβαση στη βιοσύνθεση ορμονών στους ενδοκρινείς αδένες ή επίδραση στο βιομετασχηματισμό στο ήπαρ. Επιπλέον, μπορεί να επηρεασθεί η σύνδεση των ορμονών με πρωτεΐνες στο πλάσμα του αίματος, καθώς επίσης και η δραστηριότητα της υπόφυσης και του υποθαλάμου. Ένα μειονέκτημα των αποτελεσμάτων των ερευνών είναι ότι έχουν γίνει κυρίως σε πειραματόζωα ή σε κυτταροκαλλιέργειες. Αυτές οι μελέτες συχνά δίνουν τις πρώτες ενδείξεις των εν δυνάμει επιδράσεων των φυτοφαρμάκων στην αναπαραγωγή, αλλά είναι δύσκολο να επεκτείνει κανείς τα αποτελέσματα αυτά στον άνθρωπο. **Επιδημιολογικές μελέτες οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η έκθεση σε φυτοφάρμακα μπορεί να συνδέεται με διαταραχές του κύκλου, μειωμένη γονιμότητα, αυτόματη αποβολή, θνησιγενή έμβρυα και αναπτυξιακές ανωμαλίες.** Ως προς την αναπαραγωγή, ευρήματα έχουν δείξει ότι επαγγελματική έκθεση γυναικών σε φυτοφάρμακα μπορεί να προκαλέσει ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης και να αυξήσει τον κίνδυνο γέννησης παιδιών με συγγενείς ανωμαλίες, όπως ανωμαλίες άκρων, νευρικού και μυοσκελετικού συστήματος, υποσπαδία, κρυψορχία, καρδιαγγειακές ανωμαλίες, λυκόστομα και άλλες πολλαπλές και ειδικές ανωμαλίες.

Πίνακας 2.
Φυτοφάρμακα με ενδείξεις δράσης παρεμποδιστών ενδοκρινικού συστήματος

2,4 D	Carbaryl	Maneb
2,4,5 T	Dicofol	Methomyl
Alachlor	Dieldrin	Parathion
Aldicarb	DDT και μεταβολίτες	Συνθετικές πυρεθρίνες
Atrazine	Endosulfan	Triflurilan
Benomyl	Lindane	Zineb
β-HCH	Mancozeb	

Νευρικό σύστημα: Πολλές από τις κύριες ομάδες φυτοφαρμάκων είναι νευροτοξικές ουσίες. **Αποτελέσματα μακροχρόνιας έκθεσης σε φυτοφάρμακα περιλαμβάνουν διαταραχές μνήμης και συγκέντρωσης, προσανατολισμού, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, σύγχυση, κεφαλαλγία, διαταραχές λόγου, εφιάλτες, υπνοβασία κ.τ.λ.** Οι μικρές δόσεις νευροτοξινών μπορούν να διαταράξουν δραστικά τη διαδικασία μάθησης στα παιδιά. Επίδραση στην ανάπτυξη του νευρικού συστήματος διαπιστώθηκε σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, που πιθανόν προκλήθηκε μετά από έκθεση κατά την ενδομήτρια ζωή ή κατά την πρώτη παιδική ηλικία. Μια άλλη μελέτη βρήκε σημαντικά μεγαλύτερη αναλογία παιδιών, που είχαν εκτεθεί σε εναέριους ψεκασμούς, με διανοητικά και συναισθηματικά προβλήματα, σε σχέση με μη εκτεθέντα. Σε μια εργασία εκτίθεται μια δυσμενής σχέση προγεννητικής έκθεσης σε οργανοφωσφορικό φυτοφάρμακο, όπως μετριέται από DAPs (Dialkylphosphates), με την πνευματική ανάπτυξη και κυρίαρχα αναπτυξιακά προβλήματα στην ηλικία των 24 μηνών. Αυτή η μελέτη είναι μία από τις πρώτες που εξετάζει τις σχέσεις προγεννητικής και μεταγεννητικής έκθεσης σε οργανοφωσφορικά στην πρώιμη νευρωνική ανάπτυξη.

Ανοσοποιητικό: Ο Whalen παρουσίασε κυτταροτοξικά αποτελέσματα του ζιζανιοκτόνου τριαζίνη και καρβαμιδικών εντομοκτόνων στα φυσικά κυτταροκτόνα κύτταρα. Απαιτούνται όμως περισσότερες μελέτες in vitro για να καθορισθεί αν μερικές κατηγορίες φυτοφαρμάκων είναι περισσότερο τοξικές στο γενετικό και ανοσοποιητικό σύστημα των ανθρώπων και ειδικότερα σε ποια κύτταρα και συστατικά του ανοσοποιητικού συστήματος επιδρούν.

Αναπνευστικό: Σε μελέτη με ενήλικους αγρότες και εργάτες ψεκασμών διαπιστώθηκαν αναπνευστικά προβλήματα, όπως συριγμός ή γριπώδης συνδρομή κατόπιν έκθεσης σε εντομοκτόνα και ζιζανιοκτόνα. Επίσης βρογχικό άσθμα συσχετίσθηκε με καρβαμιδικά εντομοκτόνα.

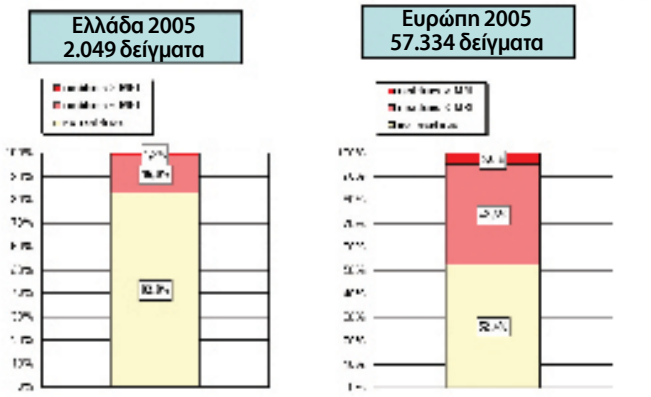
Δέρμα: Είναι γνωστό επίσης ότι τα φυτοφάρμακα προκαλούν δερματίτιδες, με σπουδαιότερη τη δερματίτιδα εξ επαφής, είτε ερεθιστική είτε αλλεργική.

Οι δυσμενείς επιδράσεις που δεν είναι θανατηφόρες δημιουργούν μελλοντικούς κινδύνους για το ίδιο το άτομο και τις επόμενες γενιές. Η ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης βρέθηκε να αυξάνει την ευαισθησία αργότερα στη ζωή για υπέρταση, διαβήτη τύπου 2, καρδιακή νόσο, καρκίνο του μαστού και του προστάτη. Άνδρες με ανωμαλίες κατά τη γέννηση έχουν διπλάσια πιθανότητα να γεννήσουν παιδιά με ανωμαλίες.

Φυτοφάρμακα και καρκίνοι

Τα φυτοφάρμακα μπορούν έμμεσα να συμβάλουν στην ανάπτυξη καρκίνου, είτε δρώντας ως προωθητές ή ενεργοποιητές είτε μέσω παραγόντων που επηρεάζουν διάφορους μηχανισμούς άμυνας με την πρόκληση σχηματισμού καρκινογόνων μεταβολιτών.
Π.χ., κάποια φυτοφάρμακα (Endosulfan, DDT, ατραζίνη) αλλάζουν την αναλογία κακών/καλών μεταβολιτών της οιστραδιόλης, όπως την 16α υδροξυεστρόνη (ογκογόνος) προς τη 2 υδροξυεστρόνη (μη τοξική).
Σε αρκετές μελέτες διαπιστώθηκε σχέση μεταξύ έκθεσης σε φυτοφάρμακα και συμπαγών όγκων, όπως όγκοι εγκεφάλου, νεφρών, παγκρέατος, νευροβλάστωμα, σάρκωμα. Η αυξημένη συχνότητα καρκίνου των νεφρών συνδέθηκε με τη γονική έκθεση κατά τη γεωργική απασχόληση. Σημειώθηκε επίσης αυξημένη συχνότητα όγκων του εγκεφάλου (έκθεση σε φυτοφάρμακα στο σπίτι, σε αγροτική απασχόληση, σε επαγγελματική έκθεση).
Αρκετές μελέτες εμπλέκουν φυτοφάρμακα ως αιτία αιματολογικών καρκίνων σε παιδιά (παιδικό λέμφωμα non-Hodgkin, λευχαιμία). Από 27 μελέτες οι 23 παρουσίασαν συσχετίσεις μεταξύ έκθεσης σε φυτοφάρμακα και λεμφώματος non-Hodgkin, πολλές από τις οποίες ήταν στατιστικά σημαντικές. Μια μελέτη έδειξε πως η αυξημένη συχνότητα παιδικής λευχαιμίας οφείλεται σε μητρική έκθεση σε φυτοφάρμακα.
Η χρήση ζιζανιοκτόνων (κυρίως 2,4 D) κατά την εγκυμοσύνη και μετά τη γέννηση συσχετίστηκε με την αυξημένη συχνότητα λευχαιμίας.

Σχήμα 1. Μέση τιμή υπολειμμάτων σε φρέσκα φρούτα, λαχανικά και δημητριακά



Φυτοφάρμακα και τροφές

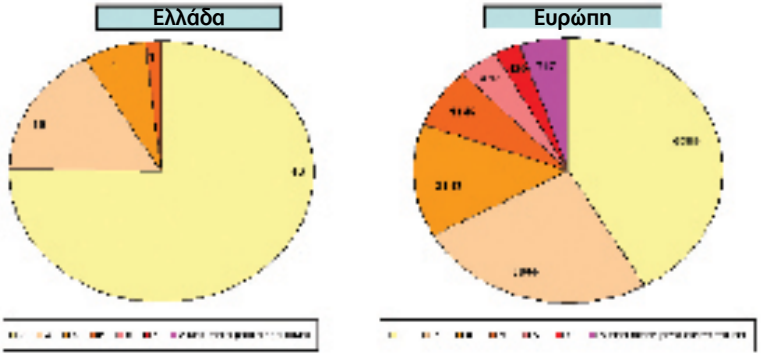
Το Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων των ΗΠΑ αναφέρει ότι μία από τις κύριες πηγές έκθεσης των παιδιών σε φυτοφάρμακα είναι η τροφή. Προς το παρόν, περισσότερες από 400 χημικές ουσίες χρησιμοποιούνται τακτικά στη συμβατική γεωργία ως βιοκτόνα για την αντιμετώπιση εντόμων και ζιζανίων. Σύμφωνα με το FDA (Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ), τα μισά προϊόντα που ελέγχονται στα καταστήματα τροφίμων περιλαμβάνουν μετρήσιμα επίπεδα φυτοφαρμάκων. Εργαστηριακές δοκιμές σε 8 παιδικές τροφές αποκάλυψαν την παρουσία υπολειμμάτων 18 φυτοφαρμάκων, μεταξύ των οποίων τρία καρκινογόνα. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ, οργανοφωσφορικά εντομοκτόνα βρίσκονται στο αίμα του 95% των Αμερικανών. Τα επίπεδα στο αίμα των παιδιών ήταν διπλάσια από ό,τι στο αίμα των ενηλίκων (τα οργανοφωσφορικά αποτελούν το 50% των εντομοκτόνων που χρησιμοποιούνται στις ΗΠΑ). **Οι τροφές με τις οποίες τα παιδιά εκτίθενται σε μη ασφαλή όρια υπολειμμάτων εντομοκτόνων είναι τα μήλα, τα ροδάκινα, τα αχλάδια, τα σταφύλια. Λιγότερο επιβαρυμένα είναι: η μπανάνα, το μπρόκολο, το κουνουπίδι, το ακτινίδιο.** Τα μήλα, σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του Υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ, μπορεί να ψεκαστούν μέχρι και 15 φορές με 36 διαφορετικά φυτοφάρμακα. Αντίστοιχα στοιχεία δεν υπάρχουν για την Ελλάδα. Είναι όμως γνωστό ότι ο αριθμός των ψεκασμών σε ορισμένες περιοχές προσεγγίζει αυτόν των ΗΠΑ.

Για τα διάφορα φυτοφάρμακα και τις καλλιέργειες έχουν θεσπισθεί μέγιστα επιτρεπόμενα όρια υπολειμμάτων (MRLs). Στην ΕΕ έχει εκδοθεί ο κανονισμός 396/2005 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και της Επιτροπής για τα μέγιστα επιτρεπόμενα όρια υπολειμμάτων φυτοφαρμάκων πάνω ή εντός των τροφίμων και σε ζωοτροφές φυτικής και ζωικής προέλευσης.

Για τη διαπίστωση των επιπέδων των υπολειμμάτων των φυτοφαρμάκων σε διάφορα προϊόντα έχουν γίνει εκτεταμένες δειγματοληψίες σε χώρες της ΕΕ στο πλαίσιο εκτέλεσης κοινοτικών προγραμμάτων. **Τα αποτελέσματα έχουν δείξει ότι η κατάσταση στην Ελλάδα είναι ικανοποιητική και τα επίπεδα βρίσκονται πολύ κάτω από τον μέσο όρο της Ευρώπης.** Εντούτοις, υπάρχει ένας μικρός αριθμός δειγμάτων στα οποία τα υπολείμματα υπερβαίνουν τα μέγιστα επιτρεπόμενα όρια (1,2% στην Ελλάδα σε σχέση με 5,0% για όλη την Ευρώπη). Για το 2005 τα στοιχεία φαίνονται στο Σχήμα 1. Τα αντίστοιχα αποτελέσματα για τη χώρα μας το 2001 ήταν 3,9%.

Σε αντίστοιχες μελέτες μετρήθηκαν και τα δείγματα με περισσότερα από δύο φυτοφάρμακα. Και εδώ ο αριθμός τους είναι μικρότερος στην Ελλάδα από ό,τι στην Ευρώπη, όπως φαίνεται στο Σχήμα 2.

Σχήμα 2. Αριθμός δειγμάτων με δύο ή περισσότερα φυτοφάρμακα το 2005



Προοπτικές για ποιοτικά και ασφαλή τρόφιμα

Τα σημερινά συστήματα γεωργικής παραγωγής στηρίζονται κυρίως στη συμβατική γεωργία, όπου γίνεται αλόγιστη και σε μεγάλο βαθμό μη ελεγχόμενη χρήση φυτοφαρμάκων. Η εφαρμογή του κανονισμού 396/2005 της ΕΕ αποτελεί ένα σημαντικό βήμα για τα μέγιστα επιτρεπόμενα όρια υπολειμμάτων, παρ' όλο που δεν υπάρχουν αποτελεσματικοί μηχανισμοί ελέγχου των προϊόντων στην αγορά. Κατά τα τελευταία έτη προωθούνται συστήματα πιστοποιημένης παραγωγής στην Ελλάδα, όπως και στις χώρες της ΕΕ. Μεταξύ αυτών είναι το ελληνικό AGRO 2, που πιστοποιεί το σύστημα ολοκληρωμένης παραγωγής (φιλοπεριβαλλοντικό), και άλλα ευρωπαϊκά, όπως το EUROGAP, που πιστοποιεί το προϊόν.

Τα συστήματα αυτά ακολουθούν συγκεκριμένα ελεγχόμενα πρωτόκολλα όλων των φάσεων της γεωργικής παραγωγής και ελέγχονται τα χρησιμοποιούμενα φυτοφάρμακα (είδος, χρόνος επέμβασης, δόσεις, τεκμηρίωση ανάγκης για τη χρήση τους) σε αντίθεση με τη συμβατική, όπου δεν τηρούνται τέτοια στοιχεία. Πέραν αυτών, τα τελευταία χρόνια αυξάνεται και η καλλιεργούμενη έκταση με το σύστημα της βιολογικής γεωργίας.

Στην Ελλάδα, κατά το 2006, καλλιεργήθηκαν 302.256 εκτάρια με βιολογική γεωργία (το 7,59% της συνολικής έκτασης) από 23.900 βιοκαλλιεργητές σε σχέση με 31.118 εκτάρια το 2001 και περίπου 1% της συνολικής έκτασης. Στην Ιταλία τα αντίστοιχα δεδομένα για το 2006 ήταν 1.148.162 εκτάρια, 9,04% και 45.115 καλλιεργητές. Η βιολογική γεωργία είναι ένα σύστημα καλλιέργειας που δεν χρησιμοποιεί συνθετικά λιπάσματα, συνθετικά φυτοφάρμακα και ρυθμιστές ανάπτυξης. Απεναντίας, το σύστημα στηρίζεται στην αμειψισπορά, την κοπριά, τη βιολογική καταπολέμηση και σε φυσικά ή βιολογικά φυτοπροστατευτικά προϊόντα. Το σύστημα αυτό ακολουθεί τον κανονισμό 2092/91 της ΕΕ, που περιλαμβάνει τις διαδικασίες παραγωγής με έλεγχο και πιστοποίηση. Στα προϊόντα βιολογικής γεωργίας δεν βρίσκονται υπολείμματα φυτοφαρμάκων, εκτός περιπτώσεων μεταφοράς τους από γειτονικά κτήματα, το έδαφος ή το νερό. Τα προϊόντα της βιολογικής γεωργίας είναι ασφαλέστερα των προϊόντων άλλων συστημάτων παραγωγής.

Σε μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ βρέθηκε ότι παιδιά που τρέφονταν με προϊόντα συμβατικής γεωργίας είχαν στα ούρα τους ανιχνεύσιμα υπολείμματα οργανοφωσφορικών εντομοκτόνων. Με τη διακοπή της διατροφής τους με συμβατικά και συνέχιση με προϊόντα βιολογικής γεωργίας για πέντε ημέρες δεν βρέθηκαν υπολείμματα, ενώ αυτά επανεμφανίσθηκαν όταν τα παιδιά άρχισαν εκ νέου να τρέφονται με προϊόντα συμβατικής γεωργίας. Σε άλλη μελέτη, παιδιά ηλικίας 2-4 ετών, που τρέφονταν με προϊόντα συμβατικής γεωργίας, είχαν εξαπλάσια επίπεδα εντομοκτόνων στο αίμα τους σε σχέση με παιδιά που τρέφονταν με προϊόντα βιολογικής γεωργίας.

Συμπεράσματα

• Τα βρέφη και τα παιδιά είναι πιο ευπαθή στα φυτοφάρμακα επειδή βρίσκονται σε ένα στάδιο ανάπτυξης με κρίσιμες περιόδους, δεν διαθέτουν καλά ανεπτυγμένους μηχανισμούς άμυνας και υπόκεινται σε αυξημένη έκθεση.

• Έκθεση σε χαμηλά επίπεδα φυτοφαρμάκων κάτω από τα MRL μπορεί να προκαλέσει βλάβη σε βρέφη και παιδιά. Τα νέα επιστημονικά δεδομένα επιβάλλουν περιοδική αναθεώρηση των επιπέδων.

• Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την επίδραση μεταβολιτών των φυτοφαρμάκων στα πρώτα στάδια ανάπτυξης των παιδιών, στη συνδυασμένη δράση τους και στα αθροιστικά αποτελέσματά τους.

• Τα αγροτικά προϊόντα, με τον σύγχρονο τρόπο παραγωγής τους, είναι επιβαρυμένα με υπολείμματα φυτοφαρμάκων και υπάρχουν δεδομένα και ενδείξεις ότι είναι επιζήμια για την υγεία του ανθρώπου. Οι επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών είναι μεγαλύτερες από ό,τι σε αυτήν των ενηλίκων. Η εφαρμογή σύγχρονης κοινοτικής νομοθεσίας για τα υπολείμματα, η προώθηση αποτελεσματικών μηχανισμών ελέγχου των προϊόντων για την ύπαρξη υπολειμμάτων και η προώθηση πιστοποιημένων συστημάτων ολοκληρωμένης παραγωγής και βιολογικής γεωργίας θα συμβάλουν στην παραγωγή ποιοτικών και περισσότερο ασφαλών γεωργικών προϊόντων.

Δρ. Ιάσων Κ. Ντουντουλάκης,
Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος,
Ευρωκλινική Παίδων

Σκολίωση

Διάγνωση & θεραπευτική προσέγγιση

Ο όρος σκολίωση προέρχεται από τη λέξη «σκολιός», που σημαίνει στρεβλός. Η φυσιολογική σπονδυλική στήλη στην προσθιοπίσθια διάστασή της φαίνεται τελείως ευθεία. Σκολίωση ονομάζουμε την πλάγια παρεκτόπιση της σπονδυλικής στήλης από τη μέση γραμμή. Ακολουθούν οι μορφές της πάθησης, ο τρόπος διάγνωσής της και η αντιμετώπισή της ανάλογα με τη βαρύτητα της κάθε περίπτωσης.

Μορφές σκολίωσης

Ανάλογα με την περιοχή της σπονδυλικής στήλης στην οποία εμφανίζεται το κύρτωμα, τη διαχωρίζουμε σε **αυχενική, θωρακική και οσφυϊκή σκολίωση**. Αρκετά συχνά μπορεί να υπάρξει κύρτωμα που να αφορά σε παραπάνω από μία μοίρα της σπονδυλικής στήλης, οπότε μιλάμε για **θωρακοσφυϊκή σκολίωση**. Ανάλογα με το προς τα πού κλίνει το κυρτό της καμπύλης, χαρακτηρίζουμε τη σκολίωση δεξιά ή αριστερή και την αναφέρουμε ως δεξιά θωρακική σκολίωση ή αριστερή οσφυϊκή σκολίωση κ.ο.κ. Πιο συχνά εμφανίζεται η σκολίωση με το κυρτό προς τα δεξιά. Επίσης, συχνότερη είναι η θωρακική και η θωρακοσφυϊκή σκολίωση. Η θωρακική σκολίωση φαίνεται πιο έντονα, διότι με τη στροφή των σπονδύλων συμπαρασύρονται και οι πλευρές, οι οποίες προβάλλουν περισσότερο στη θωρακική μοίρα. Ανάλογα με την ηλικία που παρουσιάζεται, χωρίζεται σε νηπιακή, παιδική και εφηβική σκολίωση.

Άλλοι διαχωρισμοί ανάλογα με την αιτιολογία της σκολίωσης είναι:

1. Συγγενής σκολίωση
2. Νευρομυϊκή σκολίωση
3. Σκολίωση στη νευροϊνωμάτωση
4. Σκολίωση στο σύνδρομο Μαρφάν
5. Σκολίωση που οφείλεται σε τραύμα
6. Σκολίωση που οφείλεται σε όγκο της σπονδυλικής στήλης
7. Αντιρροπιστική σκολίωση (δισκοπάθεια)
8. Ιδιοπαθής σκολίωση

Ιδιοπαθής σκολίωση

Από όλες τις μορφές ιδιαίτερη είναι η ιδιοπαθής σκολίωση. Λέγεται ιδιοπαθής διότι είναι άγνωστης αιτιολογίας. Είναι μια πάθηση που αφορά συνήθως νεαρές κοπέλες και είναι συχνότερη στις ηλικίες των 12-15 ετών. Συνήθως παρουσιάζεται μετά την ηλικία των 9-10 ετών και χειροτερεύει με την αύξηση της ηλικίας και του ύψους του παιδιού.

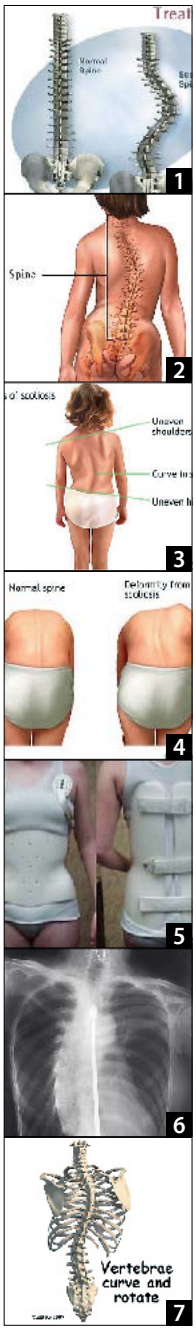
Πώς γίνεται η διάγνωση της σκολίωσης;

Πολλές φορές τη διάγνωση την κάνουν οι γονείς ή το ίδιο το παιδί. Συνήθως τα κορίτσια παραπονιούνται στη μητέρα τους ότι δεν στρώνει καλά η φούστα στη μέση, ότι κρέμεται περισσότερο από τη μία μεριά ή ότι πέφτει η μία τιράντα. Η μαμά πολλές φορές βλέπει να προβάλλει περισσότερο η μία ωμοπλάτη.

Η ιδιοπαθής σκολίωση –που ονομάζεται έτσι διότι είναι άγνωστη η αιτιολογία της– παρουσιάζεται συνήθως σε νεαρές κοπέλες και είναι συχνότερη σε ηλικίες από 12 έως 15 ετών.

Πώς εξετάζουμε ένα παιδί για να διαπιστώσουμε αν έχει σκολίωση;

Βάζουμε το παιδί σε στάση προσοχής, γυμνό από τη μέση και πάνω, και του λέμε να σκύψει με τα γόνατα σε έκταση. Παρατηρούμε τη σπονδυλική στήλη αν είναι ευθεία. Αν δεν είναι, τότε μιλάμε για πιθανή σκολίωση και ζητάμε ακτινολογικό έλεγχο που επιβεβαιώνει τη διάγνωση. Ο ακτινολογικός έλεγχος γίνεται με το παιδί σε όρθια στάση. Έχοντας κάνει τη διάγνωση πρέπει να ακολουθήσουμε και την κατάλληλη θεραπεία. Για να εφαρμόσουμε την ανάλογη θεραπεία θα πρέπει να γνωρίζουμε το μέγεθος της σκολίωσης.



Θεραπεία

Η σκολίωση μετριέται σε μοίρες, οπότε και η θεραπεία εξαρτάται από το πόσες μοίρες είναι το κύρτωμα. Για πρακτικούς λόγους έχουμε χωρίσει τη σκολίωση σε κατηγορίες: μέχρι 20 μοίρες, από 20-40 μοίρες και από 40 μοίρες και πάνω.

• Σκολίωση μεγέθους **μέχρι 20 μοίρες** θεραπεύεται συντηρητικά με φυσιοθεραπεία, κολύμπι και παρακολούθηση, συνήθως κάθε έξι μήνες.

• **Από 20-40 μοίρες** συνιστούμε διαφόρων τύπων κηδεμόνες. Οι κηδεμόνες έχουν σκοπό να διορθώσουν τη σκολίωση ή στη χειρότερη περίπτωση να μην την αφήσουν να χειροτερεύσει. Πολλές φορές η σκολίωση είναι δυνατόν να χειροτερεύσει και μέσα στον κηδεμόνα. Οι κηδεμόνες πρέπει να φοριούνται ανελλιπώς και για τουλάχιστον 20 ώρες το 24ωρο, ακόμη και τη νύχτα, για αρκετά χρόνια, πολλές φορές και μετά το πέρας της ανάπτυξης του παιδιού.

• **Από τις 40 μοίρες και πάνω** συνήθως η σκολίωση απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση. Η χειρουργική θεραπεία χρειάζεται για να διορθωθούν οι μεγάλες καμπύλες, οι οποίες, αν είναι έντονες, είναι δυνατόν να δημιουργούν πίεση στους πνεύμονες και στην καρδιά με αποτέλεσμα καρδιοπνευμονική ανεπάρκεια, ακόμη και θάνατο. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται ειδικές μεταλλικές ράβδοι για τη διόρθωση των κυρτωμάτων. Οι επεμβάσεις αυτές θεωρούνται μεγάλες, αλλά όταν υπάρχει ένδειξη πρέπει να γίνονται.

Εκτός από τις απλές σκολιώσεις, υπάρχουν και οι διπλές σκολιώσεις, όπου αντί για ένα κύρτωμα έχουμε δύο. Πολλές φορές αυτές φαίνονται λιγότερο, διότι το ένα κύρτωμα αντιρροπεί το άλλο. Η θεραπεία και εδώ είναι η ίδια.

Εικόνα 1: Αριστερά απεικονίζεται μια φυσιολογική σπονδυλική στήλη και δεξιά μια σπονδυλική στήλη με θωρακική σκολίωση.
Εικόνα 2: Απεικόνιση σκελετού με θωρακική σκολίωση.
Εικόνα 3: Κορίτσι με θωρακοσφυϊκή σκολίωση και ασυμμετρία των ωμοπλατών.
Εικόνα 4: Κλινικός έλεγχος σκολίωσης. Αριστερά φυσιολογική σπονδυλική στήλη, δεξιά σπονδυλική στήλη με σκολίωση.
Εικόνα 5: Κηδεμόνας τύπου Boston.
Εικόνα 6: Ακτινογραφία χειρουργημένης σκολίωσης άνω των 40 μοιρών με ράβδο Harrington.
Εικόνα 7: Σπονδυλική στήλη με διπλή σκολίωση.

Συμπεράσματα

✻ Η σκολίωση είναι πάθηση που αφορά συχνότερα τα κορίτσια της προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας. Η σκολίωση αυτή λέγεται ιδιοπαθής, διότι είναι άγνωστης αιτιολογίας. Μια πρόχειρη εξέταση μπορεί να γίνει ακόμη και από τους ίδιους τους γονείς, βάζοντας το παιδί να σκύψει με τεντωμένα τα γόνατα.

✻ Καλό είναι όλα τα παιδιά, ειδικά τα κορίτσια, να ελέγχονται μία φορά το χρόνο, από την ηλικία των 9-10 ετών.

✻ Στις μικρές σκολιώσεις, μέχρι 20 μοίρες, η συνήθης θεραπεία είναι οι ασκήσεις στάσης και ασκήσεις διορθώσεως, όπως αυτές ονομάζονται. Πολλές φορές συστήνουμε την κολύμβηση ως χρήσιμη, όμως τίποτε δεν έχει αποδειχθεί. Παρ' όλα αυτά είναι βέβαιο ότι δεν κάνει κακό. Αντιθέτως, προς απάντηση μιας συχνής ερώτησης των γονέων, το μονόζυγο σκληραίνει τους μυς και δεν επιτρέπει τη διόρθωση της σκολίωσης, συνεπώς πρέπει να αποφεύγεται. Επίσης, η βαριά σχολική τσάντα δεν έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί ή επιβαρύνει τη σκολίωση.

✻ Τέλος, όσα παιδιά φορούν κηδεμόνες πρέπει να τους φορούν ανελλιπώς, για περίπου 20 ώρες το 24ωρο και τουλάχιστον μέχρι το τέλος της ανάπτυξής τους.

ADEL SAATCHI & SAATCHI

νέο

ΝΟΥΝΟΥ
Calciplus
Ρόφημα Γιαουρτιού • 1% λιπαρά

Η νέα απόλαυση ΝΟΥΝΟΥ Calciplus, με μια κίνηση!

Υποδεχτείτε κάτι νέο μέσα στη μέρα σας: το ΝΟΥΝΟΥ Calciplus Ρόφημα Γιαουρτιού. Έχει υπέροχη, δροσερή γεύση και τον ιδανικό συνδυασμό επιπλέον ασβεστίου, μαγνησίου και βιταμίνης D3, που εξασφαλίζει μεγαλύτερη απορρόφηση και συγκράτηση του ασβεστίου από τα οστά. Έτσι, σας βοηθά καθημερινά να χτίσετε ένα γερό σώμα, με μια κίνηση. Με γεια σας!

ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΑΥΑΣΜΟ
επιπλέον ΑΣΒΕΣΤΙΟ
+ ΜΑΓΝΗΣΙΟ + ΒΙΤΑΜΙΝΗ D3

ΝΟΥΝΟΥ Calciplus. Γερή, ώς το κόκκαλο.

Βασίλης Μιχαήλ,
Διευθυντής Ουρολογικού
Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

Αποφρακτική ουροπάθεια στα παιδιά

Αρχές αντιμετώπισης

Οι παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος που ταλαιπωρούν τα παιδιά είναι αρκετές και συχνές. Η συγγενής υδρονέφρωση, που παρατηρείται συχνότερα στα αγόρια, είναι μία από αυτές. Ακολουθούν οι παράμετροι της συγκεκριμένης πάθησης, αλλά και οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά.

Συγγενής υδρονέφρωση

Είναι η πιο συχνή συγγενής στένωση του ουροποιητικού. Περίπου το ένα τρίτο των περιπτώσεων οφείλεται στην ύπαρξη έκτοπων πολικών αγγείων που διασταυρώνονται με τον ουρητήρα, τον πιέζουν και προκαλούν υδρονέφρωση είτε εξαρχής είτε προοδευτικά. Η παρουσία τους πρέπει πάντα να πιθανολογείται τόσο κατά την παρακολούθηση μιας υδρονέφρωσης, που για το λόγο αυτό θα πρέπει να είναι μακροχρόνια, όσο και κατά την εγχείριση (ανοικτή ή ενδοσκοπική), προς αποφυγή τραυματισμού τους και πρόκλησης βλάβης στον κάτω πόλο του νεφρού. Άλλα εξωαυλικά αίτια υδρονέφρωσης είναι η υψηλή έκφυση του ουρητήρα στην πύελο και οι ινώδεις ταινίες που περιβάλλουν και στραγγαλίζουν την πυελοουρητηρική συμβολή. Συχνότερα, όμως, είναι τα ενδοαυλικά αίτια, όπως έλλειψη περισταλτισμού ή αυξημένη ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού στην πυελοουρητηρική συμβολή. Υδρονέφρωση παρατηρείται συχνότερα στα αγόρια και στον αριστερό νεφρό. Στο 15-30% των περιπτώσεων παρατηρείται αμφοτερόπλευρα, ελάχιστες όμως είναι οι φορές που θα χρειαστεί χειρουργική διόρθωση άμφω (<5%). Σε ποσοστό 10-15% συνοδεύεται από κυστεονεφρική παλινδρόμηση (ΚΟΠ), γι' αυτό και σε κάθε περίπτωση είναι απαραίτητος ο έλεγχος με ανιούσα κυστεογραφία.

Το υπερηχογράφημα στον προγεννητικό έλεγχο

Η εξέλιξη και ευρεία εφαρμογή του υπερηχογραφήματος (ΥΓ) τη δεκαετία του '80, καθώς και η καθιέρωσή του στον προγεννητικό έλεγχο του εμβρύου κατά τη διάρκεια της κύησης, έχουν επιφέρει σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ελέγχου μιας πιθανής στένωσης στο ουροποιητικό των παιδιών. Η ενδοφλέβιος ουρογραφία χρησιμοποιείται πλέον πολύ σπάνια και **η πλειονότητα των περιπτώσεων με διάταση στο ουροποιητικό διαγιγνώσκεται με ΥΓ προγεννητικά, με συχνότητα 1:500 έμβρυα, έτσι ώστε οι κλινικές εκδηλώσεις της υδρονέφρωσης, όπως κοιλιακή μάζα στα νεογνά, κοιλιακά άλγη στα μεγαλύτερα παιδιά και εμφάνιση ουρολοίμωξης ή αιματουρίας, να έχουν περισσότερο ιστορική σημασία.** Προβληματισμός πλέον υπάρχει όσον αφορά την πρόγνωση μιας προγεννητικά διαγνωσμένης υδρονέφρωσης, τον τρόπο παρακολούθησής της και τις ενδείξεις της χειρουργικής διόρθωσής της σε έναν ασυμπτωματικό ασθενή.

Πίνακας 1

Υδρονέφρωση: ταξινόμηση προγεννητικά
Society of Fetal Urology

Βαθμός	Διάταση πυέλου	Διάταση καλύκων	Λέπτυνση φλοιού
0	(-)	(-)	(-)
1	μικρή	(-)	(-)
2	μεγάλη	(-)	(-)
3	(+)	(+)	(-)
4	(+)	(+)	(+)

Η εξέλιξη και ευρεία εφαρμογή του υπερηχογραφήματος, καθώς και η καθιέρωσή του στον προγεννητικό έλεγχο του εμβρύου κατά τη διάρκεια της κύησης, έχουν επιφέρει σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ελέγχου μιας πιθανής στένωσης στο ουροποιητικό των παιδιών.

Άλλες περιπτώσεις

Μεγαουρητήρας
Ως τέτοιος χαρακτηρίζεται κάθε ουρητήρας που το εύρος του ξεπερνά τα 7 χιλ. στα παιδιά. Διαπιστώνεται με ΥΓ προγεννητικά ή μετά από έλεγχο του ουροποιητικού λόγω ουρολοίμωξης, αιματουρίας, περιοδικών κοιλιακών αλγών ή ψηλαφητής μάζας στην κοιλιά.

Πρωτοπαθής αποφρακτικός μεγαουρητήρας
Η πιο συχνή αιτία είναι ένα αδυναμικό τμήμα του ουρητήρα κοντά στην κύστη, που, παρά το ότι τις περισσότερες φορές έχει φυσιολογικό εύρος, δεν επιτρέπει τη δίοδο των ούρων.

Δευτεροπαθής αποφρακτικός μεγαουρητήρας
Οφείλεται σε λειτουργική απόφραξη λόγω αυξημένης ενδοκυστικής πίεσης και συνήθως είναι αμφοτερόπλευρος.

Ουρητηροκήλη
Είναι η κυστική διάταση του ενδοκυστικού τμήματος του ουρητήρα και παρουσιάζεται με συχνότητα 1:5.000 νεογνά.

Βαλβίδες οπισθίας ουρήθρας
Είναι η σοβαρότερη αποφρακτική ουροπάθεια στα αγόρια, διότι προκαλεί δυσλειτουργία των νεφρών και της ουροδόχου κύστης. Εάν, δε, συνοδεύεται από ολιγοϋδράμνιο κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, προκαλεί σοβαρά προβλήματα στους πνεύμονες του νεογνού, με αυξημένη θνησιμότητα.

Πίνακας 3

Υδρονέφρωση: παρακολούθηση

χημειοπροφύλαξη
3η ημέρα ΥΓ
1ο μήνα ΥΓ και ανιούσα κυστεοουρηθρογραφία
3ο μήνα ΥΓ
6ο μήνα ΥΓ
12ο μήνα ΥΓ

Μετά τον 1ο μήνα, ανάλογα με τα ευρήματα του ΥΓ: Δυναμικό Σπινθηρογράφημα (MAG-3)

Πίνακας 2

Υδρονέφρωση: πρόγνωση προγεννητικά

Εξαρτάται από την Π/Ο διάμετρο της πυέλου στο ΥΓ (3ο τρίμηνο της κύησης)

	ΚΦ	Παρακολούθηση	Χειρουργείο
Εάν <10 mm	98%	2%	
Εάν 10-20 mm		50%	50%
Εάν >20 mm		2%	98%

Στο ΥΓ έχει καθιερωθεί πλέον η μέτρηση της προσθιοπίσθιας (Π/Ο) διαμέτρου της πυέλου, του εύρους των καλύκων και του πάχους του νεφρικού παρεγχύματος. Έτσι, μπορούμε αντικειμενικά να παρακολουθούμε την εξέλιξη της υδρονέφρωσης και την επίδρασή της στο νεφρό, ενώ η αποτύπωση της ηχογένειας του παρεγχύματος μας βοηθά στην εκτίμηση νεφρικής νόσου ή ύπαρξης δυσπλασίας στο νεφρό. Σύμφωνα με την ταξινόμηση που έχει καθιερώσει η Society of Fetal Urology (SFU), προγνωστική σημασία έχει η διάταση των καλύκων σε σχέση με το πάχος του παρεγχύματος (πίνακας 1).
Στις περισσότερες περιπτώσεις προγεννητικής υδρονέφρωσης τρίτου - τετάρτου βαθμού θα απαιτηθεί χειρουργική αντιμετώπιση. Επίσης, δυνατή είναι η πρόγνωση της πορείας μιας προγεννητικής υδρονέφρωσης με μόνη τη μέτρηση της Π/Ο διαμέτρου της πυέλου (πίνακας 2).
Αμέσως μετά τη γέννηση, χορηγείται στο νεογνό χημειοπροφύλαξη και ύστερα από λίγες ημέρες γίνεται ΥΓ νεφρών, το οποίο θα επαναληφθεί σε ένα μήνα μαζί με ανιούσα κυστεογραφία. Ανάλογα με τα ευρήματα θα πραγματοποιηθεί επιπλέον Δυναμικό Σπινθηρογράφημα (MAG-3), με το οποίο θα εκτιμηθεί αν υπάρχει σημαντικό κώλυμα, καθώς και η σχετική λειτουργικότητα εκάστου νεφρού. Στον πίνακα 3 φαίνεται η παρακολούθηση ενός παιδιού με προγεννητική διάταση κατά το πρώτο έτος της ζωής.

Ενδείξεις για χειρουργική αντιμετώπιση

Επί παρουσίας συμπτωμάτων, η ένδειξη για χειρουργική επέμβαση είναι προφανής. Ποιες είναι όμως οι ενδείξεις για χειρουργική αντιμετώπιση μιας ασυμπτωματικής υδρονέφρωσης;
Από την εμπειρία τόσων χρόνων, οι περισσότεροι συμφωνούν ότι η <40% σχετική λειτουργικότητα του υδρονεφρωτικού νεφρού, όπως και η προοδευτική αύξηση της Π/Ο διαμέτρου της πυέλου με ταυτόχρονη ελάττωση της σχετικής λειτουργικότητας του νεφρού, αποτελούν ισχυρές ενδείξεις για χειρουργική αντιμετώπιση, η οποία θα βελτιώσει την αποχέτευση της πυέλου, χωρίς να αναμένεται βελτίωση της λειτουργίας του νεφρού.
Η κλασική ανοικτή χειρουργική επέμβαση, κατά Hynes-Anderson, έχει άριστα αποτελέσματα και αποτελεί την πρώτη επιλογή για τη διόρθωση της υδρονέφρωσης στα παιδιά, ιδίως στη βρεφική ηλικία. Τελευταία, αρκετοί προτείνουν τη λαπαροσκοπική πυελοπλαστική ή την ενδοουρητηροτομία, επεμβάσεις λιγότερο τραυματικές αλλά πιο χρονοβόρες –ιδιαίτερα η δεύτερη–, χωρίς μεγάλα ποσοστά επιτυχίας. Σίγουρα όμως οι επεμβάσεις αυτές προτιμούνται στις περιπτώσεις επανεπέμβασης, καθώς η ανοικτή χειρουργική είναι στις περιπτώσεις αυτές αρκετά δύσκολη.

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

ΔΕΛΤΙΟ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΟΥ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:..... Τ.Κ.:.....

ΠΕΡΙΟΧΗ: ..... ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΔΕΛΤΙΟ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΔΩΡΟ

ΔΩΡΟ ΑΠΟ:
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΠΡΟΣ:
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:..... Τ.Κ.:.....

ΠΕΡΙΟΧΗ: ..... ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

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

Αικατερίνη Αγραφιώτη,
Επιμελήτρια Παιδίατρος - Πνευμονολόγος,
Ευρωκλινική Παίδων

Βρογχικό Άσθμα & προσχολική ηλικία

Το βρογχικό άσθμα χαρακτηρίζεται από ετερογένεια των συμπτωμάτων σε διαφορετικές ομάδες ασθενών και από μεταβλητότητα στον ίδιο ασθενή με την πάροδο του χρόνου. Στο άρθρο που ακολουθεί θα δούμε τι ακριβώς είναι το συγκεκριμένο σύνδρομο και πώς διαγιγνώσκεται, τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή του και τη θεραπευτική του αντιμετώπιση.

Το βρογχικό άσθμα (ΒΑ) ορίζεται ως χρόνια φλεγμονή των βρόγχων (αεραγωγών) και χαρακτηρίζεται από την ποικίλου βαθμού απόφραξή τους. Συνδυάζεται με βρογχική υπεραπαντητικότητα σε ποικίλα ερεθίσματα, δηλαδή πιο εύκολη αντίδραση των βρόγχων και βρογχοσπασμό σε ερεθίσματα στα οποία εκτίθενται και μη πάσχοντες.

Η χρόνια φλεγμονή προσδιορίζεται με ποικίλες μεθόδους:
- Ανάλυση των βρογχικών εκκρίσεων μετά από πρόκληση βήχα και πτυέλων
- Ανάλυση βρογχοκυψελιδικού εκπλύματος (BAL) και βρογχική βιοψία μετά από βρογχοσκόπηση
- Προσδιορισμό εκπνεόμενου NO, CO, H_2O_2
- Προσδιορισμό ηωσινοφιλικών πρωτεϊνών στο αίμα, ισταμίνη και παράγωγα λευκοτριενίων στα ούρα

Απόφραξη των αεραγωγών θεωρείται ότι υπάρχει όταν έχουμε:
- Συριγμό
- Μειωμένη αναπνευστική λειτουργία
- Ανταπόκριση στα βρογχοδιασταλτικά ή σε θεραπεία άσθματος γενικότερα

Η βρογχική υπεραντιδραστικότητα συνήθως προσδιορίζεται:
- Με δοκιμασία μελαχολίνης, ισταμίνης
- Με δοκιμασία ψυχρού αέρα
- Με δοκιμασία άσκησης

Οι περισσότερες δοκιμασίες που αναφέρονται παραπάνω απαιτούν τη συνεργασία του ασθενούς, επομένως δεν αφορούν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Στη δική τους περίπτωση ο ορισμός του βρογχικού άσθματος μπορεί να γίνει κυρίως με κλινικά κριτήρια. Μάλιστα, η 3η Διεθνής Διάσκεψη για την Αντιμετώπιση του Παιδικού Άσθματος όρισε ως άσθμα τα υποτροπιάζοντα επεισόδια συριγμού ή/και βήχα, σε περιβάλλον όπου είναι πιθανή η εμφάνιση άσθματος και υπό την προϋπόθεση ότι άλλες σπάνιες καταστάσεις έχουν αποκλεισθεί. Και πάλι ο ορισμός είναι γενικός αν αναλογισθεί κανείς ότι το ΒΑ είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από ετερογένεια με μεταβαλλόμενα σημεία και συμπτώματα σε διαφορετικές ομάδες ασθενών, καθώς και από μεταβλητότητα στον ίδιο τον ασθενή με την πάροδο του χρόνου.
Αν στα παραπάνω προσθέσουμε ότι: **1)** τις τελευταίες δεκαετίες είναι γνωστό ότι η πρωταρχική υποκείμενη παθολογία στο παιδικό ΒΑ είναι η φλεγμονή των αεραγωγών, **2)** ότι το αποτέλεσμα της φλεγμονής αυτής είναι η αναδόμηση των βρόγχων (remodeling) και **3)** ότι η αναδόμηση των αεραγωγών παρατηρήθηκε και σε μικρές ηλικίες, κρίνονται αναγκαία:
- Η αναγνώριση των διαφορετικών φαινοτύπων, δηλαδή των συμπτωμάτων και των σημείων με τα οποία εμφανίζεται η νόσος του ΒΑ στην προσχολική ηλικία.
- Ο καθορισμός των παραγόντων κινδύνου για εξέλιξη σε επίμονο βρογχικό άσθμα.
- Η αναγκαιότητα έγκαιρης έναρξης της θεραπείας με σκοπό την παρέμβαση στη φυσική πορεία της νόσου.

Η αναγνώριση των συμπτωμάτων, ο καθορισμός των παραγόντων κινδύνου και η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας είναι αναγκαία για την αντιμετώπιση του βρογχικού άσθματος.

Συμπτώματα του βρογχικού άσθματος

Όσον αφορά τους φαινότυπους του ΒΑ, στη σημαντικότερη μέχρι σήμερα μελέτη προτείνονται τρεις για παιδιά προσχολικής ηλικίας, με βάση κυρίως τα επεισόδια συριγμού.

1. Παροδικός πρώιμος συριγμός:

Χαρακτηρίζει παιδιά με επεισόδια συριγμού πριν την ηλικία των τριών ετών, τα οποία στη συνέχεια δεν εμφανίζουν παρόμοια επεισόδια. Τα επεισόδια αυτά παρουσιάζονται συνήθως μετά από ιογενείς λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού και δεν σχετίζονται με οικογενειακό ιστορικό ΒΑ ή με ευαισθητοποίηση σε αλλεργιογόνα. Τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των επεισοδίων είναι χωρίς συμπτώματα.

Παράγοντες κινδύνου για τον συγκεκριμένο φαινότυπο είναι:

• Η μειωμένη αναπνευστική λειτουργία, η οποία παραμένει μειωμένη και στην ηλικία των έξι ετών, χωρίς όμως να συνεχιστεί η εμφάνιση συμπτωμάτων. Αφορά βρέφη με αεραγωγούς μικρότερου μεγέθους, που παρουσιάζουν το φαινόμενο της δυσανάπτυξης, δηλαδή δυσανάλογη ανάπτυξη του πνευμονικού παρεγχύματος σε σχέση με το μέγεθος των αεραγωγών τους.

• Το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά την περιγεννητική περίοδο του βρέφους.

• Η προωρότης.

• Η επαφή με τα μεγαλύτερα αδέλφια ή ο συγχρωτισμός σε βρεφονηπιακούς σταθμούς.

Αν και το 1/3 των παιδιών ηλικίας κάτω των τριών ετών παρουσιάζει επεισόδια συριγμού με ιογενείς λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, το 60% αυτών των επεισοδίων σταματά μέχρι την ηλικία των τριών ετών και οπωσδήποτε μέχρι την ηλικία των έξι ετών.

2. Μη ατοπικά παιδιά με επεισόδια συριγμού:

Χαρακτηρίζει παιδιά με επεισόδια συριγμού και μετά την ηλικία των τριών ετών, τα οποία δεν παρουσιάζουν ατοπία.

Παράγοντας κινδύνου για αυτόν τον φαινότυπο είναι:

• Οι σοβαρές ιογενείς λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, κυρίως βρογχιολίτιδα με αναπνευστικό συγκυτιακό ιό (RSV). Παιδιά με ιστορικό βρογχιολίτιδας με RSV έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν επανειλημμένως επεισόδια συριγμού, τα οποία υποχωρούν μέχρι την ηλικία των δεκατριών ετών.

Ένας από τους πρωταρχικούς στόχους της θεραπείας του βρογχικού άσθματος είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής με την ελαχιστοποίηση ή ακόμη και με την εξαφάνιση των συμπτωμάτων.

3. Ατοπικά παιδιά με επεισόδια συριγμού:

Χαρακτηρίζει παιδιά: 1) με επεισόδιο συριγμού πριν την ηλικία των τριών ετών μετά από ιογενή λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού και επεισόδια συριγμού μετά την ηλικία των τριών ετών (πρώιμη έναρξη) και 2) παιδιά χωρίς κανένα επεισόδιο συριγμού πριν την ηλικία των τριών ετών και με επεισόδια συριγμού μετά την ηλικία των τριών ετών (όψιμη έναρξη).

Στην πρώτη περίπτωση, τα παιδιά παρουσιάζουν αυξημένη προδιάθεση για παραγωγή μεγάλων ποσοτήτων IgE ως αντίδραση σε αεροαλλεργιογόνα, είτε εκτεθούν νωρίς σε αυτά είτε σε μεγαλύτερες ηλικίες. Επίσης, παρουσιάζουν επηρεασμένη αναπνευστική λειτουργία σε ηλικία έξι ετών, παρά το γεγονός ότι σε ηλικία μικρότερη των τριών ετών η αναπνευστική λειτουργία είναι κατά 50% καλύτερη από ό,τι στα παιδιά με παροδικά επεισόδια συριγμού. Τα ατοπικά παιδιά παρουσιάζουν μικρότερη «αντοχή» στις ιογενείς λοιμώξεις του αναπνευστικού και παρατεταμένη βρογχική υπεραντιδραστικότητα (που παραμένει για περισσότερο από τρεις μήνες) μετά από επανειλημμένες λοιμώξεις.

Στη δεύτερη περίπτωση, τα παιδιά παρουσιάζουν την ίδια συχνότητα ευαισθητοποίησης σε κοινά αεροαλλεργιογόνα και μικρή αύξηση της IgE σε ηλικία έξι ετών, φυσιολογική IgE ορού σε ηλικία εννέα μηνών και φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία στην ηλικία των έξι ετών. Επομένως καταλήγουμε ότι, από το σύνολο των παιδιών που παρουσιάζουν επεισόδια συριγμού πριν την ηλικία των τριών ετών, μια μικρή ομάδα έχει γενετική προδιάθεση για μετέπειτα ανάπτυξη ΒΑ. Εκτός από τους τρεις προτεινόμενους φαινότυπους για το ΒΑ σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, ορισμένα παιδιά παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια βήχα μακριά από ιογενείς λοιμώξεις (RC). Πολλά από αυτά τα επεισόδια φαίνεται να σταματούν μετά την ηλικία των έξι ετών, ειδικά όταν το κοινό στοιχείο με τον φαινότυπο 1 είναι το κάπνισμα των γονιών. Επίσης, αναφέρεται ότι τα παιδιά με RC έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία στις ιογενείς λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, χωρίς να γνωρίζουμε αν τελικά αυτό οφείλεται σε μεγαλύτερη έκθεση, σε κάποιο έλλειμμα στο ανοσοποιητικό τους σύστημα ή σε κάποια χαρακτηριστικά των αεραγωγών τους. Ένα μικρό ποσοστό θα αναπτύξει αργότερα ΒΑ με παράγοντα κινδύνου την εμφάνιση επεισοδίων συριγμού, οπότε οι περιπτώσεις κατατάσσονται σε κάποιον από τους φαινότυπους που προαναφέραμε.

Είναι γνωστό ότι το 80% των ατόμων που πάσχουν από ΒΑ παρουσίασε τα πρώτα συμβατά με ΒΑ συμπτώματα σε ηλικία μικρότερη των τριών ετών. Για τη διάγνωση χρησιμοποιούμε κυρίως –όπως ήδη αναφέραμε– κλινικά κριτήρια, όπως επεισόδια συριγμού, χρόνιο βήχα ανεξάρτητα από λοιμώξεις, που επιδεινώνεται τη νύχτα ή μετά από άσκηση, γέλιο ή κλάμα. Στις περιπτώσεις επεισοδίων βήχα θα πρέπει πρώτα να αποκλεισθούν άλλες αιτίες χρόνιου βήχα, όπως εισρόφηση ξένου σώματος, συγγενείς ανωμαλίες αεραγωγών, συγγενείς καρδιοπάθειες, συγγενείς ανωμαλίες μεγάλων αγγείων, ΙΝΚ, ΓΟΠ, ανοσοανεπάρκεια, πρωτοπαθής δυσκινησία κροσσών, λοιμώξεις αναπνευστικού και ψυχογενής βήχας. Στη συνέχεια είναι απαραίτητη η ανίχνευση αλλεργίας και ιστορικού ατοπικής δερματίτιδας ή αλλεργικής ρινίτιδας.

Στόχοι θεραπείας – Παράγοντες κινδύνου

Πριν προχωρήσουμε στη θεραπευτική αντιμετώπιση των παιδιών με ΒΑ, είναι απαραίτητη η σταδιοποίησή του σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει αντιμετώπιση της οξείας κρίσης και χρόνια αντιμετώπιση σε συγκεκριμένη ομάδα ασθενών.

Στόχοι της θεραπείας είναι:

- Η βελτίωση της ποιότητας ζωής με την ελαχιστοποίηση ή την εξαφάνιση των συμπτωμάτων, όπως ο νυχτερινός βήχας ή ο βήχας μετά από άσκηση.
- Ο περιορισμός των απουσιών από το σχολείο ή τον παιδικό σταθμό.
- Η εξάλειψη παρενεργειών από φάρμακα.

Τα εισπνεόμενα κορτικοειδή, όταν χορηγούνται εγκαίρως και για μεγάλο χρονικό διάστημα, φαίνεται να επηρεάζουν τη φλεγμονή. Πρακτικά, σε χαμηλές ή μέτριες δόσεις στερούνται ανεπιθύμητων ενεργειών και ευελπιστούμε ότι παρεμβαίνουν στη φυσική πορεία της νόσου. Τα ευεργετικά τους αποτελέσματα δεν ισχύουν στο ήδη εγκατεστημένο, μη ελεγχόμενο ΒΑ.

Όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του βρογχικού άσθματος, αυτοί περιλαμβάνουν:

- Γενετική προδιάθεση
- Έκθεση και ευαισθητοποίηση σε αλλεργιογόνα
- Λοιμώξεις
- Υγιεινή
- Κάπνισμα
- Ενδοοικιακό αερισμό
- Ρύπανση της ατμόσφαιρας

Η Παγκόσμια Οργάνωση Αλλεργιολογίας προτείνει περιβαλλοντικά μέτρα πρόληψης των αλλεργικών νοσημάτων.

Τέλος, η έρευνα του μέλλοντος θα πρέπει να απαντήσει στα εξής ερωτήματα:

- Ποιοι παράγοντες που δρουν στην προσχολική ηλικία μπορούν να οδηγήσουν στη διατήρηση ή επανεμφάνιση του ΒΑ στους νεαρούς ενήλικες; Εξετάζεται ιδίως ο παράγοντας της ατοπίας.
- Ποιος ο ρόλος της γενετικής προδιάθεσης και του περιβάλλοντος στη διατήρηση του ΒΑ στους νεαρούς ενήλικες;
- Τι επηρεάζει τη μεγάλη μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας στους νεαρούς ενήλικες σε σχέση με το ΒΑ της προσχολικής και σχολικής ηλικίας;
- Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση ΒΑ για πρώτη φορά στους νεαρούς ενήλικες;

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

Παιδικός Σταθμός

Πότε και πού πρέπει να πάει το παιδί μου;

Ο παιδικός σταθμός αποτελεί μια πραγματικότητα και ένα πολύ σημαντικό βήμα στη ζωή του παιδιού και όλης της οικογένειας. Είναι η στιγμή του πρώτου αποχωρισμού και η στιγμή της ένταξης στο πρώτο κοινωνικό πλαίσιο. Ενημερωθείτε για όλα όσα χρειάζεται να γνωρίζετε, ώστε να επιλέξετε τον καταλληλότερο παιδικό σταθμό για το δικό σας παιδί.

Οι γονείς σχεδόν πάντα είναι ανήσυχοι και προβληματισμένοι και θέτουν μια σειρά από ερωτήματα και σκέψεις που αφορούν αυτήν την απόφαση:
«Παιδικός σταθμός ή σπίτι; Μήπως πρέπει να αφήσω τη δουλειά μου; Πότε είναι καλύτερα; Τι θα κάνω με τις ασθένειες; Ποια είναι τα πλεονεκτήματά του; Σε ποιο σταθμό να πάει; Έχει γιατρό; Θα τρώει καλά; Πώς θα προσαρμοσθεί; Τι πληροφορίες πρέπει να δώσω για το παιδί μου ή την οικογένειά μου και σε ποιον»;
Αυτά είναι μόνον κάποια από τα ερωτήματα που ακούω να θέτουν οι γονείς στον παιδίατρό τους. Θα προσπαθήσω, λοιπόν, να προτείνω λύσεις και να διευρύνω τη σκέψη σας, ώστε να βρείτε την καλύτερη λύση για εσάς. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει απόλυτα σωστό ή απόλυτα λάθος. **Υπάρχει το δικό μας σωστό, με βάση τις απόψεις μας για την ανατροφή, τις οικονομικές μας δυνατότητες, τις συνθήκες δουλειάς, τις εμπειρίες μας, τις αντοχές μας, την υγεία των μελών της οικογένειας και του παιδιού, την ωριμότητά του και τις οικογενειακές σχέσεις.** Όποια λύση κι αν ακολουθήσουμε, όμως, πρέπει να γνωρίζουμε γιατί και πώς θα τη στηρίξουμε με σταθερότητα, ώστε να αποβεί καλύτερη για το παιδί μας. Διότι συχνά οι γονείς παρουσιάζουν αμφιθυμία σχετικά με την απόφασή τους, και στην πρώτη δυσκολία παλινδρομούν, με συνήθως αρνητικό αποτέλεσμα για το παιδί.

Τι είδους παιδικοί σταθμοί υπάρχουν;

Υπάρχουν σταθμοί που δέχονται νήπια μεγαλύτερα των 2,5 ετών, οι λεγόμενοι παιδικοί σταθμοί, και σταθμοί που δέχονται βρέφη, συνήθως από 8 μηνών και άνω, οι λεγόμενοι βρεφονηπιακοί. Υπάρχουν ελάχιστοι βρεφονηπιακοί σταθμοί, κυρίως ιδιωτικοί ή κάποιων οργανισμών, που δέχονται μωρά από 2 μηνών, όταν συνήθως λήγει η άδεια μητρότητας. Τόσο οι βρεφονηπιακοί όσο και οι παιδικοί σταθμοί μπορεί να είναι:

- **Κρατικοί**
- **Δημοτικοί**
- **Ιδιωτικοί**
- **Συλλόγων (αλλοδαπών, εργαζομένων σε συγκεκριμένο χώρο κ.ά.)**
- **Οργανισμών (π.χ., τράπεζες, ΟΤΕ, ΔΕΗ).**

Παρακολουθήστε και νιώστε το κλίμα του σταθμού. Είναι ήρεμο, χαλαρό και συμπαθητικό ή παιδιά και παιδαγωγοί «τρέχουν για να προφτάσουν»; Τα παιδιά είναι χαρούμενα; Έχουν κίνητρα για δραστηριότητες;

Λειτουργία των παιδικών σταθμών

Σε όλους τους παιδικούς σταθμούς τα παιδιά είναι χωρισμένα σε μικρές ομάδες, με ηλικιακά κριτήρια συνήθως. Έτσι, υπάρχουν:

✻ Βρεφικά τμήματα ✻ Μεταβρεφικά τμήματα ✻ Προ-προνηπιακά τμήματα ✻ Προνηπιακά τμήματα ✻ Νηπιακά τμήματα

Τα τελευταία χρόνια, η εκπαίδευση στο νηπιαγωγείο είναι υποχρεωτική και ορισμένοι παιδικοί σταθμοί δεν διαθέτουν την άδεια για να την παρέχουν. Έτσι, επιβάλλεται να ενημερωθείτε γι' αυτό το θέμα πριν εγγράψετε το παιδί σας κάπου.
Υπάρχουν φορές που μπορεί να κριθεί ότι ένα παιδί θα βοηθηθεί περισσότερο σε μια ομάδα μικρότερων παιδιών, οπότε και το θέμα συζητιέται με τους ειδικούς και τους γονείς, που πρέπει να διερευνήσουν με ακρίβεια τους λόγους.
Τα άτομα που απαρτίζουν το παιδαγωγικό προσωπικό συνήθως είναι απόφοιτοι δημοσίων ή ιδιωτικών οργανισμών με φοίτηση τουλάχιστον διετή. Στους περισσότερους σταθμούς οι παιδαγωγοί δεν είναι απόφοιτοι ΤΕΙ ή πανεπιστημίου, ή υπάρχει μόνον ένας, σε κεντρική θέση. Σε ορισμένους σταθμούς το προσωπικό έχει πολύ μικρή προϋπηρεσία και σε άλλους αλλάζει συνέχεια. Έτσι, καλό είναι να ενημερωθείτε για την εκπαίδευση, την προϋπηρεσία και τη σταθερότητα των παιδαγωγών.

Συνήθως σε κάθε τάξη υπάρχουν περισσότερα από δέκα παιδιά, με μία κύρια παιδαγωγό και μία βοηθό. Υπάρχει πρόγραμμα εκπαίδευσης, φαγητού, σωματικής δραστηριότητας, ξεκούρασης. Οι δραστηριότητες είναι ατομικές ή ομαδικές, ανάλογα με την ηλικία. **Οι περισσότεροι σταθμοί εφαρμόζουν καθημερινά οργανωμένα προγράμματα που ανταποκρίνονται στις αναπτυξιακές ανάγκες κάθε ηλικίας.** Τα προγράμματα ορισμένες φορές είναι άκαμπτα και άλλες φορές δεν τηρούνται. Καλό είναι να επιμείνετε σ' αυτό. Κάθε ηλικία χρειάζεται πρόγραμμα, με παιδαγωγικό στόχο, σταθερό και ευέλικτο συγχρόνως. Η ακαμψία ή το χάος δεν βοηθούν τα παιδιά. Στους καλά οργανωμένους σταθμούς υπάρχει **κανονισμός λειτουργίας**, ο οποίος γνωστοποιείται στους γονείς και παρέχει πληροφορίες για:

- **Τα ωράρια λειτουργίας**
- **Τις συνθήκες μεταφοράς των παιδιών**
- **Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα**
- **Τις εκπαιδευτικές εκδρομές**
- **Το διαιτολόγιο**
- **Τις αργίες**
- **Τον τρόπο επικοινωνίας γονιών - παιδαγωγών**
- **Την αντιμετώπιση ασθενειών**

Αν δεν υπάρχει κανονισμός λειτουργίας, ζητήστε πληροφορίες για όλα τα παραπάνω. Στους περισσότερους σταθμούς –ιδίως στους βρεφονηπιακούς– υπάρχει (και σύμφωνα με το νόμο) ένας **παιδίατρος**, ο οποίος επισκέπτεται κάθε εβδομάδα ή και αραιότερα το σταθμό και φροντίζει διάφορα θέματα υγείας και ασφάλειας των παιδιών ή και το διαιτολόγιό τους. Είναι σκόπιμο, όταν παίρνετε πληροφορίες για κάποιο προσχολικό πλαίσιο, να ενδιαφερθείτε για την ασφάλεια του κτηρίου και του εξοπλισμού (σκάλες, τζάμια, αυλή, τουαλέτες, έπιπλα, παιδαγωγικό υλικό, πυρασφάλεια, αντισεισμική προστασία).

Το ύψος των διδάκτρων

Εκτός από τους κρατικούς παιδικούς σταθμούς και τους σταθμούς των εργαζομένων, όπου συνήθως δεν υπάρχουν δίδακτρα, και τους ιδιωτικούς, όπου υπάρχουν, στους υπόλοιπους η οικονομική συμμετοχή ποικίλλει, και μάλιστα πολύ. Ορισμένα ασφαλιστικά ταμεία ή θέσεις εργασίας καλύπτουν ένα χρηματικό ποσό και ορισμένοι ιδιωτικοί σταθμοί είναι συμβεβλημένοι με ταμεία.
Το ύψος των διδάκτρων άλλες φορές αντανακλά στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών και άλλες όχι. Υπάρχουν μικροί παιδικοί σταθμοί με χαμηλά δίδακτρα και πολύ μεράκι από την πλευρά των υπευθύνων και, ορισμένες φορές, παιδικοί σταθμοί με ακριβά δίδακτρα, που μπορεί να είναι καλοί μόνο κατ' επιφάνεια.
Αρκετοί σταθμοί «τάζουν» πάρα πολλές και πολύ εξεζητημένες δραστηριότητες για τα παιδιά (ιππασία, πληροφορική, αγγλικά, παντομίμα), οι οποίες –άδικα, πιστεύω– επηρεάζουν θετικά τους γονείς.
Σε ελάχιστους σταθμούς μπορεί να υπάρχει γονική συμμετοχή στη διοίκηση και στη λειτουργία ή γονικός έλεγχος. Αυτό είναι μεγάλο προτέρημα τόσο για τη λειτουργία του σταθμού όσο και για την παροχή του αισθήματος ασφάλειας στους γονείς.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

Ενημερωθείτε για τα Εξωτερικά Ιατρεία της Ευρωκλινικής Παίδων

Στην Ευρωκλινική Παίδων λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία συγκεκριμένων ειδικοτήτων

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ		ΔΕΥΤΕΡΑ	ΤΡΙΤΗ	ΤΕΤΑΡΤΗ	ΠΕΜΠΤΗ	ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	ΧΑΪΔΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ				10:00 - 12:00	
ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΚΟΥΛΟΥΡΗ-ΒΑΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ		14:30 - 16:30	09:30 - 11:30		
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ-ΚΟΥΜΑΤΟΥ ΙΩΑΝΝΑ				15:00*	
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	ΚΑΦΡΙΤΣΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ	*	09:30 - 11:30		*	09:30 - 11:30
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	ΠΑΓΟΥΝΗ-ΑΥΛΩΝΙΤΗ ΑΝΝΑ			10:00 - 12:00		
	ΜΟΥΣΑΤΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ	16:00 - 18:00				
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΟ	ΒΙΩΝΗΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ		10:00 - 13:00		10:00 - 13:00	
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	ΧΙΩΤΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	11:00 - 13:00				
	ΜΑΝΙΑΤΗ-ΧΡΗΣΤΙΔΗ ΜΑΡΙΑ				10:00 - 12:00	
	ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΘΑΛΕΙΑ				16:00 - 19:00	
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ ΣΤΕΛΙΟΣ		11:00 - 13:00			
	ΠΑΪΛΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ					11:00 - 13:00 13:00 - 16:00*
ΤΜΗΜΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	ΧΙΩΤΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΒΙΩΝΗΣ ΠΑΝΤΕΛΗΣ		14:00 - 16:00			
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	ΔΑΜΙΑΝΟΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ		13:00 - 14:30			
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ	08:30 - 11:30				
	ΝΤΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ ΙΑΣΩΝ			17:00 - 20:00		09:00 - 12:00
	ΑΔΑΜΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ή ΧΟΥΝΤΗ ΑΡΕΤΗ	08:30 - 13:30				
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	ΜΙΧΑΗΛ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ			12:00 - 14:00		
	ΖΟΥΠΑΝΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	11:00 - 13:00*			11:00 - 13:00*	
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ			10:00 - 12:00		
	ΓΚΑΤΖΩΝΗΣ ΣΤΑΜΑΤΗΣ		10:00 - 12:00 18:00 - 20:00		10:00 - 12:00	
	ΚΑΣΤΡΑΝΤΑ ΑΘΗΝΑ	10:00 - 12:00				
	ΚΑΡΚΑΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ					10:00 - 12:00
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	ΑΓΡΑΦΙΩΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ			09:30 - 14:00		
	ΚΑΔΙΤΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ			15:00 - 20:00		15:30 - 20:00
ΠΑΙΔΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ	ΛΑΓΚΑΔΙΑΝΟΥ ΒΙΚΥ	*	*	*	11:00 - 15:00	*
	ΠΙΟΥΡΟΥΚΟΥ ΕΛΕΝΑ	*	*	09:00 - 13:00	*	*
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	ΠΑΛΛΗΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ	*	*	*	*	*
ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	ΜΠΟΥΦΟΥΝΟΥ-ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ ΜΙΧΕΛΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ			17:00 - 19:00		
ΩΡΛ	ΡΑΓΚΟΥΣΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ	11:00 - 13:00		11:00 - 13:00 18:00 - 20:30*		
	ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ		09:00 - 11:00		09:00 - 11:00	
	ΝΤΙΝΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ	09:00 - 13:30 13:30 - 18:00*		09:00 - 13:30		09:00 - 13:30
	ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ		10:00 - 13:30		10:00 - 13:30	
	ΧΡΟΝΗ ΜΑΤΘΙΛΔΗ		10:00 - 13:30		10:00 - 13:30	
	ΜΙΣΥΡΛΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ					13:30 - 17:00**

* ΚΑΤΟΠΙΝ ΣΥΝΕΝΝΟΗΣΗΣ ΜΕ ΤΟ/ΤΗ ΓΙΑΤΡΟ

** ΚΑΘΕ 2η & 4η ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΜΗΝΑ

Για περισσότερες πληροφορίες ή για να κλείσετε ραντεβού παρακαλούμε επικοινωνήστε μαζί μας στα τηλέφωνα 210 8691956 (09:00-16:00) και 210 8691911, 210 8691957 (16:00-21:00)

ΛΕΜΕΣΟΥ 39-41 & ΑΧΑΡΝΩΝ 209, 104 46 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛ.: 210 86 91 900, FAX: 210 86 91 950 • site: www.euroclinic.gr

Το μεγάλο δίλημμα: σταθμός ή σπίτι;

Πολλές φορές το δίλημμα αυτό δεν υφίσταται, διότι οι συνθήκες της οικογένειας –εργασιακές, οικονομικές, συναισθηματικές, έλλειψη βοήθειας– καθιστούν τη λύση του σταθμού μοναδική. Τότε πρέπει να βρεθεί ο σταθμός στον οποίο θα εμπιστευθούμε το παιδί μας. Αν, όμως, το δίλημμα το θέτει η ανάγκη για εκπαίδευση ή η συνύπαρξη με άλλα παιδιά, τότε πρέπει να ξέρουμε ότι **για κάθε παιδί έως την ηλικία των 2,5 ετών είναι καλύτερο το σπίτι.** Έως τα 2,5 χρόνια, τόσο από σωματική όσο και από συναισθηματική άποψη, είναι καλύτερα να μένει ένα παιδί σε σταθερό, ασφαλές περιβάλλον, με ένα πρόσωπο «δικό του» (γιαγιά ή μπέιμπι σίτερ). Σ' αυτήν την ηλικία τα παιδιά προτιμούν την προσωπική ενασχόληση μαζί τους. Προτιμούν το χώρο τους και το σεβασμό στις δικές τους ανάγκες και στους δικούς τους ρυθμούς περισσότερο από ποτέ. **Από εκπαιδευτικής πλευράς, σε ένα σπίτι που του απευθύνονται, του μιλούν και σέβονται τους βιορρυθμούς του, το παιδί τα έχει όλα. Όσο για το παιχνίδι με τα άλλα παιδιά, τις περισσότερες φορές τού είναι αδιάφορο, διότι δεν γνωρίζει ακόμη πώς να συνεργάζεται και να μοιράζεται.** Η κοινωνικότητά του δεν το βοηθά παρά να υπάρχει σχεδόν μόνο του ή να χαίρεται τη συνύπαρξη με άλλα παιδιά παρουσία των γονιών του. Εξάλλου η καθημερινή βόλτα στην παιδική χαρά και η συναναστροφή με τους συγγενείς αρκούν.

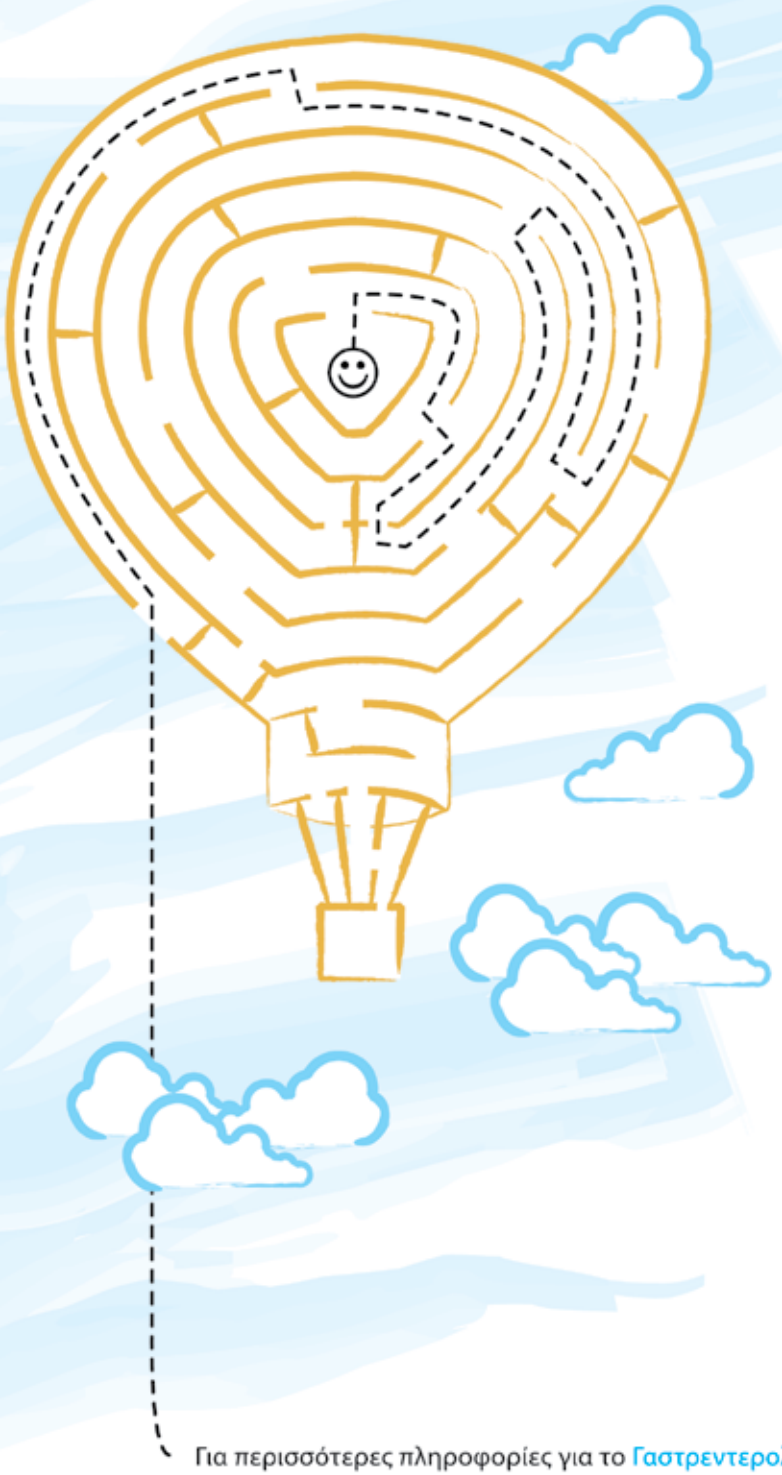
Έπειτα από τα 2,5 χρόνια το παιδί είναι έτοιμο, αλλά όχι υποχρεωμένο να παρακολουθήσει πρόγραμμα παιδικού σταθμού. **Μετά τα 3-3,5 χρόνια, όμως, ο σταθμός αρχίζει να γίνεται απαραίτητος.** Το παιδί βοηθιέται, με δομημένο τρόπο, στην απόκτηση γνώσεων και στην ανάπτυξη νοητικών δεξιοτήτων. Μαθαίνει και χαίρεται μέσα από τις δραστηριότητες του παιδικού σταθμού και το ελεύθερο παιχνίδι. Περισσότερο απ' όλα, όμως, μαθαίνει να συναναστρέφεται, να συνυπάρχει, να μοιράζεται, να συνεργάζεται. Μαθαίνει να ακολουθεί τους κανόνες και τα όρια της ομάδας, να πειθαρχεί σ' αυτά, να κοινωνικοποιείται. Γιατί το βασικότερο στοιχείο της κοινωνικοποίησης είναι η εκμάθηση και η αποδοχή των κανόνων συναλλαγής μέσα σε μια ομάδα και ο σεβασμός των άλλων αλλά και του εαυτού μας.

Το παιδί είναι και ηλικιακά έτοιμο για όλα αυτά μετά τα 3 χρόνια. Οι αναπτυξιακές του ικανότητες μόνον τότε το βοηθούν. Όμως, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ποιότητα του παιδικού σταθμού. Φροντίστε γι' αυτήν, γιατί, ιδίως στις μικρές ηλικίες, το παιδί είναι ευάλωτο. Έχω δει οικογένειες να «ανατέμνουν» με λεπτομέρεια την κάθε κυρία που φροντίζει το παιδί τους –και καλά κάνουν– και να εμπιστεύονται με μιας τον παιδικό σταθμό.

Ο παιδικός σταθμός και οι ασθένειες

Οι ασθένειες είναι δυστυχώς μια πραγματικότητα. Τα παιδιά, σε όποια ηλικία κι αν αρχίσουν να πηγαίνουν στον παιδικό σταθμό, θα αρρωσταίνουν συχνά, για τον πρώτο χρόνο τουλάχιστον. Οι ρινικές εκκρίσεις και ο βήχας, όμως, θα παραμείνουν για μεγαλύτερο διάστημα. Αυτό συμβαίνει διότι το παιδί, με το να εκτίθεται σε ιούς και μικρόβια, χτίζει σταδιακά το ανοσοποιητικό του σύστημα, αποκτά ανοσολογική μνήμη και μόνον έτσι δεν αρρωσταίνει συχνά αργότερα. Είναι λοιπόν απαραίτητη αυτή η διαδικασία για να είναι ένα παιδί γερό. Το να μεγαλώσει «προστατευμένο» δεν το βοηθά. Έτσι, μη φοβάστε τις συχνές λοιμώξεις –αφού ουσιαστικά αποτελούν προστασία–, εκτός αν ο παιδίατρός σας, γνωρίζοντας πιθανές ιδιαιτερότητες του παιδιού σας, έχει άλλη γνώμη. Είναι αλήθεια, όμως, πως μετά τα 3 χρόνια το ανοσοποιητικό του σύστημα είναι περισσότερο έτοιμο να αντιμετωπίσει τις ασθένειες και επηρεάζεται λιγότερο από αυτές. Έτσι, και από αυτήν την οπτική, η ηλικία μετά τα 2,5 χρόνια είναι η καταλληλότερη για την έναρξη της φοίτησης σε παιδικό σταθμό.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ



Τμήμα Διάγνωσης και Θεραπευτικής Αντιμετώπισης των Διαταραχών του Γαστρεντερικού Συστήματος

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

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

Για περισσότερες πληροφορίες για το Γαστρεντερολογικό Τμήμα, απευθυνθείτε στα τηλέφωνα **210-8691956** (9:00-16:00) & **210-8691957** (16:00-21:00)

Επιβεβαιώστε και αξιολογήστε τα εξής:

- **Είναι σε καλή κατάσταση τα παιχνίδια;**
- **Επιβλέπονται τα παιδιά, ιδίως στο ελεύθερο παιχνίδι;**
- **Είναι ασφαλής ο υπαίθριος χώρος;**
- **Ο χώρος προετοιμασίας του φαγητού είναι μακριά από τις τουαλέτες;**
- **Ο χώρος αλλαγής των μωρών ή οι τουαλέτες και οι νιπτήρες είναι καθαροί;**
- **Τα μικρά επιβλέπονται στον ύπνο;**
- **Αισθάνεστε άνετα στο χώρο αυτό;**
- **Τα παιδιά έχουν κίνητρα για δράση;**
- **Πώς είναι οι ανθρώπινες σχέσεις;**
- **Η φροντίδα των παιδιών είναι τόσο ατομική όσο και ομαδική;**
- **Πώς τηρείται το πρόγραμμα;**

Πρέπει να ξέρετε ότι δεν είναι κάθε σταθμός καλός και πως εσείς πρέπει να αποφασίσετε με βάση τις προδιαγραφές, αλλά και τα προσωπικά σας κριτήρια. Γιατί, αν δεν νιώσετε εσείς άνετα, δεν θα νιώσει και το παιδί σας.
Οι αξίες, επίσης, των υπευθύνων του σταθμού πρέπει να ταιριάζουν με τις αξίες της οικογένειας. Αυτό διασφαλίζει την ευκολότερη ανατροφή του παιδιού σας. Γνωρίζω κάποιους προσχολικούς χώρους που έχουν, για λόγους ελέγχου, κλειστό σύστημα παρακολούθησης, με κάμερες, στις τάξεις. Η προσωπική μου στάση είναι εντελώς αντίθετη, ενώ άλλοι γονείς αισθάνονται ασφαλείς με την «παρακολούθηση». Να είστε σίγουροι ότι το δικό μου παιδί θα ήταν δυστυχισμένο σ' αυτόν το χώρο που βρίσκεται σε σύγκρουση με ολόκληρο το σύστημα αξιών μου, τα παιδιά όμως άλλων γονιών, που δεν αντίκεινται στο συγκεκριμένο σύστημα, θα ήταν χαρούμενα.

Τι πρέπει να δει ο γονιός πριν αποφασίσει;

Όταν επισκεφθείτε τον βρεφονηπιακό σταθμό όπου προτίθεστε να στείλετε το παιδί σας, πρέπει να έχετε εικόνα όλων των χώρων. Έχει μεγάλη σημασία:

- Να δείτε τις κτηριακές εγκαταστάσεις, καθώς και το παιδαγωγικό υλικό.
- Να εκτιμήσετε την ασφάλεια και την καθαριότητα.
- Να αξιολογήσετε την τάξη και την ευπρέπεια.
- Να παρατηρήσετε το προσωπικό και τις εκφράσεις τους.
- Να βιώσετε κάπως το κλίμα: υπάρχει στοργή και αγάπη ή μήπως αδιαφορία;

Υπάρχει ένταση στο χώρο ή ίσως βία και πώς αντιμετωπίζεται; Τα παιδιά είναι χαρούμενα ή δύσθυμα;
- Να δείτε την αναλογία παιδιών - προσωπικού. Αυτή είναι διαφορετική ανά ηλικία παιδιού, γιατί είναι διαφορετικές και οι ανάγκες.

Ωστόσο, μια ιδανική αναλογία, όπως την ορίζει η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία, είναι η εξής:

- Έως 2 ετών, 3 παιδιά ανά 1 ενήλικα
- Έως 2-3 ετών, 4 παιδιά ανά 1 ενήλικα
- Έως 3-4 ετών, 7-8 παιδιά ανά 1 ενήλικα
- Έως 4-5 ετών, 9 παιδιά ανά 1 ενήλικα

Επίσης, οι ομάδες των παιδιών ανά τάξη πρέπει να είναι πολύ μικρές στις μικρές ηλικίες και να μεγαλώνουν αργότερα. Έτσι, ενδείκνυται να αποτελείται η ομάδα από 6 παιδιά έως την ηλικία των 2 ετών και να φτάσει –το πολύ– στα 20 παιδιά στην ηλικία των 5 ετών.
Οι μεγαλύτερες ομάδες δεν μπορούν να λειτουργήσουν καλά και γεμίζουν ένταση τα παιδιά.
Γνωρίζω πως όλα αυτά υλοποιούνται σε πολύ λίγους παιδικούς σταθμούς. Σας παρέχω όμως τις παραπάνω πληροφορίες, ώστε να έχετε ένα μέτρο.

Ελέγξτε τους χώρους όπου κινούνται τα παιδιά, τους χώρους όπου τρώνε και την καθαριότητά τους, τους χώρους όπου αλλάζουν και τους χώρους όπου κοιμούνται. Είναι απαραίτητο να ξέρετε πού βρίσκονται τα παιδιά σας.

Βασίλης Παϊλόπουλος,
Παιδοκαρδιολόγος, Ευρωκλινική Παίδων

Θωρακικός πόνος στα παιδιά

Σε τι μπορεί να οφείλεται;

Ο θωρακικός πόνος στα παιδιά και στους εφήβους αποτελεί συχνή αιτία επίσκεψης στον παιδίατρο και κατ' επέκταση στον παιδοκαρδιολόγο, γιατί υπάρχει ο φόβος να συνδέεται με κάποια πάθηση στην καρδιά. Η αλήθεια είναι, όμως, ότι σπάνια οφείλεται σε καρδιακά αίτια.

Η αναλογία μεταξύ αγοριών και κοριτσιών στην παιδική ηλικία είναι ίση, αλλά όσο προχωρούμε στην εφηβεία φαίνεται ότι τα κορίτσια παραπονιούνται σε μεγαλύτερη συχνότητα (από μελέτες έχει υπολογισθεί ότι το 70% των εφήβων με θωρακικό πόνο είναι κορίτσια).
Ο κυριότερος φόβος των γονέων αλλά και των παιδιών κατά 56% είναι ότι η αιτία του πόνου οφείλεται στην καρδιά. Η απάντηση στην ερώτηση «πού πονάς;» είναι σχεδόν πάντα «με πονά η καρδιά μου». Στην πραγματικότητα, όμως, σπάνια ο θωρακικός πόνος στα παιδιά είναι καρδιακής αιτιολογίας. **Ο πόνος στην περιοχή του στήθους είναι το σύμπτωμα κάποιας διαταραχής άλλων συστημάτων, όπως του μυοσκελετικού, του αναπνευστικού ή του πεπτικού.**
Το μεγαλύτερο ποσοστό θωρακικού πόνου είναι μυοσκελετικής αιτιολογίας (29% - 75%, όπως η πλευροδυνία) ή αναπνευστικής (45% - 90%, όπως ο υπεραερισμός).
Σε περιόδους στρες, όπως κατά την έναρξη των σχολείων, κατά τη διάρκεια εξετάσεων και οικογενειακών μεταβολών, αυξάνεται το ποσοστό εμφανίσεως θωρακικού πόνου έως και 30%.
Στις μικρότερες ηλικίες το υψηλότερο ποσοστό κατέχουν η πλευροδυνία και ο αναπνευστικής αιτιολογίας θωρακικός πόνος, ενώ όσο μεγαλώνει το παιδί και εισέρχεται στην εφηβεία υψηλό ποσοστό διεκδικεί ο θωρακικός πόνος ψυχογενούς αιτιολογίας.

Θωρακικός πόνος καρδιακής αιτιολογίας

Θωρακικός πόνος οφειλόμενος σε καρδιακά αίτια υπολογίζεται σε ποσοστό λιγότερο από 4% σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. **Θωρακικός πόνος καρδιακής αιτιολογίας μπορεί να οφείλεται σε** α) συγγενείς ανατομικές καρδιακές ανωμαλίες β) επίκτητα αίτια όπως μυοκαρδίτιδα, περικαρδίτιδα ή στεφανιαία νόσο και γ) δυσρυθμίες.
Σε όλες τις ανωτέρω ανατομικές ανωμαλίες προϋπάρχει γνωστό οργανικό φύσημα. Ο πόνος είναι έντονος και εκλύεται συνήθως στην κόπωση.
Σε περιπτώσεις μυοκαρδίτιδας ή περικαρδίτιδας, το παιδί ήδη παρουσιάζει συμπτώματα ιογενούς ή μικροβιακής λοίμωξης. Στις δυσρυθμίες, η ταχυκαρδία είναι το κύριο σύμπτωμα και ακολουθεί ο θωρακικός πόνος.
Σε περιπτώσεις στεφανιαίας νόσου (συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων, διαταραχές λιπιδίων ή ιστορικό νόσου Kawasaki), ο πόνος συνήθως εμφανίζεται με την κόπωση.
Θωρακικός πόνος που δεν εκλύεται με την έντονη κόπωση, σε ένα παιδί με καλή γενική κατάσταση, χωρίς κλινική εικόνα λοίμωξης και χωρίς ιστορικό συγγενούς καρδιοπάθειας, δεν πρέπει να αποτελεί πηγή φόβου και πανικού που θα τον επιδεινώσει.
Στην πλειονότητα των παιδιών ο θωρακικός πόνος δεν είναι σύμπτωμα καρδιακής νόσου.

Θωρακικός πόνος που δεν εκλύεται με έντονη κόπωση, σε ένα παιδί με καλή κατάσταση και χωρίς ιστορικό καρδιοπάθειας, δεν πρέπει να αποτελεί πηγή φόβου και πανικού.

Στέλιος Χ. Αντωνιάδης,
Καθηγητής ΤΕΙ Αθηνών,
Διευθυντής Παιδοκαρδιολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

Το ντόπινγκ και τα παιδιά μας

Ντοπάρονται τα σημερινά παιδιά με διάφορες ουσίες;

Το ντόπινγκ αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα του αθλητισμού. Η χρήση ουσιών για την αύξηση της απόδοσης δεν είναι πρακτική των τελευταίων χρόνων και δεν αφορά μόνο την Ελλάδα. Είναι ένα διεθνές πρόβλημα που τα τελευταία χρόνια –δυστυχώς με μεγάλη καθυστέρηση– απασχολεί όσους ασχολούνται με τον πρωταθλητισμό.

Για τις περιπτώσεις των ενήλικων πρωταθλητών έχει χυθεί πολύ μελάνι. Τι γίνεται όμως με τα παιδιά μας και τι πρέπει να γνωρίζουμε για να τα προστατέψουμε;
Στη χώρα μας, για τα παιδιά του νηπιαγωγείου δεν υπάρχει ντόπινγκ. Για τα παιδιά του δημοτικού η χρήση αναβολικών περιορίζεται σε μια πολύ μικρή ομάδα, που αποτελείται από τα παιδιά εκείνα που ασχολούνται με τον αθλητισμό σε επίπεδο πρωταθλητισμού, και μάλιστα με συγκεκριμένα αθλήματα όπως η ενόργανη γυμναστική και η κολύμβηση. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στα αθλήματα αυτά οι πρωταθλητές και οι Ολυμπιονίκες είναι ηλικίας μεταξύ 13-14 ετών. Γίνεται δε αντιληπτό ότι οι διακρίσεις είναι αποτέλεσμα προπονήσεων που έχουν αρχίσει αρκετά χρόνια πριν. Για του λόγου το αληθές, αρκεί να αναφέρουμε ότι κάθε χρόνο προσέρχονται στα ιατρεία για να πάρουν πιστοποιητικό υγείας αθλητή πολλά παιδιά που η ηλικία τους δεν ξεπερνά τα 4-5 χρόνια. Παρ' όλα αυτά, έστω κι αν κάποια παιδιά δεν επισκέπτονται παιδοκαρδιολόγο για να κάνουν τον απαραίτητο έλεγχο, ο αριθμός των επίδοξων πρωταθλητών σε αυτές τις ηλικίες είναι ελάχιστος. Όμως, στα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας και στους εφήβους είναι βέβαιο ότι χρειάζεται να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή.

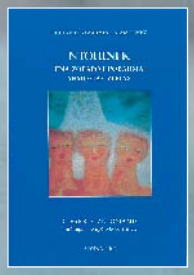
Τα αίτια και η συχνότητα του ντόπινγκ στην παιδική ηλικία

Οι πιθανότητες του ντόπινγκ αυξάνονται ανάλογα με το άθλημα και το βαθμό ενασχόλησης με τον αθλητισμό. Παρατηρείται κυρίως στα παιδιά που κάνουν υπερπρωταθλητισμό, καθώς και σε εκείνα που οι επιδόσεις τους υπόσχονται μελλοντικούς πρωταθλητές. Στα παιδιά που απλώς αθλούνται στο σχολείο ή σε κάποιον όμιλο ή ομάδα (ποδόσφαιρο, μπάσκετ, τένις, πολεμικές τέχνες κ.λπ.), έστω και σχετικά εντατικά, οι πιθανότητες είναι μικρές έως ανύπαρκτες.
Το πρόβλημα εντοπίζεται στο ότι οι μικρές ηλικίες είναι πολύ πιο εύκολο να εξαπατηθούν, γι' αυτό και αποτελούν εύκολο στόχο όσων ασχολούνται με την εμπορία απαγορευμένων ουσιών. Η σημασία της επαγρύπνησης των γονέων και των παιδιάτρων έχει τεράστια σημασία. Υπάρχουν στατιστικές που αναφέρονται σε ποσοστά 1-2% στα κορίτσια και 3-12% στα αγόρια. Σε άλλες που περιλαμβάνουν και τα δύο φύλα δημοσιεύθηκαν ποσοστά ντόπινγκ 3-6%. Σε ερευνητικές εργασίες που αφορούν πρωταθλητές-παιδιά ηλικίας 12-15 ετών, η συχνότητα φτάνει στο 35%. Θα πρέπει να τονιστεί, όμως, ότι στα ποσοστά αυτά συμπεριλαμβάνονται και καταλαμβάνουν μεγάλο μέρος τα συμπληρώματα διατροφής και τα διάφορα αναψυκτικά τύπου sport drinks και energy drinks, τα οποία κυκλοφορούν νόμιμα και στην πραγματικότητα δεν μπορούν να θεωρηθούν ντόπινγκ. **Το πραγματικό ντόπινγκ έχει σχέση με διάφορες ουσίες, όπως τα αναβολικά, τα στεροειδή, τα διεγερτικά, τα ναρκωτικά, τα διουρητικά, η κρεατίνη κ.ά., καθώς και με έναν μεγάλο αριθμό άλλων ουσιών και μεθόδων που βλάπτουν σε μεγάλο βαθμό την υγεία. Η χορήγησή τους σε μεγάλες δόσεις για μακρύ χρονικό διάστημα μπορεί να προκαλέσει πολύ σοβαρά προβλήματα ή ακόμη και το θάνατο.**
Με την εμπορευματοποίηση του αθλητισμού, το δέλεαρ μιας λαμπρής καριέρας με άφθονο χρήμα και δόξα είναι μεγάλο. Οι πρωταθλητές-πρωταγωνιστές αποτελούν ινδάλματα και πρότυπα, είτε ασχολούνται με δημοφιλή ομαδικά αθλήματα είτε με ατομικά. Είναι δε γνωστό ότι ακόμη και χωρίς ιδιαίτερα σημαντική διάκριση είναι δυνατή η πριμοδότηση για εισαγωγή στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Η επιτυχία, η νίκη επί του αντιπάλου χρειάζεται αυξημένη δύναμη, αντοχή, αυτοσυγκέντρωση, ανοχή στον πόνο κ.λπ. Όταν όλα αυτά δεν είναι εφικτά με τις φυσικές δυνάμεις του αθλητή, η χρήση κάποιας αθέμιτης μεθόδου είναι πλέον πολύ πιθανή. Φυσικά, με τον τρόπο αυτό το πνεύμα του ευ αγωνίζεσθαι αποτελεί ιδέα μόνο για ρομαντικούς.
Όποια κι αν είναι, όμως, η αλήθεια για την πραγματική συχνότητα του ντόπινγκ στην παιδική ηλικία, είναι μεγάλο λάθος να δηλητηριάζεται ο ενθουσιασμός και η αγάπη των παιδιών για τον αθλητισμό. **Δεν πρέπει ποτέ να ξεχνάμε πως αθλητισμός σημαίνει σωματική και ψυχική υγεία, συλλογικό πνεύμα, πειθαρχία, αυτοπειθαρχία, ευγενής άμιλλα, αποφυγή βλαβερών συνηθειών και πάνω από όλα ψυχαγωγία και χαρά.** Για όλα αυτά οποιαδήποτε περαιτέρω ανάλυση αποτελεί κοινό τόπο.

Η σημασία της ενημέρωσης

Η χρήση απαγορευμένων ουσιών από τα παιδιά είναι δυνατό να αντιμετωπισθεί με την ενημέρωση και την εκπαίδευση των ίδιων των παιδιών, αλλά κυρίως των γονέων, των παιδιάτρων, των εκπαιδευτικών και όλων των άλλων φορέων.
Θα πρέπει όλοι να ξέρουν ότι για τη νίκη δεν αρκεί μόνο το ντόπινγκ. Απαραίτητες προϋποθέσεις είναι η επιλογή του αθλήματος ανάλογα με το σωματότυπο, οι δυνατότητες του σώματος και η γνώση ότι σε πολλά αθλήματα η χρήση ουσιών δεν βοηθά. Επίσης, πρέπει να γίνει γνωστό ότι οι εξαντλητικές και πολύωρες προπονήσεις αποκόπτουν το παιδί από το κοινωνικό του περιβάλλον, το κάνουν αποσυνάγωγο, μονομερίζουν τα ενδιαφέροντά του και αλλοιώνουν το χαρακτήρα του.
Πιστεύουμε ότι μόνον εάν τα παραπάνω ληφθούν πολύ σοβαρά υπόψη από όλους μας είναι δυνατό να μειωθεί το ντόπινγκ, εξαιτίας του οποίου μπορεί να κινδυνέψει πολύ σοβαρά η υγεία αλλά και η ζωή των παιδιών μας.

Οι πρωταθλητές αποτελούν ινδάλματα για τα παιδιά, ενώ το δέλεαρ μιας λαμπρής καριέρας είναι μεγάλο. Όταν η επιτυχία είναι ανέφικτη, υπάρχει ο κίνδυνος της χρήσης αθέμιτων μέσων.



** Για περισσότερες πληροφορίες, διαβάστε το βιβλίο του Στέλιου Χ. Αντωνιάδη,* **Ντόπινγκ – Ένα Σοβαρό Πρόβλημα Δημόσιας Υγείας**, *Έκδοση της Ελληνικής Ακαδημίας Παιδιατρικής.*

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

Ενδοσκοπική χειρουργική ρινός - παραρρινίων

Η ενδοσκοπική χειρουργική ρινός και παραρρινίων (FESS) τα τελευταία χρόνια έχει πάρει ένα πολύ μεγάλο μερίδιο στη ρινοχειρουργική από την κλασική ενδορινική χειρουργική, γιατί στοχεύει στη ρίζα του προβλήματος και προσπαθεί να εξαλείψει την αιτία του, διαμορφώνοντας όσο το δυνατόν ιδανικότερες συνθήκες για τη σωστή λειτουργία του ρινικού βλεννογόνου.

Ποιοι είναι οι στόχοι της;

Η χειρουργική θεραπεία των ασθενών με ρινοκολπίτιδα έχει πολλούς στόχους, που βέβαια εξαρτώνται και από την υποκείμενη παθολογία. Οι κυριότεροι από αυτούς είναι:

- Η διάνοιξη των στομίων των κόλπων και η αποκατάσταση της λειτουργίας του κροσσωτού επιθηλίου.
- Η αφαίρεση των πασχόντων ιστών και η ανακούφιση από το αίσθημα της ρινικής απόφραξης.
- Η διευκόλυνση της δράσης των φαρμάκων με τοπική δράση (π.χ., εισπνεόμενα στεροειδή).
- Η απελευθέρωση του οσφρητικού βλεννογόνου (π.χ., από πολύποδες), με συνέπεια τη βελτίωση της όσφρησης.
- Η αφαίρεση καλοήθων βλαβών.
- Η μείωση των σημείων επαφής του βλεννογόνου, που πολλοί πιστεύουν ότι είναι και η αιτία της ανάπτυξης των ρινικών πολυπόδων.
- Η αφαίρεση-διόρθωση ανατομικών στοιχείων που μπορεί να προκαλούν ρινική απόφραξη (π.χ., ευμεγέθης μέση ρινική κόγχη, σκωλιό διάφραγμα).

Η ενδοσκοπική χειρουργική, εκτός των παραπάνω, δίνει λύσεις και σε ειδικές καταστάσεις όπως:

- Λήψη βιοψίας.
- Αφαίρεση καλοήθων και κακοήθων όγκων.
- Αφαίρεση χοανοπολυπόδων.
- Αφαίρεση βλεννογονοκηλών.
- Παροχέτευση αποστημάτων του οφθαλμικού κόγχου.
- Θεραπεία βαροτραύματος των κόλπων του προσώπου.
- Ατρησία ρινικών χοανών στα βρέφη.
- Θεραπεία επιμένουσας ρινορραγίας.
- Διάνοιξη του δακρυϊκού ασκού σε περιπτώσεις απόφραξής του (δακρυοασκορινοστομία).
- Αποκατάσταση ελλειμμάτων της βάσης του κρανίου.
- Αποσυμπίεση του οφθαλμικού κόγχου σε ασθενείς με εξόφθαλμο λόγω υπερθυρεοειδισμού.
- Αποσυμπίεση του οπτικού νεύρου μετά από τραυματισμό.

Όπως είναι φανερό, οι εφαρμογές της ενδοσκοπικής χειρουργικής της ρινός είναι πολλές. Επεμβάσεις που στο παρελθόν ήταν δύσκολες και ίσως επικίνδυνες δίνουν σήμερα τη θέση τους σε νέες τεχνικές που, όταν εφαρμοσθούν σωστά, βελτιώνουν πολύ την ποιότητα ζωής.

Οι εφαρμογές της ενδοσκοπικής χειρουργικής της ρινός είναι πολλές. Επεμβάσεις που στο παρελθόν ήταν δύσκολες και ίσως επικίνδυνες αντικαθίστανται από νέες τεχνικές που βελτιώνουν πολύ την ποιότητα ζωής.

Δήμητρα Ντινοπούλου,
Παιδοωτορινολαρυγγολόγος,
Ευρωκλινική Παίδων

Ρινορραγίες στα παιδιά

Αντιμετωπίστε τις ψύχραιμα

Οι ρινορραγίες είναι συχνό φαινόμενο στην παιδική ηλικία και τα αίτια που προκαλούν τον τραυματισμό των αγγείων της μύτης μπορεί να είναι εντελώς αθώα. Παρ' όλα αυτά, η θέα του αίματος μπορεί να τρομάξει το παιδί, οπότε οι γονείς πρέπει να παραμείνουν ψύχραιμοι και να ακολουθήσουν ορισμένα απλά βήματα για να τις σταματήσουν.

Τα αίτια της ρινορραγίας

Η μύτη έχει πολλά αιμοφόρα αγγεία τα οποία ζεσταίνουν και υγραίνουν τον αέρα που εισπνέουμε. Αυτά τα αγγεία βρίσκονται κοντά στην επιφάνεια του βλεννογόνου, ειδικά στο πρόσθιο τμήμα του, και είναι εύκολο να τραυματιστούν. Η ρινορραγία στα παιδιά προκύπτει όταν κάποιο από τα μικρά αγγεία του πρόσθιου τμήματος του βλεννογόνου της μύτης τραυματίζεται. Συνήθως αυτό προκαλείται από κάτι εντελώς αθώο, όπως ξύσιμο της μύτης, ζεστό σπίτι με ξηρή ατμόσφαιρα το χειμώνα –οπότε προκαλείται ξηρότητα του βλεννογόνου–, ένα δυνατό φύσημα ή ένα χτύπημα στη διάρκεια του παιχνιδιού. Επίσης, όχι τόσο σπάνια, το παιδί μπορεί να έχει σπρώξει κάποιο ξένο σώμα στη μύτη.

Προφύλαξη

- Προφυλάξτε το παιδί κόβοντας συχνά τα νύχια του και τοποθετώντας υγραντήρα το βράδυ στο δωμάτιό του, ώστε να υγραίνεται ο αέρας.
- Βάζετε καθαρή βαζελίνη στο πρόσθιο τμήμα του εσωτερικού της μύτης του κάθε βράδυ για να διατηρείται ο βλεννογόνος της μύτης υγρός και μαλακός.

Συμβουλές για την αντιμετώπισή της

Η ρινορραγία μπορεί να είναι τραυματικό γεγονός για το παιδί. Η θέα του αίματος προκαλεί τρόμο και το φόβο ότι υπάρχει κάποιο σοβαρό πρόβλημα. Είναι, λοιπόν, πολύ σημαντικό οι γονείς να παραμένουν ήρεμοι και να καθησυχάζουν το παιδί.

Ακολουθήστε τις παρακάτω απλές συμβουλές:

- Βάλτε το παιδί να καθίσει και να σκύψει το κεφάλι του προς τα εμπρός, ώστε το αίμα να τρέχει προς τα κάτω.
- Μη βάζετε το παιδί να ξαπλώσει ή να έχει το κεφάλι του προς τα πίσω. Θα καταπιεί αίμα, το οποίο μπορεί να του προκαλέσει ναυτία, εμετό ή και διάρροια.
- Πείτε στο παιδί να φυσήξει τη μύτη του για να απομακρυνθούν τυχόν πήγματα αίματος.
- Πιέστε με τον αντίχειρα και το δείκτη του χεριού το μαλακό τμήμα της μύτης ασκώντας σταθερή πίεση για πέντε λεπτά. Εάν η ρινορραγία δεν σταματήσει, επαναλάβετε την πίεση για δέκα λεπτά. Συμβουλευθείτε το ρολόι σας για να είστε σίγουροι ότι όντως έχουν περάσει δέκα λεπτά.
- Μια καλή ιδέα είναι να λέτε στο παιδί μια ιστορία ή να βλέπετε τηλεόραση για να αποσπάσετε την προσοχή του στο διάστημα αυτό.
- Εάν το παιδί είναι αρκετά μεγάλο, μάθετέ το να πιέζει μόνο του τη μύτη του.
- Αφού σταματήσει η ρινορραγία, το παιδί δεν πρέπει να παίξει έντονα ή να ασκηθεί για μια δυο ώρες και να μην πειράζει ή να μη φυσάει έντονα τη μύτη του για μια δυο μέρες.
- Εάν η ρινορραγία δεν σταματήσει ή επαναλαμβάνεται, επισκεφθείτε έναν ειδικό ιατρό.

Σε ποιες περιπτώσεις ρινορραγίας πρέπει το παιδί να εξεταστεί από γιατρό;

- Σε περίπτωση τραυματισμού, με στόχο τον αποκλεισμό της πιθανότητας κατάγματος ή εισαγωγής ξένου σώματος στη μύτη.
- Εάν δεν μπορείτε να σταματήσετε τη ρινορραγία αφού περάσουν 15 λεπτά.
- Εάν το παιδί παθαίνει συχνά ρινορραγίες και ιδίως εάν αυτές διαρκούν για περισσότερο από 15 λεπτά.
- Εάν το παιδί εμφανίζει δυσχέρεια ρινικής αναπνοής.
- Εάν το παιδί εμφανίζει αιμορραγία και από κάποια άλλη περιοχή, όπως τα ούλα ή τα αφτιά.

Ο γιατρός θα εντοπίσει το ακριβές σημείο από όπου ξεκινά η ρινορραγία. Εάν η ρινορραγία δεν σταματήσει, θα καυτηριάσει το αγγείο. Πρόκειται για μια διαδικασία απλή και σχετικά ανώδυνη για το παιδί. Η καυτηρίαση γίνεται συνήθως με κάποιο χημικό διάλυμα ή με ηλεκτρική ή θερμική συσκευή. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να τοποθετηθεί ειδική γάζα στη μύτη του παιδιού ώστε να ασκηθεί ισχυρή πίεση στο αγγείο για να σταματήσει η ρινορραγία. Επίσης, σε κάποιες περιπτώσεις, ο γιατρός μπορεί να ζητήσει ειδικές εξετάσεις αίματος για να ελεγχθεί ο μηχανισμός πηκτικότητας του αίματος του παιδιού.

Σε περίπτωση ρινορραγίας που οφείλεται σε τραυματισμό, το παιδί πρέπει να εξεταστεί από γιατρό, με στόχο τον αποκλεισμό της πιθανότητας κατάγματος ή εισαγωγής ξένου σώματος στη μύτη.

Άννα Παγούνη,
Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος,
Ευρωκλινική Παίδων

Τσιμπήματα εντόμων

Πρόληψη & θεραπεία

Μία από τις πιο συνηθισμένες αιτίες επίσκεψης σε δερματολογικό ιατρείο την άνοιξη και το καλοκαίρι είναι το έντονο αίσθημα κνησμού και το βλαττιτώδες εξάνθημα που προκαλείται από τσιμπήματα διάφορων εντόμων.

Οι δερματικές αντιδράσεις σε δήγματα εντόμων είναι φλεγμονώδεις και/ή αλλεργικές και χαρακτηρίζονται από έντονα κνησμώδες εξάνθημα που εμφανίζεται στα σημεία των δηγμάτων ώρες ή μέρες μετά το τσίμπημα. Εκδηλώνεται με μονήρεις ή ομαδοποιημένες κνιδωτικές βλαττίδες, βλαττιδοφυσαλίδες και/ή πομφόλυγες (φουσκάλες) που επιμένουν για μέρες ή και εβδομάδες – οι ασθενείς συνήθως δεν γνωρίζουν ότι έχουν υποστεί δήγματα.

Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθούν συστηματικά συμπτώματα, από ήπια έως σοβαρά, ενώ μπορεί να επέλθει θάνατος από αναφυλακτικό σοκ. Τα δήγματα των αρθρόποδων αποτελούν επίσης μέσο μετάδοσης πολλών συστηματικών και παρασιτικών λοιμώξεων.

Τα συμπτώματα είναι κνησμός και μερικές φορές άλγος (πόνος) στο σημείο του δήγματος. Κατά την κλινική εξέταση συνήθως βλέπουμε ερυθρές βλαττίδες (φουσκάλες), στην κορυφή των οποίων συχνά υπάρχει φυσαλίδα. Οι βλάβες συνήθως είναι μικρότερες του ενός εκατοστού. Πολλές φορές βλέπουμε κακοποιημένες βλάβες από τον κνησμό και δευτεροπαθώς επιμολυσμένες. Οι βλάβες, όταν ιαθούν, αφήνουν συχνά υπερμελάγχρωση ή υπομελάγχρωση.

Τι είναι αυτό που μας τσιμπάει;

Υπάρχουν 5-9 τάξεις **αρθρόποδων** που με τα δήγματά τους προκαλούν τοπικές και συστηματικές αντιδράσεις (αραχνοειδή, χειλόποδα, διπλόποδα, έντομα κ.ά.).

Τα πιο συνηθισμένα τσιμπήματα γίνονται από:

Κουνούπια: Τα δήγματα συνήθως εμφανίζονται ως βλαττιδώδεις κνιδώσεις σε εκτεθειμένες περιοχές. Οι αντιδράσεις μπορεί να είναι κνιδωτικές, εκζεματώδεις ή κοκκινοματώδεις.

Ημίπτερα (κοριοί): Τα δήγματα των κοριών προκαλούν βλατιδώδη κνίδωση με χαρακτηριστική γαμμοειδή διάταξη.

Ψύλλοι: Βλαττιδώδης, κνησμώδης κνίδωση σε εκτεθειμένες περιοχές.

Οικιακές μύγες: Οι προνύμφες εναποτίθενται σε οποιαδήποτε εκτεθειμένη δηγματική περιοχή και εξελίσσονται σε σκώληκες, οι οποίοι είναι ορατοί στην επιφάνεια της πληγής.

Μαύρες μύγες: Εγχύουν αναισθητικό, με αποτέλεσμα το δήγμα τους να είναι στην αρχή ανώδυνο. Αργότερα γίνεται επώδυνο, με κνησμό, ερύθημα και οίδημα.

Υμενόπτερα (μέλισσες, σφήκες): Το κεντρί των θηλυκών μελισσών ή σφηκών προκαλεί άμεσο καύσο και άλγος, ακολουθούμενα από έντονη τοπική ερυθηματώδη αντίδραση με οίδημα και κνίδωση. Μπορεί να προκληθεί αγγειοοίδημα, γενικευμένη κνίδωση και/ή αναπνευστική ανεπάρκεια λόγω οιδήματος του λάρυγγα και/ή καταπληξία (σοκ).

Πώς μπορούμε να προστατευτούμε από τα τσιμπήματα;

Η πρόληψη παίζει και εδώ πολύ σημαντικό ρόλο.

1) Αποφυγή επαφής με αρθρόποδα.
2) Εφαρμογή εντομοκτόνων.
3) Εφαρμογή προληπτικών προστατευτικών μέτρων (δικτυωτά πλέγματα, κατάλληλα ενδύματα κ.ά.).
4) Ψεκασμός του σπιτιού.

Είναι γνωστό σε όλους μας ότι το κυριότερο και πιο ενοχλητικό σύμπτωμα ενός τσιμπήματος είναι ο κνησμός, ο οποίος οδηγεί σε δευτεροπαθή λοίμωξη της διαβρωμένης επιδερμίδας από στρεπτόκοκκο της ομάδας Α και/ή χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, με αποτέλεσμα μολυσματικό κηρίο ή έκθυμα.

Θεραπεία

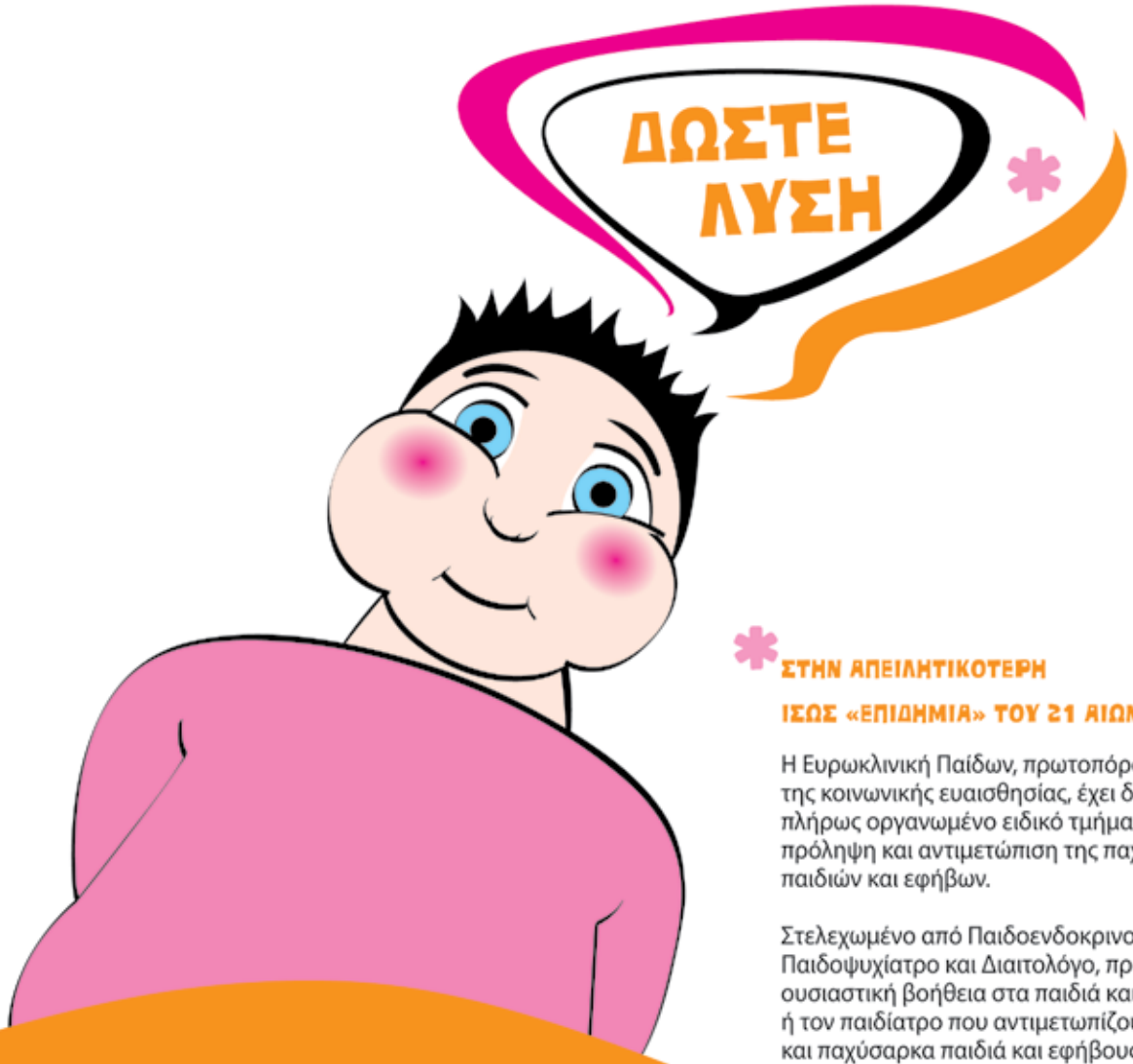
1) Αντισταμινικά: Χορηγούμε για λίγες μέρες αντισταμινικά για να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον έντονο κνησμό και να μειωθεί η αλλεργική αντίδραση στο τσίμπημα.

2) Κορτικοστεροειδή: Τα τοπικά κορτικοστεροειδή, χορηγούμενα για σύντομο χρονικό διάστημα, είναι χρήσιμα ειδικά στις έντονες κνησμώδεις φλεγμονώδεις βλάβες.

3) Αντιμικροβιακοί παράγοντες: Εάν υπάρχει δευτεροπαθής λοίμωξη, μπορούν να χορηγηθούν τοπικά αντιβιοτικά. Εάν η λοίμωξη είναι εντεταμένη, χορηγούμε το κατάλληλο αντιβιοτικό.

ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

ΤΜΗΜΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ



ΣΤΗΝ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΟΤΕΡΗ ΙΣΩΣ «ΕΠΙΔΗΜΙΑ» ΤΟΥ 21 ΑΙΩΝΑ

Η Ευρωκλινική Παίδων, πρωτοπόρος στον τομέα της κοινωνικής ευαισθησίας, έχει δημιουργήσει ένα πλήρως οργανωμένο ειδικό τμήμα για την πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας παιδιών και εφήβων.

Στελεχωμένο από Παιδοενδοκρινολόγο, Παιδοψυχίατρο και Διαιτολόγο, προσφέρει ουσιαστική βοήθεια στα παιδιά και την οικογένεια ή τον παιδίατρο που αντιμετωπίζουν υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά και εφήβους.

Για περισσότερες πληροφορίες για το Τμήμα Παχυσαρκίας,
απευθυνθείτε στα τηλέφωνα **210-8691956** (9:00-16:00) & **210-8691957** (16:00-21:00)

Μεσεγχυματικά βλαστοκύτταρα από τον πολφό των νεογιλών δοντιών και τρίτων γομφίων

Τα νεογιλά δόντια, καθώς και οι τρίτοι γομφίοι περιέχουν βλαστικά κύτταρα που μπορούν να κρυοσυντηρηθούν και να αποτελέσουν στο μέλλον πολύτιμη πρώτη ύλη σε εφαρμογές της αναγεννητικής ιατρικής.

Πλεονεκτήματα των βλαστοκυττάρων του οδοντικού πολφού

Τα βλαστοκύτταρα του οδοντικού πολφού έχουν τις ίδιες βιολογικές ιδιότητες με τα μεσεγχυματικά κύτταρα του μυελού των οστών και ερευνάται η δυνατότητα παράλληλων θεραπευτικών εφαρμογών. Έχουν υψηλή ικανότητα πολλαπλασιασμού, η οποία ξεκινά από πολύ μικρό αρχικό αριθμό κυττάρων (το κάθε κύτταρο μπορεί να διαιρεθεί έως και δώδεκα φορές διατηρώντας τα αρχικά χαρακτηριστικά του), είναι εξαιρετικά ευαίσθητα στη διαφοροποίηση σε νέες μορφές κυττάρων και η λήψη τους είναι εύκολη και ανώδυνη. Τα πλεονεκτήματα αυτά πηγάζουν από τη μικρή ηλικία των κυττάρων, η οποία τους προσδίδει μεγαλύτερη βιολογική αξία σε σχέση με τα μεσεγχυματικά κύτταρα του μυελού των οστών.

Τα συγκεκριμένα βλαστοκύτταρα απομονώθηκαν για πρώτη φορά από τον Gronthos, και από το 2000 κι έπειτα αποτελούν πεδίο εντατικής έρευνας. Η λήψη των βλαστοκυττάρων από τον πολφό γίνεται από τους πλάγιους και κεντρικούς τομείς, από τους κυνόδοντες κατά τη φυσιολογική τους πτώση, καθώς και από τους έγκλειστους φρονιμίτες. Η ανακάλυψη αυτή οδήγησε τους γονείς που έχασαν την ευκαιρία να φυλάξουν τα βλαστοκύτταρα του παιδιού τους τη στιγμή της γέννησης (από τον πλακούντα και τον ομφάλιο λώρο) να ζητήσουν σε δεύτερη φάση τη φύλαξη αυτού του πολύτιμου υλικού. Οι οικογένειες που είχαν ήδη προβεί στη φύλαξη βλαστοκυττάρων κατά τη γέννηση του παιδιού τους έχουν ακόμη μία ευκαιρία να προσθέσουν ένα νέο είδος πολύτιμων βλαστοκυττάρων στα ήδη υπάρχοντα.

Κλινικές μελέτες

Σήμερα διεθνώς βρίσκονται σε εξέλιξη 2.091 κλινικές μελέτες (www.clinicaltrials.gov) οι οποίες αφορούν στα βλαστικά κύτταρα, 43 εκ των οποίων αφορούν μεσεγχυματικά κύτταρα και μία τα μεσεγχυματικά κύτταρα του πολφού. Η τελευταία αφορά στην αναγεννητική ενδοδοντική και γίνεται στο Πανεπιστήμιο του Τέξας (αναγέννηση πολφικού ιστού ως εναλλακτική θεραπεία απονεύρωσης). Οι κλινικές μελέτες των βλαστικών κυττάρων αποσκοπούν στη θεραπεία καρδιαγγειακών και οστικών παθήσεων, φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου, της πολλαπλής σκλήρυνσης, των εγκαυμάτων και στην ανάπλαση του περιοδοντικού ιστού.

Τα μεσεγχυματικά βλαστοκύτταρα του πολφού των νεογιλών δοντιών σήμερα προορίζονται για μελλοντικές εφαρμογές αναγεννητικής ιατρικής, οι οποίες στοχεύουν στην αναγέννηση, επανόρθωση και αντικατάσταση ανθρώπινων ιστών και οργάνων.

Μία από τις πρώτες πειραματικές μελέτες των κυττάρων αυτών είχε να κάνει με τη χορήγησή τους σε πειραματόζωα τα οποία είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου (Gandia et al. Stem Cells. 2008; 26: 638-645). Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής συγκρίθηκαν με αυτά της χρήσης μεσεγχυματικών κυττάρων του μυελού των οστών από ισπανική ερευνητική ομάδα της Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής της Βαλένθια. Η μελέτη έδειξε βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας μετά από το έμφραγμα, με ρυθμό αποκατάστασης ίδιο με αυτόν που επιτυγχάνεται με τη χρήση μεσεγχυματικών κυττάρων του μυελού των οστών. Τα ανωτέρω ευρήματα κάνουν ιδιαίτερα ελπιδοφόρα τη χρήση των κυττάρων αυτών στην αντιμετώπιση των αγγειακών παθήσεων. **Το μεγάλο πλεονέκτημα των κυττάρων αυτών είναι η μεγάλη ικανότητά τους να «μεταναστεύουν» στην περιοχή που πάσχει, ανεξαρτήτως**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
Εργαστήρια - Γραφεία:
• Λεωφόρος Γεωργικής Σχολής 65 • Τ.Κ. 57001
• Κτίριο ΖΕΔΑ, Τ 2310 474.282, 2310 474.284
F 2310 474.285
Γραφεία:
Τοιμισκή 137, (6ος όροφος, έναντι ΧΑΝΘ)
Τ 2310 274.286 • F 2310 274.288
Κινητό: 6936 660.135
e-mail:info@dentolife.gr

ΑΘΗΝΑ
Γραφεία:
Πύργος Αθηνών, Λεωφόρος Μεσογείων 2-4,
Κτίριο Β΄, (2ος όροφος) • Τ.Κ. 11527
Τ 210 77.08.882, 210 77.08.218
F 210 77.90.788
Κινητό: 6974 039.621

ΛΑΡΙΣΑ
Γραφεία:
Μ. Αλεξάνδρου 3, (6ος όροφος) • Τ.Κ. 41222
Τ 2410 535.603 • F 2410 535.664
Κινητό: 6973 984.260

Biohellenika
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΒΙΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ
Ελληνική Εταιρία Φύλαξης Βλαστικών Κυττάρων

DENTOLIFE
By Biohellenika

Χάνουν δόντια; Κερδίζουν ζωή!
Μάθετε πως τα πρώτα δόντια τους μπορούν να σώσουν τη ζωή τους και τη δική σας.

Η Εταιρία Biohellenika από τις κορυφαίες του κλάδου, πρωτοπορεί με μια νέα υπηρεσία για τη συλλογή βλαστικών κυττάρων.
Ιδρύοντας τη **DENTOLIFE**, προσφέρει μια νέα υπηρεσία φύλαξης βλαστικών κυττάρων από τον πολφό των νεογιλών δοντιών.

Έτσι, προσφέρει μια δεύτερη ευκαιρία σε παιδιά 6 έως 13 ετών, που δε συνέλεξαν τα βλαστικά τους κύτταρα κατά τη στιγμή της γέννησης τους, να τα κρατήσουν τώρα από τα νεογιλά δόντια τους, με μια εύκολη, ανώδυνη και ασφαλή διαδικασία.

Με την ασφάλεια και τη συνέπεια της **Biohellenika, της μόνης τράπεζας βλαστοκυττάρων** που συνεργάζεται με το **Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών** και της **μόνης διαπιστευμένης κατά ISO15189:2007 ιατρικών εργαστηρίων, με το πιστοποιητικό Αριθ. 410 8/2/2008 από το Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης (ΕΣΥΔ), ως αρμόδιος κρατικός φορέας σύμφωνα με το Ν. 3066/2002.**

ΠΑΤΡΑ
Γραφεία:
Κως 18 και Πανεπιστημίου 3 • Τ.Κ. 26441
Τ 2610 437.436 • F 2610 431.339
Κινητό: 6978 483170

ΙΩΑΝΝΙΝΑ
Γραφεία:
Τεχνολογικό Πάρκο - Πεδινή Ιωαννίνων
Τ.Κ. 45110
Τ 26510 97.667 • F 26510 97.673
Κινητό: 6970 267.540

ΚΡΗΤΗ - ΗΡΑΚΛΕΙΟ
Γραφεία:
Αμαλθείας 17 και Κατεχάκη γωνία • Τ.Κ. 71201
Τ 2810 229.351
Κινητό: 6970 803.497

Ανοιχτή Γραμμή Επικοινωνίας

801-11-99299 **www.biohellenika.gr** **www.dentolife.gr**

ΕΣΥΔ
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ
ΑΡ. ΠΙΣΤ. 410

UKAS

DENTOLIFE

Η χρήση των βλαστοκυττάρων στη θεραπεία πολλών παθήσεων

Κλινικές δοκιμές τελικής φάσης στη Γερμανία έδειξαν ότι τα μεσεγχυματικά βλαστοκύτταρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν με επιτυχία στη θεραπεία των εγκαυμάτων και μάλιστα χορηγούμενα με τη μορφή ψεκασμού στην περιοχή του εγκαύματος. Οι δοκιμές αυτές επεκτάθηκαν στη συνέχεια στη θεραπεία των δερματικών ελκών αγγειακής (σακχαρώδης διαβήτης) ή γενετικής αιτιολογίας (επιδερμόλυση). Σε ζωικά μοντέλα, τα βλαστοκύτταρα του οδοντικού πολφού επάγουν το σχηματισμό οστικών δομών, ενώ μεταμόσχευση μεσεγχυματικών βλαστοκυττάρων σε πειραματόζωα με ατελή οστεογένεση έδειξε ικανότητα δημιουργίας οστίτη ιστού. Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύουν τη χρήση των βλαστοκυττάρων του οδοντικού πολφού στη θεραπεία της ατελούς οστεογένεσης, γενετική διαταραχή που οφείλεται σε μετάλλαξη του γονιδίου του κολλαγόνου τύπου Ι με αυτόλογη ή ετερόλογη μεταμόσχευση ή ex vivo διαφοροποίηση αυτόλογων μεσεγχυματικών βλαστικών κυττάρων (Gronthos et al., PNAS 97 (25): 13625-13630, 2000). Ιάπωνες επιστήμονες ανακοίνωσαν πρόσφατα ότι απομόνωσαν ενδοθηλιακά κύτταρα από οδοντικό πολφό, τα οποία έδειξαν σημαντική θεραπευτική δράση σε πειραματικά μοντέλα ισχαιμίας (Iohara et al., Stem Cells, 2008; 26(9); 2408-2418). Μεταμόσχευση μεσεγχυματικών κυττάρων μετά από τραυματισμό του νωτιαίου μυελού ή εγκεφαλικού επεισοδίου δείχνει ικανότητα ανάπλασης νευρικών κυττάρων και μερική αποκατάσταση της βλάβης (Nosrat I, et al., Developmental Biol, 238: 120-132, 2002 – Nosrat I, et al. Eur J Neurosci, 19: 2388-2398, 2004).

του αν χορηγηθούν τοπικά ή ενδοφλέβια, και μέσα από την κυκλοφορία του αίματος εισέρχονται στον πάσχοντα καρδιακό ιστό, ενεργοποιούνται και διαφοροποιούνται σε καρδιακά κύτταρα ή επάγουν την αγγειογένεση.

Τα βλαστοκύτταρα στην αντιμετώπιση της μυϊκής δυστροφίας του Duchenne

Η μυϊκή δυστροφία του Duchenne είναι η πιο συχνή κληρονομική νόσος του νευρομυϊκού συστήματος. Στην ηλικία των 10-12 ετών οι ασθενείς καταλήγουν σε μόνιμη αναπηρία και πεθαίνουν λόγω καρδιοαναπνευστικών προβλημάτων. Επιστήμονες από τη Βραζιλία χρησιμοποίησαν βλαστοκύτταρα από τον οδοντικό πολφό για τη θεραπεία πειραματόζωων με μυϊκή δυστροφία του Duchenne (Kerkis I et al. J Transl Med. 2008; 6: 35). Το κριτήριο επιλογής των κυττάρων αυτών ήταν η έντονη ικανότητα πολλαπλασιασμού. Μετά από τη χορήγηση, κύτταρα οδοντικού πολφού ανιχνεύτηκαν στους μυς των πειραματόζωων, ενώ σε ένα από αυτά στο οποίο δόθηκε η μεγαλύτερη ποσότητα βλαστοκυττάρων ανιχνεύτηκε η ανθρώπινη μυϊκή δυστροφίνη, μια πρωτεΐνη η μετάλλαξη της οποίας ευθύνεται για την κλινική εικόνα της ασθένειας. Το εν λόγω πειραματόζωο 25 μήνες μετά τη θεραπεία ήταν ελεύθερο συμπτωμάτων. Η συστηματική και επαναλαμβανόμενη χορήγηση των βλαστοκυττάρων φαίνεται ότι έχει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα στα πειραματόζωα, σε σχέση με μία και μόνο τοπική χορήγηση.

Βλαστοκύτταρα από πολφό νεογιλών δοντιών χρησιμοποιήθηκαν και για την αναδόμηση οστικών ελλειμμάτων της κεφαλής πειραματόζωων (de Mendonca Costa A, et al., J *Craniofac Surg.*, 2008, Jan;19(1): 204-10).

Η ίδια ομάδα στο Σάο Πάολο ανακοίνωσε τον Ιούνιο του 2008 **ότι βλαστικά κύτταρα από πολφό φρονιμίτη μη γόνιμου άνδρα μετά από χορήγηση σε όρχεις πειραματόζωων μπορούν να μετατραπούν σε πρόδρομες μορφές σπερματοζωαρίων και να βοηθήσουν το 10-15% των ανδρών με πρόβλημα στειρότητας.**

Στην οδοντιατρική τα μεσεγχυματικά βλαστοκύτταρα του πολφού μπορούν να παραγάγουν τμήματα του δοντιού και του περιοδοντίου και να χρησιμοποιηθούν θεραπευτικά, καθώς και να διορθώσουν οστικές βλάβες της περιοχής του κρανίου, συγγενείς ή τραυματικές (Mao JJ et al., *Critical Reviews in Oral Biology and Medicine*, 2006; 85(11): 966-979 – Krebsbach PH et al., *J Dent Education*, 66(6): 766-773, 2002).

Στα οράματα της αναγεννητικής οδοντιατρικής είναι η δημιουργία του βιολογικού δοντιού, το οποίο αναμένεται να κυκλοφορήσει στα επόμενα 7-10 χρόνια (ODONTIS, King's College London).

Τα βλαστοκύτταρα του πολφού συλλέγονται κάτω από άσηπτες συνθήκες, καλλιεργούνται, γίνεται η μέτρηση του αριθμού τους και κρυοσυντηρούνται σε συνθήκες υγρού αζώτου στους -196°C για τα επόμενα χρόνια. Ο αριθμός των βλαστοκυττάρων εξαρτάται κάθε φορά από την ποιότητα του πολφού, η οποία με τη σειρά της εξαρτάται από τη διατήρηση της αιμάτωσης της ρίζας μέχρι τη στιγμή της εξαγωγής. **Η κρυοσυντήρηση των βλαστικών κυττάρων που περιέχονται στον πολφό των νεογιλών δοντιών μπορεί να γίνει από την ηλικία των 5 έως 12 ετών.**

Κοκκώνα Κουζή-Κολιάκου,
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής, Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου της Biohellenika

Η ενημέρωση σώζει, η άποψή σας βοηθά!

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

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

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

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

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

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

Παράδειγμα μη κατανοητού άρθρου:.....

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

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

Ιατρικά (ενηλίκων):.....
Ομορφιά:.....
Παιδιατρικά:.....
Διατροφή:.....
Νέες επιστημονικές εξελίξεις:.....
Άλλα θέματα:.....

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

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

8 Ποια από τα παρακάτω περιοδικά διαβάζετε;

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

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

10 Επιθυμώ να γίνω συνδρομητής; **ΝΑΙ** ❑ **ΟΧΙ** ❑

11 Επιθυμώ να λαμβάνω ενημέρωση στο e-mail μου σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας της Ευρωκλινικής Αθηνών και της Ευρωκλινικής Παίδων:

ΝΑΙ ❑ **ΟΧΙ** ❑ E-mail:.....

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

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

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

Χριστίνα Ταμπουρέα
Διευθύντρια Marketing και Επικοινωνίας

Τεχνική Υπηρεσία Ευρωκλινικής Αθηνών

1. Δημήτρης Παπαϊωάννου, Διευθυντής Τεχνικής Υπηρεσίας Medicom Systems.

2. Από αριστερά: Γκιώνη Κουιτίμ, Αντώνης Τριανταφύλλου, Δημήτρης Παπαϊωάννου, Γιώργος Καλύβας, Ευάγγελος Καλαμπούρδας, Απόστολος Μπάος, Γρηγόρης Μεγρέμης, Γιάννης Κυριακόπουλος, Χρήστος Τριφιάτης, Νομικός Κουτρουμάνος.

Με στόχο πάντα την ανάπτυξη

Τα τελευταία χρόνια, στην Ευρωκλινική Αθηνών έχουν συντελεστεί σημαντικές αναβαθμίσεις, τόσο σε λειτουργικό όσο και σε αισθητικό επίπεδο, που στόχο έχουν την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση ασθενών και επισκεπτών σε ένα όμορφο και σύγχρονο περιβάλλον. Για την επέκταση, την ανανέωση και τα αναπτυξιακά σχέδια της Ευρωκλινικής Αθηνών μάς μιλά ο κ. Δημήτρης Παπαϊωάννου, Διευθυντής της Τεχνικής Υπηρεσίας της κλινικής.

Επιμέλεια: Χριστίνα Ταμπουρέα

Τι περιλαμβάνει το πλάνο ανάπτυξης της κλινικής;
Οι επενδύσεις που γίνονται στην Ευρωκλινική Αθηνών είχαν προγραμματιστεί πολλά χρόνια νωρίτερα, με αποτέλεσμα να έχουμε δημιουργήσει σημαντικές νέες υποδομές τα τελευταία χρόνια. Έγιναν λειτουργικές και αισθητικές αναβαθμίσεις σε τμήματα υποδοχής των ασθενών, με γνώμονα την καλύτερη εξυπηρέτησή τους και φυσικά τις καλύτερες συνθήκες διαμονής τους σε πιο όμορφους και φωτεινούς χώρους.
Όλες οι διοικητικές υπηρεσίες στεγάστηκαν σε ένα νέο, μοντέρνο κτήριο γραφείων με υπόγειο πάρκινγκ και σύγχρονες προδιαγραφές. Επίσης, έγιναν μεγάλες επενδύσεις στον τομέα των τηλεπικοινωνιών και πλέον έχουμε πολλές και ποικίλες δυνατότητες ελέγχου των συστημάτων και των διαδικασιών μας. Τέλος, η αύξηση της δυναμικότητας του νοσοκομείου ήταν πάντα μέσα στα πλάνα μας και φυσικά εξακολουθούμε να βρίσκουμε νέες λύσεις και προτάσεις αναβάθμισης.

Ποιο ήταν το πιο δύσκολο έργο που έχετε εκτελέσει στην Ευρωκλινική;
Η δυσκολότερη από όλες τις παρεμβάσεις ήταν η πρόσφατη επέκταση των εγκαταστάσεων της κλινικής μας. Ήταν ένα εξαιρετικά δύσκολο τεχνικά εγχείρημα, διότι το κτήριο αυτό είχε χτισθεί σε δεύτερο χρόνο, με αποτέλεσμα να μην εφάπτεται ορθώς με το κεντρικό κτήριο. Προχωρήσαμε στην πλήρη κατεδάφισή του από τη μέση και πάνω και στην κατασκευή του από την αρχή, με χρήση μεταλλικής κατασκευής εδραζόμενης σε ειδικά εφέδρανα υψηλής αντοχής. Το όλο εγχείρημα πραγματοποιήθηκε με την προϋπόθεση ότι το υφιστάμενο κτήριο, από τη μέση και κάτω, θα λειτουργούσε πλήρως κατά τη διάρκεια της κατασκευής. Όπως αντιλαμβάνεστε, κάτι τέτοιο δυσκόλευε απίστευτα ένα ήδη εξαιρετικά πολύπλοκο εγχείρημα.
Ίσως οι τεχνικές λεπτομέρειες να μην ενδιαφέρουν, φανταστείτε όμως ότι μέσα σε επτά μήνες τρεις όροφοι ενός μεγάλου κτηρίου απομακρύνθηκαν και στη θέση τους κατασκευάσθηκε από την αρχή ένα νέο κομμάτι του νοσοκομείου μας. Οι εργασίες περατώθηκαν με επιτυχία χωρίς σοβαρά προβλήματα, γεγονός που αποδεικνύει τον σωστό προγραμματισμό και τη σωστή επιλογή εξειδικευμένων συνεργείων για τη δουλειά αυτή.

Τι σημαίνει για εσάς να αναπτύσσεται η κλινική;
Η ανάπτυξη αποτελεί σαφή ένδειξη ότι όλο και περισσότεροι ασθενείς μάς εμπιστεύονται. Όσον αφορά εμάς, η ανάπτυξη περνάει από το δικό μας μάτι, αφού εμείς θα πρέπει τελικώς να υλοποιήσουμε τα σχέδια αυτής και να τα κάνουμε πραγματικότητα. Όπως και να έχει, αυτό που μετράει είναι η άποψη της ομάδας και όχι ενός μόνο ατόμου. Εξάλλου, πιστεύω ακράδαντα –και φυσικά έτσι έχει δείξει και η πράξη τα τελευταία οκτώ χρόνια που είμαι στον όμιλο– ότι πραγματικά διαθέτουμε μια πολύ καλή ομάδα συνεργατών-φίλων που ξέρει να βλέπει σωστά όλα τα σχέδια ανάπτυξης που έχουμε εφαρμόσει ή που σχεδιάζουμε για το μέλλον.

Για τους υπαλλήλους της κλινικής τι είναι αυτό που αλλάζει και βελτιώνεται ουσιαστικά;
Οι συνθήκες εργασίας γίνονται καλύτερες, πιο άνετες, ίσως και πιο ανθρώπινες. Σίγουρα η δουλειά μας αφορά σε μεγάλο ποσοστό και τους ίδιους τους εργαζόμενους. Από την ικανοποίησή τους κερδίζουμε ένα δύσκολο στοίχημα.

Η δουλειά της τεχνικής υπηρεσίας συνίσταται από πολλά διαφορετικά κομμάτια. Πώς συντονίζετε όλην αυτήν την προσπάθεια, ειδικά όταν γίνονται ταυτόχρονα τόσες πολλές εργασίες;
Αναφέρεστε σε μία από τις βασικές δυσκολίες που ξεπερνιούνται με την εφαρμογή διαδικασιών project management, που εμείς υποστηρίζουμε πλήρως στην οργάνωσή μας. Ο συντονισμός απαιτεί οργάνωση σε προσωπικό και εταιρικό επίπεδο και σίγουρα μια σωστή ομάδα τεχνικών.
Φανταστείτε ότι εκτελούνται γύρω στις 2.000 παρεμβάσεις-εργασίες το χρόνο σε κάθε κτήριό μας, χωρίς να μετράμε τις καθημερινές επεμβάσεις σε εξοπλισμό υποδομών. Ο όγκος δουλειάς είναι μεγάλος, όμως με την εμπειρία που αποκτάμε καταφέρνουμε να τον διαχειριστούμε.

Ποιες είναι οι μεγαλύτερες προκλήσεις που καλείστε να αντιμετωπίσετε;
Μάλλον η μεγαλύτερη πρόκληση είναι οι υπηρεσίες που πρέπει να παρέχουμε στους ασθενείς μας, μέσα από ένα σταθερό και σύγχρονο σύστημα. Επίσης, η ασφάλεια, που μπορεί να θεωρείται δεδομένη, αλλά δυστυχώς στα περισσότερα νοσοκομεία δεν υφίσταται στο βαθμό που απαιτείται.
Όλοι μας έχουμε ευθύνη απέναντι στους ανθρώπους που ζουν, εργάζονται, θεραπεύονται και αναρρώνουν μέσα στα νοσοκομεία μας. Προσπαθούμε να είμαστε κοντά τους σε ό,τι χρειάζονται και να τους υποστηρίζουμε υποδειγματικά.
Η αλήθεια είναι ότι συνεχώς μαθαίνουμε και εφαρμόζουμε όλες εκείνες τις οδηγίες των αρμόδιων φορέων, που μας επιτρέπουν να επεμβαίνουμε σε πολύπλοκα και ευαίσθητα κτήρια και εγκαταστάσεις, όπως αυτές των νοσοκομείων, χωρίς να προκαλούμε σοβαρά προβλήματα και κυρίως με ασφάλεια. Οι επεμβάσεις αυτές είναι θέμα γνώσης και εμπειρίας που ευτυχώς οι συνεργάτες μας και το τεχνικό προσωπικό, που εργάζονται 24 ώρες την ημέρα, έχουν αποκτήσει.

Ποια είναι τα μελλοντικά σχέδια;
Ο ρόλος μας θυμίζει λίγο το παιχνίδι του ποντικιού και της γάτας: όταν πετυχαίνουμε το στόχο μας, αμέσως μετά ξεκινάμε για τον επόμενο. Η συνεχής εναρμόνιση των εγκαταστάσεών μας με ό,τι πιο σύγχρονο, μοντέρνο και ασφαλές υπάρχει ή αναπτύσσεται στο χώρο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σίγουρα δεν είναι εύκολη υπόθεση, όμως όλη η ομάδα που συντονίζει το εγχείρημα αυτό έχει απίθανες δυνατότητες. Στον όμιλό μας αυτό φαίνεται αμέσως.

3. Από αριστερά: Γκιώνη Κουπίμ, Νομικός Κουτρουμάνος, Γρηγόρης Μεγρέμης, Αντώνης Τριανταφύλλου, Γιάννης Κυριακόπουλος, Δημήτρης Παπαϊωάννου, Γιώργος Καλύβας, Απόστολος Μπάος, Ευάγγελος Καλαμπούρδας, Χρήστος Τριφιάτης.

4. Δημήτρης Παπαϊωάννου, Διευθυντής Τεχνικής Υπηρεσίας Medicom Systems, και Αντώνης Τριανταφύλλου, Προϊστάμενος Τεχνικής Υπηρεσίας Medicom Systems.

Κοπή Πρωτοχρονιάτικης Πίτας

Τα στελέχη του Ομίλου Ευρωκλινικής υποδέχθηκαν το 2008 με τρεις εκδηλώσεις κοπής πίτας, για κάθε μία από τις τρεις κλινικές. Η εκδήλωση της Ευρωκλινικής Αθηνών πραγματοποιήθηκε στο Ινστιτούτο Pasteur, ενώ της Ευρωκλινικής Παίδων και της Αθηναϊκής Κλινικής στους αντίστοιχους χώρους των κλινικών. Ανοίγοντας τις εκδηλώσεις, η Διευθύνουσα Σύμβουλος κυρία Πόλλυ Ζησοπούλου παρουσίασε τα οικονομικά αποτελέσματα του 2007 και αναφέρθηκε στην ολοκλήρωση σημαντικών έργων, όπως ο εκσυγχρονισμός των δωματίων, η ανανέωση του χώρου του check-up και η δημιουργία νέων γραφείων για το διοικητικό προσωπικό και τους ιατρούς. Επίσης, υπογράμμισε την εξαιρετική πορεία της Ευρωκλινικής Παίδων και ανέφερε τους μελλοντικούς στόχους των κλινικών σε οικονομικό και αναπτυξιακό επίπεδο. Τέλος, τόνισε πως η επιτυχημένη πορεία των κλινικών εξαρτάται από τους ανθρώπους που εργάζονται σε αυτές και πως βασίζεται σε αυτούς. Οι εκδηλώσεις έκλεισαν πολύ ευχάριστα, με την προσφορά είκοσι δώρων με τυχαία επιλογή στο προσωπικό και με μπουφέ.

1. Από αριστερά οι κ.κ.: καθ. Δημήτρης Λουκόπουλος, Διευθυντής Αιματολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών, Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, Αντώνιος Ψαρουδάκης, Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών, Χαρίλαος Παππής, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών.
2. Από αριστερά οι κ.κ.: καθ. Ευτύχιος Βορίδης, Πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου Ευρωκλινικής Αθηνών, καθ. Μιχαήλ Φιλιππάκης, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών και Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής Ευρωκλινικής Αθηνών, καθ. Γεώργιος Αδαμόπουλος, Διευθυντής ΩΡΛ Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, καθ. Παύλος Τούτουζας, Πρόεδρος Καρδιολογικού Τομέα Ευρωκλινικής Αθηνών.
3. Από αριστερά οι κ.κ.: Γεώργιος Παναγιωτόπουλος, Διευθυντής ΜΕΘ Ευρωκλινικής Αθηνών, Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, Παναγιώτης Παναγιωτόπουλος, Διευθυντής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών.
4. Από αριστερά οι κ.κ.: Εμμανουήλ Ζαχαριάδης, Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών, Χριστίνα Ταμπουρέα, Διευθύντρια Marketing & Επικοινωνίας Medicom Systems, Βασίλειος Παυλιδέλης, Ιατρός ΩΡΛ, Ευρωκλινική Αθηνών, Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems.
5. Από αριστερά οι κυρίες: Έφη Σοφιανού και Εύη Αποστολίδου από τη Διεύθυνση Marketing, Σοφία Φαραζή, Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού, Χριστίνα Κοροβέση και Νάνσυ Χριστοπούλου από τη Διεύθυνση Marketing, Γιώτα Βραχνά και Ελένη Γιολτζίογλου από τη Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού.
6. Από αριστερά οι κ.κ.: Άντα Μοσχάκη, πρώην υπάλληλος Γενικού Λογιστηρίου, Σοφία Φαραζή και Γιώτα Βραχνά από τη Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού, Γιώργος Κύρτσος, Γενικό Λογιστήριο, Ελένη Γιολτζίογλου, Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού, Σωκράτης Δανόπουλος, Προϊστάμενος Λογιστηρίου Ευρωκλινικής Αθηνών.
7. Από αριστερά οι κ.κ.: Χριστίνα Ταμπουρέα, Διευθύντρια Marketing & Επικοινωνίας Medicom Systems, Βασίλης Αγγελακόπουλος, Διοικητικός Διευθυντής Αθηναϊκής Κλινικής, Δέσποινα Παπαχρήστου, Διοικητική Διευθύντρια Ευρωκλινικής Αθηνών, Ολυμπία Τσατσαράγκου, Προϊσταμένη Λογιστηρίου Ασθενών Ευρωκλινικής Αθηνών.
8. Από αριστερά οι κ.κ.: Δέσποινα Παπαχρήστου, Διοικητική Διευθύντρια Ευρωκλινικής Αθηνών, Βασίλης Σουλτάνης, Λογιστήριο Ασθενών Ευρωκλινικής Αθηνών, Εμμανουήλ Μαρκόπουλος, Γενικός Εκτελεστικός Οικονομικός Διευθυντής Medicom Systems, Πέτρος Ριζικός, πρώην Υπεύθυνος Οικονομικής Διαχείρησης Ιατρικής Υπηρεσίας Medicom Systems, Μαρίνα Μαζαράκη, Οικονομική Υποδιευθύντρια Medicom Systems, Ντάλια Τόμπρου, Διευθύντρια Ανθρώπινου Δυναμικού Medicom Systems, Νένη Πετράκη, Νομική Σύμβουλος Medicom Systems.

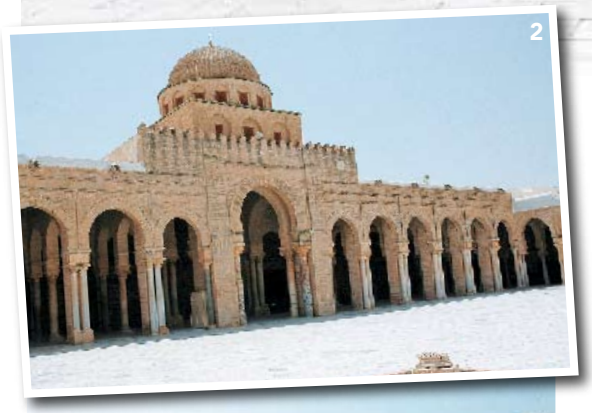
1. Από αριστερά οι κυρίες: Ελένη Αβραμίδου, Βοηθητικό Προσωπικό Αθηναϊκής Κλινικής, Καίτη Σαμαρά, Διοικητικό Προσωπικό Αθηναϊκής Κλινικής, Ουρανία Δάλα, Προϊσταμένη 4ου Νοσηλευτικού Ορόφου Αθηναϊκής Κλινικής, Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, Φαίδρα Φάτσιου, Διευθύνουσα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Αθηναϊκής Κλινικής.
2. Από αριστερά οι κυρίες: Αρετή Νικηφόρου, Προϊσταμένη 3ου Νοσηλευτικού Ορόφου Αθηναϊκής Κλινικής, Ελένη Φαμέλου, Νοσηλευτικό Προσωπικό Αθηναϊκής Κλινικής, Μαρία Παπαχρήστου, Προϊσταμένη Οφθαλμολογικού Χειρουργείου Αθηναϊκής Κλινικής, Λαμπρινή Τριανταφύλλη, Προϊσταμένη Γενικού Χειρουργείου Αθηναϊκής Κλινικής, Φαίδρα Φάτσιου, Διευθύνουσα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Αθηναϊκής Κλινικής.
3. Από αριστερά οι κ.κ.: Βασίλης Αγγελακόπουλος, Διοικητικός Διευθυντής Αθηναϊκής Κλινικής, Νικόλαος Σαλαμέτης, Γαστρεντερολόγος, Επιστημονικά Υπεύθυνος Ενδοσκοπικού Τμήματος Αθηναϊκής Κλινικής, Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, Δημήτριος Κωστρόγλου, Αναισθησιολόγος, Αθηναϊκή Κλινική, Κωνσταντίνος Χαλκιάς, Παθολόγος, Επιστημονικά Υπεύθυνος Παθολογικού Τμήματος Αθηναϊκής Κλινικής, Γεώργιος Σκουτέλης, Διευθυντής Μονάδας Τεχνητού Νεφρού Αθηναϊκής Κλινικής.

4. Από αριστερά οι κ.κ.: Εύη Αποστολίδου, Διεύθυνση Marketing, Τζένη Νικολούζου, Υπεύθυνη Ιατρικής Ενημέρωσης Ευρωκλινικής Παίδων, Έφη Σοφιανού, Διεύθυνση Marketing, καθ. Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων, Χριστίνα Κοροβέση και Νάνσυ Χριστοπούλου, Διεύθυνση Marketing, Φρόσω Αγγελοπούλου, Υπεύθυνη Ποιοτικού Ελέγχου, Διεύθυνση Marketing.
5. Από αριστερά οι κ.κ.: Δημήτρης Κεχαγιάς, πρώην Διοικητικός Διεθυντής Ευρωκλινικής Παίδων, Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, καθ. Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων, Μαρία Παπαδοπούλου, Διευθύνουσα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων, Εμμανουήλ Μαρκόπουλος, Γενικός Εκτελεστικός Οικονομικός Διευθυντής Medicom Systems.
6. Από αριστερά οι κ.κ.: Χριστίνα Κάσσου, Επιμελήτρια Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων, Κατερίνα Αγραφιώτη, Επιμελήτρια Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων, καθ. Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων, Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, Γεώργιος Κεχαγιάς, Επιμελητής Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων, Θεοδώτα Λιακοπούλου-Τσιτσιπή, Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, Ζώης Καραμπέτσος, Επιμελητής Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων, Ιωάννα Μπαρμπουνάκη, Επιμελήτρια Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων.

Η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού της Αθηναϊκής Κλινικής έκοψε την πίτα της

Μέσα σε ευχάριστο κλίμα, στις 28 Φεβρουαρίου 2008, η Αθηναϊκή Κλινική πραγματοποίησε κοπή πίτας για τους νεφροπαθείς της μονάδας. Επίσημα προσκεκλημένος και ομιλητής ήταν και ο κ. Γ. Καστρινάκης, Δημοσιογράφος και Πρόεδρος της Ένωσης Νεφροπαθών. Ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό παρευρέθησαν στην ξεχωριστή αυτή εκδήλωση.

Από αριστερά οι κ.κ.: Φαίδρα Φάτσιου, Διευθύνουσα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Αθηναϊκής Κλινικής, Βασίλης Αγγελακόπουλος, Διοικητικός Διευθυντής Αθηναϊκής Κλινικής, Πόλλυ Ζησοπούλου, Διευθύνουσα Σύμβουλος Medicom Systems, Μανώλης Μαρκόπουλος, Γενικός Εκτελεστικός Οικονομικός Διευθυντής Medicom Systems, Γιώργος Καστρινάκης, Δημοσιογράφος και Πρόεδρος της Ένωσης Νεφροπαθών.



4η Ημερίδα Ευρωκλινικής Αθηνών στην Τύνιδα

Τύνιδα: πόλη των οάσεων, όπου η Δύση ανταμώνει την Ανατολή σε ένα γοητευτικό μείγμα αραβικού και ευρωπαϊκού πολιτισμού και κουλτούρας.

Την Τύνιδα, πρωτεύουσα της Τυνησίας, γνωστή και ως Παρίσι της Βόρειας Αφρικής, επέλεξε φέτος η Διοίκηση της Ευρωκλινικής Αθηνών για να πραγματοποιήσει την 4η Ημερίδα των στελεχών της. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν την ευκαιρία να συζητήσουν θέματα που αφορούν στην πορεία της Ευρωκλινικής Αθηνών αλλά και της υγείας γενικότερα. Δεν έχασαν όμως και την ευκαιρία να ανακαλύψουν τα δύο πρόσωπα αυτής της πόλης, καθώς εκεί που τελειώνουν τα σουκ (παζάρια) και η αραβική Μεντίνα ξεκινούν τα δείγματα της γαλλικής επιρροής. Επίσης ξεναγήθηκαν στο Μουσείο Μπαρτνό, με την πιο ολοκληρωμένη και εντυπωσιακή συλλογή ρωμαϊκών ψηφιδωτών και ευρημάτων της εποχής, στην αρχαία πόλη της Καρχηδόνας με το ομώνυμο μουσείο, στην Καϊρουάν, τέταρτη ιερή πόλη και πρωτεύουσα του Ισλάμ, καθώς και στο Μεγάλο Τέμενος, το παλαιότερο τζαμί της Βόρειας Αφρικής.

1. Ομαδική φωτογράφηση με φόντο το Μεγάλο Τέμενος.

2. Το Μεγάλο Τέμενος, το παλαιότερο τζαμί της Βόρειας Αφρικής (Τζαμί του Όκμπα), το οποίο βρίσκεται στην πόλη Καϊρουάν, την τέταρτη ιερή πόλη του μουσουλμανικού κόσμου μετά τη Μέκκα, τη Μεντίνα και τα Ιεροσόλυμα.

3-6. Στο ξενοδοχείο Lella Baya, το οποίο βρίσκεται στη καρδιά της γνωστής περιοχής Hammamet.

7-13. Ξενάγηση στην αρχαία Καρχηδόνα.

14-15. Βόλτα στην Τύνιδα.

Νικήτας Παπαδάκης,
Υπεύθυνος Κουζίνας
Ευρωκλινικής Αθηνών

Σολομός σχάρας

με γαρίδες σοτέ, μιλφέιγ λαχανικών, μους φέτας & αρωματικό γλυκάνισο

Υλικά

150 γρ.	**φιλέτο σολομού**
100 γρ.	**γαρίδες Νο 2**
40 γρ.	**κόκκινη πιπεριά**
40 γρ.	**πράσινη πιπεριά**
40 γρ.	**μελιτζάνα**
40 γρ.	**κολοκύθι**
40 γρ.	**Porto Bello**
30 γρ.	**πατάτα**
40 γρ.	**κρέμα γάλακτος**
30 γρ.	**φέτα**
	Αλάτι, πιπέρι, μπούκοβο, γλυκάνισο, θυμάρι, σχοινόπρασο
	Χυμός λεμονιού
	Ελαιόλαδο
	Ξίδι μπαλσάμικο
	Κονιάκ

Εκτέλεση

Μαρινάρουμε το σολομό και τις γαρίδες με αλατοπίπερο, λίγο θυμάρι, παρθένο ελαιόλαδο, λεμόνι και λίγο σχοινόπρασο. Κόβουμε τα λαχανικά σε ίσα κομμάτια των 5 εκ. και τα μαρινάρουμε και αυτά. Τα περνάμε από τη σχάρα και τα αφήνουμε να κρυώσουν αφού τα καραμελώσουμε ελαφρά με λίγο μπαλσάμικο.
Για τη μους φέτας χτυπάμε στο μπλέντερ τη φέτα, την κρέμα γάλακτος, λίγο γλυκάνισο και μπούκοβο. Μόλις αφρατέψει είναι έτοιμη. Στήνουμε το μιλφέιγ σε ένα τσέρκι βάζοντας εναλλάξ τα λαχανικά και ενδιάμεσα τη μους, τελειώνοντας στην κορυφή με το Porto Bello. Περνάμε το σολομό στη σχάρα και κάνουμε τις γαρίδες σοτέ φλαμπέ με κονιάκ.
Καλή όρεξη!

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Δώστε λύση στο πρόβλημα της παχυσαρκίας

Παγκοσμίως, πάνω από 250 εκατομμύρια άνθρωποι χαρακτηρίζονται ως υπέρβαροι και αυτός ο αριθμός αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς κάθε χρόνο. Περίπου μισό εκατομμύριο άνθρωποι υπολογίζεται ότι θα χάσουν αυτή τη χρονιά τη ζωή τους από την παχυσαρκία ή από παθήσεις που σχετίζονται με αυτή σε όλο τον κόσμο.

Τρόποι αντιμετώπισης

Δίαιτα με σωστή διατροφή?
Ενδογαστρικό Μπαλόνι Παχυσαρκίας?
Ρυθμιζόμενος Γαστρικός Δακτύλιος?
Γαστρικό By-pass?

Τι σημαίνουν τα παραπάνω, σε ποιους απευθύνονται και ποιο είναι το δικό μου BMI (δείκτης μάζας σώματος)?

Ενημερωθείτε...

ΤΜΗΜΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ

Το Τμήμα Παχυσαρκίας της Ευρωκλινικής Αθηνών, πλαισιώνεται από το Χειρουργικό Τμήμα το οποίο διαθέτει έμπειρους χειρουργούς εξειδικευμένους στις συγκεκριμένες επεμβάσεις, το Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, το Τμήμα Διαιτολογίας και το Τμήμα Ψυχολογικής Υποστήριξης, ώστε η αντιμετώπιση να είναι πολυπαραγοντική και αποτελεσματική. Επιπλέον, ο έλεγχος των ασθενών από άλλα τμήματα της Κλινικής (όπως το Καρδιολογικό, το Πνευμονολογικό ή το Αγγειοχειρουργικό) συμβάλλει στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των πιθανών συνεπειών της νοσογόνου παχυσαρκίας.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να απευθύνεστε στα **210-6416180** & **210-6416183**