Medilife

Φθινόπωρο - Χειμώνας 2009 - Τεύχος 12

Πανδημία Νέας Γρίπης

- Καρκίνος του μαστού
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Η ακτινοβολία στη ζωή μας

Medilife
Φθινόπωρο - Χειμώνας 2009

editorial

Μιχάλης Μαδιανός,
Πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου
Ομίλου Ευρωκλινικής

Αγαπητοί αναγνώστες,

Συνεπείς στις υποσχέσεις μας, ολοκληρώσαμε το έργο ανακαίνισης και ουσιαστικής ποιοτικής αναβάθμισης των κλινικών μας. Έχοντας επενδύσει περί τα 6 εκατ. ευρώ, δώσαμε νέα πνοή στην εικόνα αλλά και στη λειτουργία μας. Πλέον διαθέτουμε νέα δωμάτια άριστων προδιαγραφών, νέους χώρους υποδοχής, check-up, εξωτερικών ιατρείων, Ακτινολογικού, Ενδοσκοπικού και Αιμοδυναμικού. Αποκτήσαμε ό,τι πιο σύγχρονο από πλευράς ιατρικού εξοπλισμού, όπως τον νέο αξονικό τομογράφο 128 τομών, νέο υπερσύγχρονο ψηφιακό μαστογράφο, ψηφιακά ακτινοσκοπικά συγκροτήματα, καθώς και τον νέο, τελευταίας τεχνολογίας, στεφανιογράφο.

Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το άρτια καταρτισμένο επιστημονικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό μας, συμβάλλουν σε ακόμη πιο υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας.

Θέλουμε να σας ευχαριστήσουμε για την εμπιστοσύνη και την αφοσίωση που μας δείχνετε και να σας διαβεβαιώσουμε ότι κοντά μας θέλουμε να νιώθετε ασφαλείς.

Medilife περιεχόμενα

Φθινόπωρο - Χειμώνας 2009 / τεύχος 12

Μόνιμες Στήλες

6 **News**

Healthy Food

113 **Σπιτικό χάμπουργκερ με μπιφτέκι γαλοπούλας**
Πανδαισία λαχανικών σε τραγανή πίτα πατάτας
Πάστα πορτοκαλιού

114 **Γλυκόξινο κοτόπουλο με λαχανικά**
Σαλάτα με λιαστές ντομάτες και ψητό χαλούμι
Fontan σοκολάτας

Ιατρική

18 **Νέος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός Ομίλου Ευρωκλινικής**

24 **Γρίπη και άλλες λοιμώξεις**

28 **Κρυοθεραπεία:** Αντιμετώπιση όγκων νεφρού

30 **Πριν από τον σακχαρώδη διαβήτη**

34 **Φωτοανάπλαση:** Η θεραπευτική αντιμετώπιση της γήρανσης του δέρματος

36 **Οι 10 πιο συχνές ερωτήσεις στον ΩΡΛ**

38 **Σύγχρονη αποκατάσταση της βουβωνοκήλης**

40 **Σακχαρώδης διαβήτης:** Ένας σύγχρονος ύπουλος εχθρός

44 **Νευρόλυση με ραδιοσυχνότητα**

46 **Ενδοσκοπικός υπέρηχος:** Περιγραφή και εφαρμογές

50 **Όλα όσα θέλετε να γνωρίζετε για τον καρκίνο του μαστού**

54 **Νέοι ορίζοντες στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού**

56 **Μικροχειρουργική αποκατάσταση μαστού**

58 **Ιογενείς ηπατίτιδες A, B, C, D, E**

64 **Ηλεκτρομυογράφημα:** Μια λειτουργική εξέταση για τη μελέτη του περιφερικού νευρικού συστήματος και των μυών

68 **Επεμβατική ακτινολογία**

74 **Η υγεία στην Ελλάδα και στον κόσμο**

78 **Νευροχειρουργική αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου**

83 **Μπορεί η εγχείρηση για καταρράκτη να μειώσει την ενδοφθάλμια πίεση;**

Ευρωκλινική Παίδων

86 **Πανδημία νέας γρίπης Α (Η1Ν1)**

94 **Νέα γρίπη και βρογχικό άσθμα στα παιδιά**

98 **Κοιλιακά άλγη λειτουργικής αιτιολογίας:** Πότε πρέπει να ανησυχούμε;

102 **Προκάρδιο άλγος στα παιδιά**

104 **Επείγουσες απεικονιστικές εξετάσεις στη νεογνική - βρεφική και στην παιδική ηλικία**

108 **Η ακτινοβολία στη ζωή μας:** Επιδράσεις στα παιδιά

Medilife

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

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

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

Επιστημονική Επιτροπή
Καθηγητής Μ. Φιλιππάκης, Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής Ευρωκλινικής Αθηνών, Διευθυντής Χειρουργικού Τομέα
Νικόλαος Φινοκαλιώτης, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας
Εμμανουήλ Ζαχαριάδης, Διευθυντής Πνευμονολογικού Τμήματος

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

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

Υπεύθυνη Επιμέλειας Κειμένων: Μαράια Γαλιατσάτου
Επιμέλεια Κειμένων: Νίκος Μπαρτζελιώτης, Βασιλική Παππά
Project Coordinator: Ελίνα Αμπατζόγλου
Photo Research Director: Γραμματική Μαντάκη
Photo Researcher: Ελευθερία Μπακογιάννη
Φωτογραφία Εξωφύλλου: Istockphoto
Φωτογραφίες: Istockphoto

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

Διεύθυνση Παραγωγής: Αλέξης Βαλούρδος
Συντονισμός Παραγωγής: Μάκης Κουτσανδρέας
Παραγωγή: Βασίλης Γαβαλάς
Ποιοτικός Έλεγχος Παραγωγής: Λευτέρης Νικόπουλος, Γιάννης Σπαθούλας
Διεκπεραίωση Παραγωγής: Νένα Καλλία, Νίκος Κόλλιας, Αγγελική Φούντα, Ηλίας Σελεμαζίδης
Υπεύθυνος Τμήματος Επεξεργασίας Εικόνας: Χρήστος Σιμίτας
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

Νέα εποχή ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ για τον Όμιλο Ευρωκλινικής

Επενδύσεις 6 εκατ. ευρώ για νέο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και ανακαίνιση των κλινικών του Ομίλου

Αξονικός τομογράφος

Ο νέος αξονικός τομογράφος 128 τομών της Ευρωκλινικής είναι ο 1ος στην Ελλάδα και ο 4ος στην Ευρώπη που, μεταξύ άλλων, ελαχιστοποιεί το χρόνο της εξέτασης (10-30 δευτερόλεπτα), εκπέμπει μικρότερη δόση ακτινοβολίας, ενώ, εκτός των κλασικών εξετάσεων, προσφέρει τη δυνατότητα πραγματοποίησης και πλήθους άλλων εξετάσεων, όπως αξονικές στεφανιογραφίες, αγγειογραφίες, φλεβογραφίες, εικονικές ενδοσκοπήσεις και οδοντιατρικές απεικονίσεις.

Τη νέα εποχή ανάπτυξης και τη στρατηγική στόχευση του Ομίλου Ευρωκλινικής για συνεχή αναβάθμιση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας σηματοδοτούν οι επενδύσεις, ύψους 6 εκατ. ευρώ, που ολοκληρώθηκαν την 1η Σεπτεμβρίου. Οι επενδύσεις αφορούν στην εγκατάσταση νέου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και σε εκτεταμένες εργασίες ανακαίνισης και αναβάθμισης των εγκαταστάσεων της Ευρωκλινικής Αθηνών και Ευρωκλινικής Παίδων.

Ο νέος προηγμένος τεχνολογικός εξοπλισμός που τίθεται στη διάθεση των ασθενών του Ομίλου Ευρωκλινικής περιλαμβάνει μεταξύ άλλων νέο αξονικό τομογράφο, νέο στεφανιογράφο, ψηφιακό μαστογράφο, καθώς και 2 νέα τηλεχειριζόμενα ακτινοσκοπικά συγκροτήματα, ένα στην Ευρωκλινική Αθηνών και ένα στην Ευρωκλινική Παίδων.

Στεφανιογράφος

Ο νέος στεφανιογράφος της Ευρωκλινικής (καρδιοαγγειογραφικό συγκρότημα άμεσης ψηφιακής λήψης) πραγματοποιεί όλο το φάσμα της σύγχρονης επεμβατικής καρδιολογίας, ενώ παρέχει τη δυνατότητα ηλεκτροφυσιολογικής πλοήγησης σε πραγματικό χρόνο και τεχνολογία RF Ablation για πρώτη φορά στην Ελλάδα. Παράλληλα, ο νέος στεφανιογράφος προσφέρει απεικονίσεις υψηλότερης ποιότητας, επιτρέπει τη διεξαγωγή περιστροφικής στεφανιογραφίας, που απεικονίζει τρισδιάστατες εικόνες (3D), ενώ η εκπεμπόμενη ακτινοβολία είναι μειωμένη κατά 90%.

Ψηφιακός μαστογράφος

Ο νέος ψηφιακός μαστογράφος της Ευρωκλινικής Αθηνών προσφέρει υψηλή ηλεκτρονική ανάλυση όλων των ανατομικών δομών του μαστού καθώς και των επιπρόσθετων στοιχείων, γεγονός που επιτρέπει την έγκαιρη και έγκυρη ανακάλυψη πιθανών ύποπτων αλλοιώσεων.

Παράλληλα όμως με την εγκατάσταση του νέου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, ουσιαστική ήταν και η αλλαγή της εικόνας...

Οι εργασίες πραγματοποιήθηκαν στους ισόγειους χώρους της Ευρωκλινικής Αθηνών και της Ευρωκλινικής Παίδων, όπου οι παρεμβάσεις ήταν καθολικές. Από τις εισόδους μέχρι τα γκισέ του προσωπικού, τα ιατρεία και τα εργαστήρια, οι χώροι απέκτησαν νέα εικόνα με την αξιοποίηση νέων μοντέρνων υλικών και επίπλων, ενώ ανανεώθηκε και η εξωτερική και εσωτερική σήμανση.

Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι, πέραν του ισόγειου χώρου στην Ευρωκλινική Αθηνών, εργασίες ανακαίνισης υλοποιήθηκαν και στο Ακτινολογικό Τμήμα στο -1, στο Αιμοδυναμικό Τμήμα του 3ου ορόφου, στο Ενδοσκοπικό Τμήμα του 4ου ορόφου, καθώς και στους ανελκυστήρες που οδηγούν στους νοσηλευτικούς ορόφους.

Το σχέδιο ανακαίνισης που εφαρμόστηκε είχε αποτέλεσμα την ποιοτική, αισθητική και χωροταξική ανανέωση και βελτίωση των χώρων των κλινικών του Ομίλου, προωθώντας περαιτέρω τη στόχευση και πρόθεση της Ευρωκλινικής για προσφορά στον Έλληνα ασθενή πραγματικά υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας.

Ανάπτυξη συμφωνίας

Ομίλου Ευρωκλινικής με Εθνική Ασφαλιστική

Με επιτυχία ολοκληρώθηκε εκδήλωση στην Αίγλη Ζαππείου, τη Δευτέρα 19 Οκτωβρίου, μεταξύ του Ομίλου Ευρωκλινικής αλλά και της Εθνικής Ασφαλιστικής σε περισσότερους από 400 ασφαλιστές. Η παρουσίαση αφορούσε στην περαιτέρω ανάπτυξη της υπάρχουσας συνεργασίας των κλινικών του Ομίλου Ευρωκλινικής και της Εθνικής Ασφαλιστικής, η οποία εξασφαλίζει σημαντικά προνόμια υγείας στους ασφαλισμένους, στο προσωπικό της, στο δίκτυο των ασφαλιστών της και στα μέλη των οικογενειών τους.

Από αριστερά: οι κύριοι Ιωάννης Πολίτης, Διευθυντής Κλάδου Ομαδικών Ασφαλίσεων Ζωής Εθνικής Ασφαλιστικής, Μιχάλης Μαδιανός, Πρόεδρος Ομίλου Ευρωκλινικής, Καθ. Ευτύχιος Βορίδης, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου Ευρωκλινικής Αθηνών.

Από αριστερά: οι κύριοι Άγγελος Πλακόπητας της Global Finance και Δούκας Παλαιολόγος, Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος Εθνικής Ασφαλιστικής.

Από αριστερά: οι κ.κ. Χριστίνα Ταμπουρέα, Εμπορική Διευθύντρια Ομίλου Ευρωκλινικής, Ιωάννης Χλωρογιάννης, Διευθυντής Καρδιοχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών, Βασιλική Γαραντζιώτη, Διευθύντρια Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών.

Από αριστερά: οι κ.κ. Νάνσυ Χριστοπούλου, Διεύθυνση Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής, Έφη Σοφιανού, Εμπορική Διεύθυνση Ομίλου Ευρωκλινικής, Χριστίνα Ταμπουρέα, Εμπορική Διευθύντρια Ομίλου Ευρωκλινικής, Χριστίνα Κοροβέση, Product Manager, Διεύθυνση Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής, Σοφία Φαραζή, Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού Ομίλου Ευρωκλινικής, Τζένη Νικολούζου, Υπεύθυνη Ιατρικής Ενημέρωσης, Χριστίνα Μπακαλού, Οικονομική Διεύθυνση Ομίλου Ευρωκλινικής, Νίκος Βουτσινάς, Προϊστάμενος Ιατρικής Ενημέρωσης Ομίλου Ευρωκλινικής, Στέφανος Παπαδημητρίου, Οικονομικός Διευθυντής Ομίλου Ευρωκλινικής.

@ Medilife

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

Φροντίδα Διεθνών Προδιαγραφών από την

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

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΙΕΘΝΩΝ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΥΣ ΑΠΟ 700 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΤΗΣΙΩΣ

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

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας διαθέτει:

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

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

Στατιστικά στοιχεία ανταγωνιστικά σε διεθνές επίπεδο

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

Συνέντευξη Τύπου

για το λανσάρισμα του νέου καταθετικού λογαριασμού «Feel Good»

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής και η HSBC εγκαινίασαν τη συνεργασία τους παραθέτοντας συνέντευξη Τύπου για το λανσάρισμα του καταθετικού λογαριασμού «Feel Good» με προνόμια υγείας, την Τρίτη 3 Νοεμβρίου 2009, στην Αίγλη Ζαππείου.

Οι ομιλητές, κ. Απόστολος Παπαναγιώτου, Senior Customer Proposition Manager, HSBC Ελλάδος, και η κυρία Χριστίνα Ταμπουρέα, Εμπορική Διευθύντρια του Ομίλου Ευρωκλινικής, παρουσίασαν τον νέο λογαριασμό «Feel Good», ο οποίος προσφέρει ένα ολοκληρωμένο, αποτελεσματικό και ποιοτικό πρόγραμμα υγείας με πολύτιμες και ξεχωριστές υπηρεσίες.

Ο λογαριασμός ξεχωρίζει από τα αντίστοιχα προϊόντα της αγοράς τόσο για τις σημαντικές εκπτώσεις που προσφέρει σε ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις, δερματολογικές θεραπείες (αισθητικές και ιατρικές) και σε έξοδα νοσηλείας, αλλά και λόγω της μοναδικής συνεργασίας με την παιδιατρική κλινική του Ομίλου Ευρωκλινικής (Ευρωκλινική Παίδων), μέσω της οποίας παρέχει την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στα παιδιά.

Όπως δήλωσε σχετικά ο κ. Απόστολος Παπαναγιώτου, Senior Customer Proposition Manager της HSBC Ελλάδος: «*Εμείς, οι άνθρωποι της HSBC, πιστεύουμε ακράδαντα και επενδύουμε στην ελληνική αγορά, επεκτείνοντας διαρκώς τις υπηρεσίες και τις συνεργασίες μας. Απόρροια της θέσης μας αυτής αποτελεί ο λογαριασμός "Feel Good", που ανταποκρίνεται πλήρως στις σύγχρονες ανάγκες και στους προβληματισμούς του καταναλωτικού κοινού. Ο λογαριασμός "Feel Good" καθιστά τον κάτοχό του μέλος δύο ομίλων, επιτρέποντάς του να απολαμβάνει την τεχνογνωσία και την εξειδίκευση σε υπηρεσίες και προϊόντα που διατίθενται τόσο από την HSBC όσο και από την Ευρωκλινική*».

Σύμφωνα με την κυρία Χριστίνα Ταμπουρέα, Εμπορική Διευθύντρια του Ομίλου Ευρωκλινικής: «*Στον όμιλο της Ευρωκλινικής εργαζόμαστε όλοι για υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου, διαθέτοντας άρτια καταρτισμένο νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, ιατρούς υψηλού κύρους, ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας και ανθρωποκεντρική φιλοσοφία.*

Αποσκοπώντας πάντα στην απόλυτη ικανοποίηση των ασθενών μας, υποστηρίζουμε με κάθε δυνατό τρόπο ενέργειες και συνεργασίες που έχουν πάντα ως επίκεντρο τον άνθρωπο-ασθενή. Η συνεργασία μας με την HSBC δίνει ιδιαίτερα προνόμια και παροχές σε κάθε αποδέκτη, προσφέροντας ένα ολοκληρωμένο πακέτο υπηρεσιών, σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας».

Ο λογαριασμός παρέχεται με κυμαινόμενο επιτόκιο συνδεδεμένο με το επιτόκιο της ΕΚΤ – 0,50%, χωρίς να απαιτείται κάποιο ελάχιστο ποσό κατάθεσης για το άνοιγμα και την τήρησή του.

Όλα τα προνόμια προσφέρονται με ιδιαίτερα χαμηλή συνδρομή για δύο ολόκληρα χρόνια και χωρίς καμία επιβάρυνση για τα παιδιά έως 17 ετών.

Από αριστερά: οι κ.κ. Τόνια Πέτροβιτς, Public Affairs & Communication Manager HSBC Ελλάδος, Μαρία Αλάτη, Assistant Public Affairs & Communications HSBC Ελλάδος, Θωμάς Βασιλάκος, Insurance Product Analyst HSBC Ελλάδος, Δήμητρα Βουρνά, Product Manager Investments & Liabilities HSBC Ελλάδος, Άννα Βουρτσάνη, Brand Manager Retail Banking HSBC Ελλάδος, Χριστίνα Κοροβέση, Product Manager, Διεύθυνση Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής, Έφη Σοφιανού, Εμπορική Διεύθυνση Ομίλου Ευρωκλινικής, Νάνσυ Χριστοπούλου, Διεύθυνση Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής, Χριστίνα Ταμπουρέα, Εμπορική Διευθύντρια Ομίλου Ευρωκλινικής, Απόστολος Παπαναγιώτου, Senior Customer Proposition Manager HSBC Ελλάδος.

Επιστημονικές συναντήσεις ιατρών

Στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, η διοίκηση και το επιστημονικό συμβούλιο του Ομίλου Ευρωκλινικής διοργανώνει μια σειρά από ενημερωτικές και εκπαιδευτικές συναντήσεις με σκοπό τον εμπλουτισμό των βασικών γνώσεων των ιατρών, αλλά και όλου του προσωπικού του ομίλου και την ενημέρωσή τους για τις πρόσφατες προόδους της ιατρικής επιστήμης. Επίσης, τους δίνεται η δυνατότητα να συμμετάσχουν στην επίλυση του προβλήματος που αναπτύσσεται σε κάθε συνάντηση.
Η πρώτη συνάντηση πραγματοποιήθηκε στις 15 Οκτωβρίου 2009. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει είτε κλινικοπαθολογικές συζητήσεις για επιλεγμένες ενδιαφέρουσες περιπτώσεις είτε μικρές διαλέξεις με θέματα κοινού και επίκαιρου ενδιαφέροντος.
Οι συναντήσεις θα πραγματοποιούνται κάθε δεύτερη Πέμπτη στο αμφιθέατρο του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur.

Πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης

ΠΕΜΠΤΗ	ΤΙΤΛΟΣ	ΟΜΙΛΗΤΕΣ
15 Οκτωβρίου	*Γρίπη. Τύποι, Κλινικές Μορφές,*	Καθ. Ιωάννης Κοσμίδης
	Επιδημιολογία, Προφύλαξη, Εμβόλια	Ανδρέας Κωνσταντίνου
29 Οκτωβρίου	*Πυρετός Άγνωστης Αιτιολογίας*	*Ιωάννης Ζελενίτσας*
	Κλινικοπαθολογική Συζήτηση	*Θεόδωρος Ιγνατιάδης*
		Κωνσταντίνος Χαλκιάς
		και συνεργάτες
12 Νοεμβρίου	*Νεότερες Απεικονιστικές Τεχνικές*	*Γρηγόριος Κωτούλας*
	Ο «Νέος» Αξονικός Τομογράφος	*Ευάγγελος Γκόβας*
		Αλέξανδρος Φούντος
26 Νοεμβρίου	*Σκίαση στον Πνεύμονα*	*Εμμανουήλ Ζαχαριάδης*
	Ενδιαφέρουσες Περιπτώσεις	*Γρηγόριος Κωτούλας*
		Παναγιώτης Παναγιωτόπουλος-
		Ηλίας Αθανασιάδης
10 Δεκεμβρίου	*Αιμορραγίες Πεπτικού*	*Μάριος Πάνος και συνεργάτες*

Από αριστερά: οι κύριοι καθ. Ιωάννης Κοσμίδης, Διευθυντής Παθολόγος/Λοιμωξιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Ανδρέας Κωνσταντίνου, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών.

Από αριστερά: οι κύριοι Ιωάννης Χλωρογιάννης, Διευθυντής Καρδιοχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών, Ιωάννης Ζελενίτσας, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Θεόδωρος Ιγνατιάδης, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Κωνσταντίνος Χαλκιάς, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών.

Από αριστερά: οι κύριοι καθ. Ιωάννης Μπράμης, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Δρ Μάριος Πάνος, Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών.

Από πάνω αριστερά: οι κύριοι Ηλίας Αθανασιάδης, Διευθυντής Ογκολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών, Χαράλαμπος Παπαγόρας, Πνευμονολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Νίκος Παπανικολάου, Πνευμονολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Γρηγόριος Κωτούλας, Διευθυντής Ακτινοδιαγνωστικού Τομέα Ευρωκλινικής Αθηνών, Γεώργιος Χρυσοχεράκης, Πνευμονολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών.
Από κάτω αριστερά: οι κύριοι Παναγιώτης Παναγιωτόπουλος, Διευθυντής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών, Εμμανουήλ Ζαχαριάδης, Διευθυντής Πνευμονολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Αθηνών.

Από αριστερά: οι κ.κ. καθ. Δημήτρης Λουκόπουλος, Διευθυντής Αιματολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών, Έφη Σοφιανού, Υπεύθυνη Διοργάνωσης Επιστημονικών Συναντήσεων, Εμπορική Διεύθυνση Ομίλου Ευρωκλινικής, Καθ. Ευτύχιος Βορίδης, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου Ευρωκλινικής Αθηνών.

Συμμετοχή της Ευρωκλινικής Παίδων

σε ιατρικά συνέδρια και επιστημονικές εκδηλώσεις

Η Ευρωκλινική Παίδων έδωσε και φέτος το «παρών» σε ιατρικά συνέδρια και επιστημονικές εκδηλώσεις. Συμμετείχε με stand στο Εκπαιδευτικό Διήμερο Παιδιατρικής Ενημέρωσης «Εφ' Όλης της Ύλης» που πραγματοποιήθηκε στο Αμερικανικό Κολέγιο Ελλάδος (Pierce College) στις 10 και 11 Οκτωβρίου 2009. Επίσης, συμμετείχε στο 29ο Ετήσιο Σεμινάριο Παιδιατρικής στο Κολέγιο Αθηνών, στις 14 και 15 Νοεμβρίου 2009.

Από αριστερά: οι κυρίες Χριστίνα Κοροβέση, Product Manager, Διεύθυνση Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής, Νάνσυ Χριστοπούλου, Διεύθυνση Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής, Τζένη Νικολούζου, Υπεύθυνη Ιατρικής Ενημέρωσης Ευρωκλινικής Παίδων.

Από αριστερά: από την Εμπορική Διεύθυνση οι κ.κ. Νίκος Βουτσινάς, Προϊστάμενος Ιατρικής Ενημέρωσης Ομίλου Ευρωκλινικής, Σοφία Αρώνη, Επιστημονική Συνεργάτις Ομίλου Ευρωκλινικής, Έφη Σοφιανού, Εμπορική Διεύθυνση Ομίλου Ευρωκλινικής, Τζένη Νικολούζου, Υπεύθυνη Ιατρικής Ενημέρωσης Ευρωκλινικής Παίδων.

Συμμετοχή της Ευρωκλινικής Παίδων

στην 4η Επιστημονική Συνάντηση της Ελληνικής Ακαδημίας Παιδιατρικής στην Ηλεία

Στις 18 και 19 Σεπτεμβρίου 2009 πραγματοποιήθηκε η 4η Επιστημονική Συνάντηση της Ελληνικής Ακαδημίας Παιδιατρικής στη Σκαφιδιά Ηλείας, στο ξενοδοχείο Aldemar Olympian Village. Στη συνάντηση συμμετείχαν περισσότεροι από 350 παιδίατροι που «κάλυψαν» ενδιαφέροντα θέματα από το ευρύ φάσμα της παιδιατρικής. Όπως κάθε χρόνο, στην Επιστημονική Συνάντηση παρευρέθησαν εκπρόσωποι της Ευρωκλινικής Παίδων, και συγκεκριμένα οι κ.κ. Παναγιώτης Λαγός, Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου, Παναγιώτα Καφρίτσα, Θεοδώτα Λιακοπούλου-Τσιτσιπή και Στέλιος Αντωνιάδης.

9η Ετήσια Ημερίδα Ελληνικής Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας & Διατροφής

Στις 5 Δεκεμβρίου 2009 πραγματοποιήθηκε η 9η Ετήσια Ημερίδα Ελληνικής Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας & Διατροφής, με θέμα *Ενημέρωση στην Παιδιατρική Γαστρεντερολογία*, στο Πολεμικό Μουσείο. Η Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής και Διευθύντρια Γαστρεντερολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων Δρ Γιώτα Καφρίτσα συνέβαλε σημαντικά στη διοργάνωσή της με μεγάλη επιτυχία.
Η Ευρωκλινική Παίδων συμμετείχε με stand και την ημερίδα παρακολούθησαν περισσότεροι από 500 παιδίατροι, οι οποίοι ενημερώθηκαν για τα κυριότερα γαστρεντερολογικά θέματα.

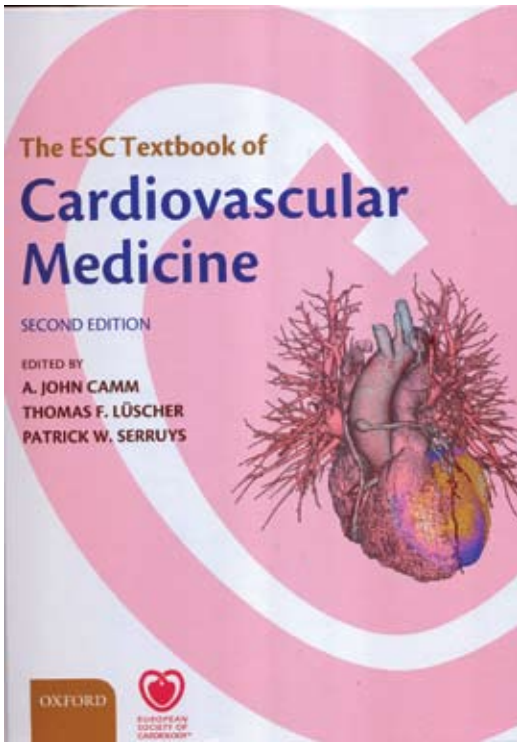
Από αριστερά: οι κυρίες Έφη Σοφιανού, Εμπορική Διεύθυνση Ομίλου Ευρωκλινικής, Δρ Γιώτα Καφρίτσα, Διευθύντρια Γαστρεντερολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, Τζένη Νικολούζου, Υπεύθυνη Ιατρικής Ενημέρωσης Ευρωκλινικής Παίδων, Νάνσυ Χριστοπούλου, Διεύθυνση Marketing Ομίλου Ευρωκλινικής.

Ημερίδα Ομίλου Ευρωκλινικής και Interamerican

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής και η Interamerican διοργάνωσαν ημερίδα με θέμα Εξελίξεις στο Σύστημα Υγείας Medisystem και στη Συνεργασία του Ομίλου Interamerican με την Ευρωκλινική Αθηνών και την Ευρωκλινική Παίδων, η οποία πραγματοποιήθηκε στις 16 Ιουνίου 2009, στο ξενοδοχείο Intercontinental.
Η Ευρωκλινική Αθηνών και η Ευρωκλινική Παίδων παρουσίασαν σημαντικά πρόσθετα προνόμια για τους ασφαλισμένους του νέου προγράμματος υγείας Medisystem και τους μη ασφαλισμένους συγγενείς τους. Οι παροχές καλύπτουν σημαντικές εκπτώσεις σε συμβόλαια υγείας, ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις και νοσηλεία.
Η ημερίδα στέφθηκε με επιτυχία, καθώς η προσέλευση των ιατρών της Ευρωκλινικής και των ασφαλιστών της Interamerican ήταν μεγάλη.

Σημαντική διάκριση

Το επίσημο σύγγραμμα της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας, *The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine*, αποτελεί τον οδηγό κάθε ειδικευόμενου και ειδικευμένου καρδιολόγου στην Ευρώπη, αλλά και ένα από τα πλέον αξιόπιστα βιβλία αναφοράς διεθνώς. Πρόκειται για τη «Βίβλο» της καρδιολογίας, η οποία συγγράφεται από τους πλέον διακεκριμένους καρδιολόγους στην Ευρώπη και την Αμερική. Η πιο πρόσφατη έκδοσή του παρουσιάστηκε επίσημα τον Αύγουστο του 2009 στη Βαρκελώνη κατά τη διάρκεια του Πανευρωπαϊκού Καρδιολογικού Συνεδρίου και έτυχε θερμής υποδοχής από τη διεθνή καρδιολογική κοινότητα. Είναι ιδιαίτερα τιμητικό για την Ευρωκλινική Αθηνών το γεγονός ότι **ο Διευθυντής της Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Δ. Κατρίτσης, συγκαταλέγεται ανάμεσα στους συγγραφείς του βιβλίου αυτού.** Η Α΄ Καρδιολογική Κλινική της Ευρωκλινικής Αθηνών διαθέτει επιστήμονες με πολλές επιστημονικές διακρίσεις, οι οποίοι έχουν να επιδείξουν πρωτοποριακές δημοσιεύσεις στον τομέα της επεμβατικής καρδιολογίας (στεφανιαία αγγειοπλαστική και βαλβιδοπλαστικές) και ηλεκτροφυσιολογίας (θεραπεία αρρυθμιών).



Όταν η ιατρική συναντά την ποίηση

Ο καθ. Στέλιος Αντωνιάδης, Διευθυντής Παιδοκαρδιολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, φανερώνει ένα κρυφό του ταλέντο και μας ταξιδεύει στον κόσμο της ποίησης. Το βιβλίο *Στιγμογραφήματα* κυκλοφορεί από τις εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Ο τρόπος γραφής είναι η αυτόματη γραφή, αυθόρμητη και αυθεντική, χωρίς περίτεχνα στολίδια ή λέξεις που τοποθετούνται έπειτα από πολύ ψάξιμο, με ομοιοκαταληξία κ.λπ. Όπως αναφέρει ο συγγραφέας, «Σκοπός τους είναι η καταγραφή της ειδικής στιγμής, εκείνης της νοητικής, συναισθηματικής κατάστασης που προσωπικά σημαίνει πολλά και δεν θέλεις να χαθεί». Όσοι λοιπόν αγαπούν την ποίηση θα έχουν την ευκαιρία να ξεναγηθούν στα *Στιγμογραφήματα* και να ταξιδέψουν με τα ποιήματα του καθ. Στέλιου Αντωνιάδη.

Συμφωνία Ευρωκλινικής Αθηνών - ΑΧΑ Ασφαλιστικής

Δώστε πρόσθετη αξία στην υγεία σας

Το Διαγνωστικό Θεραπευτικό Χειρουργικό Κέντρο Ευρωκλινική Αθηνών Α.Ε. προχώρησε σε συμφωνία με την ΑΧΑ Ασφαλιστική, παρέχοντας προνομιακές τιμές στους ασφαλισμένους της και στα μέλη των οικογενειών τους, προκειμένου να καλύψουν τις ιδιαίτερες ανάγκες της υγείας τους. Η Ευρωκλινική Αθηνών εγγυάται τη συνεχή προσφορά υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου, αλλά και την απόλυτη αφοσίωση όλων των ανθρώπων της προς όλους τους ασθενείς.

ΝΕΟΣ ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Όμιλου Ευρωκλινικής

Συνεπής απέναντι στις εξελίξεις της ιατρικής και της τεχνολογίας, ο Όμιλος Ευρωκλινικής προχώρησε στην αναβάθμιση αλλά και στην αντικατάσταση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

Στο Ακτινολογικό Τμήμα εγκαταστάθηκαν:

1) Νέος αξονικός τομογράφος στην Ευρωκλινική Αθηνών

√ Ο πρώτος που εγκαθίσταται στην Ελλάδα και ο τέταρτος στην Ευρώπη.
√ 128 τομών (multislice).
√ Ελάχιστος χρόνος εξέτασης (10-30 δευτερόλεπτα).
√ Μικρότερη δόση ακτινοβολίας.
√ Ειδική πρόβλεψη για τα παιδιά, ώστε, όταν υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία, να παίρνουν τη μικρότερη δυνατή δόση ακτινοβολίας (παιδιατρικό πακέτο).
√ Ηλεκτρονική αρχειοθέτηση εικόνων, με δυνατότητα αναπαραγωγής τους όποτε αυτές χρειαστούν από τον θεράποντα ιατρό ή τον ασθενή.

Εκτός των κλασικών εξετάσεων πραγματοποιεί:

√ Αξονική στεφανιογραφία.
√ Αγγειογραφία πνευμονικών αρτηριών και φλεβών.
√ Αγγειογραφία εγκεφάλου, καρωτίδων και κάτω άκρων.
√ Αγγειογραφία αορτής, σπληνοπυλαίου άξονα κ.λπ.
√ Φλεβογραφία άνω και κάτω άκρων.
√ Φλεβογραφία άνω και κάτω κοίλης φλέβας.
√ Εικονικές (virtual) ενδοσκοπήσεις (κολονοσκόπηση, βρογχοσκόπηση κ.λπ.).
√ Οδοντιατρικές απεικονίσεις (τεχνική Dental) για τοποθέτηση εμφυτευμάτων κ.λπ.

Η αξονική στεφανιογραφία θεωρείται σήμερα η πλέον αξιόπιστη μη επεμβατική μέθοδος για τη μελέτη των στεφανιαίων αγγείων. Ουσιαστικά, ο ασθενής υποβάλλεται σε μια αξονική τομογραφία με έγχυση σκιαγραφικού, αφού προηγουμένως έχουν ληφθεί εικόνες από την περιοχή της καρδιάς χωρίς έγχυση σκιαγραφικού για να μετρηθεί το calcium score (φορτίο ασβεστίου) και να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν αποτιτανωμένες αθηρωματικές πλάκες στα στεφανιαία αγγεία και σε πόση έκταση – εύρημα που είναι ενδεικτικό πιθανής στεφανιαίας νόσου. Για τη διενέργεια της εξέτασης δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία ούτε παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο μετά την εξέταση.
Παρομοίως γίνεται και η αγγειογραφία εγκεφάλου για τη διευκρίνιση πιθανών ανευρυσμάτων ή στενώσεων ή αρτηριοφλεβώδους δυσπλασίας. Επίσης, με παρόμοια τεχνική μελετώνται η θωρακική και κοιλιακή αορτή, αλλά και τα υπόλοιπα μεγάλα αγγεία, καρωτίδες, λαγόνια κ.λπ., για τη διερεύνηση ανευρυσμάτων, στενώσεων ή άλλης παθολογίας.
Οι δυνατότητες του μηχανήματος είναι πολλές. Με ειδική, μάλιστα, επεξεργασία μπορούμε να έχουμε δισδιάστατες ή τρισδιάστατες, έγχρωμες ή ασπρόμαυρες απεικονίσεις της καρδιάς, του εγκεφάλου και των διαφόρων αγγείων τους.
Επίσης, υπάρχει η δυνατότητα εκτίμησης της συνολικής αιμάτωσης της καρδιάς (perfusion) ή του εγκεφάλου, πληροφορία πολύ σημαντική για τη συνολική λειτουργία των οργάνων.

Όλες οι αξονικές τομογραφίες πραγματοποιούνται με σαφώς μικρότερη δόση ακτινοβολίας, σε σύγκριση με αυτές που γίνονται με αξονικούς τομογράφους παλαιότερης γενεάς.

Με τον νέο ιατροτεχνικό εξοπλισμό που εξασφάλισε ο Όμιλος Ευρωκλινικής, οι ασθενείς μπορούν να εξετάζονται ταχύτερα, εγκυρότερα και ασφαλέστερα, με άνεση και δίχως ταλαιπωρία.

Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι όλες οι αξονικές τομογραφίες πραγματοποιούνται με σαφώς μικρότερη δόση ακτινοβολίας, σε σύγκριση με αυτές που γίνονται με αξονικούς τομογράφους παλαιότερης γενεάς. Μικρότερη δόση ακτινοβολίας σημαίνει μικρότερη επιβάρυνση του ασθενούς, γεγονός που είναι πολύ σημαντικό για όλους τους ασθενείς, αλλά κυρίως για αυτούς που υποβάλλονται συχνά σε αξονικές τομογραφίες λόγω της παθήσεώς τους (π.χ., χρόνια νοσήματα, ογκολογικά νοσήματα, στεφανιαία νόσος, αγγειομηνοσήματα κ.λπ.).
Επίσης, μπορούν να πραγματοποιηθούν εικονικές (virtual) ενδοσκοπήσεις (κολονοσκόπηση, βρογχοσκόπηση κ.λπ.), δηλαδή να μελετηθούν συγκεκριμένα κοίλα όργανα, όπως το παχύ έντερο, η τραχεία, οι κύριοι βρόγχοι κ.λπ., χωρίς ειδική προετοιμασία και χωρίς τη χρήση ενδοσκοπίου. Βεβαίως, οι εξετάσεις αυτές πραγματοποιούνται για συγκεκριμένες ενδείξεις και σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό.
Οι ασθενείς με οδοντιατρικά προβλήματα μπορούν, μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα, με τον αξονικό τομογράφο με ειδική τεχνική Dental να έχουν την απαιτούμενη από τον οδοντίατρο απεικόνιση της άνω και κάτω γνάθου και των δοντιών τους, ώστε να μπορούν να γίνουν οι απαιτούμενες οδοντιατρικές εργασίες (τοποθέτηση εμφυτευμάτων) με ακρίβεια.

2) Δύο νέα ψηφιακά ακτινοσκοπικά μηχανήματα Philips (ένα στην Ευρωκλινική Αθηνών και ένα στην Ευρωκλινική Παίδων)
√ Παράγουν υψηλής ποιότητας ακτινολογικές εικόνες ανάλυσης (1024 x 1024), καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα εξετάσεων για κάθε σωματότυπο με ειδικές ρυθμίσεις και ειδικά φίλτρα μείωσης της ακτινοβολίας, π.χ., για παιδιατρικά περιστατικά.
√ Επιπλέον, χάρη στην ψηφιακή επεξεργασία δεδομένων, αποφεύγεται η ανούσια επανέκθεση του ασθενούς, ενώ ταυτόχρονα εξασφαλίζεται η ψηφιακή αποθήκευση των δεδομένων.
√ Χάρη στην υψηλή ποιότητα και ταχύτητα απεικόνισης, ο χειριστής είναι σε θέση να προετοιμάζει τη διάγνωση και την αναφορά του μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα, εξοικονομώντας πολύτιμο χρόνο.

3) Νέος ψηφιακός μαστογράφος Hologic τελευταίας τεχνολογίας στην Ευρωκλινική Αθηνών
Με τη δυνατότητα υψηλής ηλεκτρονικής ανάλυσης όλων των ανατομικών δομών του μαστού και των επιπρόσθετων στοιχείων επιτρέπεται η έγκαιρη και έγκυρη ανακάλυψη ύποπτων αλλοιώσεων, ώστε να αντιμετωπίζονται και να θεραπεύονται άμεσα οι κακοήθειες.

Στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο στην Ευρωκλινική Αθηνών εγκαταστάθηκε:

Νέος υπερσύγχρονος στεφανιογράφος-καρδιοαγγειογραφικό συγκρότημα άμεσης ψηφιακής λήψης Philips Xper FD10 με υπερσύγχρονης τεχνολογίας ενσωματωμένο ανιχνευτή (Flat Panel) πολύ χαμηλής δόσης.

Το σύστημα αυτό:
√ Αφορά όλο το φάσμα της σύγχρονης επεμβατικής καρδιολογίας και ηλεκτροφυσιολογίας - αρρυθμιολογίας.
√ Εξασφαλίζει ποιοτική περίθαλψη με εικόνες που είναι υψηλής ευκρίνειας, χωρίς να επιβαρύνει τον ασθενή με υψηλή δόση ακτινοβολίας.
√ Δίνει τη δυνατότητα στο χρήστη να εκτελεί τα επεμβατικά περιστατικά με εμπιστοσύνη, χρησιμοποιώντας τις πολλαπλές κλινικές εφαρμογές που διαθέτει, βελτιώνοντας το σχεδιασμό θεραπείας και μειώνοντας τον συνολικό χρόνο της εξέτασης.
Μερικές από τις καινούριες κλινικές εφαρμογές:
√ Παρέχει τρισδιάστατες εικόνες από πολλαπλές δισδιάστατες λήψεις πραγματικού χρόνου, δίνοντας βαρύνουσα σημασία σε κλινικές πληροφορίες περίπλοκου αγγειακού και στεφανιαίου αρτηριακού δικτύου με μία μόνο έγχυση.

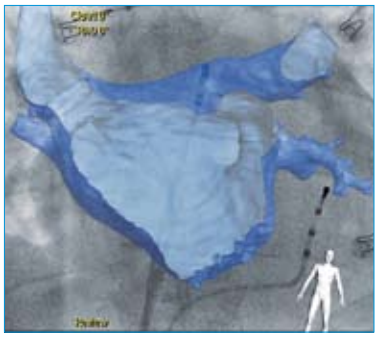
Στο Αιμοδυναμικό Τμήμα εγκαταστάθηκε νέος υπερσύγχρονος στεφανιογράφος-καρδιοαγγειογραφικό συγκρότημα άμεσης ψηφιακής λήψης Philips Xper FD10 με υπερσύγχρονης τεχνολογίας ενσωματωμένο ανιχνευτή (Flat Panel) πολύ χαμηλής δόσης.

Χάρη στην υψηλή ποιότητα και ταχύτητα απεικόνισης των νέων ψηφιακών ακτινοσκοπικών μηχανημάτων, οι διαγνώσεις και οι αναφορές των χειριστών προετοιμάζονται μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα.

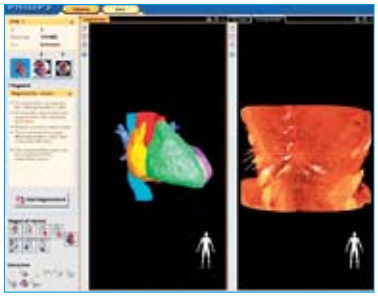
√ Παρέχει την καινοτόμο τεχνική Xper Swing, πατέντα της Philips.
Το Xper Swing αποτελεί μια εξαιρετική επέκταση της περιστροφικής λήψης, που παρέχει πραγματικού χρόνου τρισδιάστατες εικόνες του στεφανιαίου δένδρου. Λαμβάνει πολλαπλές προβολές με μόνο μία έγχυση σκιαγραφικού μέσω περιστροφικής λήψης διπλού άξονα της περιοχής ενδιαφέροντος, μειώνοντας την έκθεση του ασθενούς σε ποσοστά της τάξεως του 50% έναντι των συμβατικών τεχνικών.
√ Παρέχει ηλεκτροφυσιολογική πλοήγηση σε πραγματικό χρόνο σε περιπτώσεις αποκατάστασης της ανωμαλίας των καρδιακών ρυθμών του ασθενούς (Ablation) για πρώτη φορά στην Ελλάδα.

√ Χρησιμοποιεί εξειδικευμένη τεχνική θέασης και ελέγχου της σωστής τοποθέτησης και ανάπτυξης των στεντς.
√ Διαμορφώνει εύκολα όλες εκείνες τις παραμέτρους που απαιτούνται για βελτιστοποίηση της ποιότητας εικόνας, μειώνει δραστικά τη δόση ακτινοβολίας στους ασθενείς και στο προσωπικό, και παρέχει μοναδική εργονομία κατά τη διαδικασία της εξέτασης.
√ Παρέχει ευκολία κινήσεων και χειρισμών και ανταποκρίνεται ποικίλως στις προσωπικές επιλογές του χρήστη, προσαρμοζόμενο σε αυτές απόλυτα και με ευκολία.
√ Η τεχνολογία Xper ρυθμίζει το σύστημα, ώστε να προσαρμόζεται στις επιθυμίες και στις ανάγκες κάθε χειριστή και επέμβασης.

Allura Xper Family



Ηλεκτροφυσιολογική πλοήγηση σε πραγματικό χρόνο



Ογκομετρική παρουσίαση της καρδιάς

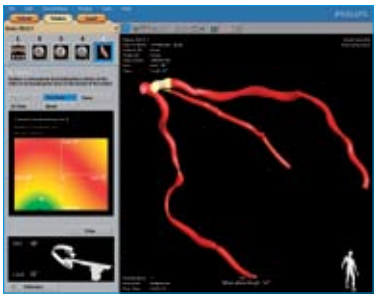
Ο κίνδυνος για τις καρδιαγγειακές εφαρμογές αποτελεί παρελθόν.

Η Philips, στο πλαίσιο του κύριου στόχου της για την εξασφάλιση ποιοτικής περίθαλψης που επιθυμεί να παρέχει στους ασθενείς, έχοντας στην υπηρεσία της καινοτόμες τεχνολογικές λύσεις, παρουσιάζει τα πλέον σύγχρονα συγκροτήματα για την επεμβατική στεφανιογραφία και ακτινολογία. Τα συγκρότηματα X-Per Allura FD παρέχουν κορυφαία κλινική και οικονομική απόδοση και αξιοπιστία. Η πλατφόρμα του ενσωματώνει υπερσύγχρονης τεχνολογίας ανιχνευτή (Flat Panel) πολύ χαμηλής δόσης. Διαθέτουν όλα τα πλεονεκτήματα που σχετίζονται με την επεμβατική καρδιολογία και ακτινολογία, ώστε να αποδίδουν εικόνες εξαιρετικής ποιότητας με τη χαμηλότερη δυνατή δόση.

ΓΙΑΤΙ PHILIPS;

Πλατφόρμα Xper για την απόλυτη προσαρμοστικότητα της τεχνολογίας στις τρέχουσες ανάγκες της εξέτασης και των χρηστών, η οποία εξασφαλίζει βέλτιστα αποτελέσματα για τον ασθενή.Τρισδιάστατη απεικόνιση 3DCA περίπλοκου αγγειακού και στεφανιαίου δικτύου για τον πλέον αποτελεσματικό σχεδιασμό θεραπείας. Εξειδικευμένη τεχνική Stent Boost, θέασης και ελέγχου της σωστής τοποθέτησης και ανάπτυξης των στεντς. Xper Swing, καινοτόμος τεχνική περιστροφικής λήψης διπλού άξονα της περιοχής ενδιαφέροντος, η οποία μειώνει την έκθεση του ασθενούς σε ποσοστά της τάξεως του 50% έναντι των συμβατικών τεχνικών. EP Navigator, ηλεκτροφυσιολογική πλοήγηση σε πραγματικό χρόνο σε περιπτώσεις αποκατάστασης της ανωμαλίας των καρδιακών ρυθμών του ασθενούς (Ablation) για πρώτη φορά στην Ελλάδα.

Xper Platform



3D-CA

Stent Boost

PHILIPS

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

Γρίπη & άλλες λοιμώξεις

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ανησυχεί πολύ για τη γρίπη των χοίρων. Ο ιός μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο και φονεύει νέους. Η Διευθύντρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η κυρία M. Chan, δηλώνει ότι ο ιός έχει δυνατότητες παγκόσμιας πανδημίας και η εξέλιξη δεν είναι προβλέψιμη. Οι χώρες που δεν έχουν προσβληθεί πρέπει να επαγρυπνούν.

Τι είναι πάλι αυτό; Εκεί που είχαμε ηρεμήσει από τη γρίπη των πτηνών, προέκυψε καινούρια λαχτάρα. Ευτυχώς, όπως λένε οι ειδικοί, παρά τον αρχικό μεγάλο αριθμό θανάτων, στο Μεξικό δεν φαίνεται τόσο θανατηφόρα. Η γρίπη των πτηνών εφόνευε περίπου έναν στους δύο προσβαλλομένους, ενώ η θνητότητα της νέας γρίπης είναι της τάξεως του 1% και πιθανότατα λιγότερη.

Αυτός ο καινούριος ιός προήλθε από ανάμειξη στοιχείων ιών της γρίπης από χοίρους, πτηνά και ανθρώπους. Είναι ένας εντελώς καινούριος ιός και προσβάλλει κυρίως νέα και υγιή άτομα. Γρήγορα εξαπλώθηκε στις ΗΠΑ, στην Ευρώπη και σε άλλες ηπείρους. Η ταχεία εξάπλωσή του ανάγκασε την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας να κηρύξει την ύπαρξη πανδημίας.

Η γρίπη είναι μια σοβαρά ιογενής λοίμωξη που ταλαιπωρεί την ανθρωπότητα, ιδίως το χειμώνα, υπό τη μορφή της εποχικής γρίπης, προσβάλλοντας κάθε χρόνο άνω των 100 εκατ. ατόμων στο Βόρειο Ημισφαίριο.

Περίπου 10.000 άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο στις ΗΠΑ κατά την ετήσια αυτή έξαρση. Επιπλέον, η νόσος προκαλεί μεγάλη οικονομική επιβάρυνση σε όλες τις χώρες λόγω απουσιών πολλών ατόμων από τη δουλειά τους, αυξημένου κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών, μειωμένης παραγωγικότητας κ.λπ. Υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ το κόστος της εποχικής γρίπης υπερβαίνει τα 15 δισ. δολ. κάθε χρόνο.

Πέρα από τις ετήσιες χειμερινές εξάρσεις έχουμε και περιοδικές πανδημίες. Ο ιός συνεχώς μεταλλάσσεται, με αποτέλεσμα την εμφάνιση νέων ιικών τύπων κάθε 30 χρόνια περίπου. Η σοβαρότερη πανδημία των τελευταίων ετών έλαβε χώρα το 1918, προκαλώντας το θάνατο περισσότερων από 30 εκατομμυρίων ανθρώπων και ανυπολόγιστο κοινωνικό και οικονομικό κόστος.

Στη χώρα μας παρατηρείται έξαρση των διαφόρων επιδημιών στο διάστημα μεταξύ Νοεμβρίου και Φεβρουαρίου, το οποίο διαρκεί περίπου 6-8 εβδομάδες. Σ' αυτό το διάστημα πολλοί νοσούν από την εποχική γρίπη, με αποτέλεσμα ταλαιπωρία, ενδεχόμενες επιπλοκές και θανάτους, ιδίως σε άτομα με σοβαρά προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας. Επίσης η εμφάνιση των διαφόρων ιών της γρίπης ευθύνεται για πολλές χαμένες εργατοώρες, αλλά και για την επιβάρυνση του συστήματος υγείας, με τις αναμενόμενες οικονομικές συνέπειες. Ευτυχώς, για την εποχική γρίπη υπάρχει αποτελεσματικό εμβόλιο.

Πώς θα αμυνθούμε;

Διαθέτουμε τα εξής «όπλα»: Εμβολιασμό των ατόμων υψηλού κινδύνου, λήψη μέτρων πρόληψης κατά την εποχή της ετήσιας έξαρσης (συχνό πλύσιμο χεριών, αποφυγή περιττών εναγκαλισμών και φιλιών, ακόμη και χειραψιών κ.ά.). Υπάρχουν και ειδικά φάρμακα κατά του ιού της γρίπης, ακόμα και των πανδημικών τύπων, όπως της γρίπης των πτηνών και των χοίρων.

Ας αναφέρουμε λίγο περισσότερα στοιχεία για τη γρίπη. Η νόσος αυτή μνημονεύθηκε για πρώτη φορά από τον Ιπποκράτη το 412 π.Χ. και η πρώτη αρτίως περιγραφείσα πανδημία έλαβε χώρα το 1580. Τουλάχιστον 31 πανδημίες έχουν καταγραφεί έκτοτε, τρεις από τις οποίες συνέβησαν τον 20ό αιώνα το 1918, το 1957 και το 1968.

Συμπτώματα

Τα συμπτώματα της γρίπης είναι πυρετός με ρίγη, πόνοι στα παραρρίνια και στα αφτιά, βήχας, πονόλαιμος, ρινική καταρροή, γαστρεντερικές ενοχλήσεις, μυαλγίες, αρθραλγίες, ιδιαίτερα όμως έντονες είναι η κακουχία και η εξάντληση. Ο ασθενής αισθάνεται άσχημα. Αυτή η τόσο έντονη κακουχία, που δεν παρουσιάζεται σε άλλες λοιμώξεις, βάζει συνήθως τη διάγνωση της γρίπης σε κλινικό επίπεδο.

Η γρίπη μπορεί να παρουσιάσει διάφορες επιπλοκές, όπως

Ο εμβολιασμός των ατόμων υψηλού κινδύνου και η λήψη προληπτικών μέτρων (συχνό πλύσιμο των χεριών κ.λπ.) αποτελούν «όπλα» ενάντια στη γρίπη.

Οι πολίτες πρέπει να ενημερώνονται συνεχώς, να συμμορφώνονται με υπεύθυνες οδηγίες και να συμβουλεύονται το γιατρό τους.

βρογχίτιδα, πνευμονία, παραρρινοκολπίτιδα, ωτίτιδα, συχνά και από άλλα μικρόβια, όπως ο πνευμονιόκοκκος, οι κλεμψιέλλες κ.ά. Τα οξέα συμπτώματα διαρκούν συνήθως 5-7 ημέρες, αλλά η επάνοδος του ασθενούς σε πλήρη δραστηριότητα απαιτεί έως δύο εβδομάδες.

Τι «όπλα» διαθέτουμε;

Εκτός από τα αυτονόητα, όπως ξεκούραση στο σπίτι, υπάρχουν ειδικά φάρμακα που καταπολεμούν τον ίδιο τον ιό της γρίπης. Τα αποτελεσματικότερα είναι η οσελταμιβίρη, το γνωστό tamiflu που χορηγείται από το στόμα υπό μορφή χαπιών, καθώς και η ζαναμιβίρη (Relenza), που χορηγείται με εισπνοές με χρήση ειδικής συσκευής.

Εκτός όμως από τη θεραπεία υπάρχει και η πρόληψη

Αυτονόητα μέτρα πρόληψης κατά τις ετήσιες εξάρσεις της γρίπης, κυρίως όμως κατά την εκδήλωση πανδημίας, είναι το συχνό και σωστό πλύσιμο χεριών με νερό και σαπούνι, η χρήση χαρτομάντιλων μίας χρήσεως, η αποφυγή συνωστισμού πολλών ατόμων σε κλειστούς χώρους και γενικά η καλή ατομική υγιεινή.

Πέρα από τα παραπάνω υπάρχουν και τα **εμβόλια**. Κάθε χρόνο κυκλοφορεί εμβόλιο κατά της εποχικής γρίπης, που προστατεύει από τους ιούς εκείνους της γρίπης που προβλέπεται να διαδοθούν τη συγκεκριμένη χρονιά.

Το εμβόλιο αυτό πρέπει να γίνεται:

- σε όλα τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών,
- σε διαμένοντες σε οίκους χρόνιας φροντίδας ανεξαρτήτως ηλικίας,
- σε παιδιά και ενηλίκους με χρόνια νοσήματα καρδιολογικά ή αναπνευστικά, συμπεριλαμβανομένου και του άσθματος, ή χρόνιες μεταβολικές νόσους (διαβήτης, νεφροπάθειες, αιμοσφαιρινοπάθειες, ανοσοκαταστολή κ.ά.),
- σε παιδιά και εφήβους που παίρνουν χρονίως ασπιρίνη,
- γυναίκες που θα βρεθούν στο 2ο ή 3ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης κατά την αναμενόμενη εποχική έξαρση της γρίπης, καθώς και σε παιδιά 6-24 μηνών.

Εκτός βεβαίως από τη γρίπη υπάρχουν και άλλες λοιμώξεις που έχουν ομοιότητες με τη γρίπη, αλλά οφείλονται σε άλλους ιούς και μικρόβια. Οι ιοί της παραϊνφλουέντσας που προσβάλλουν περισσότερο τα παιδιά προκαλούν λοιμώξεις κυρίως του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος συχνά με μέση ωτίτιδα, αλλά και λαρυγγοτραχειοβρογχίτιδα και βρογχιολίτιδα. Τα συμπτώματα είναι βήχας (μερικές φορές θυμίζει και γάβγισμα), βραχνή φωνή και φυσικά πυρετός πάνω από 38°C. Λοιμώξεις από τον ιό αυτό έχουν συνδεθεί με εγκατάσταση βρογχικού άσθματος.

Ένας άλλος ιός, ο αναπνευστικός συγκυτιακός ιός είναι η κυριότερη αιτία λοιμώξεων του κατωτέρου αναπνευστικού συστήματος σε μικρά παιδιά. Τα κρούσματα εμφανίζονται τον χειμώνα ή την άνοιξη σε μια περίοδο περίπου 20 εβδομάδων. Ο ιός αυτός είναι τόσο διαδεδομένος, ώστε σχεδόν όλα τα παιδιά μολύνονται στα πρώτα χρόνια της ζωής τους. Αποτελεί την κυριότερη αιτία εκδήλωσης πνευμονίας και βρογχιολίτιδας στα μικρά παιδιά. Συχνές είναι οι επανειλημμένες λοιμώξεις με τον ιό αυτό, ενώ προσβάλλονται από νήπια μέχρι και μεγαλύτερα παιδιά αλλά και ενήλικες. Δεν υπάρχει προς το παρόν ειδικό φάρμακο για τις λοιμώξεις αυτές.

Τι μπορεί να κάνει ο απλός πολίτης;

Να ενημερώνεται όσο μπορεί καλύτερα, να συμμορφώνεται με οδηγίες προερχόμενες από υπεύθυνα χείλη και να συμβουλεύεται το γιατρό του όταν παρουσιαστεί κάποιο από τα συμπτώματα που αναφέραμε.

Δρ Αριστείδης Α. Καραγιάννης,
Αναπλ. Καθηγητής Παν/μίου Αθηνών,
Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής
Ευρωκλινικής Αθηνών

Κρυοθεραπεία:

Αντιμετώπιση όγκων νεφρού

Τι είναι η κρυοθεραπεία;

Η κρυοθεραπεία (cryotherapy, cryoablation) είναι μια νέα μέθοδος για την αντιμετώπιση μικρών όγκων (μέχρι 4 cm) του νεφρού.
Με αυτήν την τεχνική καταστρέφουμε τον όγκο «παγώνοντάς» τον στους -40°C έως -150°C.

Πώς γίνεται;

Υπό αναισθησία τοποθετούμε μία ή δύο βελόνες πάνω στον όγκο και τον καταστρέφουμε «παγώνοντάς» τον στους -40°C έως -150°C.

Η τοποθέτηση των «βελόνων» μπορεί να γίνει:

α) διαδερμικά,
β) λαπαροσκοπικά (Robot),
γ) με ανοιχτή χειρουργική επέμβαση.
Ανάλογα με τη μέθοδο που ακολουθούμε, ο ασθενής νοσηλεύεται από 1 έως 4 ημέρες.

Πόση ώρα διαρκεί η θεραπεία;

Περίπου 1-2 ώρες.

Πώς θα γνωρίζω ότι η μέθοδος ήταν αποτελεσματική;

Κάθε τρεις μήνες γίνεται αξονική τομογραφία.
Η μη πρόσληψη σκιαγραφικού από τον όγκο και η προοδευτική σμίκρυνση φανερώνουν την επιτυχία της μεθόδου.

Η κρυοθεραπεία εφαρμόζεται σε άλλα όργανα;

Ναι, μπορεί να εφαρμοστεί σε όγκους του ήπατος, των πνευμόνων, των οστών και του προστάτη.

ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ & ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

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

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

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

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

Οδηγίες πρόληψης:

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

Συμβουλές υγιεινής:

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

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

Φροντίδα μετά την επιστροφή, διάγνωση και θεραπεία οποιουδήποτε προβλήματος.

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

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

Δρ Βασιλική Γαραντζιώτη,
Διευθύντρια Παθολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Πριν από τον σακχαρώδη διαβήτη

Στην εποχή μας το φαινόμενο της παχυσαρκίας παίρνει διαστάσεις επιδημίας. Η παχυσαρκία θεωρείται βαριά ασθένεια με πολλούς κινδύνους για την υγεία και για την ίδια τη ζωή. Γιατί παχαίνουμε; Γιατί τρώμε πολύ και περπατάμε λίγο έως καθόλου.

Συνήθως τρώμε περισσότερο από ό,τι χρειάζεται ο οργανισμός μας για να διατηρηθεί ζωντανός (θερμοκρασία σώματος, κυκλοφορία αίματος, λειτουργία πνευμόνων, λειτουργία εγκεφάλου και νεφρών) και για να διατηρήσει σε καλή λειτουργία το μηχανισμό ανάπλασης των κυττάρων που φθείρονται. Αυτός είναι ο βασικός μεταβολισμός και χρειάζεται ενέργεια για να δουλέψει.

Ο οργανισμός χρειάζεται επίσης ενέργεια για τις καθημερινές δραστηριότητες, την οποία προσλαμβάνει από τις τροφές, στερεές ή υγρές, και η οποία μετριέται σε θερμίδες. Ο οργανισμός, για να μας ειδοποιήσει ότι χρειάζεται ενέργεια για τις διάφορες λειτουργίες του, «μεταχειρίζεται» το αίσθημα της πείνας. Τότε τρώμε – πολλές φορές περισσότερο από ό,τι χρειάζεται. Η ποσότητα της τροφής που έχει ανάγκη κάθε άνθρωπος εξαρτάται από το φύλο, την ηλικία και από το πόσο σκληρά εργάζεται.

Κάθε φορά που τρώμε, ο οργανισμός παράγει διάφορα ένζυμα για την πέψη, καθώς και ινσουλίνη για να σταθεροποιεί τα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα. Ό,τι περισσεύει το αποθηκεύει στο σώμα σαν λίπος και έτσι αυξάνονται τα κιλά. Για παράδειγμα, αν λαμβάνουμε κάθε μέρα 275 θερμίδες περισσότερες από όσες χρειάζεται ο οργανισμός μας, θα παχαίνουμε 1 κιλό κάθε 4 εβδομάδες και σε ένα χρόνο (52 εβδομάδες) θα έχουμε 13 κιλά επιπλέον. Τόσες θερμίδες (275) έχουν μισή σοκολάτα ή 2 κουταλιές λάδι ή δύο μικρές φέτες κέικ.

Όσο περισσότερη τροφή καταναλώνουμε, τόσο περισσότερη ινσουλίνη εκκρίνουμε (υπερινσουλιναιμία). Όσο περισσότερη ινσουλίνη έχουμε, τόσο περισσότερο θέλουμε να τρώμε (συνεχές αίσθημα πείνας), κάτι που οδηγεί σε συνεχή πρόσληψη τροφής (τσιμπολόγημα).

Η υπερινσουλιναιμία χωρίς παθολογικές τιμές σακχάρου ευθύνεται για τις ωριαίες μεταβολές της ενεργητικότητας και της διάθεσής μας, που εκδηλώνονται με αδυναμία, εξάντληση, καταβολή, ευερεθιστότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, διαταραχές μνήμης και εναλλαγή νύστας - πείνας. Αυτά βελτιώνονται άμεσα με τη λήψη τροφής ή καφέ. Η υπερινσουλιναιμία με ή χωρίς παχυσαρκία οδηγεί στην εξάντληση του παγκρέατος, με συνέπεια την εμφάνιση (ίσως και πολλά χρόνια αργότερα) του σακχαρώδους διαβήτη.

Η επίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη στα βασικά όργανα (καρδιά, εγκέφαλο, μάτια, νεφρά) οφείλεται στην τοξική επίδραση της υπερινσουλιναιμίας, που μπορεί να προηγείται 10-15 χρόνια του υψηλού σακχάρου. Δεν είναι σπάνιο φαινόμενο να διαγιγνώσκεται σακχαρώδης διαβήτης μετά από ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, μια βαριά λοίμωξη ή κατά τη διάρκεια της κύησης.

Υπερινσουλιναιμία επίσης προϋπάρχει σε νεαρά άτομα με Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών, με αραιομηνόρροια, ακμή, υπερτρίχωση, παχυσαρκία και με διαταραχές της αναπαραγωγής (αδυναμία τεκνοποίησης), πολλά χρόνια προ της εμφάνισης του σακχαρώδους διαβήτη.

Η υπερινσουλιναιμία είναι προδιάθεση· η πολυφαγία κακή συνήθεια που γίνεται ανάγκη. Και οι δύο μπορεί να οδηγήσουν σε σακχαρώδη διαβήτη· και οι δύο είναι αναστρέψιμες αν τις προλάβουμε. **Ο έλεγχος της προδιάθεσης και η αντιμετώπιση της νόσου είναι δουλειά του ιατρού, η πρόληψη όμως είναι ευθύνη του καθενός και μας αφορά όλους.** Η πρόληψη δεν είναι αυτοματισμός. Είναι ένα σύνολο κανόνων που πρέπει να γίνονται σεβαστοί και να εφαρμόζονται.

Γι' αυτό προσέχουμε:

- **Τι τρώμε**
- **Πότε τρώμε**
- **Πώς τρώμε**
- **Πόσο τρώμε**

Τι τρώμε

Πρώτη επιλογή μας είναι τα προϊόντα που μας προσφέρει η φύση: λαχανικά, όσπρια, δημητριακά ολικής άλεσης, ξηροί καρποί, φρούτα, ψάρια, πουλερικά, αβγά, γαλακτοκομικά με χαμηλά λιπαρά και λιγότερο κόκκινο κρέας. Λέμε όχι στα σύνθετα, πολύπλοκα, επεξεργασμένα ή προπαρασκευασμένα τρόφιμα, γλυκά ή αναψυκτικά. Όλα περιέχουν λίγη ή περισσότερη ποσότητα ζάχαρης, συντηρητικά, χρώματα, αλάτι ή λίπος. Είναι επίσης γνωστό ότι η ζάχαρη θεωρείται πιο τοξική ουσία από το αλάτι, τηρουμένων των αναλογιών στην ποσότητα.

Χωρίς αμφιβολία η καλύτερη διατροφή είναι η μεσογειακή, ασφαλώς όχι η σημερινή, αλλά αυτή του Έλληνα αγρότη του 1970. **Η διατροφή που περιλαμβάνει όλες τις τροφές μάς εξασφαλίζει περισσότερες από 40 ουσίες που συνεργάζονται, αλληλοσυμπληρώνονται και αυξάνουν την αποτελεσματικότητα η μία της άλλης.**
Από τις βασικότερες είναι οι υδατάνθρακες, τα λίπη, οι πρωτεΐνες, οι βιταμίνες, οι φυτικές ίνες, τα μέταλλα και το νερό.
Υδατάνθρακες: Επιλέξτε υδατάνθρακες με απλά σάκχαρα και αυξήστε την πρόσληψη φυτικών ινών, που επιβραδύνουν την απορρόφηση του σακχάρου από το έντερο και δεν προκαλούν μεγάλες διακυμάνσεις στα επίπεδα ινσουλίνης.
Λίπη: Σημαντικό είναι να μειωθεί η πρόσληψη ζωικού λίπους, με στόχο την πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων. Το ελαιόλαδο σε μικρή ποσότητα και τα Ω3 λιπαρά οξέα των ψαριών πρέπει να αποτελούν βασικές επιλογές στο διαιτολόγιό σας.
Πρωτεΐνες: Η περιεκτικότητα της δίαιτας σε πρωτεΐνες πρέπει να καλύπτει το 10-20% των ημερήσιων θερμίδων, κατά προτίμηση με ψάρι ή κοτόπουλο και ελάχιστο κόκκινο κρέας. Τα γαλακτοκομικά πρέπει να έχουν χαμηλά λιπαρά.
Αλάτι: Μείωση του προστιθέμενου αλατιού. Προσοχή στο κρυμμένο αλάτι (σε τυριά, παστά, ελιές, επεξεργασμένα τρόφιμα).
Νερό: Πίνετε τουλάχιστον 4-6 ποτήρια νερό την ημέρα.
Αλκοόλ: Μέτρια κατανάλωση επιτρέπεται. Συνιστάται ένα ποτό ημερησίως για τις γυναίκες, δύο με τρία ποτά ημερησίως για τους άνδρες.

Πότε τρώμε

Φυσικά, πρέπει να τρώμε όταν πεινάμε, με οδηγό το αλάνθαστο πρότυπο του βρέφους, που ζητά τροφή κάθε 3-4 ώρες. Αυτό συνεπάγεται 5-6 γεύματα ημερησίως, συγκεκριμένης ποσότητας, απλής ποιότητας, μικρής διάρκειας (20-30 λεπτών). Λέμε όχι στο ένα ή στα «101» γεύματα, τα οποία δεν αποτελούν υπερβολή, αν αναλογιστούμε τον μέσο εργαζόμενο γραφείου ή τη μέση νοικοκυρά, που κατά τη διάρκεια της ημέρας τσιμπολογούν μικροποσότητες τροφής (π.χ., ένα κουλουράκι, ένα μπισκοτάκι, ένα κριτσινάκι, ένα γλυκάκι, ένα τοστάκι, ένα ψωμάκι, μια φρυγανίτσα, ένα φρουτάκι, ένα καφεδάκι, έναν χυμούλη, ένα σοκολατάκι, ένα αναψυκτικούλι κ.λπ.) χωρίς να το συνειδητοποιούν. Εδώ πρέπει ιδιαιτέρως να σημειώσουμε την επίδραση που έχει το κάθε τρόφιμο στην έκκριση της ινσουλίνης κάθε φορά που τόσο αθώα τσιμπάμε. **Το γάλα, οι χυμοί** (φυσικοί ή όχι), **τα αναψυκτικά, η ρευστή σοκολάτα, οι πολύπλοκοι καφέδες είναι τρόφιμα υψηλής θερμιδικής αξίας και χρειάζονται προσοχή.** Με αυτήν την τακτική ο οργανισμός δουλεύει συνεχώς, ενώ χρειάζεται τα μεσοδιαστήματα των τριών ωρών για την τακτοποίηση του προηγούμενου γεύματος και την ανάπαυσή του. Σκεφτήκατε τι γίνεται όταν πίνετε γουλιά γουλιά έναν καφέ με γάλα και ζάχαρη; Πόσες φορές ο οργανισμός ενεργοποιεί τους μηχανισμούς πέψης; Έτσι, λοιπόν, πολλαπλασιάζουμε τα γεύματα εις βάρος μας, χωρίς να το αντιληφθούμε, από τα 5 βασικά στα… «101», χάνοντας εντελώς τον έλεγχο των θερμίδων και του βάρους μας.

Πώς τρώμε

Στον αιώνα του «fast» (γρήγορα) θυμηθείτε το πρότυπο του βρέφους! **Πρέπει να τρώμε ήρεμα, ήσυχα, αναπαυτικά, ποτέ στα όρθια, στα γρήγορα, τρέχοντας, δουλεύοντας ή βλέποντας τηλεόραση (η τηλεόραση αποτελεί δουλειά για τον εγκέφαλο), γιατί τα αποτελέσματα θα είναι δυσάρεστα, επώδυνα έως τραγικά: πολυφαγία, υπερφαγία, δυσπεψία, δυσφορία και ακόρεστη πείνα, με την παχυσαρκία παρούσα και τις πεπτικές διαταραχές οδυνηρές και επίμονες.**
Οφείλουμε, σεβόμενοι τον οργανισμό μας:

1. Να διαθέτουμε 15-30 λεπτά για ένα ήρεμο, πλήρες γεύμα και μετά να αφήνουμε τον οργανισμό μας να αναπαυθεί μέχρι το επόμενο.
2. Να λαμβάνουμε πρωινό, μεσημεριανό και βραδινό γεύμα την ίδια ώρα κάθε μέρα (όσο είναι εφικτό). Αν κάποιο από τα γεύματα έχει και χαρακτήρα οικογενειακής συνάντησης, θα αποτελέσει ισχυρό κρίκο σύνδεσης των μελών της οικογένειας. Αυτό είναι ιδιαίτερα ωφέλιμο για τα παιδιά, γιατί διδάσκονται μέσα από το παράδειγμα.

Το αίσθημα του κορεσμού και οι θερμίδες δεν εξαρτώνται μόνο από την ποσότητα, αλλά κυρίως από το τι τρώμε και το πώς το τρώμε. Π.χ., από μία σοκολάτα αμυγδάλου 100 γραμμαρίων, που την τρώμε σαν σνακ σε δύο λεπτά ή μετά το φαγητό, λαμβάνουμε έως και **550** θερμίδες, ενώ από μία μοσχαρίσια μπριζόλα (220 θερμίδες) και μία μαρουλοσαλάτα με μία κουταλιά λάδι (125-150 θερμίδες) λαμβάνουμε συνολικά 370 θερμίδες και χρειαζόμαστε τουλάχιστον 20 λεπτά για το γεύμα μας. Μία φέτα ψωμί, μία φέτα τυρί και ένα φρούτο έχουν 198 θερμίδες, ένα γιαούρτι και ένα μήλο 282. Ένα κρουασάν όμως έχει **325** θερμίδες και μία λουκανικόπιτα **380**. Εσείς αποφασίζετε τι θα διαλέξετε για πρωινό, κολατσιό ή γεύμα και αν θα τσιμπολογάτε ανάμεσα.

Πόσο τρώμε

Η απάντηση είναι «μέχρι να χορτάσουμε». Τι, όμως, να χορτάσουμε; Την πείνα, την όρεξη, την ανάγκη για ζωή, το στομάχι, το μάτι ή τη φαντασία μας; Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην ποσότητα, που είναι ανάλογη με:

1. την ηλικία (φάση ανάπτυξης, ενηλικίωση, τρίτη ηλικία) και
2. το επάγγελμα (γραφείου, χειρωνακτική δουλειά, πρωταθλητισμός).

Το σταθερό σωματικό βάρος είναι απαραίτητο για τους ενήλικες και βασικός σύμβουλος για τη διατήρησή του είναι η ζυγαριά. «Κοντά στο νου κι η γνώση»: μερίδες εστιατορίου σε όλα τα τρόφιμα.
Η ελεγχόμενη διατροφή είναι πολύ βασική για την πρόληψη της υπερινσουλιναιμίας, της παχυσαρκίας και των επι-

Δεν πρέπει να παραλείπουμε να πίνουμε νερό κατά τη διάρκεια της ημέρας. Χρειάζονται τουλάχιστον 4-6 ποτήρια καθημερινώς.

πλοκών τους. Δεν αρκεί όμως μόνον αυτή: εξίσου βασική είναι η κίνηση, που, δυστυχώς, στις μέρες μας έχει ελαττωθεί κατά πολύ στην προσπάθειά μας να εξοικονομήσουμε χρόνο. Και μιλώ για την απλή κίνηση, που καταργεί τον καναπέ της τηλεόρασης και την καρέκλα του γραφείου. Ως παράδειγμα αναφέρω το γεγονός ότι τα τηλεκοντρόλ και τα ασύρματα τηλέφωνα μας στερούν κίνηση, στέρηση που ισοδυναμεί με αύξηση βάρους τριών κιλών το χρόνο! Οποιαδήποτε δραστηριότητα, ήπια ή εντονότερη, είναι απολύτως απαραίτητη και δεν πρέπει να ελαττώνεται.

Η τακτική και προγραμματισμένη κίνηση (περπάτημα μισής ώρας) τουλάχιστον πέντε φορές την εβδομάδα μπορεί τόσο να προλάβει όσο και να θεραπεύσει τις παραπάνω –και άλλες– νόσους, αλλά και να προαγάγει την ψυχική υγεία μέσω της έκκρισης των «καλών ορμονών» του οργανισμού.

Ως εκ τούτου, **η διατροφή και η άσκηση είναι αναγκαίες για την πρόληψη και την αποτροπή πολλών ασθενειών. Μπορούν ακόμη και να θεραπεύσουν εγκατεστημένα νοσήματα.** Μη διστάζετε να προσπαθείτε. Ξεκινήστε έστω και λίγο λίγο κάθε μέρα. Το λίγο είναι παραπάνω από το τίποτα. Πολλά λίγο μας κάνουν κάτι. Το τίποτα κάνει μηδέν... Περπατήστε, τρέξτε, γυμναστείτε, χορέψτε.

Αν σταθούμε ***«δειλοί, μοιραίοι αντάμα, προσμένοντας ίσως κάποιο θαύμα»***, όπως λέει ο Βάρναλης, τότε ο διαβήτης θα διαβεί ανεμπόδιστος και, αλίμονό μας, θα μονολογούμε:

«Χωρίς περίσκεψη
χωρίς τύψεις
χωρίς αιδώ
τριγύρω μου υψηλά έχτισαν τείχη
και κάθομαι και απελπίζομαι τώρα
γιατί να με βρει αυτή η τύχη;»

Κωνσταντίνος Καβάφης

Δρ Μαρία Πίνιου-Καλλή,
Διευθύντρια Δερματολογικού
Τμήματος Ευρωκλινικής Αθηνών

Φωτοανάπλαση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της γήρανσης του δέρματος

Η γήρανση του δέρματος μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε φάση της δεύτερης ή της τρίτης ηλικίας κι εξαρτάται από κληρονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Το δέρμα αποτελεί το πιο εκτεταμένο σύστημα του ανθρώπινου σώματος και, επίσης, το όριο μεταξύ του έσω και έξω σύμπαντος. Η πρόσφατη ανακάλυψη ότι το δέρμα είναι η πηγή των βλαστοκυττάρων (αώρων κυττάρων) – τα οποία, μέσω διαφοροποίησης, μπορεί να αναπαράγουν μεσεγχυματικά κύτταρα που βοηθούν την αναπαραγωγή κυττάρων όλων των οργάνων του σώματος και χρησιμοποιούνται για την αποκατάσταση βλαβών και τη δημιουργία οργάνων–, έδωσε στο δέρμα πρωταγωνιστικό ρόλο σ' ό,τι αφορά στη διατήρηση της υγείας του σώματος. Μέχρι τώρα γνωρίζαμε ότι η χωρίς μέτρο έκθεση στο ηλιακό φως προκαλούσε τη φωτογήρανση, η οποία συνίσταται στην εμφάνιση ρυτίδων, δυσχρωμιών, υπερκερατώσεων, ευρυαγγειών, φακίδων και άλλων διαταραχών που δίνουν στο δέρμα τη γεροντική του όψη ανεξάρτητως ηλικίας. Σήμερα, όμως, γνωρίζουμε ότι πέρα από τις γνωστές θεραπευτικές μεθόδους για την αντιγήρανση προστίθεται και μια νέα μη χειρουργική μέθοδος, η φωτοθεραπεία, που χρησιμοποιεί το φως για τη θεραπεία όλων των ανωτέρω περιγραφόμενων διαταραχών, το οποίο προέρχεται από πηγή που παράγει έντονο παλμικό φως (I.P.L.).

Φωτοανάπλαση είναι μια δυναμική, μη χειρουργική μέθοδος, που χρησιμοποιεί το έντονο παλμικό φως (I.P.L.), σε χαμηλή συχνότητα, με μη χειρουργικό τρόπο, για να προκαλέσει την αναγέννηση του δέρματος.

Η θεραπεία γίνεται σε τέσσερις έως έξι συνεδρίες, με ενδιάμεση απόσταση δύο εβδομάδων της μίας θεραπείας από την άλλη.

Η ανάπλαση του δέρματος με φως είναι μια θεραπεία που στην πραγματικότητα αποκαθιστά τις βλάβες που προκλήθηκαν στο δέρμα, χωρίς να δημιουργεί την όποια πλαστή εικόνα.

Το έντονο παλμικό φως I.P.L. έχει ένα ευρύ μήκος κύματος, που θεραπεύει συγκεκριμένες βλάβες.

Το μήκος κύματος από 550-600 εστιάζεται στα αιμοφόρα αγγεία και θεραπεύει τις ευρυαγγείες. Από 700-800 επικεντρώνεται στις δυσχρωμικές κηλίδες και θεραπεύει το χλόασμα, τις ηλιακές και γεροντικές κηλίδες. Το μήκος κύματος άνω των 1.000 εισχωρεί βαθύτερα και ερεθίζει τους ινοβλάστες, οι οποίοι με το θερμικό αυτό σοκ αυξάνουν την παραγωγή κολλαγόνου και ελαστίνης, καθώς και την κυτταρική ενέργεια, έχοντας ως αποτέλεσμα την εξαφάνιση των λεπτών ρυτίδων, τη σμίκρυνση των πόρων και την ελάττωση της ελάστωσης του δέρματος.

Το κολλαγόνο αποτελεί ένα αμινοξύ του δέρματος και μαζί με την ελαστίνη ευθύνονται κατά κύριο λόγο για την ελαστικότητα του δέρματος. Η ελάττωση του κολλαγόνου οφείλεται σε εξωτερικές επιδράσεις, αλλά και στην πάροδο του χρόνου που προκαλεί τη δημιουργία ρυτίδων.

Οι ασθενείς που υφίστανται αυτήν τη θεραπεία παρουσιάζουν άμεσα βελτίωση. Αρκούν μερικές συνεδρίες, ανώδυνες, μη χειρουργικές και πολύ αισιόδοξες.

Τα αποτελέσματα αυτής της διαδικασίας στερούνται παρενεργειών. Χαρακτηρίζονται δε από μακροχρόνια αποτελέσματα και **προκαλούν υψηλού βαθμού ικανοποίηση στο άτομο που διάλεξε τη συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδο.**

Οι ασθενείς που υφίστανται φωτοανάπλαση παρουσιάζουν άμεσα βελτίωση, απολαμβάνουν μακροχρόνια αποτελέσματα και δεν ταλαιπωρούνται από παρενέργειες.

Γιώργος Κουντούρης,
Διευθυντής Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Οι 10 πιο συχνές ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ στον ωτορινολαρυγγολόγο

Η μύτη μου ματώνει. Είναι κάτι σοβαρό;

Κάθε φορά που ματώνει η μύτη σας, καλό είναι να εξετάζεστε από ωτορινολαρυγγολόγο. Αυτό επιβάλλεται όταν οι ρινορραγίες είναι συχνές. Ευτυχώς, στις περισσότερες περιπτώσεις, η αιτία είναι απλή (κιρσοί της μύτης, ρινίτιδες, μικροτραυματισμοί) και η αντιμετώπιση εύκολη (καυτηρίαση, μαλακτικές αλοιφές κ.λπ.). Σπανιότερα, όμως, η αιτία της ρινορραγίας μπορεί να είναι κάποια σοβαρή πάθηση, όπως υπέρταση, νοσήματα του αίματος, όγκοι της μύτης και των παραρρινίων κόλπων κ.λπ.

Τα αφτιά μου βουίζουν. Τι μπορώ να κάνω;

Το βουητό στα αφτιά αποτελεί εκδήλωση πολλών παθήσεων τόσο του ίδιου του αφτιού (απόφραξη από «κερί», ωτίτιδα, μείωση της ακοής) όσο και άλλων συστημάτων (υπέρταση, ορμονικές διαταραχές, αναιμία, παθήσεις των αγγείων, μεταβολικά νοσήματα, παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος κ.λπ.). Θα πρέπει, επομένως, να ελεγχθείτε από ωτορινολαρυγγολόγο, ο οποίος, με τις κατάλληλες εξετάσεις (κλινική εξέταση, τυμπανομετρία, ακοομετρία), θα σας κατευθύνει στην κατάλληλη θεραπεία ή θα σας παραπέμψει για περαιτέρω διαγνωστική διερεύνηση.

Τα αφτιά μου παράγουν πολύ «κερί». Είναι κάτι παθολογικό;

Η παραγωγή «κεριού» εξυπηρετεί την άμυνα του αφτιού απέναντι σε μολύνσεις και άλλους βλαπτικούς παράγοντες (π.χ., είσοδος εντόμων). Φυσιολογικά, με τις μασητικές κινήσεις το «κερί» σπρώχνεται και βγαίνει στον έξω ακουστικό πόρο. Όταν υπερπαράγεται «κερί» (εξαιτίας ιδιοσυγκρασιακών λόγων, δερματοπαθειών, χρήσης ακουστικών) ή παρεμποδίζεται η αποβολή του (π.χ., από την καθημερινή χρήση μπατονέτας), αυτό συσσωρεύεται και προκαλεί βαρηκοΐα, βουητό ή και πόνο. Τα ενοχλήματα αυτά είναι συνήθως παροδικά και υποχωρούν μετά την αφαίρεση του «κεριού».

Πώς πρέπει να καθαρίζω τα αφτιά μου;

Τα αφτιά μας διαθέτουν τη λειτουργία του «αυτοκαθαρισμού» από την κυψελίδα («κερί») που παράγεται στο δέρμα του έξω ακουστικού πόρου. Οποιοσδήποτε χειρισμός από την πλευρά των ασθενών προς αυτήν την κατεύθυνση είναι

επιβλαβής. Οι μπατονέτες ή οτιδήποτε ανάλογο χρησιμοποιείται για τον καθαρισμό του αφτιού ιατρικά δεν επιτρέπονται. Η εισαγωγή τους στον έξω ακουστικό πόρο μπορεί να οδηγήσει σε συσσώρευση «κεριού», αλλά και σε διάφορα ατυχήματα (τραυματισμό του δέρματος και πρόκληση ωτίτιδας, παραμονή βαμβακιού στον πόρο, διάτρηση τυμπάνου κ.λπ.). Η παρέμβαση του ειδικού ωτορινολαρυγγολόγου είναι επιβεβλημένη στις περιπτώσεις που υπάρχει αρκετή συσσώρευση κυψελίδας.

Μήπως έχω ωτίτιδα;

Το κυριότερο σύμπτωμα της ωτίτιδας είναι ο πόνος, ενώ μπορεί να συνυπάρχουν φαγούρα, αίσθημα απόφραξης του αφτιού, βαρηκοΐα, βουητό, υγρό ή/και πύον στον έξω ακουστικό πόρο. Θα πρέπει, όμως, να έχουμε υπόψη μας ότι στα μικρά παιδιά η ωτίτιδα μπορεί να έχει ποικίλες εκδηλώσεις: ανορεξία, ανησυχία, διάρροια, αλλά και υποψία βαρηκοΐας από τους γονείς. Για όλα αυτά είναι απαραίτητος ο ειδικός ιατρικός έλεγχος.

Τι είναι οι πολύποδες; Πώς θα καταλάβω αν έχω;

Οι πολύποδες της μύτης (ρινοπολύποδες) είναι μία καλοήθης, φλεγμονώδους ή/και αλλεργικής αιτιολογίας, υπερτροφία του ρινικού βλεννογόνου (δηλαδή του εσωτερικού τοιχώματος της μύτης). Μπορούν να εκδηλωθούν με απόφραξη της μύτης, μείωση ή απώλεια της όσφρησης, υποτροπιάζουσες ρινοκολπίτιδες (ιγμορίτιδες), πονοκέφαλο, πρήξιμο στα κάτω βλέφαρα και ρινορραγίες. Η θεραπεία τους είναι βασικά χειρουργική. Επειδή, όμως, συχνά υποτροπιάζουν, συνήθως χρειάζονται φαρμακευτική θεραπεία και τακτική παρακολούθηση. Οι πολύποδες του λάρυγγα εκδηλώνονται συνήθως με βραχνάδα και σπανιότερα με δύσπνοια. Απαιτείται λεπτομερής ενδοσκοπικός έλεγχος, διότι ένας φαινομενικά αθώος πολύποδας μπορεί να υποκρύπτει σοβαρότερη βλάβη. Η θεραπεία τους είναι η χειρουργική αφαίρεση, η οποία ακολουθείται από ιστολογική εξέταση του αφαιρεθέντος πολύποδα. Αξίζει να επισημανθεί ότι με βραχνάδα εκδηλώνονται και πιο σοβαρές παθήσεις του λάρυγγα (κακοήθειες, θηλώματα, άλλοι όγκοι κ.λπ.), οπότε γίνεται σαφής η ανάγκη λεπτομερούς διερευνήσεως κάθε ασθενούς με βραχνάδα.

Ο άντρας μου ροχαλίζει. Θα πρέπει να το ελέγξουμε;

Το ροχαλητό, εκτός από ενοχλητικό, μπορεί να είναι και επικίνδυνο, ιδίως αν συνοδεύεται από υπνικές άπνοιες. Είναι ένα πρόβλημα που χρειάζεται έλεγχο και αντιμετώπιση ανάλογα με την αιτία (π.χ., μείωση του σωματικού βάρους, άσκηση, διακοπή του καπνίσματος, χειρουργική διόρθωση κωλυμάτων του ανώτερου αναπνευστικού ή/και χρήση ειδικής μάσκας στον ύπνο). Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να συνοδεύεται από διαταραχές της λειτουργίας των πνευμόνων, της οξυγόνωσης του εγκεφάλου και της καρδιακής λειτουργίας. Στα παιδιά το ροχαλητό συνήθως οφείλεται σε υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων (κρεατάκια) ή/και των αμυγδαλών. Αντιμετωπίζεται με τη χειρουργική αφαίρεσή τους. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, το ροχαλητό συνήθως προκαλεί κακής ποιότητας ύπνο ή και άπνοια.

Ο ύπνος κακής ποιότητας εκδηλώνεται με υπνηλία στη διάρκεια της ημέρας, ελλιπή συγκέντρωση και προσοχή, κακή διάθεση και μειωμένη απόδοση στη δουλειά ή στο σχολείο. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι σημαντικός αριθμός τροχαίων ατυχημάτων συνδέεται με τον κακό ύπνο.

Το βουητό στα αφτιά αποτελεί εκδήλωση πολλών παθήσεων, γι' αυτό πρέπει να γίνουν οι κατάλληλες εξετάσεις από ωτορινολαρυγγολόγο.

Έχω προσέξει ότι συχνά δεν αναπνέω από τη μύτη. Πού μπορεί να οφείλεται αυτό;

Η σκολίωση του ρινικού διαφράγματος, οι πολύποδες και η ρινίτιδα είναι οι συχνότερες αιτίες που προκαλούν δυσχέρεια στη ρινική αναπνοή. Σπανιότερα, όμως, ρινική απόφραξη προκαλούν νεοπλάσματα, κολλαγονώσεις, ξένα σώματα, ρινόλιθοι κ.λπ. Το ακριβές αίτιο της ρινικής απόφραξης μπορεί να προσδιορισθεί με ενδελεχή ωτορινολαρυγγολογικό έλεγχο, ο οποίος, εκτός από την κλινική εξέταση, οφείλει να περιλαμβάνει ενδοσκοπικό ή/και απεικονιστικό έλεγχο.

Η θεραπεία μπορεί να είναι χειρουργική ή συντηρητική, ανάλογα με την περίπτωση.

Τον τελευταίο καιρό νιώθω έναν «κόμπο» στο λαιμό μου, κυρίως όταν καταπίνω. Πού μπορεί να οφείλεται;

Ο «κόμπος» στο λαιμό είναι μια αίσθηση λίγο πολύ γνώριμη στους περισσότερους από εμάς. Συνήθως εντοπίζεται στη βάση του λαιμού, στη μέση γραμμή, και επιδεινώνεται με το στρες. Απαιτείται πλήρης έλεγχος, διότι ο «κόμπος» μπορεί να είναι σύμπτωμα σχετικά αθώων καταστάσεων (στρες, αναιμία, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση), αλλά και πιο σοβαρών καταστάσεων, όπως μεγάλες βρογχοκήλες ή όγκοι του φάρυγγα και του οισοφάγου.

Πού οφείλεται η ζάλη που νιώθω όταν ταξιδεύω; Είναι κάτι παθολογικό;

Η ζάλη αυτή, γνωστή ως κινήτωση, χαρακτηρίζεται από ωχρότητα, εφιδρώσεις, ναυτία ή/και εμέτους. Δεν αποτελεί ακριβώς νόσο. Πρόκειται για μια μάλλον φυσιολογική αντίδραση που οφείλεται σε ασυμφωνία των πληροφοριών που συλλέγουν ο λαβύρινθος και τα μάτια σε σχέση με το περιβάλλον. Υπάρχουν διάφορα φάρμακα με τα οποία είτε προλαμβάνεται είτε αντιμετωπίζεται το πρόβλημα της ζάλης.

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

Σύγχρονη αποκατάσταση της **βουβωνοκήλης** (χωρίς τάση – tension-free technique)

Από τα χρόνια του Ιπποκράτη η κήλη απασχολούσε σοβαρά ιατρούς και ασθενείς. Κατά τη διάρκεια των αιώνων περιγράφηκαν τα ανατομικά στοιχεία που εμπλέκονται στη χειρουργική αποκατάσταση των κηλών. Μόλις το 19ο αιώνα όμως μπήκαν οι βάσεις της χειρουργικής αποκατάστασης, στηριζόμενες στη μονογραφία των Cooper και Scarpa.

Το 1871 ο Marcy έθεσε τις πρώτες χειρουργικές αρχές για την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης, ενώ μερικά χρόνια αργότερα ο Bassini δημοσίευσε την πρώτη περίπτωση εγχείρησης για βουβωνοκήλη.
Μετά τον Bassini, ο οποίος θεμελίωσε τη μοντέρνα ανατομική χειρουργική των κηλών, αξίζουν αναφοράς ο Halsted, ο οποίος ήταν σύγχρονος του Bassini και δημοσίευσε δύο διαφορετικές μεθόδους για τον σπερματικό τόνο, όπισθεν ή έμπροσθεν της απονεύρωσης του έξω λοξού. Επίσης ο Lotheissen και ο MacVay ήταν οι πρώτοι που χρησιμοποίησαν το σύνδεσμο του Cooper στην πλαστική τους και καθιέρωσαν τη μέθοδο η οποία είναι σήμερα γνωστή με το όνομα MacVay.
Ιδιαίτερα θα πρέπει να αναφερθούμε στον Shouldice (1950), του οποίου η τεχνική φέρει το όνομά του και αποτέλεσε σταθμό στη χειρουργική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης. Στην άσκηση της Γενικής Χειρουργικής, η αποκατάσταση των κηλών είναι η δεύτερη πιο συχνή επέμβαση μετά τη σκωληκοειδεκτομή, φτάνοντας το 17,2% όλων των χειρουργικών επεμβάσεων στη Γαλλία και το 24,1% στις ΗΠΑ. Για πολλές δεκαετίες οι ασθενείς υποβάλλονταν στις παραδοσιακές τεχνικές αποκατάστασης με συμπλησίαση των ιστών υπό τάση. Περίπου 80 εγχειρητικές τεχνικές έχουν περιγραφεί από την εποχή που ο Bassini, για πρώτη φορά το 1890, περιέγραψε την τεχνική του, με πιο διαδεδομένες ανάμεσά τους τις τεχνικές Bassini, McVay και Shouldice.
Τα τελευταία χρόνια όμως το σκηνικό έχει αλλάξει εντυπωσιακά με την επανάσταση που έφεραν στην αντιμετώπιση των κηλών, πρώτον, η χρήση των συνθετικών προθέσεων και, δεύτερον, οι ανοικτές και λαπαροσκοπικές, χωρίς τάση (tension-free) τεχνικές αποκατάστασης.

Από τον περασμένο αιώνα ήταν ξεκάθαρο ακόμα και μεταξύ των πιο παραδοσιακών χειρουργών ότι η χρήση προσθετικών βιολογικών υλικών ήταν απαραίτητη, είτε για να γεφυρώσουν είτε για να ενισχύσουν ελλείμματα του κοιλιακού τοιχώματος, του βουβωνικού πόρου και του θωρακικού τοιχώματος. Τα συνθετικά προσθετικά υλικά φάνηκαν να αποτελούν την καλύτερη δυνατή λύση για αυτόν το σκοπό.
Οι μεταλλικές προθέσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην αρχή δεν έτυχαν ευρείας αποδοχής, καθώς αποδείχθηκαν δύσχρηστες. Το ερευνητικό ενδιαφέρον συγκεντρώθηκε στις μη μεταλλικές συνθετικές προθέσεις, για τις οποίες στην αρχή χρησιμοποιήθηκαν υλικά όπως το πολυβινύλιο, το Nylon, το Teflon, το Silastic και τα ανθρακονήματα, που όμως σύντομα απορρίφθηκαν για να δώσουν τη θέση τους σε πιο σύγχρονες μορφές υλικών.
Η μοντέρνα εποχή της χειρουργικής των κηλών άρχισε 40 χρόνια πριν με την πρώτη χρήση ενός πλέγματος αποτελούμενου από μονόκλωνα ράμματα πολυαιθυλενίου, το οποίο μείωνε αισθητά την τάση των ιστών.
Στην αρχή το πλέγμα χρησίμευε για να ενισχύει απλώς, ενώ η αποκατάσταση της κήλης γινόταν με τις κλασικές μεθόδους. Το γεγονός αυτό ακολούθησε η εμφάνιση στο προσκήνιο του πλέγματος από πολυπροπυλένιο (PPM), το οποίο απετέλεσε τεράστιο βήμα προόδου στα συνθετικά βιολογικά υλικά λόγω του εύκολου χειρισμού του.

Τα ιδανικά χαρακτηριστικά των συνθετικών προσθετικών υλικών είναι τα εξής:

1. Καμία φυσική τροποποίηση από τα ιστικά υγρά.
2. Δεν προτρέπουν σε φλεγμονώδη αντίδραση ή αντίδραση ως επί ξένου σώματος.
3. Είναι μη καρκινογόνα.
4. Δύνανται να κατασκευασθούν στο προαπαιτούμενο σχήμα και μέγεθος.
5. Είναι χημικά αδρανή.
6. Δεν προκαλούν αλλεργία ή υπερευαισθησία.
7. Παρουσιάζουν αντοχή στη μηχανική τάση.
8. Δύνανται να αποστειρωθούν.

Πριν από 17 χρόνια ο Ir. Lichtenstein περιέγραψε τη χωρίς τάση (tension-free) χειρουργική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης χρησιμοποιώντας πλέγμα πολυπροπυλενίου.
Αυτή η διαφορετική αντίληψη δεν άργησε βέβαια να έρθει σε πλήρη ρήξη με τις καθιερωμένες τεχνικές και τους αντιπροσώπους τους. Θεωρείται λοιπόν ότι το οπίσθιο τοίχωμα του βουβωνικού πόρου είναι μια ζώνη κινδύνου υποτροπής όταν συνοδεύεται από τάση. Με τη χρησιμοποίηση του μη απορροφήσιμου πλέγματος επιτυγχάνουμε την ενίσχυση του οπισθίου τοιχώματος του βουβωνικού πόρου και παράλληλα επιλύουμε το πρόβλημα της τάσης.
Η αρχική περιγραφή της τεχνικής είχε γίνει για τις ανάγκες του Συστήματος Υγείας των ΗΠΑ, όπου το κόστος αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες και γι' αυτό αναφέρεται με τοπική αναισθησία. Η εκτέλεση της τεχνικής υπό τοπική αναισθησία δεν απαιτεί προεγχειρητικό έλεγχο παρά μόνο στους ασθενείς που εμφανίζουν σημεία αναιμίας ή είναι υπό θεραπεία με διουρητικά.
Η τοπική αναισθησία, εκτός από το οικονομικό όφελος, παρέχει κι άλλα πλεονεκτήματα, όπως δυνατότητα συνεργασίας του ασθενούς, αποφυγή των επιπλοκών της γενικής αναισθησίας, δυνατότητα αμέσου κινητοποιήσεως του ασθενούς και εκτέλεση της τεχνικής σε εξωτερικούς ασθενείς.
Εντούτοις, στην Ελλάδα η νοοτροπία των ασθενών διαφέρει σημαντικά. Πολλοί από αυτούς δεν δέχονται να χειρουργηθούν υπό τοπική αναισθησία, επιθυμούν να παραμείνουν στο νοσοκομείο περισσότερο από όσο είναι πραγματικά απαραίτητο, ενώ το είδος της αναισθησίας δεν επηρεάζει το κόστος της επέμβασης στον ίδιο βαθμό με αυτόν στις ΗΠΑ. Έτσι οι περισσότεροι ασθενείς στην Ελλάδα επιλέγουν τη γενική αναισθησία.

ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΕΙΝΑΙ:

1. **Η δυνατότητα εκτέλεσης υπό τοπική αναισθησία.**
2. **Η εξασφάλιση ικανοποιητικού μεγέθους του πλέγματος.**
3. **Η κάτω γωνία του πλέγματος υπερκαλύπτει το ηβικό φύμα.**
4. **Τα ελεύθερα άκρα του πλέγματος καλύπτουν το ένα το άλλο, ώστε να περιβροχίζουν ικανοποιητικά τον σπερματικό τόνο.**
5. **Η παρακίνηση του ασθενούς για γρήγορη κινητοποίηση.**

Η μετεγχειρητική αναλγησία αποτελείται μόνο από αντιφλεγμονώδη υπόθετα, και ο ασθενής είναι σε θέση να φύγει από το νοσοκομείο μέχρι και 2 ώρες μετά το χειρουργείο.
Από τον έλεγχο των αποτελεσμάτων μεγάλων σειρών δεν αναφέρονται επιπλοκές από το ουροποιητικό (επίσχεση ούρων) καθώς και μικρά ποσοστά αιματωμάτων και διαπυήσεων (1,3%). Το μετεγχειρητικό οίδημα του οσχέου κυμαίνεται στα επίπεδα του 1%, όπως και το επίμονο μετεγχειρητικό άλγος. Η επιστροφή του ασθενούς στις φυσιολογικές ασχολίες και στην εργασία είναι εφικτή μετά από 7 έως 10 ημέρες.
Η εμπειρία μας με την τεχνική Lichtenstein μάς έδειξε ότι είναι μια τεχνική πάρα πολύ απλή και κατά συνέπεια αναπαραγώγιμη. Είναι πολύ καλά ανεκτή από τους ασθενείς, επιτρέπει άμεση κινητοποίηση και γρήγορη επιστροφή σε πλήρη δραστηριότητα.
Τα ποσοστά υποτροπής είναι πολύ χαμηλά και συγκρίσιμα, κυμαίνονται δε στις περισσότερες σειρές γύρω στο 1-1,5%.

Δρ Έλλη Λάκκα-Παπαδόδημα,
Διευθύντρια Κέντρου Ενδοκρινολογίας - Διαβήτη - Μεταβολισμού
Ευρωκλινικής Αθηνών

Ένας σύγχρονος ύπουλος εχθρός
Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο τρόπος που ζούμε, η κακή διατροφή και η σωματική αδράνεια είναι οι αιτίες για την παχυσαρκία και τον σακχαρώδη διαβήτη, παθήσεις που αποτελούν μάστιγες του αιώνα μας.
Καιρός να αλλάξουμε τρόπο ζωής.

Όποιο σύγχρονο, έγκριτο ιατρικό σύγγραμμα, περιοδικό ή εφημερίδα κι αν ανοίξει κανείς, αυτό που θα πληροφορηθεί είναι ότι ο **σακχαρώδης διαβήτης**, και μάλιστα **ο διαβήτης τύπου 2**, που στην πλειονότητα των περιπτώσεων οφείλεται στην παχυσαρκία, αποτελεί τη μάστιγα του αιώνα μας. Υπεύθυνος για αυτό είναι ο τρόπος που ζούμε: γεμάτος άγχος, αγωνία, ένα συνεχές κυνηγητό για τη ζωή· μια ζωή με χίλιες βλαβερές προκλήσεις, αιτία και για τόσα άλλα σοβαρά προβλήματα, όπως οι εξαρτήσεις, η κατάθλιψη κ.λπ. Είναι ο τρόπος αυτός που μας σπρώχνει στο γρήγορο, το πρόχειρο, το κακό φαγητό, ενώ από την άλλη μεριά η επαφή μας με τη φύση και η σωματική μας δραστηριότητα είναι σχεδόν ανύπαρκτες.
Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει προβλέψει ότι η επίπτωση του διαβήτη τύπου 2 θα έχει υπερδιπλασιαστεί ως το έτος 2025, εκτιμώντας αύξηση από 135 εκατ. ασθενείς το 1995 σε 300 εκατ. το 2025. Συνολικά, 230 εκατ. ήταν οι διαβητικοί το 2006.
Μπορούμε να συνειδητοποιήσουμε το μέγεθος του προβλήματος, αν αναλογιστούμε ότι **κάθε 24 ώρες διαγιγνώσκονται 3.600 νέες περιπτώσεις διαβήτη. Το τραγικό είναι ότι το 25% της «δεξαμενής» των διαβητικών αποτελούν σήμερα τα παιδιά.** Αυτό βέβαια οφείλεται στην αλματώδη αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας.

Τι είναι ο σακχαρώδης διαβήτης;

Είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών. Στο κύριο χαρακτηριστικό της είναι η χρόνια υπεργλυκαιμία, αυτό που ο κόσμος αποκαλεί «ζάχαρο». Η διαταραχή αυτή, που οφείλεται στην έλλειψη ή και στην ανεπαρκή δράση της ινσουλίνης, έχει χρόνια πορεία και μακροπρόθεσμα μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές σε όλους τους ιστούς και σε όλα τα όργανα, τα μάτια, τους νεφρούς, τα νεύρα, τα αγγεία, τα πόδια, την καρδιά κ.λπ.
Είναι γνωστό πως ο **διαβήτης** αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου από καρδιαγγειακά αίτια, από εγκεφαλικό επεισόδιο, από έμφραγμα μυοκαρδίου κ.λπ., έτσι ώστε σήμερα ένας διαβητικός να θεωρείται και να αντιμετωπίζεται, ακόμη κι αν δεν έχει εμφανίσει συμπτώματα, ως άτομο με στεφανιαία νόσο. Διαβήτης και στεφανιαία νόσος θεωρούνται οι δυο όψεις του ίδιου νομίσματος. Υπάρχουν **τρεις κύριοι τύποι σακχαρώδους διαβήτη:** ο διαβήτης τύπου 1, ο διαβήτης τύπου 2 και ο διαβήτης της κύησης.

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1

Παλαιότερα τον λέγαμε ινσουλινοεξαρτώμενο ή νεανικό διαβήτη. Ο τύπος αυτός αποτελεί το 5-10% των περιπτώσεων διαβήτη και ήταν η κυριότερη αιτία διαβήτη σε παιδιά. Σπανίως, όμως, μπορεί να προσβάλει και ενηλίκους. Οφείλεται σε καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, τα οποία παράγουν την ορμόνη ινσουλίνη, που είναι υπεύθυνη για τη χρησιμοποίηση του σακχάρου από τα κύτταρα.
Ο λόγος που καταστρέφονται τα β-κύτταρα είναι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων κάποια αυτοάνοση διαταραχή που εμφανίζεται σε άτομα που παρουσιάζουν κάποια γενετική προδιάθεση. Ασφαλώς και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμμετέχουν. Στο αίμα αυτών των ασθενών βρίσκουμε αυτοαντισώματα εναντίον των β-κυττάρων του παγκρέατος – αυτοάνοση μορφή διαβήτη. Στους ασθενείς αυτούς συχνά συνυπάρχουν και άλλες αυτοάνοσες παθήσεις. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις διαβήτη τύπου 1, στις οποίες δεν ανιχνεύονται αυτοαντισώματα. Στις περιπτώσεις αυτές ο διαβήτης τύπου 1 θεωρείται ιδιοπαθής.
Ο διαβήτης τύπου 1 συνήθως εισβάλλει απότομα με οξέα

συμπτώματα (πολυουρία πολυδιψία, πολυφαγία, απώλεια βάρους), οδηγεί συχνά στην ανάπτυξη διαβητικής κετοοξέωσης και όχι σπάνια σε διαβητικό κώμα. Ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 χρειάζονται οπωσδήποτε ινσουλίνη εφ' όρου ζωής.

Διαβήτης της κύησης

Στην περίπτωση αυτή πρόκειται για διαβήτη που πρωτοεμφανίζεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε μια γυναίκα που πριν δεν είχε διαβήτη. Αυτό μπορεί να συμβεί στο 3-5% των κυήσεων.
Ο διαβήτης της κύησης χαρακτηρίζεται από ελαττωμένη έκκριση ινσουλίνης και, ταυτόχρονα, αντίσταση στην ινσουλίνη. Πιο συχνά οι παχύσαρκες γυναίκες μπορεί να αναπτύξουν διαβήτη στην εγκυμοσύνη. Ο διαβήτης αυτός είναι αναστρέψιμος και υποχωρεί μετά τον τοκετό. Μπορεί όμως, αν δεν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, να προκαλέσει επιπλοκές και προβλήματα στην υγεία της μητέρας και του νεογνού. Ένα ποσοστό 30-40% των γυναικών με διαβήτη κύησης θα εμφανίσει διαβήτη τύπου 2 αργότερα.
Όμως, το σοβαρότερο πρόβλημα σήμερα είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2.

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Ο τύπος αυτός αποτελεί το 90-95% των περιπτώσεων διαβήτη. Μέχρι σήμερα ήταν γνωστό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 εμφανιζόταν κυρίως στους ενήλικες και σε ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών. **Δυστυχώς, όμως, η αλματώδης ανάπτυξη και της παιδικής παχυσαρκίας έχει ανατρέψει το ηλικιακό αυτό όριο, με αποτέλεσμα ο τύπος αυτός του διαβήτη να εμφανίζεται και στα παιδιά.** Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται παιδί με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε ηλικία 4 χρόνων.
Στην Αμερική, 1 στα 4 υπέρβαρα παιδιά ηλικίας μέχρι 12 ετών έχει προκλινικό διαβήτη. Το σημαντικό είναι ότι 60% διατρέχει ακόμη έναν κίνδυνο να αναπτύξει κάποια καρδιαγγειακή νόσο (π.χ., υπέρταση, υπερχοληστεριναιμία).
Η **κύρια αιτία για την εμφάνιση αυτού του τύπου διαβήτη είναι η παχυσαρκία**. Ασφαλώς υπάρχουν και άλλοι λόγοι, όπως η κληρονομικότητα, η φυλή, το φύλο κ.λπ. Η παχυσαρκία όμως είναι η κύρια υπεύθυνη για την τεράστια έξαρση της νόσου. Στη μορφή αυτή

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει προβλέψει ότι η επίπτωση του διαβήτη τύπου 2 θα έχει υπερδιπλασιαστεί ως το έτος 2025.

του διαβήτη η ινσουλίνη υπάρχει, όμως δεν είναι δραστική. Το λίπος είναι αυτό που την εμποδίζει να δράσει. Ο λιπώδης ιστός με τις ορμόνες που παράγει, όπως η λεπτίνη, η ρεζιτίνη κ.ά, δημιουργεί την αντίσταση στην ινσουλίνη. Έτσι, το πάγκρεας, το όργανο που παράγει την ινσουλίνη, εκκρίνει συνεχώς περισσότερη για να καλύψει ο οργανισμός τις ανάγκες του, αλλά στο τέλος δεν τα καταφέρνει να εξισορροπήσει κι έτσι σιγά σιγά αρχίζει ο προδιαβήτης ο οποίος εξελίσσεται σε διαβήτη.

Το σημαντικό και ενδιαφέρον είναι ότι την εξέλιξη αυτή μπορούμε να τη διακόψουμε. Μπορούμε να προλάβουμε την εμφάνιση αυτού του διαβήτη με όλα του τα επακόλουθα. Με ποιον τρόπο;

Ο διαβήτης της κύησης, αν δεν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην υγεία της μητέρας και του νεογνού.

Ο τρόπος είναι πολύ **απλός**, γι' αυτό ακριβώς είναι και πολύ **δύσκολος**. Εκείνο που χρειάζεται είναι η **άμυνα** προς κάθε καθημερινή λεπτομέρεια και συνήθεια· είναι η **αντίσταση** προς κάθε πρόκληση και κακή τροφή· είναι η **αντίδραση** στην αδράνεια και την απάθεια· είναι καιρός να αλλάξουμε τρόπο ζωής. Βέβαια, στην προσπάθειά μας αυτή χρειαζόμαστε τη βοήθεια και τη συμμετοχή όλου του κοινωνικού συνόλου (οικογένεια, σχολείο, μέσα μαζικής ενημέρωσης, πολιτεία κ.λπ.).

Πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι τρώμε πολλή και κακή τροφή και κινούμαστε πολύ λιγότερο απ' ό,τι πρέπει. Η πρώτη μας φροντίδα βέβαια είναι να προστατέψουμε τα παιδιά και να μην επιτρέψουμε να γίνουν παχύσαρκα. **Η μεσογειακή διατροφή και το καθημερινό ζωηρό περπάτημα για μισή ώρα είναι αρκετά για να προλάβουν ή και να αναστρέψουν την πορεία προς την παχυσαρκία και το διαβήτη τύπου 2.**

Αξίζει να τονίσουμε **τι μπορούμε να πετύχουμε μόνο** με την αλλαγή του τρόπου ζωής, δηλαδή με βελτίωση της διατροφής μας και με άσκηση:

Α) Μπορούμε να προλάβουμε την παιδική παχυσαρκία και την εξέλιξή της σε διαβήτη.

Β) Μπορούμε να προλάβουμε την εξέλιξη του προδιαβήτη σε διαβήτη στα υπέρβαρα άτομα, αφού έχει διαπιστωθεί ότι 60% των ατόμων με προδιαβήτη δεν αναπτύσσει διαβήτη αν χάσει 5-7 κιλά.

Γ) Καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου σε όσους έχουν διαβήτη και αποφυγή ή καθυστέρηση της εμφάνισης επιπλοκών.

Η προσθήκη κάποιων φαρμάκων μπορεί να βοηθήσει. Το κυριότερο από αυτά τα φάρμακα είναι η μετφορμίνη. Αυτό όμως που βοηθάει ακόμη περισσότερο για την πρόληψη των επιπλοκών στον προδιαβήτη, αλλά και στον διαβήτη, είναι να συνειδητοποιήσουμε ότι η πάθηση αυτή πρέπει να αντιμετωπίζεται σφαιρικά. Να μην ξεχνάμε ότι διαβήτης δεν είναι μόνο διαταραχή του σακχάρου, αλλά συνοδεύεται από δυσλιπιδαιμία, υπέρταση και άλλες διαταραχές.

Φάρμακα για τη χοληστερίνη, την υπέρταση και ιδιαίτερα οι αναστολείς του ενζύμου της αγγειοτασίνης, καθώς και οι αποκλειστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης ΙΙ προστατεύουν το διαβητικό και μειώνουν τον κίνδυνο για διαβητική νεφροπάθεια.

Η μεσογειακή διατροφή και η άσκηση μπορούν να προλάβουν ή και να αναστρέψουν την πορεία προς την παχυσαρκία και το διαβήτη τύπου 2.

Πώς γίνεται η διάγνωση του διαβήτη;

Μια απλή μέτρηση του σακχάρου νηστείας στο πλάσμα, παιδιών και ενηλίκων (εκτός των εγκύων γυναικών) είναι η μέθοδος για τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη. Φυσιολογικό θεωρείται το σάκχαρο νηστείας όταν είναι ≤ 100 mg/dl.

Τα κριτήρια για τη διάγνωση του διαβήτη, σύμφωνα με τις τελευταίες οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, είναι:

1. Γλυκόζη πλάσματος νηστείας ≥ 126 mg/dl
2. Κλασικά συμπτώματα υπεργλυκαιμίας (πολυουρία, πολυδιψία και ανεξήγητη απώλεια βάρους), με τιμή τυχαίας μέτρησης σακχάρου ≥ 200 mg/dl
3. Τιμή σακχάρου πλάσματος στις 2 ώρες ≥ 200 mg/dl κατά τη δοκιμασία ανοχής γλυκόζης.

Αν με αυτά τα κριτήρια ένα άτομο δεν έχει διαβήτη, το σάκχαρό του όμως είναι παραπάνω απ' ό,τι θεωρείται φυσιολογικό, τότε το άτομο αυτό έχει **προδιαβήτη**.

Τα κριτήρια για τη διάγνωση του προδιαβήτη είναι:

1. Διαταραχή γλυκόζης νηστείας (IFG-impaired fasting glucose): τιμές σακχάρου νηστείας πλάσματος 100-125 mg/dl
2. Διαταραχή ανοχής γλυκόζης (IGT-impaired glucose tolerance): τιμή σακχάρου πλάσματος στις 2 ώρες 140-199 mg/dl κατά τη δοκιμασία ανοχής γλυκόζης

Αξίζει να τονιστεί ότι η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1C) δεν είναι απαραίτητη για τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη, είναι όμως απαραίτητη για την παρακολούθηση ενός διαβητικού.

Αξίζει, τέλος, να τονίσουμε ότι σήμερα, με τα μέσα που διαθέτουμε, ο διαβήτης μπορεί να αντιμετωπιστεί και οι επιπλοκές του να προληφθούν ή και να καθυστερήσουν, αρκεί με τη θεραπεία να πραγματοποιούνται οι θεραπευτικοί στόχοι, σύμφωνα με τις τελευταίες οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Οι στόχοι αυτοί είναι:

1. HbA1C ≤ 7%
2. Προγευματικά επίπεδα γλυκόζης (τριχοειδικό αίμα) 70-130 mg/dl
3. Μεταγευματικά (1-2 ώρες μετά την έναρξη του γεύματος) επίπεδα γλυκόζης (τριχοειδικό αίμα) <180 mg/dl
4. Αρτηριακή πίεση 130/80 mm Hg
5. LDL χοληστερόλη <100 mg/dl
6. HDL χοληστερόλη > 50 mg/dl (γυναίκες) και > 40 mg/dl (άνδρες)
7. Τριγλυκερίδια <150 mg/dl

Σήμερα, με τα μέσα που διαθέτουμε, ο διαβήτης μπορεί να αντιμετωπιστεί και οι επιπλοκές του να προληφθούν ή και να καθυστερήσουν.

Σπύρος Σπυράτος,
Νευροχειρουργός, Διευθυντής Νευροχειρουργικού Τμήματος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Νευρόλυση με ραδιοσυχνότητα

Η νευρόλυση με ραδιοσυχνότητα είναι μια μη χειρουργική, ανώδυνη αντιμετώπιση της νευραλγίας του τριδύμου νεύρου, με άμεσα αποτελέσματα ανακούφισης του ασθενούς.

Η νευραλγία του τριδύμου νεύρου αφορά το 4/100.000 πληθυσμού ανά έτος. Πρόκειται για ένα βασανιστικό αλγεινό σύνδρομο του προσώπου, που εντοπίζεται στην αισθητική κατανομή του τριδύμου νεύρου (δεξιά, αριστερά ή αμφοτερόπλευρα).
Στη μεγάλη πλειονότητά τους οι ασθενείς παραπονούνται για παροξυσμικό διαξιφιστικό πόνο που διαρκεί μόλις λίγα δευτερόλεπτα, ο οποίος εκλύεται από διάφορα ερεθίσματα (λ.χ., ομιλία, ξύρισμα, μάσηση, ζεστό ή κρύο νερό κ.λπ.), με διαλείμματα ανακούφισης ημερών, εβδομάδων ή και μηνών χωρίς νευρολογική σημειολογία.

Η συνδρομή πρέπει να διαχωριστεί από:

- Φλεγμονή από έρπητα ζωστήρα
- Οδοντική-φατνιακή παθολογία
- Παθολογία οφθαλμικού κόγχου
- Όγκο εγκεφάλου.

Η παθοφυσιολογία του συγκεκριμένου προβλήματος δεν είναι απόλυτα κατανοητή. Συσχετίζεται με αγγειακή πίεση της ρίζας του τριδύμου νεύρου στην έκφυσή της από το εγκεφαλικό στέλεχος, από την άνω παρεγκεφαλιδική αρτηρία ή από υπολειμματική αρτηρία τριδύμου νεύρου στην εμβρυϊκή ζωή, καθώς και με τη σκλήρυνση κατά πλάκας.
Η μέχρι πρόσφατα προσέγγιση περιελάμβανε αντιμετώπιση με φάρμακα αντιεπιληπτικής δράσης (καρβαμαζεπίνη). Σε αντιδιαστολή, η διήθηση του γασσέρειου γαγγλίου περιλαμβάνει αλκοόλη κατόπιν τοπικής αναισθησίας σε περιβάλλον τοπικού ή εξωτερικού ιατρείου. Τελευταία, η ιατρική «φαρέτρα» έχει εμπλουτιστεί με νέα φάρμακα αποτελεσματικής δράσης και ελάχιστων ανεπιθύμητων παρενεργειών, καθώς και με τη νευρόλυση με ραδιοσυχνότητα. Κάθε ασθενής υποβάλλεται πρώτα σε οδοντιατρικό έλεγχο, αλλά και σε μαγνητική τομογραφία και μαγνητική αγγειογραφία εγκεφάλου, για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο εμφάνισης όγκου ή αγγειακής παθολογίας. Σε μια τέτοια περίπτωση, η παρέμβαση είναι αιτιολογική και δεν αφορά την παρούσα συγγραφή.

Όταν αποδεδειγμένα ο ασθενής πληροί τις προϋποθέσεις για συνεδρία με ραδιοσυχνότητα, εισάγεται στο νοσοκομείο και έπειτα από στοιχειώδη εργαστηριακό έλεγχο οδηγείται στη χειρουργική αίθουσα. Υπό αναισθησιολογική κάλυψη με μέθη γίνεται καθετηρισμός του ωοειδούς τρήμματος και εισάγεται το ειδικό ηλεκτρόδιο με τη βοήθεια ακτινοσκόπησης. Μετά αφυπνίζεται ο ασθενής και με κατάλληλη κλίση του ηλεκτροδίου γίνεται δοκιμαστικός ερεθισμός του νεύρου, ώστε να αναπαραχθεί η κατανομή του πόνου του συγκεκριμένου ασθενούς. Επιλέγεται η θερμοκρασία και ακολουθεί ο ερεθισμός του νεύρου που προκαλεί επιδείνωση του άλγους, έως και αναλγησία με αίσθημα μουδιάσματος.
Ο ασθενής λαμβάνει αντιβίωση για ένα 24ωρο, ενώ κινητοποιείται άμεσα και τρώει απρόσκοπτα.

Αποτελέσματα

Στη διεθνή βιβλιογραφία
Εξαιρετικά ▸ 62%
Καλά ▸ 26%
Φτωχά ▸ 4%
Υποτροπή ▸ 27%

Επιπλοκές

Αδυναμία μάσησης ▸ 12%
Παροδική αδυναμία μάσησης ▸ 14%
Νευρολυτική κερατίτιδα ▸ 0,4%

Συμπέρασμα

Η νευρόλυση του τριδύμου νεύρου με ραδιοσυχνότητα είναι μια μέθοδος εύκολης εφαρμογής από το γιατρό, χωρίς ταλαιπωρία του ασθενούς και με άμεσα αποτελέσματα. Μπορεί να επαναληφθεί ανά πάσα στιγμή χωρίς σημαντικές παρενέργειες και απαλλάσσει τον ασθενή από τη χρήση φαρμάκων, που κατά κανόνα είναι μακρόχρονη, με παραλλάσσουσες επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή.

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

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

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

Ενδοσκοπικός υπέρηχος **περιγραφή & εφαρμογές**

Ο ενδοσκοπικός υπέρηχος πραγματοποιείται εδώ και λίγους μήνες στην Ευρωκλινική Αθηνών από γαστρεντερολόγους-ενδοσκόπους που έχουν εξειδικευθεί στη συγκεκριμένη τεχνική στο εξωτερικό.

Ο ενδοσκοπικός υπέρηχος συνδυάζει την ευελιξία του ενδοσκοπίου (γαστροσκοπίου) με την τεχνική των υπερήχων, έτσι ώστε η εξέταση του υπερήχου να γίνεται ακριβώς και σε άμεση επαφή με το όργανο του σώματος που εξετάζεται. **Συνεπώς υπερτερεί της συνήθους εξέτασης με υπερήχους, που γίνεται εξωτερικά (μέσω του δέρματος και του κοιλιακού τοιχώματος). Υπερτερεί δε ακόμη και της αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας στην εξέταση της χοληδόχου κύστης, των χοληφόρων, του παγκρέατος, του τοιχώματος του οισοφάγου και του στομάχου, καθώς και του σπληνός, του αριστερού επινεφριδίου και του τοιχώματος του ορθού και των σφιγκτήρων του πρωκτού.**

Τα τελευταίας γενιάς ηχοενδοσκόπια ή γραμμικά, όπως λέγονται (Linear Echoendoscopes), σε αντιδιαστολή με τα παλαιότερα, ακτινικής διάταξης, **επιτρέπουν τη λήψη βιοψιών από όργανα εκτός του γαστρεντερικού σωλήνα με ασφάλεια και ακρίβεια, καθώς η βελόνα βρίσκεται υπό συνεχή υπερηχογραφική παρακολούθηση, με μηδενικές σχεδόν επιπλοκές.** Συνεπώς, η συγκεκριμένη μέθοδος υπερτερεί της μεθόδου λήψης βιοψίας υπό αξονικό τομογράφο, όπου η βελόνα εισάγεται διαδερμικά και πρέπει να διασχίσει πολλές και ποικίλες ανατομικές δομές.

Διαδικασία της εξέτασης

Για την εξέταση του ανώτερου πεπτικού συστήματος, ο ασθενής προσέρχεται νήστις, του χορηγείται τοπική αναισθησία στο φάρυγγα και ελαφρά καταστολή (μέθη), όπως και για τη γαστροσκόπηση. Το ενδοσκόπιο περνά από το στόμα. Η εξέταση διαρκεί 10-20 λεπτά και είναι ανώδυνη, όπως και στην περίπτωση της απλής γαστροσκόπησης. **Οι περισσότερες εξετάσεις γίνονται σε εξωτερική βάση και ο ασθενής φεύγει σε λίγες ώρες. Για πολύπλοκες επεμβατικές πράξεις του ενδοσκοπικού υπερήχου (π.χ., παροχέτευση ψευδοκύστης, νευρόλυση κοιλιακού πλέγματος), γίνεται εισαγωγή μίας ημέρας για προληπτική παρακολούθηση.**

Εφαρμογές

Α. Ανώτερο πεπτικό

1. Χοληδόχος πόρος. Έχει αποδειχθεί από επανειλημ-

Ο ενδοσκοπικός υπέρηχος έχει πλέον καταστεί πολύτιμο όπλο στη φαρέτρα της σύγχρονης γαστρεντερολογίας.

μένες μελέτες ότι έχει την ίδια ή και μεγαλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα στην εντόπιση λίθων με την ERCP (ενδοσκοπική ανάστροφη χολαγγειοπαγκρεατογραφία), χωρίς όμως τις επιπλοκές της τελευταίας, όπως αιμορραγία ή παγκρεατίτιδα. Υπερτερεί ακόμη και της μαγνητικής χολαγγειοπαγκρεατογραφίας (MRCP) στην ανάδειξη λίθων ή εντός του κοινού χοληδόχου πόρου. Ο ενδοσκοπικός υπέρηχος είναι ιδιαίτερα χρήσιμος πριν από τη χολοκυστεκτομή για τον αποκλεισμό πιθανών λίθων εντός του χοληδόχου πόρου, ώστε η εγχείρηση να γίνει με απόλυτη ασφάλεια.

2. Πάγκρεας. Ο ενδοσκοπικός υπέρηχος υπερτερεί, από πλευράς ευαισθησίας και ακρίβειας, τόσο της αξονικής όσο και της μαγνητικής τομογραφίας στην ανάδειξη και την τοπική σταδιοποίηση του καρκίνου του παγκρέατος, ιδίως σε μικρές πρώιμες βλάβες. Αποτελεί δε την εξέταση εκλογής στη διάγνωση κυστικών βλαβών στο πάγκρεας, καθώς επιτρέπει τη λήψη υγρού με ασφάλεια υπό άμεσο υπερηχογραφικό έλεγχο, το οποίο στη συνέχεια στέλνεται για περαιτέρω ανάλυση.

3. Υποβλεννογόνια μορφώματα. Συχνά, κατά την ενδοσκόπηση, ανιχνεύονται διογκώσεις ή προβολές του τοιχώματος του ανώτερου πεπτικού, που καλύπτονται από φυσιολογικό βλεννογόνο. Ο ενδοσκοπικός υπέρηχος απεικονίζει το τοίχωμα του γαστρεντερικού σωλήνα σε πέντε διακριτές στιβάδες. Είναι η μόνη διαγνωστική μέθοδος που προσφέρει τέτοια λεπτομέρεια στην ανάλυση του τοιχώματος. Έτσι, ο ενδοσκόπος προσδιορίζει το βάθος και την έκταση της βλάβης και κατευθύνει άμεσα τη βελόνα βιοψίας με ασφάλεια (αποφεύγοντας αγγεία) και ακρίβεια για σαφή διάγνωση.

4. Καρκίνος οισοφάγου. Αναπόσπαστο τμήμα της σταδιοποίησης, αφού παρέχει τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια συγκριτικά με την αξονική και τη μαγνητική τομογραφία στην εκτίμηση του μεγέθους και του βάθους διήθησης της πρωτοπαθούς βλάβης, αλλά και στην ανίχνευση περιοχικών λεμφαδένων με μετάσταση. Επιπλέον, λόγω της μεγάλης ευαισθησίας του, εφαρμόζεται πριν από την ενδοσκοπική θεραπεία περιπτώσεων δυσπλασίας του οισοφάγου (π.χ., οισοφάγος Barrett με δυσπλασία) ή για την εντόπιση πρώιμου καρκίνου σε περιοχές υψηλόβαθμης δυσπλασίας.

5. Στόμαχος. Σε βλάβες που ανευρίσκονται κατά τη γαστροσκόπηση, όπου οι βιοψίες δεν είναι διαγνωστικές, ο ενδοσκοπικός υπέρηχος δίνει απαντήσεις σχετικά με το βάθος διείσδυσης ή την παρουσία διογκωμένων λεμφαδένων και επιτρέπει τη λήψη κατευθυνόμενης βιοψίας.

Σε περιπτώσεις πρώιμου γαστρικού καρκίνου μπορεί να υπολογιστεί αν η βλάβη περιορίζεται στις επιφανειακές στιβάδες (βλεννογόνο), ώστε να επιχειρηθεί ενδοσκοπική αφαίρεσή του και ο ασθενής να αποφύγει τη χειρουργική επέμβαση.

Τέλος, στο είδος λεμφώματος τύπου MALT του στομάχου (που οφείλεται στο ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού), ο υπολογισμός του βάθους διήθησης του τοιχώματος (που καθορίζει την αναγκαιότητα χορήγησης χημειοθεραπείας ή μη) γίνεται μέσω του ενδοσκοπικού υπερήχου.

6. Βλάβες μεσοθωρακίου. Μέσα από τον οισοφάγο, ο ενδοσκοπικός υπέρηχος, εύκολα και με ασφάλεια, μπορεί με τη λήψη βιοψίας να θέσει την ιστολογική διάγνωση σε διογκωμένους λεμφαδένες ή μάζες του μεσοθωρακίου. Επίσης, αποτελεί πλέον απαραίτητο διαγνωστικό εργαλείο για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα. Μπορεί να αντικαταστήσει τη μεσοθωρακοσκόπηση, που, ως πιο επεμβατική μέθοδος, απαιτεί χειρουργικό περιβάλλον και γενική αναισθησία.

7. Πυλαία υπέρταση. Εμφανίζει μεγαλύτερη ευαισθησία στη διάγνωση οισοφαγικών ή γαστρικών κιρσών (διο-

Η εξέλιξη της τεχνολογίας επεκτείνει τις ήδη ευρείες εφαρμογές του ενδοσκοπικού υπερήχου σε διαγνωστικό και θεραπευτικό επίπεδο.

γκωμένες φλέβες σε ασθενείς με πυλαία υπέρταση, όπως εκείνοι με κίρρωση ήπατος, που έχουν κίνδυνο ρήξης, με συνέπεια επικίνδυνες για τη ζωή αιμορραγίες). Απεικονίζει παράπλευρα αγγειακά δίκτυα, την πυλαία φλέβα, την άζυγο φλέβα και τη σπληνική φλέβα, που είναι σημαντικές παράμετροι για τη σωστή αντιμετώπιση, π.χ., κιρρωτικών ασθενών.

Β. Κατώτερο πεπτικό

Ορθό - πρωκτός. Όπως και στο ανώτερο πεπτικό, λόγω της εξαιρετικής απεικόνισης των στιβάδων του εντερικού τοιχώματος, χρησιμοποιείται για την τοπική σταδιοποίηση (πρωτοπαθής βλάβη και παρουσία λεμφαδένων) στον καρκίνο του ορθού.

Όσον αφορά στις καλοήθεις παθήσεις της περιοχής, σπουδαία είναι η συμβολή της ενδοσκοπικής υπερηχοτομογραφίας στην ανάδειξη περιεδρικών συριγγίων ή αποστημάτων, καθώς και στην εκτίμηση της ακεραιότητας των σφιγκτήρων σε περιπτώσεις ακράτειας κοπράνων.

Γ. Επεμβατικός Ενδοσκοπικός Υπέρηχος

Πέρα από τις παραπάνω διαγνωστικές εφαρμογές, ολοένα και πληθαίνουν οι ενδείξεις για χρήση της μεθόδου στο πλαίσιο ενδοσκοπικής θεραπείας όπως:

- **Παροχέτευση ψευδοκύστης παγκρέατος**, όπου καθιστά περιττή τη χειρουργική επέμβαση.
- **Νευρόλυση του κοιλιακού άξονα.** Γίνεται με έγχυση τοπικού αναισθητικού και καθαρής αλκοόλης σε σημείο κομβικό στη μετάδοση του πόνου από τα σπλάχνα της κοιλιάς, με συνέπεια μακροπρόθεσμη αναλγητική δράση σε περιπτώσεις έντονου και επίμονου άλγους, όπως στον καρκίνο του παγκρέατος. Έτσι, ο ασθενής αποδεσμεύεται από την καθημερινή και συνεχή κατανάλωση ισχυρών παυσίπονων και οπιοειδών, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη αυτονομία και βελτίωση της ποιότητας ζωής του.
- **Στοχευμένη χορήγηση θεραπευτικών μέσων** όπως χημειοθεραπευτικές ουσίες, γονιδιακή θεραπεία ή ραδιοσυχνότητες με την εισαγωγή βελόνης, υπό τον άμεσο έλεγχο του ενδοσκοπικού υπερήχου.

Παρά τη μακρόχρονη καμπύλη εκμάθησης που απαιτεί, ο ενδοσκοπικός υπέρηχος έχει πλέον καταστεί πολύτιμο όπλο στη φαρέτρα της σύγχρονης γαστρεντερολογίας. Η εξέλιξη της τεχνολογίας με τη χρήση σκιαγραφικών μέσων για υπερήχους και ελαστογραφίες (μέθοδος που υπολογίζει τη σκληρότητα των ιστών), ή με την εισαγωγή νέων υλικών (π.χ., βελόνες ή στεντ) επεκτείνει τις ήδη ευρείες εφαρμογές του ενδοσκοπικού υπερήχου τόσο σε διαγνωστικό όσο και σε θεραπευτικό επίπεδο.

Πίνακας 1. Ενδείξεις και εφαρμογές του ενδοσκοπικού υπερήχου

Διαγνωστικός ενδοσκοπικός υπέρηχος	Επεμβατικός ενδοσκοπικός υπέρηχος
Ανίχνευση και ιστολογική διάγνωση υποβλεννογόνιων βλαβών στον οισοφάγο, το στόμαχο και το δωδεκαδάκτυλο	Παροχέτευση ψευδοκύστης παγκρέατος ή αποστήματος πλησίον του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου
Σταδιοποίηση καρκίνου του οισοφάγου	Νευρόλυση κοιλιακού πλέγματος
Σταδιοποίηση καρκίνου του στομάχου	Απευθείας έγχυση με βελόνα θεραπευτικών ουσιών σε καρκίνο παγκρέατος (ραδιενεργά ή χημειοθεραπευτικά φάρμακα) ή γονιδιακών θεραπειών
Σταδιοποίηση μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα	Παροχέτευση αποφραγμένων χοληφόρων ή παγκρεατικού πόρου στις περιπτώσεις αποτυχίας της ERCP
Ιστολογική διάγνωση και σταδιοποίηση μαζών του μεσοθωρακίου	Στοχευμένη σκληροθεραπεία κιρσών οισοφάγου ή θόλου στομάχου
Διάγνωση και σταδιοποίηση καρκίνου του παγκρέατος	
Διάγνωση κυστικών βλαβών του παγκρέατος	
Ανίχνευση λίθων στη χοληδόχο κύστη και στα εξωηπατικά χοληφόρα	
Διάγνωση βλαβών στον αριστερό λοβό του ήπατος, στο αριστερό επινεφρίδιο και στο σπλήνα	
Διάγνωση πρώιμων κιρσών οισοφάγου ή θόλου	

Ελένη Φαλιάκου,
Γενική Χειρουργός, Εξειδικευμένη Χειρουργός Μαστού,
Ευρωκλινική Αθηνών

Όλα όσα θέλετε να γνωρίζετε **για τον καρκίνο του μαστού**

Πόσο συχνά εμφανίζεται ο καρκίνος του μαστού;

Μία στις 12 γυναίκες στην Ευρώπη και μία στις 8 γυναίκες στις ΗΠΑ θα αναπτύξουν καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ο κίνδυνος είναι πολύ μικρός για γυναίκες κάτω των 30 ετών και αυξάνεται με την ηλικία.
Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο εμφανίζονται περίπου 4.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, ενώ περίπου 1.500 Ελληνίδες πεθαίνουν ετησίως από τη νόσο.
Μεγαλύτερος κίνδυνος παρατηρείται στις ηλικίες μεταξύ 40 και 55 ετών, δηλαδή στην πλησιέστερη ηλικία στην εμμηνόπαυση, ύστερα από την οποία η αύξηση εξακολουθεί αλλά με βραδύτερους ρυθμούς.

Είναι κάθε αλλαγή στο στήθος ύποπτη για κακοήθεια;

Οι μαστοί μεταβάλλονται από την εφηβεία μέχρι την εμμηνόπαυση. Όλες οι γυναίκες μπορεί να βιώσετε μεταβολές στους μαστούς σας σε διάφορες περιόδους της ζωής σας. Το ευχάριστο είναι ότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι μεταβολές αυτές είναι φυσιολογικές και δεν υποκρύπτουν κακοήθεια. Περίπου μία στις πέντε γυναίκες θα αναπτύξει καλοήθεις μεταβολές στη διάρκεια της ζωής της, που είναι δύο φορές πιο πιθανές από τον καρκίνο μαστού.
Υπάρχουν πολλές καλοήθεις παθήσεις-μεταβολές των μαστών, από τη μαστωδυνία μέχρι το έκκριμμα από τη θηλή ή την ύπαρξη πυκνών μαστών με περιοχές οζώδεις.
Ένα ογκίδιο ή μια πυκνή περιοχή στο μαστό δεν είναι πάντα καρκίνος. Μάλιστα, είναι πιο πιθανό να είναι ένα καλόηθες ογκίδιο (π.χ., ινοαδένωμα, ινολίπωμα, λίπωμα, κύστη). Έτσι, στη δεκαετία των 20-30, είναι πιο πιθανό ένα νέο ογκίδιο να είναι ινοαδένωμα, στις δεκαετίες 30 με 50 να είναι κύστη, ενώ ένα νέο ογκίδιο σε μια γυναίκα πάνω από πενήντα ετών είναι στατιστικά πιο πιθανό να είναι καρκίνος. Εάν εντοπίσετε όμως κάποια παρόμοια μεταβολή, είναι πιο ασφαλές για σας να επικοινωνήσετε άμεσα με το γιατρό σας, που θα σας υποβάλει στις απαραίτητες εξετάσεις για να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο της κακοήθειας.

Τι προκαλεί καρκίνο του μαστού; Πώς μπορούμε να προστατευθούμε από αυτόν;

Δυστυχώς, δεν γνωρίζουμε ακριβώς τι προκαλεί καρκίνο στο μαστό.
Μερικά από τα πράγματα που εμείς μπορούμε κάνουμε για να μειώσουμε τις πιθανότητες να αναπτύξουμε καρκίνο μαστού είναι:

1. **Να μην πίνουμε πάνω από ένα αλκοολούχο ποτό την ημέρα.**
2. **Να μην είμαστε υπέρβαρες μετά την εμμηνόπαυση.**
3. **Να αποφεύγουμε τη λήψη αντισυλληπτικών για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των πέντε χρόνων.**
4. **Να αποφεύγουμε την ορμονοθεραπεία για διάστημα μεγαλύτερο των πέντε ετών μετά τα πενήντα.**

Τι πρέπει να κάνουμε ώστε να μην καθυστερήσει η διάγνωση ενός προβλήματος στο μαστό;

Αυτοεξέταση κάθε μήνα, την 7-10η ημέρα κύκλου, από την ηλικία των είκοσι και μετά και για όσο διάστημα έχετε περίοδο. Εάν είστε στην εμμηνόπαυση, επιλέξτε μία σταθερή ημέρα το μήνα. Να υποβάλλεσθε σε ψηλάφηση των μαστών από εξειδικευμένο γιατρό κάθε τρία χρόνια από την ηλικία των είκοσι μέχρι την ηλικία των σαράντα ετών και κάθε χρόνο μετά τα σαράντα.

Να επισκεφθείτε άμεσα τον ειδικό εάν διαπιστώσετε:

- Ψηλαφητό ογκίδιο
- Αλλαγή στο σχήμα του μαστού
- Αλλαγή στην υφή του μαστού
- Αλλαγή στο δέρμα
- Αλλαγή στη θηλή
- Έκκριμα από τη θηλή

Το πιο σημαντικό βήμα όμως είναι να κάνουμε προληπτική μαστογραφία.

Η μαστογραφία μπορεί να διαγνώσει ένα ογκίδιο μαστού πολύ πριν αυτό γίνει ψηλαφητό. Όταν μια γυναίκα ψηλαφά ένα ογκίδιο στο μαστό της, αυτό είναι κατά μέσο όρο περίπου 2 εκατοστά, ενώ η μαστογραφία μπορεί να διαγνώσει ακόμη και ογκίδια μόλις λίγων χιλιοστών.

Προτείνεται η προληπτική μαστογραφία, δηλαδή η μαστογραφία σε μια γυναίκα που δεν έχει κανένα πρόβλημα να γίνεται για πρώτη φορά σε ηλικία 35-40 ετών, αποτελεί μαστογραφία αναφοράς για σύγκριση στο μέλλον και πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο μετά την ηλικία των 40.

Σήμερα, σε κάθε γυναίκα συνιστάται να συνεχίζει να κάνει ετήσιες μαστογραφίες, εφόσον είναι σε καλή γενική κατάσταση και μπορεί να επισκεφθεί το Κέντρο Μαστού για να κάνει τη μαστογραφία της. Εάν έχει βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, θα πρέπει ο τακτικός έλεγχος, κλινικός και μαστογραφικός, να αρχίσει τουλάχιστον δέκα χρόνια νωρίτερα από την ηλικία της συγγενούς της που είχε καρκίνο μαστού. Οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό πρέπει να υποβάλλονται επίσης σε υπερηχογράφημα και μαγνητική τομογραφία μαστών.

Σήμερα, με τους σύγχρονους ψηφιακούς μαστογράφους, δεχόμαστε 30 με 50% λιγότερη ακτινοβολία. Η ψηφιακή μαστογραφία ενδείκνυται ιδιαίτερα σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που έχουν πυκνούς μαστούς αλλά και σε μεγαλύτερες γυναίκες με πυκνούς μαστούς. Έχει μεγαλύτερη διαγνωστική ακρίβεια και αναδεικνύει καλύτερα τις αποτιτανώσεις, εάν αυτές υπάρχουν.

Σήμερα, με τους σύγχρονους ψηφιακούς μαστογράφους δεχόμαστε 30 με 50% λιγότερη ακτινοβολία.

Πόσο με εξασφαλίζει η μαστογραφία; Χρειάζονται άλλες εξετάσεις;

Η μαστογραφία είναι πολύτιμη και αποτελεί την πιο σημαντική εξέταση για την εκτίμηση ενός προβλήματος στο μαστό, καθώς και την κύρια εξέταση του προληπτικού ελέγχου. Η ποιότητα της μαστογραφίας έχει εξαιρετική σημασία στην ικανότητα διάγνωσης ενός προβλήματος στο μαστό. Πρέπει να γίνεται τεχνικά σωστά και να ερμηνεύεται από ακτινοδιαγνωστή με πείρα.
Πρέπει να γνωρίζουμε, όμως, ότι ένα ποσοστό 8-12% περίπου των καρκίνων του μαστού, παρά τις άριστες συνθήκες τεχνικής και μηχανήματος, δεν απεικονίζονται στη μαστογραφία.
Η κλινική εξέταση από εξειδικευμένο γιατρό, σε συνδυασμό με τη μαστογραφία και το υπερηχογράφημα μαστών, ιδιαίτερα σε νεότερες γυναίκες με πυκνούς μαστούς, αυξάνουν την ικανότητά ορθής διάγνωσης στο 98-99%. Σε ορισμένες περιπτώσεις, και κυρίως σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού, η μαγνητική τομογραφία προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες.
Σήμερα, διαγνωστικές τεχνικές, όπως η παρακέντηση διά λεπτής βελόνης (FNA) και η διαδερμική βιοψία κόπτουσας βελόνης (Core biopsy), μας δίνουν τη δυνατότητα λήψης ιστού από τη βλάβη. Στις περιπτώσεις που η βλάβη είναι μικρή και δεν είναι ψηλαφητή, η λήψη γίνεται με υπερηχογραφική καθοδήγηση. Τεχνικές, επίσης, στερεοτακτικής βιοψίας με τη βοήθεια του μαστογράφου μάς επιτρέπουν να παίρνουμε ιστό από περιοχές ύποπτες, μη ψηλαφητές, καθώς και από περιοχές με αποτιτανώσεις στο μαστό για ιστολογική διάγνωση. Επίσης, διαγνωστικές μέθοδοι, όπως η βιοψία με τη χρήση του mammotome, μας επιτρέπουν να έχουμε ιστολογική επιβεβαίωση μιας καλοήθους βλάβης αποφεύγοντας σε αρκετές περιπτώσεις μη αναγκαίες χειρουργικές επεμβάσεις. Σε άλλες περιπτώσεις, μάλιστα, μας επιτρέπουν να έχουμε προεγχειρητική διάγνωση, ώστε να προγραμματίσουμε σωστά ένα ογκολογικό χειρουργείο.

Κινδυνεύω από την ακτινοβολία της μαστογραφίας;

Η ακτινοβολία από τη μαστογραφία είναι πολύ χαμηλή, ενώ το όφελος που έχει μια γυναίκα από πρώιμη διάγνωση ενός καρκίνου μαστού είναι ανυπολόγιστο.
Ειδικά η ψηφιακή μαστογραφία σήμερα έχει 30%-50% λιγότερη ακτινοβολία από τη συμβατική μαστογραφία.
Η κοσμική ακτινοβολία στην οποία εκτίθεται μια γυναίκα που κάνει ένα υπερατλαντικό ταξίδι είναι πολλαπλάσια αυτής που παίρνει από μια μαστογραφία. Εάν 2 εκατομμύρια γυναίκες (>50 ετών) υποβάλλονταν σε μαστογραφία κάθε χρόνο για 10 χρόνια, θα προέκυπτε ένας καρκίνος μαστού/χρόνο μετά τα 10 χρόνια.

Υπάρχει κληρονομικότητα στον καρκίνο του μαστού;

Ναι, ένα ποσοστό 5-10% των καρκίνων του μαστού και 10% των καρκίνων των ωοθηκών έχουν συνδεθεί με την ύπαρξη δύο ογκογονιδίων (BRCA1 και BRCA2) που είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξη καρκίνου στο μαστό και στις ωοθήκες.
Το ογκογονίδιο BRCA1 ανακαλύφθηκε το 1990 και το BRCA2 το 1994.
Ενώ η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού στον γενικό πληθυσμό είναι περίπου 12% (120 σε κάθε 1000 γυναίκες), η πιθανότητα των γυναικών-φορέων του ογκογονιδίου να αναπτύξουν καρκίνο μαστού κυμαίνεται από 50-85% (500-850 σε κάθε 1000 γυναίκες) μέχρι την ηλικία των 70 ετών. Επίσης, η πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο ωοθηκών κυμαίνεται από 6-50% μέχρι την ηλικία των 70 ετών.

Στοιχεία από το κληρονομικό ιστορικό που γεννούν την υποψία ότι μια γυναίκα ειναι φορέας των γονιδίων είναι η ύπαρξη:
1) δύο ή περισσότερων συγγενών πρώτου βαθμού με καρκίνο μαστού,
2) ενός συγγενούς πρώτου βαθμού με διάγνωση της νόσου σε νέα ηλικία (κάτω των σαράντα),
3) οικογενειακού ιστορικού καρκίνου μαστού και ωοθηκών,
4) συγγενούς με αμφοτερόπλευρο καρκίνο μαστού,
5) καρκίνου μαστού σε άρρενα συγγενή.

Η πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, που επιτυγχάνεται με τον προληπτικό έλεγχο, έχει συντελέσει στη μείωση της θνητότητας.

Πώς μπορώ να μάθω εάν έχω την κληρονομική προδιάθεση να εμφανίσω καρκίνου του μαστού;

Με μια ειδική εξέταση αίματος. Το Κέντρο Μαστού διαθέτει επίσης ειδικό κλινικό γενετιστή που μπορεί να σας συμβουλεύσει από κοινού με τους κλινικούς ιατρούς και να εκτιμήσει την πιθανότητα να έχετε κληρονομήσει τα ογκογονίδια, μελετώντας το γενεαλογικό σας δένδρο. Οι καρκίνοι που έχουν αναπτυχθεί στις οικογένειες γυναικών υψηλού κινδύνου μπορεί να οφείλονται σε μεταλλάξεις αυτών των γονιδίων. **Μια γυναίκα ή ένας άνδρας που είναι φορείς των γονιδίων αυτών έχουν μοιρασμένες πιθανότητες να κληροδοτήσουν το γονίδιο αυτό στα παιδιά τους.** Οι γυναίκες που φέρουν μετάλλαξη σε αυτά τα γονίδια μπαίνουν σε ένα εντατικό πρόγραμμα παρακολούθησης, που περιλαμβάνει πέραν του μαστογραφικού ελέγχου και υπερηχογράφημα μαστών και μαγνητική τομογραφία μαστών. Παράλληλα, ενημερώνονται για άλλες μεθόδους προστασίας τους, όπως η προφυλακτική μαστεκτομή με αποκατάσταση και η προφυλακτική ωοθηκεκτομή.

Ποια είναι τα πλέον χαρακτηριστικά λάθη που κάνουν οι γυναίκες;

Το πιο συχνό λάθος που κάνουν οι γυναίκες είναι να αποφεύγουν να κάνουν μαστογραφία από φόβο μήπως ανακαλύψουν καρκίνο μαστού. Παρ' ότι είναι ανθρώπινο και κατανοητό, ωστόσο παραμένει ένα μεγάλο λάθος, γιατί σήμερα **η πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, που επιτυγχάνεται με τον προληπτικό έλεγχο, έχει συντελέσει στη μείωση της θνητότητας των γυναικών με καρκίνο του μαστού.** Πλέον, μια τέτοια διάγνωση έχει πάψει να φαίνεται σαν καταδικαστική ποινή, αφού, έπειτα από αποτελεσματική θεραπεία, μια γυναίκα μπορεί να επιστρέψει και πάλι ενεργά στην κοινωνία.

Ιωάννης Γ. Κακλαμάνος,
Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Χειρουργός Ογκολόγος, Χειρουργός Μαστού, Ευρωκλινική Αθηνών

Νέοι ορίζοντες στην αντιμετώπιση του **Καρκίνου του Μαστού**

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μία από τις πλέον συχνές μορφές καρκίνου στις γυναίκες. Υπολογίζεται ότι στις χώρες της δυτικής Ευρώπης και της βόρειας Αμερικής μία στις 12 γυναίκες θα νοσήσει από κάποια μορφή καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Τα ποσοστά στην Ελλάδα είναι ανάλογα. Από το σύνολο των γυναικών που θα νοσήσουν, περισσότερες από τις μισές θα θεραπευθούν πλήρως.

Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση αποτελούν βασικούς στόχους στον αγώνα κατά της νόσου. Από τη στιγμή που μια γυναίκα διαγιγνώσκεται με καρκίνο του μαστού, σημαντικότεροι παράγοντες για την επιτυχή έκβαση είναι η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας και ο λεπτομερής σχεδιασμός της.

Πρώτο βήμα, μετά τη διάγνωση, είναι ο πλήρης έλεγχος για τον προσδιορισμό του σταδίου στο οποίο βρίσκεται η νόσος. Με τις νέες μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης που εφαρμόζονται σήμερα, οι περισσότερες ασθενείς που βρίσκονται στα πρώτα στάδια της νόσου έχουν πολύ μεγάλες πιθανότητες πλήρους θεραπείας.

Η αφαίρεση του όγκου με χειρουργική επέμβαση αποτελεί τη βασική θεραπεία του καρκίνου του μαστού. **Οι επεμβάσεις που εφαρμόζονται σήμερα είναι η μαστεκτομή και η τοπική εκτομή του όγκου (μερική μαστεκτομή), η οποία συνήθως συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία.** Όπως είναι προφανές, η τοπική εκτομή του όγκου έχει το πλεονέκτημα της διατήρησης του μαστού και της αποφυγής της μαστεκτομής με όλα τα θετικά επακόλουθα όσον αφορά στην ψυχολογία και στην ποιότητα ζωής της γυναίκας. Έχει αποδειχθεί ότι τα αποτελέσματα της τοπικής εκτομής, όπου αυτή ενδείκνυται, είναι εφάμιλλα της μαστεκτομής. Σήμερα, με προσεκτικό σχεδιασμό της θεραπείας, είναι δυνατή η διατήρηση του μαστού στο 70% των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο. Κατά την επέμβαση αφαιρείται ο όγκος μαζί με σημαντική ποσότητα υγιούς ιστού. Η πλήρης αφαίρεση του όγκου ελέγχεται με διάφορες μεθόδους κατά τη διάρκεια της επέμβασης. **Η επέμβαση αυτή συνδυάζεται με την ογκοπλαστική, την πλήρωση δηλαδή του κενού που δημιουργείται με γύρω ιστούς, ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αισθητικό αποτέλεσμα.**

Για ένα ποσοστό γυναικών, καταλληλότερη επέμβαση θεωρείται η μαστεκτομή. Η μαστεκτομή συνιστάται σε γυναίκες με μεγαλύτερους όγκους και μικρό στήθος, στις περιπτώσεις που υπάρχουν δύο όγκοι ή άλλες ύποπτες περιοχές στο ίδιο στήθος ή όταν η γυναίκα δεν μπορεί να υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία μετά την επέμβαση.

Όλες οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή μπορούν να προχωρήσουν σε πλαστική αποκατάσταση του στήθους τους. Η άμεση αποκατάσταση του στήθους στον ίδιο χρόνο με την επέμβαση της μαστεκτομής είναι μια δόκιμη μέθοδος. Μάλιστα, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι δεν επηρεάζει την περαιτέρω θεραπεία ή την επιβίωση της γυναίκας. Αυτός ο τρόπος αποκατάστασης πρέπει να προσφέρεται πάντα, ιδίως στις νέες σε ηλικία ασθενείς, διότι φαίνεται ότι περιορίζει τα προβλήματα που συχνά παρατηρούνται μετεγχειρητικά σ' ό,τι αφορά την ποιότητα ζωής τους (άγχος για τη σωματική εικόνα, διαταραχές στη σεξουαλική ζωή κ.λπ.). Ο τρόπος αποκατάστασης, από τεχνικής πλευράς, προσαρμόζεται στις ανατομικές ιδιαιτερότητες κάθε γυναίκας, καθώς και στη στρατηγική της μετεγχειρητικής θεραπείας (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία).

Η καθυστερημένη αποκατάσταση, επίσης, εφαρμόζεται με επιτυχία. Απευθύνεται κυρίως σε γυναίκες που χρειάζονται χρόνο για να αποφασίσουν εάν πραγματικά τη θέλουν ή στην περίπτωση που υπάρχουν άλλες τεχνικές ιδιαιτερότητες. **Η σημαντικότερη εξέλιξη των τελευταίων χρόνων στη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι η εφαρμογή της μεθόδου του «λεμφαδένα φρουρού» (sentinel node).** Η μέθοδος αυτή συνίσταται στην ανεύρεση του λεμφαδένα, ο οποίος παροχετεύει τη λέμφο από την περιοχή του όγκου, εφαρμόζοντας μια ιδιαίτερη τεχνική ραδιοϊσοτόπων. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνουμε αν καρκινικά κύτταρα έχουν προχωρήσει προς την περιοχή της μασχάλης, οπότε και

Όλες οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή μπορούν να προχωρήσουν σε πλαστική αποκατάσταση του στήθους τους.

απαιτείται πλήρης λεμφαδενικός καθαρισμός. Σήμερα, με τη μέθοδο αυτή, αποφεύγεται ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης στις περισσότερες γυναίκες, ο οποίος προκαλεί επιπλοκές, όπως οίδημα στο χέρι, πόνο, δυσκινησία κ.λπ. Αυτή η μέθοδος πρέπει να εφαρμόζεται στην πλειοψηφία των γυναικών. Απαιτεί, όμως, ειδική εκπαίδευση και άρτια τεχνική κατάρτιση από την πλευρά του χειρουργού. Έρευνα των τελευταίων χρόνων έχει προσφέρει δυνατότητες νέων θεραπειών, που, όταν συνδυάζονται με τη χειρουργική θεραπεία, βελτιώνουν τα αποτελέσματα.

Συγκεκριμένα:

• Ανάπτυξη νέων μοριακών μεθόδων για την ακριβέστερη ταυτοποίηση των όγκων, ώστε να είναι δυνατή η πλέον αποτελεσματική θεραπεία. Η αποτύπωση, π.χ., του μοριακού και γενετικού προφίλ του όγκου θα επιτρέψει την εφαρμογή στοχευμένων θεραπειών που θα απευθύνονται όχι γενικά στον καρκίνο του συγκεκριμένου ιστολογικού τύπου, όπως γίνεται σήμερα, αλλά στον συγκεκριμένο καρκίνο του συγκεκριμένου ασθενούς.

• Ανακάλυψη νέων φαρμάκων, τα οποία, εκτός της βασικής θεραπείας μέσω της χειρουργικής επέμβασης και εφόσον η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία χρειάζονται, θα δρουν κατά συγκεκριμένων μοριακών χαρακτηριστικών του νεοπλάσματος, αυξάνοντας την πιθανότητα ίασης. Προσφάτως, παρόμοια φάρμακα άρχισαν ήδη να χρησιμοποιούνται.

• Εφαρμογή ακτινοθεραπευτικών τεχνικών, οι οποίες θα αποδίδουν τη μικρότερη δυνατή δόση ραδιενέργειας, επιτυγχάνοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα χωρίς να παραβλάπτονται οι γύρω υγιείς ιστοί. Τέτοιες μέθοδοι είναι η IMRT (Intensity Modulated Radiation Treatment), που ήδη εφαρμόζεται, και η βραχυθεραπεία (τοπική εφαρμογή ακτινοθεραπείας στην περιοχή του όγκου), η οποία βρίσκεται στο στάδιο της έρευνας. Όλες οι θεραπευτικές μέθοδοι, που αναφέρθηκαν παραπάνω, εφαρμόζονται στα σύγχρονα κέντρα μαστού από πολυεπιστημονικές ομάδες που περιλαμβάνουν χειρουργό μαστού, παθολόγο-ογκολόγο, ακτινολόγο, ακτινοθεραπευτή, πλαστικό χειρουργό, γενετιστή και ψυχολόγο. Η ομάδα αυτή συνεργάζεται για την επίτευξη του καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος.

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

Μικροχειρουργική **αποκατάσταση μαστού**

Η χειρουργική αποκατάσταση μαστού έχει ως σκοπό να επαναφέρει τη γυναίκα σε παρόμοια κατάσταση με εκείνη στην οποία βρισκόταν πριν από την επέμβαση της μαστεκτομής για καρκίνο του μαστού. Η επανορθωτική επέμβαση μπορεί να γίνει είτε άμεσα (μαζί με τη μαστεκτομή) είτε αργότερα (όποτε η γυναίκα επιθυμεί).

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για την αποκατάσταση του μαστού, αλλά δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η μικροχειρουργική αποκατάσταση που χρησιμοποιεί μόνο ιστούς από το ίδιο μας το σώμα είναι το **gold standard.**
Οι μικροχειρουργικές τεχνικές έφεραν επανάσταση στην πλαστική χειρουργική του μαστού όταν άρχισαν να χρησιμοποιούνται ευρέως πριν από 20-25 χρόνια.
Η μικροχειρουργική περιλαμβάνει τη μεταφορά ιστών μαζί με τα αγγεία τους από ένα σημείο του σώματος σε ένα άλλο. Ο ιστός και τα αγγεία επανασυνδέονται στην καινούρια περιοχή με το μικροσκόπιο. Αυτές οι τεχνικές μάς δίνουν τη δυνατότητα, **με μία επέμβαση και με τη χρήση ιστών** (δέρμα, λίπος, μερικές φορές μυς) **από την κοιλιά, τους μηρούς ή τους γλουτούς, να δημιουργήσουμε καινούριο στήθος χωρίς ενθέματα σιλικόνης.**
Τα τελευταία δέκα χρόνια, στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Ευρώπη, η τάση είναι όλο και περισσότερες γυναίκες να επιλέγουν αυτόν τον τρόπο αποκατάστασης του μαστού, γιατί έχει αρκετά πλεονεκτήματα και σχετικά λίγα μειονεκτήματα.

Τα βασικά πλεονεκτήματα συνοψίζονται στο ότι:

1) Χρησιμοποιούνται ιστοί από το σώμα μας (αυτολόγος).
2) Ο νέος μαστός έχει πιο φυσιολογική υφή, όψη και σχήμα.
3) Χρειάζεται μόνο ένα χειρουργείο.
4) Αποφεύγουμε τη χρησιμοποίηση σιλικόνης ή άλλων ενθεμάτων.

Από την άλλη πλευρά, τα μειονεκτήματα περιορίζονται στα εξής:

1) Μεγάλη διάρκεια χειρουργείου (4-6 ώρες).
2) Πέντε ημέρες παραμονή στο νοσοκομείο.
3) Δημιουργία ουλής σε άλλο μέρος του σώματος (κοιλιά, γλουτούς, μηρούς).

Η κλασική μέθοδος, όπως αρχικά είχε περιγραφεί, περιλάμβανε τη χρησιμοποίηση δέρματος, λίπους και ενός μυός από το κοιλιακό τοίχωμα (TRAM flap, κρημνός). Στο τέλος, στην κοιλιά έμενε μια ουλή παρόμοια με αυτήν που μένει μετά από πλαστική κοιλιάς. Επειδή, όμως, μαζί με το δέρμα και το λίπος μεταφέραμε στον καινούριο μαστό και τον ορθό κοιλιακό μυ, πολλές φορές δημιουργούνταν προβλήματα στο κοιλιακό τοίχωμα (δότρια περιοχή). Τώρα πια έχουμε τη δυνατότητα να παίρνουμε μόνο το δέρμα και το λίπος της κάτω κοιλιακής χώρας (spare tyre το λένε οι Αγγλοσάξονες) αφήνοντας πίσω άθικτους τους μυς του κοιλιακού τοιχώματος. Το αποτέλεσμα είναι μια ουλή ακριβώς ίδια με αυτήν που έχουν γυναίκες που υποβλήθηκαν σε κοιλιοπλαστική (tummy tuck), χωρίς καμία αδυναμία στο κοιλιακό τοίχωμα.

Οι μικροχειρουργικές τεχνικές έχουν φέρει επανάσταση στην πλαστική χειρουργική του μαστού.

Για να επαναιματώσουμε τους ιστούς στη νέα τους θέση, αφού δημιουργήσουμε το μαστό, ενώνουμε τα μικρά διατιτραίνοντα αγγεία (perforator vessels) με αγγεία στη μασχάλη ή πίσω από το στέρνο. Αυτός είναι ο ελεύθερος κρημνός της εν τω βάθει κάτω υπογαστρίας διατιτραινούσης αρτηρίας (DIEP flap για τους Αγγλοσάξονες). Η επαναιμάτωση των ιστών στη νέα τους θέση γίνεται συνδέοντας τις μικρές αρτηρίες και φλέβες με τη χρήση μικροχειρουργικών μεθόδων και μικροσκοπίου. Αν δεν υπάρχει «ρεζέρβα» στην κοιλιά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ιστός από τους γλουτούς ή από την εσωτερική επιφάνεια των μηρών. Η τεχνική μεταφοράς και επαναιμάτωσης των ιστών είναι παρόμοια με αυτήν που περιγράφεται πιο πάνω. Τα βασικά «μειονεκτήματα» αυτών των επεμβάσεων είναι ότι διαρκούν πολλές ώρες (από 4 έως 6) και ότι **είναι απαραίτητο η ασθενής να μην έχει άλλα σοβαρά προβλήματα υγείας.** Η μεγάλη υπεροχή αυτών των επεμβάσεων σε ασθενείς που πληρούν όλα τα προεγχειρητικά κριτήρια αποδεικνύεται από πολλές επιστημονικές μελέτες που έχουν δημοσιευθεί τα τελευταία χρόνια σε έγκριτα περιοδικά. Παράλληλα, με το πέρασμα του χρόνου έχουν βελτιωθεί σημαντικά οι μικροχειρουργικές τεχνικές, με αποτέλεσμα να έχουμε πλέον δυνατότητα επιτυχίας ακόμη και σε αγγεία 1-2 χιλιοστών.
Τέλος, είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι οι παραπάνω τεχνικές πρέπει να εφαρμόζονται μόνο από εξειδικευμένους πλαστικούς χειρουργούς που έχουν σημαντική εμπειρία στις παραπάνω επεμβάσεις, ώστε να έχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Μανώλης Μάνεσης,
Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας,
Διευθυντής Ηπατολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών

Ιογενείς ηπατίτιδες
A, B, C, D, E

Ηπατίτιδα σημαίνει φλεγμονή του ήπατος, δηλαδή του συκωτιού. Στον τίτλο του άρθρου χρησιμοποιήθηκε η λέξη «ιογενείς» για να δειχθεί ότι η αιτία της φλεγμονής στην οποία θα αναφερθούμε δεν οφείλεται σε μόλυνση από κοινά μικρόβια, τοξίνες, φάρμακα ή άλλα παρόμοια αίτια, αλλά σε ιούς.

Υπάρχουν ιοί, όπως ο κυτταρομεγαλοϊός ή ο ιός Epstein-Barr της λοιμώδους μονοπυρήνωσης, που δεν έχουν κύριο στόχο τους το ήπαρ, αλλά το προσβάλλουν παροδικά, μιμούμενοι την εικόνα οξείας ηπατίτιδας. Στο άρθρο αυτό δεν θα αναφερθούμε σε ηπατιτιδομιμητικούς ιούς, που είναι πολλοί, αλλά σε ιούς που έχουν κύριο στόχο το ήπαρ και ελάχιστα ή καθόλου άλλα όργανα – τουλάχιστον στην αρχική φάση της λοίμωξης. Πρόκειται για τους καθαυτό ιούς της ιογενούς ηπατίτιδας, που είναι γνωστοί με τα κεφαλαία γράμματα του λατινικού αλφαβήτου (A, B, C, D και E). Ξεκινώντας την αλφαβητική σειρά, θα αναφερθούμε σ' αυτούς ανάλογα με τη σειρά σπουδαιότητας.

Οι «αδρανείς φορείς» αποτελούν το 60-70% των ατόμων με χρόνια λοίμωξη με τον ιό ηπατίτιδας Β στην Ελλάδα. Αυτοί δεν χρειάζονται θεραπεία, αλλά συνεχή παρακολούθηση.

Ηπατίτιδα **Β**

Ο ιός της ηπατίτιδας Β θα αναφερθεί πρώτος γιατί έχει ιδιαίτερη σημασία για τον τόπο μας. **Η Ελλάδα είναι μία από τις ευρωπαϊκές χώρες με τον υψηλότερο επιπολασμό, με τη μεγαλύτερη, δηλαδή, συχνότητα της χρόνιας λοίμωξης στον γενικό πληθυσμό.** Όμως, με την αναγνώριση της νόσου, των λεπτομερειών μετάδοσης και τη διάθεση ειδικού εμβολίου από τα μέσα της δεκαετίας του '80, ο επιπολασμός της λοίμωξης, όπως δείχνουν νεότερες μελέτες, έχει περιορισθεί πολύ, ιδίως όσον αφορά την «τροφοδοσία» της με νέα περιστατικά. Το πρόβλημα, όμως, εξακολουθεί να υπάρχει, διότι παραμένουν οι παλαιότεροι ασθενείς-φορείς της νόσου, πολλοί από τους οποίους, όπως θα αναφέρουμε παρακάτω, δεν γνωρίζουν καν ότι πάσχουν.

Ο ιός της ηπατίτιδας Β ανακαλύφθηκε από τον Αμερικανό γενετιστή Blumberg (βραβείο Νόμπελ Ιατρικής, 1976) κατά τη διάρκεια μελετών του σε νησιά του Ειρηνικού τη δεκαετία του '60. Ο Blumberg ανακάλυψε ένα νέο λεύκωμα, ένα «αντιγόνο» στο αίμα πολλών ιθαγενών, και αρχικά θεώρησε πως επρόκειτο για έναν καινούριο γενετικό παράγοντα. Το ονόμασε **«αυστραλιανό αντιγόνο»** από την περιοχή όπου διεξήγαγε την έρευνα. Μερικά χρόνια αργότερα διαπιστώθηκε ότι το «αυστραλιανό αντιγόνο» αποτελούσε το εξωτερικό περίβλημα ενός νέου ιού, του ιού ηπατίτιδας Β, που σχετιζόταν άμεσα με τη λοιμώδη ηπατίτιδα. Την ανακάλυψη του νέου ιού ακολούθησε ταχύτατα ένας «καταρράκτης» νέων ανακαλύψεων, που σχετίζονταν με τη διερεύνηση των βιολογικών χαρακτηριστικών του ιού και της στενής του σχέσης με την οξεία ή χρόνια ηπατίτιδα, την κίρρωση του ήπατος και τον ηπατοκυτταρικό καρκίνο.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι 350 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλον τον κόσμο είναι φορείς του ιού ηπατίτιδας Β και πολλοί περισσότεροι έχουν εργαστηριακές «ορολογικές» ενδείξεις φυσικής μόλυνσης από τον εν λόγω ιό, χωρίς όμως να νοσούν. Το μεγαλύτερο μέρος των φορέων του ιού ηπατίτιδας Β εντοπίζεται στην Κίνα, τη νοτιοανατολική Ασία, την κεντρική Αμερική και την Αφρική, ενώ η Βόρεια και η Νότια Αμερική, καθώς και η Βόρεια Ευρώπη, αντιμετωπίζουν μικρότερο πρόβλημα. Ο επιπολασμός της ηπατίτιδας Β είναι επίσης υψηλός σε χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, της ανατολικής Ευρώπης και σε χώρες της Βαλκανικής, όπως η Αλβανία, η Βουλγαρία, η Ρουμανία και η Μολδαβία. Αυτή η τελευταία αναφορά υπογραμμίζει το τρέχον πρόβλημα της αύξησης του επιπολασμού της ηπατίτιδας Β σε χώρες της δυτικής και βόρειας Ευρώπης εξαιτίας της μαζικής μετανάστευσης τα τελευταία χρόνια οικονομικών μεταναστών και προσφύγων που προέρχονται από χώρες υψηλού επιπολασμού.

Η θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας Β πρέπει οπωσδήποτε να γίνεται από ειδικό ηπατολόγο και όχι από οποιονδήποτε ιατρό.

Η μόλυνση με τον ιό ηπατίτιδας Β γίνεται με τρύπημα του δέρματος ή με κάποιον άλλον τρόπο (δίοδο) εισαγωγής μολυσμένου υλικού στον οργανισμό διά του δέρματος ή των βλεννογόνων. Επίσης, είναι δυνατή η σεξουαλική μετάδοση και αποτελεί τον κυριότερο τρόπο μόλυνσης σε περιοχές χαμηλού επιπολασμού. Αντίθετα, σε χώρες ενδιάμεσου επιπολασμού, όπως η Ελλάδα, ή υψηλού επιπολασμού, όπως οι χώρες της Ασίας και της Αφρικής, η ενδοοικογενειακή μετάδοση της νόσου κατέχει πρωτεύοντα ρόλο, όπως σημειώνουμε παρακάτω.

Η είσοδος του ιού στον οργανισμό προκαλεί στις περισσότερες περιπτώσεις οξεία ηπατίτιδα, η οποία γίνεται κλινικά αισθητή κυρίως στον ενήλικα και σπανιότερα στο παιδί. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση κίτρινης χρώσης σε δέρμα και μάτια (δηλαδή ίκτερο), καστανέρυθρο χρωματισμό των ούρων και γενικά συμπτώματα όπως ανορεξία, καταβολή δυνάμεων, ναυτία, αποστροφή προς το κάπνισμα κ.ά. Τα συμπτώματα αυτά δεν αφορούν μόνο στην οξεία ηπατίτιδα Β, αλλά μπορεί να συνοδεύουν οξεία ηπατίτιδα κάθε αιτίας.

Η οξεία ηπατίτιδα Β δεν οδηγεί πάντα σε χρόνια λοίμωξη. Κύριος παράγοντας χρονιότητας είναι η ηλικία.

Η μετάδοση της μόλυνσης στο έμβρυο κατά την εγκυμοσύνη είναι ασυνήθιστη. Ο πλακούντας εμποδίζει τη δίοδο των μολυσματικών σωματιδίων του ιού από τη μητέρα στο παιδί και η ενδομήτρια μόλυνση είναι δυνατόν να προκύψει μόνο σε περίπτωση υψηλής ιοφορίας της μητέρας – γεγονός ασυνήθιστο για χρόνια λοίμωξη με μεταλλαγμένο ιό, όπως απαντά σε Ελληνίδες μητέρες. Αν η μόλυνση του νεογνού συμβεί κατά τον τοκετό ή κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού, η κλινική εικόνα οξείας ηπατίτιδας που περιγράφηκε παραπάνω συνήθως απουσιάζει, αλλά το νεογνό γίνεται χρόνιος φορέας της νόσου, συχνά διά βίου, με πιθανότητα 90%. Αν η μόλυνση γίνει αργότερα, κατά την προσχολική ηλικία, η πιθανότητα χρόνιας φορείας του ιού είναι 20% και μειώνεται σε ποσοστά κάτω του 5% μετά την ηλικία των 12 ετών. Η εντυπωσιακή αυτή διαφορά χρονιότητας της νόσου οφείλεται κυρίως στην ανωριμότητα του ανοσολογικού συστήματος κατά την πρώτη παιδική ηλικία, η οποία επιτρέπει στον ιό να διαφεύγει χωρίς να αναγνωρίζεται ως ξένος για τον οργανισμό και να εξουδετερώνεται. Η «συνθήκη φιλίας» μεταξύ του ιού και του ανοσολογικού συστήματος δεν διαρκεί για πάντα. Ο ιός, με την πάροδο του χρόνου, συσσωρεύει μεταλλαγές, μερικές από τις οποίες τον καθιστούν περισσότερο αναγνωρίσιμο από το ανοσολογικό σύστημα του ασθενούς. Τότε τα κύτταρα άμυνας του οργανισμού αρχίζουν να «βλέπουν» χαρακτηριστικά του ιού να εκφράζονται στην επιφάνεια των μολυσμένων ηπατοκυττάρων και τους επιτίθενται καταστρέφοντάς τα ή παράγουν ειδικές ουσίες, τις κυτταροκίνες, που εισέρχονται στα κύτταρα και τα καθαρίζουν από τον ιό χωρίς να τα καταστρέφουν. Τα χρόνια που ακολουθούν χαρακτηρίζονται από μια δυναμική κατάσταση μεταξύ της άμυνας του οργανισμού και του ιού. Όταν η άμυνα υπερισχύει, τα επίπεδα του ιού στο αίμα είναι πολύ χαμηλά ή μη ανιχνεύσιμα και τα ηπατικά ένζυμα –και, μάλιστα, οι τρανσαμινάσες, που αυξάνονται

όταν υπάρχει καταστροφή ηπατικών κυττάρων– είναι φυσιολογικά. Η εικόνα αυτή μπορεί να διαρκέσει για βραχύ ή για μακρό διάστημα μηνών ή ετών. Στην τελευταία περίπτωση η εικόνα χαρακτηρίζει τον «αδρανή φορέα». Οι «αδρανείς φορείς» αποτελούν το 60-70% των ατόμων με χρόνια λοίμωξη με τον ιό ηπατίτιδας Β στην Ελλάδα. Αυτοί δεν χρειάζονται θεραπεία, ούτε κινδυνεύουν από ηπατικές επιπλοκές, όπως κίρρωση ή καρκίνο. Αντίθετα, εφόσον παραμένουν επί μακρόν «αδρανείς φορείς», έχουν πιθανότητα 1-2% ανά έτος να αρνητικοποιήσουν το αντιγόνο επιφάνειας του ιού, που χαρακτηρίζει τη χρόνια λοίμωξη, και να αναπτύξουν το αντίστοιχο προστατευτικό αντίσωμα. Έχουν, όμως, ανάγκη συνεχούς παρακολούθησης, γιατί η δυναμική ισορροπία μεταξύ ανοσολογικής άμυνας και ιού μπορεί ανά πάσα στιγμή να ανατραπεί υπέρ του ιού και ο ασθενής να χρειαστεί θεραπεία. Το υπόλοιπο 30-40% των ατόμων με χρόνια Β λοίμωξη παρουσιάζουν συνεχή ή διαλείπουσα υψηλή ιαιμία και αύξηση τρανσαμινασών. Σε βιοψία του ήπατος, τα άτομα αυτά εμφανίζουν εικόνα μέτριας ή έντονης φλεγμονής και διάφορα στάδια ηπατικής ίνωσης, που τελικά οδηγεί σε κίρρωση αν μείνει χωρίς θεραπεία.

Η κίρρωση του ήπατος δεν είναι ταυτόσημη με τον καρκίνο, όμως προδιαθέτει την ανάπτυξη ειδικά του ηπατοκυτταρικού καρκίνου σε ποσοστό 3-5% των ασθενών με Β κίρρωση ανά έτος. Επίσης, δεν αποτελεί την πιθανή τελική κατάληξη της χρόνιας ηπατίτιδας Β, αλλά αποτελεί τελικό αποτέλεσμα κάθε χρόνιας ιογενούς ηπατίτιδας ή άλλης χρόνιας ηπατικής βλάβης, εφόσον αυτή παραμείνει αθεράπευτη. Πρέπει να τονισθεί ιδιαιτέρως ότι η χρόνια ηπατίτιδα Β, όπως –περισσότερο ή λιγότερο– και οι άλλες χρόνιες ιογενείς ηπατίτιδες, είναι συνήθως ασυμπτωματική, δηλαδή διαδράμει επί χρόνια χωρίς ιδιαίτερα ενοχλήματα και κάνει συχνά εμφανή την παρουσία της με την εμφάνιση επιπλοκών ήδη εγκατεστημένης κίρρωσης, η οποία αναφέρθηκε παραπάνω, ή με την εμφάνιση ηπατοκυτταρικού καρκίνου. **Το γεγονός αυτό καθιστά επιτακτική την ανάγκη να πραγματοποιείται ιατρικός έλεγχος χωρίς αναβολή, ενώ κάθε άτομο με αυξημένες τρανσαμινάσες και οικογενειακό ιστορικό είτε κίρρωσης, είτε καρκίνου του ήπατος, είτε ανεύρεσης φορέα αντιγόνου ηπατίτιδας Β στο στενό οικογενειακό του περιβάλλον πρέπει να απευθύνεται σε ηπατολόγο ιατρό για ανάλογη διερεύνηση.** Αυτό αφορά και στα δύο φύλα, αλλά περισσότερο στους άνδρες, δεδομένου ότι η εξέλιξη προς χρόνια ηπατίτιδα Β είναι συχνότερη σ' αυτούς.

Η θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας Β πρέπει οπωσδήποτε να γίνεται από ειδικό ηπατολόγο και όχι από οποιονδήποτε ιατρό, διότι παρουσιάζει προβλήματα, μπορεί να έχει επιπλοκές και συχνά είναι μακρά. Τα υπάρχοντα φάρμακα παρουσιάζουν πλεονεκτήματα, αλλά και μειονεκτήματα. Γενικά η θεραπεία μπορεί να είναι συγκεκριμένης διάρκειας, όπως με τη χορήγηση ιντερφερόνης, ή να είναι μακρά, άγνωστης διάρκειας, με από του στόματος χορηγούμενα αντιικά. Στην ελληνική και τη διεθνή αγορά υπάρχουν ήδη τέσσερα ειδικά, από του στόματος χορηγούμενα αντιικά φάρμακα για την ηπατίτιδα Β. Είναι όλα καλώς ανεκτά, με λίγες μόνο παρενέργειες, τις οποίες όμως ο ιατρός πρέπει να γνωρίζει και να παρακολουθεί τον ασθενή εργαστηριακά κατά τη χορήγησή τους.

Υπό θεραπεία, και με καλή ανταπόκριση του ασθενούς, η

πρόγνωση είναι καλή. Η ηπατική φλεγμονή υποχωρεί και το ίδιο παρατηρείται, με βραδύτερο, όμως ρυθμό, στο βαθμό της ηπατικής ίνωσης. Ακόμη και η κίρρωση ήπατος, εφόσον δεν είναι ιδιαίτερα προχωρημένη, έχει βεβαιωθεί ότι υποχωρεί σε ελαφρότερα στάδια ίνωσης. Ο κίνδυνος, όμως, εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκίνου παραμένει, ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς με ήδη εγκατεστημένη κίρρωση. Για το λόγο αυτό, αυτοί πρέπει να παρακολουθούνται διά βίου, ακόμη και σε περίπτωση αρνητικοποίησης του αντιγόνου επιφανείας του ιού Β, αυτόματα ή έπειτα από επιτυχή θεραπεία.

Πρέπει, τέλος, να σημειωθεί ότι για την πρόληψη της ηπατίτιδας Β υπάρχει ειδικό εμβόλιο, που μπορεί να συντελέσει στον δραστικό περιορισμό της νόσου. Εφαρμόζεται στην Ελλάδα ήδη από το 1989. Χορηγείται στο νεογνό στην αίθουσα τοκετού μαζί με ειδικό αντιορό όταν η μητέρα είναι φορέας ηπατίτιδας Β. Αν όχι, η χορήγησή του συνιστάται να γίνεται κατά την προσχολική ηλικία. Εμβολιασμός έναντι της ηπατίτιδας Β συνιστάται επίσης στα μέλη της οικογένειας φορέα ιού Β και σε επαγγελματίες υγείας, εφόσον διαπιστωθεί ότι δεν έχουν προστατευτικά αντισώματα.

Ηπατίτιδα **C**

Είναι τελείως διαφορετικός ιός από τον προηγούμενο, αλλά, όπως κι εκείνος, προκαλεί χρόνια φλεγμονή που, αν δεν αντιμετωπισθεί με επιτυχή θεραπεία, μπορεί να οδηγήσει σε εγκατάσταση κίρρωσης ήπατος. Σε αντίθεση με τον ιό ηπατίτιδας Β, η οξεία λοίμωξη C σε παιδιά και ενήλικες δεν είναι κλινικά έκδηλη, δηλαδή σπάνια ακολουθείται από εμφάνιση ικτέρου, υπέρχρωση ούρων ή από τα γενικά συμπτώματα οξείας ηπατικής βλάβης που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Η οξεία ηπατίτιδα C γίνεται συνήθως τυχαία αντιληπτή και με εργαστηριακές εξετάσεις, που δείχνουν μεγάλη αύξηση τρανσαμινασών και παρουσία στο αίμα του ειδικού αντισώματος της νόσου (Anti-HCV), το οποίο πριν δεν υπήρχε. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονισθεί ότι η παρουσία θετικού Anti-HCV στο αίμα ενός ατόμου δεν σημαίνει υποχρεωτικά ότι το άτομο αυτό πάσχει από ενεργό ηπατίτιδα C. Το ίδιο αντίσωμα ανιχνεύεται διά βίου στο αίμα και των τυχερών εκείνων ατόμων που μολύνθηκαν μεν από τον ιό, αλλά ξεπέρασαν τη νόσο και διατηρούν σε όλη τους τη ζωή θετικό το ειδικό αντίσωμα ως μόνη μαρτυρία για την είσοδο του ιού στον οργανισμό τους. Η διάκριση μεταξύ ενεργής νόσου και απλής αντισωματικής αντίδρασης από παλαιά νόσηση γίνεται με την ανίχνευση του γονιδιώματος του ιού ηπατίτιδας C στο αίμα με τη βοήθεια εργαστηριακών τεχνικών νεότερης γενιάς, όπως είναι η λεγομένη «αντίδραση αλυσιδωτής πολυμεράσης» (γνωστή και ως ποσοτική ή ποιοτική PCR).

Όπως και με την ηπατίτιδα Β, η λοίμωξη με τον ιό C δεν μεταδίδεται με την απλή ή με μονογαμική σεξουαλική σχέση. Δεν χρειάζονται ειδικές προφυλάξεις πέραν των κανόνων βασικής υγιεινής σε περίπτωση που υπάρχει φορέας ηπατίτιδας C στο σπίτι ή στο στενό οικογενειακό περιβάλλον. Η πιθανότητα μετάδοσης της νόσου από τη μητέρα στο παιδί είναι πολύ μικρή και δεν συνιστάται καισαρική τομή, αλλά φυσιολογικός τοκετός κατά τη γέννηση.

Η ηπατίτιδα C αντιμετωπίζεται θεραπευτικά με μεγαλύτερη επιτυχία απ' ό,τι η χρόνια Β λοίμωξη. Στην περίπτωσή της μιλάμε για «εκρίζωση» της νόσου και όχι για απλή καταστολή του ιού, όπως στην ηπατίτιδα Β. Τα επόμενα χρόνια αναμένονται περισσότερα αντιικά φάρμακα ειδικά για την αναστολή πολλαπλασιασμού του ιού C. Η πλήρης αποθεραπεία από τη νόσο βεβαιώνεται με την απουσία ανίχνευσης του ιού ηπατίτιδας C στο αίμα έξι μήνες μετά το τέλος της θεραπείας.

Δεν υπάρχει ακόμη εμβόλιο για προφύλαξη από την ηπατίτιδα C. **Η εξέλιξή της είναι βραδεία τις πρώτες δεκαετίες νόσησης, αλλά επιταχύνεται σε ηλικιωμένα άτομα αν παραμείνει αθεράπευτη.** Ύστερα από εικοσαετή νόσηση, ένα άτομο με ηπατίτιδα C έχει πιθανότητα κίρρωσης σε ποσοστό 15% και για ολόκληρη τη ζωή του η πιθανότητα αυτή φτάνει έως το 30%. Παράγοντες που επιταχύνουν την πρόοδο της νόσου είναι η παχυσαρκία, η παρουσία αρρύθμιστου σακχαρώδους διαβήτη και η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, η οποία και απαγορεύεται πλήρως. Η ηπατίτιδα C προδιαθέτει σε λιπώδη εκφύλιση του ήπατος, σακχαρώδη διαβήτη και θυρεοειδοπάθεια.

Ηπατίτιδα **D**

Η ηπατίτιδα D αναφέρεται στη θέση αυτή όχι γιατί αποτελεί μεγάλο επιδημιολογικό πρόβλημα σήμερα, αλλά γιατί προκαλεί ηπατική βλάβη με ταχεία εξέλιξη και πολλές επιπλοκές.

Ο ιός της ηπατίτιδας D, ή ιός Δέλτα, ανακαλύφθηκε από Ιταλούς ερευνητές το 1976. Είναι μοναδικός στο ζωικό βασίλειο, παρόμοιος με ιούς που απαντούν μόνο στα φυτά. Η νόσος αφορά αποκλειστικά στο συκώτι και όχι σε άλλα όργανα. Ο ιός Δέλτα δεν μπορεί να επιζήσει μόνος του, αλλά χρησιμοποιεί τον βιολογικό μηχανισμό του ιού ηπατίτιδας Β για να διατηρήσει τη μολυσματική του ικανότητα. Πολλαπλασιάζεται μέσα σε ηπατικά κύτταρα ήδη μολυσμένα με τον ιό ηπατίτιδας Β και χρησιμοποιεί το εξωτερικό περίβλημα του ιού Β για να βγει από το κύτταρο και να μολύνει άλλα. Για το λόγο αυτό, η λοίμωξη με τον ιό D αφορά μόνο φορείς του ιού Β ή άτομα που μολύνονται για πρώτη φορά ταυτόχρονα και από τους δύο ιούς.

Στην Ελλάδα σήμερα η συχνότητα της νόσου περιορίζεται σε ποσοστό μικρότερο του 5% των φορέων ηπατίτιδας Β.

Μετά την επιπρόσθετη λοίμωξη με τον ιό D, η πορεία της ηπατίτιδας Β συνήθως επιταχύνεται. Παρά τη μικρή συχνότητα της νόσου στην Ελλάδα, σήμερα όλοι οι φορείς ηπατίτιδας Β πρέπει να ελέγχονται και για ηπατίτιδα Δέλτα.

Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει. Χορηγείται ιντερφερόνη σε υψηλές δόσεις και για όσο χρονικό διάστημα είναι ανεκτό από τον ασθενή. Χορηγούνται επίσης αντιικά φάρμακα ηπατίτιδας Β, τα οποία όμως δεν επηρεάζουν ιδιαίτερα τον ιό Δέλτα. Σε τελικού σταδίου κίρρωση D, γίνεται μεταμόσχευση ήπατος με πολύ καλά αποτελέσματα, δεδομένου ότι, μετά την πλήρη φαρμακευτική εξαφάνιση του ιού Β από το αίμα του ασθενούς, η Δέλτα λοίμωξη, καθώς και η ηπατίτιδα Β, δεν μολύνουν το ηπατικό μόσχευμα και ο ασθενής ζει φυσιολογική ζωή.

Υπάρχει ειδικό εμβόλιο υψηλής αποτελεσματικότητας για την προφύλαξη από την ηπατίτιδα Α, το οποίο συνιστάται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Ηπατίτιδα **A**

Η ηπατίτιδα Α είναι μια πολύ συνηθισμένη λοίμωξη σε χώρες με χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, δεδομένου ότι η εξάπλωσή της εξαρτάται από την κατάσταση των δικτύων αποχέτευσης και ύδρευσης, καθώς και από τις διαδικασίες παραγωγής, διακίνησης και συντήρησης τροφίμων. Η μόλυνση με τον ιό ηπατίτιδας Α ακολουθεί τη διαδρομή κόπρανα - στόμα, εξ ου και η στενή της σχέση με τη γενική κατάσταση υγιεινής του πληθυσμού.

Οι ενήλικες και όσα από τα παιδιά νοσήσουν εμφανίζουν κλινικά συμπτώματα οξείας ηπατίτιδας, που δεν διαφέρουν από εκείνα που ήδη περιγράψαμε για την ηπατίτιδα Β. Τα οξέα συμπτώματα συνήθως περιορίζονται μόνα τους μετά την πάροδο ολίγων ημερών, αν και η παράταση του ικτέρου σε ενήλικες είναι δυνατή για πολλές εβδομάδες. Η ηπατίτιδα Α, μετά την αποκατάσταση των ηπατικών ενζύμων, αφήνει στον ασθενή ανοσία διά βίου και δεν προκαλεί χρόνια νόσηση σε καμία περίπτωση. **Υπάρχει ειδικό εμβόλιο υψηλής αποτελεσματικότητας για την προφύλαξη από την ηπατίτιδα Α, το οποίο συνιστάται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και σε όσους πρόκειται να ταξιδέψουν σε χώρες της Αφρικής, νότιας και νοτιοανατολικής Ασίας ή στη Νότια Αμερική.**

Ηπατίτιδα **E**

Δεν υπάρχει στην Ελλάδα και η συχνότητά της στην Ευρώπη και στη Βόρεια Αμερική είναι πάρα πολύ μικρή. Η ηπατίτιδα Ε οφείλεται σε εντερικά μεταδιδόμενο ιό και ενδημεί στις Ινδίες, καθώς και σε χώρες της κεντρικής Ασίας και της κεντρικής Αμερικής. Η οξεία ηπατίτιδα που προκαλεί είναι εξαιρετικά βαριά για τις εγκύους, στις οποίες πολλές φορές παρουσιάζει ραγδαία εξέλιξη, οδηγώντας στο θάνατο. Δεν προκαλεί χρόνιο ηπατικό πρόβλημα.

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

ΔΕΛΤΙΟ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΟΥ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:..... Τ.Κ.:.....

ΠΕΡΙΟΧΗ: ..... ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΔΕΛΤΙΟ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΔΩΡΟ

ΔΩΡΟ ΑΠΟ:
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΠΡΟΣ:
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:..... Τ.Κ.:.....

ΠΕΡΙΟΧΗ: ..... ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Αφροδίτη Καπώνη,
Νευρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ηλεκτρομυογράφημα

Μια λειτουργική εξέταση για τη μελέτη του περιφερικού νευρικού συστήματος και των μυών

Το ηλεκτρομυογράφημα (ΗΜΓ) είναι μια παρακλινική εξέταση που συμπληρώνει περί τα 45 έτη ύπαρξης και η χρησιμότητά της παραμένει διαχρονική παρά την εμφάνιση αρκετών άλλων νεότερων και πλέον εντυπωσιακών παρακλινικών εξετάσεων, συμπεριλαμβανομένων της αξονικής και της μαγνητικής τομογραφίας.

Με το ΗΜΓ εκτιμάται η λειτουργία των περιφερικών νεύρων, δηλαδή των νεύρων του σώματος που βρίσκονται εκτός του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Αυτό σημαίνει ότι βλάβες οιασδήποτε φύσεως στον νωτιαίο μυελό ή τον εγκέφαλο δεν αναδεικνύουν χαρακτηριστικά παθολογικά ευρήματα κατά τον ηλεκτρομυογραφικό έλεγχο. Επιπλέον, με την εξέταση αυτή, εκτός των περιφερικών νεύρων, μελετάται και η λειτουργία των μυών και της νευρομυϊκής σύναψης, δηλαδή του σημείου όπου το νεύρο «ενώνεται» με το μυ.

Το ΗΜΓ αποτελείται από αρκετές επιμέρους εξετάσεις:

- το κυρίως ΗΜΓ,
- την κινητική ταχύτητα αγωγής νεύρων,
- την αισθητική ταχύτητα αγωγής νεύρων,
- το F-κύμα,
- το H-reflex,
- τη δοκιμασία επαναληπτικών ερεθισμών (Desmedt).

Με το σύνολο των παραπάνω εξετάσεων είναι δυνατόν ο χειριστής του μηχανήματος να ξεχωρίσει εάν μια παθολογική κλινική εκδήλωση οφείλεται σε βλάβη των περιφερικών νεύρων, των μυών ή της νευρομυϊκής σύναψης. Ακόμη, μπορεί να διευκρινίσει εάν πρόκειται για διάσπαρτη ή περιορισμένης έκτασης βλάβη, την ακριβή εντόπισή της, εάν είναι πρόσφατη ή παλαιότερη, τη βαρύτητά της και, κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις, τις πιθανότητες αλλά και το χρόνο αποκατάστασής της. Όλα αυτά απαιτούν ειδική εκπαίδευση και ιδιαίτερη εμπειρία εκ μέρους του νευρολόγου, δεδομένου ότι η εξέταση δεν είναι η ίδια σε κάθε ασθενή, αλλά προσαρμόζεται στις ανάγκες κάθε περιστατικού, στην υφιστάμενη διαφορική διάγνωση και στα ευρήματα που προκύπτουν κατά την εξέλιξη της εξέτασης. Είναι αρκετά συχνό το φαινόμενο ένα ΗΜΓ να ξεκινά με κάποιο σκεπτικό και, κατά τη διάρκεια της διερεύνησης, το σκεπτικό αυτό να αλλάζει αρκετές φορές ανάλογα με τα δεδομένα που προκύπτουν. Συνεπώς, πρέπει ο γιατρός, εκτός από άριστος γνώστης της τεχνικής της εξέτασης και της ανατομίας των περιφερικών νεύρων και των μυών, να είναι και ικανότατος κλινικός νευρολόγος με μεγάλη ευελιξία ως προς τη σκέψη. Γι' αυτόν το λόγο, οι έμπειροι διαγνώστες ηλεκτρομυογραφίας είναι λίγοι και περιζήτητοι. Συμπερασματικά, η εξέταση πρέπει να εκτελείται από γιατρό νευρολόγο και όχι από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων ή τεχνικούς, παρ' όλο που στο εξωτερικό υπάρχουν και τέτοιοι τεχνικοί που χρησιμοποιούνται υπό ιατρική επίβλεψη στα περιστατικά ρουτίνας.

Οι νεότερες συσκευές ηλεκτρομυογραφίας καθιστούν την εξαγωγή συμπερασμάτων σαφώς ευκολότερη από ό,τι στο παρελθόν, αν και τεχνικά δεν έχει προκύψει κάποια σημαντική αλλαγή με την παρέλευση των ετών. **Το Εργαστήριο Κλινικής Νευροφυσιολογίας της Ευρωκλινικής Αθηνών διαθέτει μια εξαιρετική συσκευή ηλεκτρομυογραφίας τελευταίας γενιάς, που προσφέρεται για λεπτομερή και αξιόπιστη μελέτη, μια συσκευή που χαίρεται κανείς να τη χειρίζεται.**

Το καθ' εαυτό ΗΜΓ εκτελείται με την τοποθέτηση ειδικών λεπτών βελονοειδών ηλεκτροδίων μέσα σε κάποιους μυς που επιλέγονται ανάλογα με τον διαγνωστικό στόχο. Με τα βελονοειδή αυτά ηλεκτρόδια μπορεί ο γιατρός να ξεχωρίσει εάν υπάρχει βλάβη στους ίδιους τους μυς ή στα νεύρα που τους «τροφοδοτούν», καθώς και άλλα στοιχεία που έχουν σχέση με το χρόνο από την εισβολή της βλάβης και τη βαρύτητά της. Η ταχύτητα αγωγής των νεύρων, κινητική και αισθητική, το F κύμα και το H-reflex εκτελούνται με την εφαρμογή ηλεκτρικών ερεθισμών πάνω σε νευρικούς κορμούς. Επίσης, η καταγραφή

Οι νεότερες συσκευές ηλεκτρομυογραφίας καθιστούν την εξαγωγή συμπερασμάτων σαφώς ευκολότερη από ό,τι στο παρελθόν.

Το ηλεκτρομυογράφημα αποτελεί ιδανική εξέταση για την εκτίμηση της λειτουργίας των περιφερικών νεύρων και των μυών.

της αντίδρασής τους επιτυγχάνεται με επιφανειακά (κολλητά) ηλεκτρόδια σε άλλα σημεία των ίδιων κορμών ή πάνω σε μυς που δέχονται νεύρωση από τους νευρικούς αυτούς κορμούς. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να ξεχωρίσει κανείς εάν η βλάβη αφορά σε ένα ή περισσότερα νεύρα, εάν αφορά στην κινητικότητα, την αισθητικότητα ή και στα δύο, εάν προσβάλλεται το «σύρμα του νεύρου» (άξονας) ή η «μόνωση» (μυελίνη). Τέλος, η δοκιμασία επαναληπτικών ερεθισμών, που εκτελείται με την εφαρμογή ηλεκτρικών ερεθισμών πάνω σε έναν επιλεγμένο νευρικό κορμό και στην καταγραφή των απαντήσεων από ένα μυ με επιφανειακά ηλεκτρόδια, μας επιτρέπει να διερευνήσουμε τη λειτουργία της νευρομυϊκής σύσπασης. Οι μύες και τα νεύρα που επιλέγονται προς μελέτη μπορούν να εντοπίζονται στα άκρα, στον κορμό ή στο κεφάλι.

Το ΗΜΓ, λοιπόν, είναι η ιδανική εξέταση για την εκτίμηση της λειτουργίας των περιφερικών νεύρων και των μυών. Αντίθετα, με τις υπερσύγχρονες απεικονιστικές μεθόδους, όπως η αξονική και κυρίως η μαγνητική τομογραφία, επιτυγχάνουμε άριστη εικόνα του επίμαχου σημείου της βλάβης, αλλά δεν μπορούμε να συλλέξουμε καμία πληροφορία για τη λειτουργικότητά του. Έτσι, ο συνδυασμός αυτών των δύο διαγνωστικών μεθόδων μπορεί να αποφέρει το μέγιστο δυνατό διαγνωστικό αποτέλεσμα. Π.χ., σε μια ισχιαλγία το ΗΜΓ θα μας πει ποιο ή ποια νεύρα της μέσης πάσχουν, πόσο πάσχουν, αν η βλάβη είναι πρόσφατη ή παλαιά. Αντίθετα, η μαγνητική τομογραφία οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης θα μας δείξει εάν η βλάβη του νεύρου προκαλείται από δισκοπάθεια, σπονδυλολίσθηση, όγκο ή κάτι άλλο. Τέλος, είναι σημαντικό να θυμάται κανείς ότι υπάρχουν αρκετές παθήσεις των οποίων η διάγνωση βασίζεται αποκλειστικά και μόνον στο ΗΜΓ και στις οποίες οι απεικονιστικές μέθοδοι παραμένουν φυσιολογικές.

Το ΗΜΓ έχει να προσφέρει διαγνωστικά σε παθήσεις που αφορούν σε πολλές ειδικότητες, όπως στη νευρολογία, την ορθοπαιδική, τη νευροχειρουργική, την παθολογία, την ενδοκρινολογία, τη ρευματολογία, την ογκολογία κ.λπ. **Το φάσμα των παθήσεων που χρήζουν ηλεκτρομυογραφικού ελέγχου είναι ανεξάντλητο:**

1. Οποιασδήποτε εντόπισης τραυματική, πιεστική, ισχαιμική, μεταβολική ή άλλης φύσεως βλάβη περιφερικών νεύρων ή νευρικών πλεγμάτων, συμπεριλαμβανομένων του Συνδρόμου Καρπιαίου Σωλήνα, του Συνδρόμου Ωλενίου Αύλακος, της περιφερικής βλάβης του προσωπικού νεύρου, των βλαβών οσφυοϊερών ή αυχενικών νεύρων, καθώς και ενός πλήθους σπανιότερων ή και σπανιότατων συνδρόμων.
2. Πολυνευροπάθειες, δηλαδή γενικευμένη προσβολή περιφερικών νεύρων, οιασδήποτε αιτιολογίας (αισθητικές, κινητικές, αισθητικοκινητικές, κληρονομικές, εκφυλιστικές, μεταβολικές, τοξικές, παρανεοπλασματικές κ.ά.).
3. Πολλαπλή μονονευρίτις.
4. Μυοπάθειες, μυοσίτιδες, μυϊκές δυστροφίες, μυοτονίες.
5. Προσβολή προσθίων κεράτων νωτιαίου μυελού ή κινητικών πυρήνων στελέχους εγκεφάλου (πλαγία μυατροφική σκλήρυνση, πολιομυελίτιδα κ.λπ.).
6. Μυασθένεια και μυασθενικά σύνδρομα.

Πού καταλήγουμε, λοιπόν, με βάση τα όσα ήδη γράφτηκαν; Καταλήγουμε στο ότι τα περισσότερα νευρολογικά, ορθοπαιδικά και νευροχειρουργικά περιστατικά, αλλά και πολλοί ασθενείς που πάσχουν από ποικίλες παθήσεις, όπως διαβήτη, θυρεοειδοπάθειες, κολλαγονικά νοσήματα, αιματολογικά νοσήματα και κακοήθειες, ασθενείς που κάνουν κατάχρηση οινοπνεύματος ή άλλων τοξικών ουσιών ή που λαμβάνουν χρόνιες φαρμακευτικές θεραπείες μπορούν κάποια στιγμή της ζωής τους να χρειαστούν έλεγχο με ΗΜΓ.

Τελειώνοντας, θα ήθελα να τονίσω ότι πρακτικά κάθε ασθενής που εμφανίζει κάποιο κινητικό ή αισθητικό έλλειμμα, μουδιάσματα, καψίματα, είτε αυτά είναι εντοπισμένα ή διάσπαρτα, χρήζει διερεύνησης και με ΗΜΓ, κατά την κρίση πάντα του θεράποντος ιατρού. Το ΗΜΓ είναι μια δύσκολη εξέταση για το νευρολόγο, που όμως προσφέρει σημαντικότατη βοήθεια και πραγματικά αξίζει τον κόπο.

gohealth

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

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

www.euroclinic.gr

MasterCard
VISA

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

ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Imako

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

Εμμανουήλ Θεοδωρόπουλος,
Επεμβατικός Ακτινολόγος,
Επιστημονικά Υπεύθυνος Αγγειογράφου, Ευρωκλινική Αθηνών

Επεμβατική Ακτινολογία

Τι είναι η επεμβατική ακτινολογία;

Η επεμβατική ακτινολογία είναι μια υποειδικότητα της ακτινολογίας, που χρησιμοποιεί τις απεικονιστικές μεθόδους της ακτινολογίας για να διαγνώσει και να θεραπεύσει χωρίς χειρουργική επέμβαση διάφορες παθήσεις.

Τι είναι οι επεμβατικοί ακτινολόγοι;

Είναι γιατροί που έχουν εκπαιδευτεί σε «ελάχιστα επεμβατικές» στοχευμένες θεραπείες, τις οποίες πραγματοποιούν με την καθοδήγηση ακτινολογικών εικόνων του σώματος. Αξιοποιούν τις εμπειρίες τους από τη μελέτη των ακτινογραφιών, των υπερήχων, της αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας για να οδηγήσουν μικροσκοπικά εργαλεία, όπως καθετήρες (μικρής διαμέτρου εύκαμπτους σωλήνες), μέσα στα αγγεία ή κατευθείαν από το δέρμα σε διάφορα όργανα, προκειμένου να θεραπεύσουν παθήσεις χωρίς ανοικτή χειρουργική επέμβαση. Οι επεμβατικοί ακτινολόγοι συνεργάζονται στενά με τον κλινικό γιατρό του ασθενούς, ώστε να χορηγηθεί η καλύτερη θεραπεία.

Πώς γίνονται οι επεμβάσεις της επεμβατικής ακτινολογίας;

Οι επεμβατικοί ακτινολόγοι χρησιμοποιούν τις «εικόνες», όπως τις ακτινογραφίες ή τη μαγνητική τομογραφία, για να «δουν» μέσα στο σώμα του ασθενούς, να εντοπίσουν με ακρίβεια πού ακριβώς υπάρχει το πρόβλημα και να σχεδιάσουν πώς θα φτάσουν στο σημείο αυτό χωρίς να ανοιχτεί με τομή ο ασθενής. Στη συνέχεια, οδηγούν καθετήρες μέσα από το αγγειακό σύστημα, χρησιμοποιώντας άλλες «οδούς» ή κατευθείαν από το δέρμα. Με τον τρόπο αυτό θεραπεύουν ασθένειες ή όγκους κατευθείαν στην περιοχή που πάσχει μέσω μιας πολύ μικρής τομής 1-2 χιλιοστών (όσο η μύτη ενός μολυβιού) και με τη βοήθεια της καθοδήγησης από τις εικόνες του σώματος, τις οποίες παίρνουν κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Η επεμβατική ακτινολογία είναι μια καινούρια ειδικότητα;

Όχι. Τα επιτεύγματα της ακτινολογίας στα μέσα της δεκαετίας του '70 έδωσαν ώθηση στο συνδυασμό μη χειρουργικών τεχνικών με την ακτινολογική απεικόνιση. Οι επεμβατικοί ακτινολόγοι πρωτοπόρησαν στη μοντέρνα ιατρική με την επινόηση της αγγειοπλαστικής και την τοποθέτηση μεταλλικής ενδοπρόθεσης (στεντ), που αρχικά χρησιμοποιήθηκαν για να ανοίξουν φραγμένες αρτηρίες των ποδιών, γλιτώνοντας ασθενείς από χειρουργικές επεμβάσεις ή ακρωτηριασμούς. Στη συνέχεια, οι τεχνικές αυτές υιοθετήθηκαν από τους καρδιολόγους, με αποτέλεσμα σήμερα να είναι πασίγνωστα το μπαλονάκι και το στεντ, που ανοίγουν τις στενωμένες αρτηρίες της καρδιάς.

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα των επεμβάσεων της επεμβατικής ακτινολογίας;

Οι κίνδυνοι από τις επεμβάσεις της επεμβατικής ακτινολογίας είναι πολύ λιγότεροι από την ανοικτή χειρουργική επέμβαση.

- Οι περισσότερες επεμβάσεις χρειάζονται λίγες ώρες ή το πολύ έως μία ημέρα νοσηλείας στο νοσοκομείο.
- Συνήθως, δεν χρειάζεται γενική αναισθησία.
- Οι κίνδυνοι, ο πόνος, ο χρόνος επιστροφής στις καθημερινές ασχολίες είναι μειωμένοι.
- Οι επεμβάσεις μπορεί να είναι λιγότερο ακριβές από το χειρουργείο ή άλλες θεραπείες.

Πόσο ασφαλής είναι η ακτινοβολία κατά τη θεραπεία;

Κατά τις επεμβάσεις τηρούνται τα υψηλότερα επίπεδα ασφάλειας ακτινοβόλησης του ασθενούς. Η εκπαίδευση των ακτινολόγων περιλαμβάνει τις ασφαλείς δόσεις ακτινοβολίας, τη φυσική των ακτινών Χ, τα βιολογικά αποτελέσματα της ακτινοβολίας, την πρόληψη «τραυματισμού» από ακτινοβολία. Οι δόσεις που δέχεται κάθε ασθενής (αλλά και ο επεμβατικός ακτινολόγος) καταγράφονται και ελέγχονται, ώστε να μην ξεπερνούν ποτέ τα όρια ασφαλείας.

Τελικά τι θεραπεύει η επεμβατική ακτινολογία;

Συνδυάζοντας την εμπειρία στη διαγνωστική ακτινολογία με την προχωρημένη εκπαίδευση σε μη χειρουργικές τε-

Η επεμβατική ακτινολογία χρησιμοποιείται για τη διάγνωση και θεραπεία διαφόρων παθήσεων, χωρίς χειρουργική επέμβαση.

χνικές και χρησιμοποιώντας την καθοδήγηση από τις ακτινολογικές εικόνες του σώματος, οι επεμβατικοί ακτινολόγοι μπορούν να θεραπεύσουν πολλές νοσηρές καταστάσεις, μεταφέροντας τη θεραπεία άμεσα στην πηγή του προβλήματος, χωρίς να κάνουν χειρουργικές τομές.

Καρκινικοί όγκοι μπορούν να αντιμετωπιστούν με χημειοεμβολισμό, μια θεραπεία όπου υψηλές δόσεις χημειοθεραπευτικών φαρμάκων μεταφέρονται κατευθείαν στον όγκο με ταυτόχρονο αποκλεισμό της ροής του αίματος προς αυτόν, ή με θερμοκαυτηριασμό με ραδιοσυχνότητες, ο οποίος θερμαίνει και καταστρέφει τον όγκο.

Η αθηρωμάτωση των αρτηριών στα πόδια ή περιφερική αρτηριοπάθεια, που αποφράσσει την κυκλοφορία και συχνά προκαλεί πόνο κατά τη βάδιση, μπορεί να θεραπευθεί με αγγειοπλαστική με μπαλόνι στα στενεμένα ή αποφραγμένα αγγεία, η οποία θα αποκαταστήσει την κυκλοφορία του αίματος στους ιστούς που το χρειάζονται.

Οι επώδυνες και ελαττωματικές φλέβες των ποδιών **(φλεβικοί κιρσοί)** θεραπεύονται με καυτηριασμό και «σφράγισμα» της μείζονος σαφηνούς φλέβας του ποδιού, που βελτιώνει την κυκλοφορία και συρρικνώνει τις φουσκωμένες φλέβες στο μηρό και στη γάμπα. Η τεχνική αυτή ονομάζεται **καυτηριασμός κιρσών (vein ablation).**

Στον **εμβολισμό των ινομυωμάτων της μήτρας,** ένα λεπτό σωληνάκι (μικροκαθετήρας) μεταφέρει μικροσκοπικά σφαιρίδια στην αρτηρία που τρέφει αυτούς τους καλοήθεις όγκους και διακόπτεται η αιμάτωσή τους, με αποτέλεσμα τα ινομυώματα να συρρικνώνονται και τα συμπτώματα να υποχωρούν.

Με τη σπονδυλοπλαστική, σε οστεοπορωτικούς ασθενείς με **κατάγματα σπονδύλων,** μια λεπτή βελόνα που μπαίνει στο κέντρο του σπονδύλου γεμίζει τον τραυματισμένο σπόνδυλο με ειδικό τσιμέντο, που σταματά τον πόνο και στερεοποιεί το κάταγμα.

Οι στενωμένες αρτηρίες του τραχήλου (καρωτίδες), που μπορεί να προκαλέσουν εγκεφαλικό, μπορούν να διασταλούν και να παραμένουν ανοικτές με την τοποθέτηση **στεντ καρωτίδας.**

Η **κιρσοκήλη,** εξαιτίας της οποίας διατεταμένες φλέβες στο όσχεο του άνδρα προκαλούν πόνο ή στειρότητα, μπορεί να θεραπευθεί με αποκλεισμό της προβληματικής φλέβας με μικροσκοπικά σπειράματα (coils) σε μια τεχνική που ονομάζεται εμβολισμός κιρσοκήλης. Με τον ίδιο τρόπο αντιμετωπίζονται οι διατεταμένες φλέβες γύρω από τη μήτρα και τις ωοθήκες της γυναίκας, που προκαλούν πόνο κατά την εκδήλωση (για πολλούς άγνωστο αλλά πολύ συνηθισμένο στις γυναίκες με χρόνιο πυελικό πόνο) του **συνδρόμου πυελικής συμφόρησης**.

Σε ασθενείς με λοιμώξεις και αποστήματα, μέσα από μια τομή 1-2 χιλιοστών, ένας λεπτός σωλήνας (καθετήρας) τοποθετείται εντός του αποστήματος και αδειάζει το πύον χωρίς χειρουργική επέμβαση, σε μια επεμβατική πράξη που ονομάζεται **παροχέτευση αποστήματος ή συλλογής**.

Στην **παροχέτευση χοληφόρων**, τα στενωμένα ή αποφραγμένα χοληφόρα (τα λεπτά σωληνάκια που μεταφέρουν τη χολή από το ήπαρ στο έντερο) διανοίγονται με την τοποθέτηση μεταλλικών ενδοπροθέσεων (στεντ), αποκαθιστώντας την κυκλοφορία της χολής και την ομαλή λειτουργία του ήπατος.

Στη **«βιοψία διά λεπτής βελόνης»** με την καθοδήγηση των υπερήχων ή του αξονικού τομογράφου, ο επεμβατικός ακτινολόγος τοποθετεί μια βελόνα σε έναν όγκο (αποφεύγοντας όργανα ή αγγεία που θα μπορούσαν να προκαλέσουν αιμορραγίες) και παίρνει κύτταρα ή και ένα πολύ μικρό κομμάτι του όγκου (λίγων χιλιοστών) για να το εξετάσει ο παθολογοανατόμος στο μικροσκόπιο, ο οποίος και θα βάλει την οριστική διάγνωση καλοήθειας ή κακοήθειας.

Το **ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής** κατά την καθοδήγηση της ακτινοσκόπησης αντιμετωπίζεται πλέον ενδαγγειακά, με την τοποθέτηση επικαλυμμένων στεντ που αποκλείουν από την κυκλοφορία το προβληματικό «φουσκωμένο» τοίχωμα της αορτής και ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο ρήξης και αιμορραγίας.

Στη διάσωση της αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας (fistula) ή των μοσχευμάτων αιμοκάθαρσης των **νεφροπαθών ασθενών,** με τη χρήση της αγγειοπλαστικής (διάνοιξη με μπαλόνι) ή με τη θρομβόλυση (έγχυση ουσιών που διαλύουν το θρόμβο), μπορεί να παραταθεί ο χρόνος διάρκειας της τεχνητής οδού αιμοκάθαρσης.

Και επειδή οι επεμβατικοί ακτινολόγοι ασχολούνται συνέχεια με το «τρύπημα» και την ανατομία των αγγείων, είναι ειδικοί και στην τοποθέτηση φλεβικών καθετήρων (καθετήρων που μπαίνουν σε μεγάλες φλέβες του λαιμού ή του χεριού) και χρησιμοποιούνται για έγχυση χημειοθεραπευτικών ή θρεπτικών ουσιών. Οι πιο διαδεδομένοι καθετήρες είναι τα **ports,** τα οποία εμφυτεύονται κάτω από το δέρμα, χωρίς να φαίνονται, ενώ μπορούν να παραμένουν στο σώμα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η ταυτόχρονη παρακολούθηση της επέμβασης στα μόνιτορ της ακτινοσκόπησης και των υπερήχων καθιστά την επέμβαση αυτή από τις πλέον ασφαλείς πράξεις της επεμβατικής ακτινολογίας.

Οι επεμβατικοί ακτινολόγοι είναι γιατροί που έχουν εκπαιδευθεί σε «ελάχιστα επεμβατικές» στοχευμένες θεραπείες.

Ο επεμβατικός ακτινολόγος χρησιμοποιεί τους υπερήχους, την ακτινοσκόπηση και τον αξονικό ή μαγνητικό τομογράφο για να «βλέπει» μέσα στο σώμα.

Τι είναι τελικά οι επεμβατικοί ακτινολόγοι: χειρουργοί, αγγειολόγοι ή απεικονιστές;

Χρησιμοποιούν τους υπερήχους, την ακτινοσκόπηση (συνεχείς ακτινογραφίες σε μόνιτορ τηλεόρασης), τον αξονικό ή μαγνητικό τομογράφο, για να «βλέπουν» μέσα στο σώμα και να καθοδηγούν μέσα από μικρές τρύπες –όσο η μύτη του μολυβιού– τα μικροσκοπικά εργαλεία τους: όλα αυτά τα λεπτά, μαλακά σύρματα ή σωληνάκια (καθετήρες), τις λεπτές βελόνες, τα μπαλονάκια και τα στεντ. Ανοίγουν στενωμένα αγγεία, βουλώνουν μικροσκοπικά αγγεία που αιμορραγούν ή τροφοδοτούν όγκους, καταστρέφουν όγκους με ραδιοκύματα, καταστρέφουν τοιχώματα φλεβών με λέιζερ από το εσωτερικό τους, «ρουφούν» μικρόβια ή υγρά που προκαλούν τεράστια προβλήματα στον ασθενή, γεμίζουν σπονδύλους με τσιμέντο.

Όσο αξιόλογα και πρωτοποριακά κι αν ακούγονται αυτά, ένα μεγάλο πρόβλημα είναι ότι οι επεμβατικοί ακτινολόγοι δεν είναι πολλοί και τα πανάκριβα μηχανήματά τους δεν είναι παντού διαθέσιμα. Σήμερα στην Ελλάδα υπάρχουν σε πανεπιστημιακά και σε ελάχιστα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα μικρότερα νοσοκομεία δεν έχουν τμήματα επεμβατικής ακτινολογίας, κατάλληλα μηχανήματα και εκπαιδευμένο προσωπικό. Αλλά, όπως λέει ο Robert Vogelzang, M.D., καθηγητής Ακτινολογίας και Διευθυντής Αγγειακής και Επεμβατικής Ακτινολογίας στο Northwestern University Medical Center του Σικάγο, «δεν μπορείς να έχεις μοντέρνα και πρωτοποριακή ιατρική στο νοσοκομείο σου αν δεν έχεις επεμβατικούς ακτινολόγους που παροχετεύουν αποστήματα, κάνουν βιοψίες οργάνων και άλλες ''ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές''. Νομίζω ότι αυτό πλέον είναι προφανές σε όλους τους γιατρούς και τους ασθενείς μας…».

Για περισσότερες πληροφορίες στη θεραπεία νόσων που αντιμετωπίζονται με τις μεθόδους της επεμβατικής ακτινολογίας υπάρχουν οι παρακάτω ιστοσελίδες:

www.sirweb.org (Society of Interventional Radiology – Εταιρεία Επεμβατικής Ακτινολογίας της Βορείου Αμερικής)
www.cirse.org (Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe – Εταιρεία Επεμβατικής Ακτινολογίας της Ευρώπης)
www.epemvatiki.gr (Ελληνική Εταιρεία Αγγειοακτινολογίας, Επεμβατικής Ακτινολογίας και Νευροακτινολογίας)

Γεώργιος Θεοχάρης,
Διευθυντής Παθολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών, Πρόεδρος των SOS Ιατρών

Η **υγεία** στην Ελλάδα & στον κόσμο

Στις αρχές του 21ου αιώνα, η Ελλάδα συγκαταλέγεται μεταξύ των προηγμένων χωρών του κόσμου. Οι Έλληνες χαίρουν υψηλών δεικτών υγείας, δηλαδή ζουν πλέον των 79 ετών, περισσότερα χρόνια από τους κατοίκους άλλων, πλουσιοτέρων χωρών, που διαθέτουν πιο ανεπτυγμένα συστήματα περίθαλψης. Όμως, η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών μας με την υιοθέτηση ξένων προτύπων, το μεγάλο ποσοστό καπνιστών και η μείωση της σωματικής μας δραστηριότητας αποτελούν κινδύνους που απειλούν τη μακροζωία μας.

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '90, το προσδόκιμο επιβίωσής μας υπερέβαινε τον μέσο όρο της Ευρώπης, έκτοτε όμως υπολείπεται. **Συγκεκριμένα, οι άντρες της χώρας μας έχουν κατά μέσο όρο προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννησή τους τα 76 χρόνια, ενώ οι γυναίκες προσδοκούν να ζήσουν κατά μέσο όρο πάνω από 81 χρόνια.** Στους άντρες, ενώ υπολειπόμασταν προ μερικών ετών κατά λίγο από το προσδόκιμο επιβίωσης της Ιαπωνίας και της Σουηδίας, πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες μάς έχουν περάσει. Οι γυναίκες, παρά την αυξημένη επιβίωσή τους, κατέχουν τη 17η θέση στον ευρωπαϊκό χώρο.

Στην Ελλάδα, οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνους είναι από τους χαμηλότερους της Ευρώπης, έχουν όμως αυξητική τάση λόγω της μη υιοθέτησης επιθετικής πολιτικής από την Πολιτεία στον περιορισμό του καπνίσματος. Αντιθέτως, είμαστε από τις λίγες ευρωπαϊκές χώρες όπου οι δείκτες θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, και κυρίως από εμφράγματα, αυξάνονται. Αυτό οφείλεται κυρίως στην **αλλαγή των διατροφικών συνηθειών μας, στον περιορισμό της σωματικής δραστηριότητας και στην υψηλή συχνότητα καπνίσματος**. Αν δεν υπάρξει αλλαγή στην πολιτική υγείας της χώρας μας, με προτεραιότητα την πρόληψη, οι υψηλοί δείκτες υγείας που απολαμβάνουμε δεν θα έχουν συνέχεια. Η επιστροφή στις διατροφικές συνήθειες της δεκαετίας του '60 (με τη μείωση της κατανάλωσης κρέατος και τυριών και την αύξηση της κατανάλωσης ψαριού, οσπρίων, λαχανικών και φρούτων), η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και η αποφυγή του καπνίσματος όχι μόνο θα αυξήσουν τα χρόνια που ζούμε, αλλά και θα συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής μας.

Η αλλαγή του τρόπου ζωής μας απαιτεί ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα «αγωγής της υγείας», το οποίο θα αρχίζει από το νηπιαγωγείο και θα αφορά όλους μας. Αυτό προϋποθέτει στροφή της ιατρικής σε πρωτοβάθμια συστήματα φροντίδας, δηλαδή στην εκπαίδευση οικογενειακών γιατρών, συμβούλων, αλλά και συμμάχων. Το προσδόκιμο ζωής μας δεν θα αλλάξει μόνο με καινούρια νοσοκομεία ή με εισαγωγή ακριβής ιατρικής τεχνολογίας. Άλλωστε, το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού καθορίζεται από τις υπηρεσίες υγείας σε ποσοστό μικρότερο του 20%, όπως και από το μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού, το εισόδημα, την κοινωνική θέση, την εκπαίδευσή μας, τα κληρονομικά μας χαρακτηριστικά.

Στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου διαπιστώνεται ότι μεταβαίνουμε από τη νοσηρότητα της αφθονίας (καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνοι, ατυχήματα) στη νοσηρότητα της αστάθειας. Αυτό σημαίνει πως θα **νοσούμε συχνότερα από ψυχικές, ψυχοσωματικές, συναισθηματικοσωματικές και κοινωνικοσωματικές παθήσεις όπως η κατάθλιψη και οι νευρώσεις** (πίνακας 1). Ενώ η συχνότητα της σχιζοφρένειας παραμένει αξιοσημείωτα σταθερή σε όλον τον κόσμο (1% του πληθυσμού), **οι ελαφρότερες νευρώσεις (φοβίες, πανικός) και η κατάθλιψη αποτελούν περίπου το 30% του συνόλου των ιατρικών επισκέψεων στις ανεπτυγμένες χώρες.** Παράλληλα, παρατηρείται παγκοσμίως η επανεμφάνιση «παθήσεων της φτώχειας», δηλαδή λοιμώξεων όπως η φυματίωση,

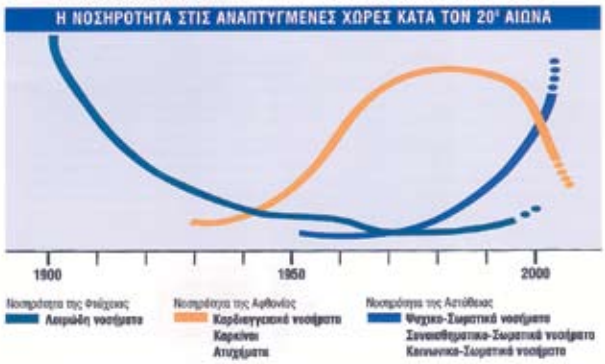
Η αλλαγή του τρόπου ζωής μας απαιτεί ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα «αγωγής της υγείας», το οποίο να αφορά όλους μας.

η οποία κυριαρχούσε στις αρχές του 20ού αιώνα λόγω της μετανάστευσης, καθώς και λοιμώξεων ανθεκτικών στα αντιβιοτικά.

Δεν πρέπει, επίσης, να ξεχνάμε ότι **το 1/3 του παγκόσμιου πληθυσμού, αισίως πλέον των 6,5 δισεκατομμυρίων, ζει κάτω από τα όρια της φτώχειας** και το επίπεδο υγείας του είναι αντίστοιχα χαμηλό – χαρακτηρίζεται, δηλαδή, από μικρό προσδόκιμο επιβίωσης, υψηλή βρεφική και παιδική θνησιμότητα, υποθρεψία, αναλφαβητισμό, έλλειψη εμβολιασμών και οικογενειακού προγραμματισμού.

Έχει αποδειχθεί ότι η ανθρώπινη υγεία στον κόσμο σχετίζεται λιγότερο με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και τους γιατρούς και περισσότερο με το βιοτικό επίπεδο, συγκεκριμένα με τη θερμιδικά και πρωτεϊνικά επαρκή τροφή, την ασφαλή κατοικία, το πόσιμο νερό, τη στοιχειώδη εκπαίδευση –κυρίως των γυναικών– και την πρόσβαση σε χαμηλού κόστους πρωτοβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας, στις οποίες περιλαμβάνονται ο εμβολιασμός και ο οικογενειακός προγραμματισμός.

Πρέπει να επισημάνουμε τις σημαντικότατες προόδους της ιατρικής ειδικά μετά το δεύτερο ήμισυ του 20ού αιώνα. **Οι διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες είναι τεράστιες σε σχέση με το παρελθόν.** Η κορτιζόνη, τα αντιβιοτικά, τα αντιυπερτασικά και τα αντιλιπιδαιμικά δεν υπήρχαν πριν τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Πριν 55 χρόνια, το 1945, όταν ο Πρόεδρος των ΗΠΑ Φράνκλιν Ρούσβελτ υπέγραφε τη Συνθήκη της Γιάλτας, η αρτηριακή του πίεση ήταν 250/150 mmHg, καθώς δεν υπήρχε φάρμακο για την υπέρταση. Ο Πρόεδρος πέθανε μετά από τρεις μήνες από εγκεφαλική αιμορραγία. Λίγα λεπτά πριν το θάνατό του, η αρτηριακή του πίεση μετρήθηκε στα 300/200 mmHg. Σήμερα, η θεραπεία της υπέρτασης του Προέδρου Ρούσβελτ θα ήταν απλή υπόθεση ακόμη και για ένα φοιτητή της ιατρικής.



Η ανθρώπινη υγεία στον κόσμο σχετίζεται περισσότερο με το βιοτικό επίπεδο απ' ό,τι με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης.

Φυσικά, αναδύονται νέες προκλήσεις για την ιατρική επιστήμη και τη δημόσια υγεία. Η αποκρυπτογράφηση του γενετικού υλικού έχει ολοκληρωθεί, νέοι δρόμοι ανοίγονται στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία, αλλά ανακύπτουν και σημαντικά ηθικά προβλήματα. Η αυξανόμενη ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών και το υψηλό κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης, αλλά και της υψηλής ιατρικής τεχνολογίας, συρρικνώνει παγκοσμίως το κράτος πρόνοιας. Η επιδημία του AIDS αποτελεί μείζον πρόβλημα τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις υπό ανάπτυξη χώρες. Η ανθεκτικότητα των μικροβίων στα αντιβιοτικά πιθανόν να σημάνει στο μέλλον την επανεμφάνιση απειλητικών κοινών λοιμώξεων. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μόνιμη απειλή μιας πανδημίας γρίπης των πουλερικών. Εδώ και μερικούς μήνες έχει κηρυχθεί συναγερμός για μια νέα πανδημία γρίπης από το στέλεχος H1N1.

Θα πρέπει να τονίσουμε επίσης την αμφισβήτηση από πολλούς του προτύπου της δυτικής ιατρικής. Το 80% του παγκόσμιου πληθυσμού απευθύνεται σε παραδοσιακές και εναλλακτικές πρακτικές, των οποίων η χρησιμότητα δεν έχει αποδειχθεί επιστημονικά. Η άσκηση της γενικής ιατρικής μέχρι τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο είχε πολύ καλύτερη δημόσια εικόνα και οι ιατροί απολάμβαναν το σεβασμό των ασθενών λόγω των «ερμηνευτικών ικανοτήτων» τους. Σήμερα, παρά την ύπαρξη αποτελεσματικών θεραπειών, λίγοι τρέφουν θετικά αισθήματα απέναντι στο ιατρικό Σώμα και όλοι θα πρέπει να αναρωτηθούμε το γιατί.

Συμπερασματικά, στα επόμενα χρόνια το προσδόκιμο της επιβίωσής μας θα αυξηθεί (θα ζούμε περισσότερα χρόνια), αλλά παράλληλα θα είμαστε λιγότερο ικανοποιημένοι, μάλλον καταθλιπτικοί. Το κράτος πρόνοιας δέχεται ισχυρά πλήγματα από το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και την υπεργήρανση του πληθυσμού – φαινόμενα που θα επιδεινωθούν στο μέλλον.

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 Μαραθεύτης,
Νευροχειρουργός, Συνεργάτης Ευρωκλινικής Αθηνών, Διευθυντής Παιδονευροχειρουργικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων

Νευροχειρουργική αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου

Ως χρόνιος πόνος ορίζεται αυτός που έχει διάρκεια μεγαλύτερη από τρεις μήνες. Μπορεί να είναι μέρος των συμπτωμάτων μιας άλλης ασθένειας ή να είναι η κύρια (ή και η αποκλειστική) εκδήλωσή της.

Σύμφωνα με μια επιστημονική ταξινόμηση, ο πόνος μπορεί να είναι είτε **αισθητικός**, δηλαδή προερχόμενος από τραυματισμό ή χρόνιο ερεθισμό κάποιου ιστού ή οργάνου εκτός του νευρικού συστήματος, είτε **νευροπαθητικός**, δηλαδή προερχόμενος από το ίδιο το νευρικό σύστημα.

Σε κάθε περίπτωση, η αντιμετώπιση είναι διαφορετική και η σωστή διάγνωση του αιτίου συμβάλλει καθοριστικά στην επιτυχία της θεραπείας. Η χορήγηση παυσιπόνων γενικώς και αορίστως μπορεί συχνά να επιδεινώσει το πρόβλημα αντί να ανακουφίσει τον ασθενή.

Η αντιμετώπιση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου μερικές φορές απαιτεί συνεργασία ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, όπως αναισθησιολόγου, νευροχειρουργού, νευρολόγου, ψυχιάτρου και παθολόγου. Επίσης, ο πόνος του καρκίνου τελικού σταδίου, του οποίου η σημασία έχει, δυστυχώς, υποτιμηθεί ακόμη και από τους γιατρούς, μπορεί πολύ συχνά να αντιμετωπιστεί σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό. Είναι δείγμα στοιχειώδους ανθρωπισμού εκ μέρους του γιατρού το να απαλύνει τις δύσκολες ώρες ενός βαρέως πάσχοντος, προσφέροντάς του κάποια ποιότητα ζωής την ύστατη ώρα, όταν πραγματικά την έχει ανάγκη.

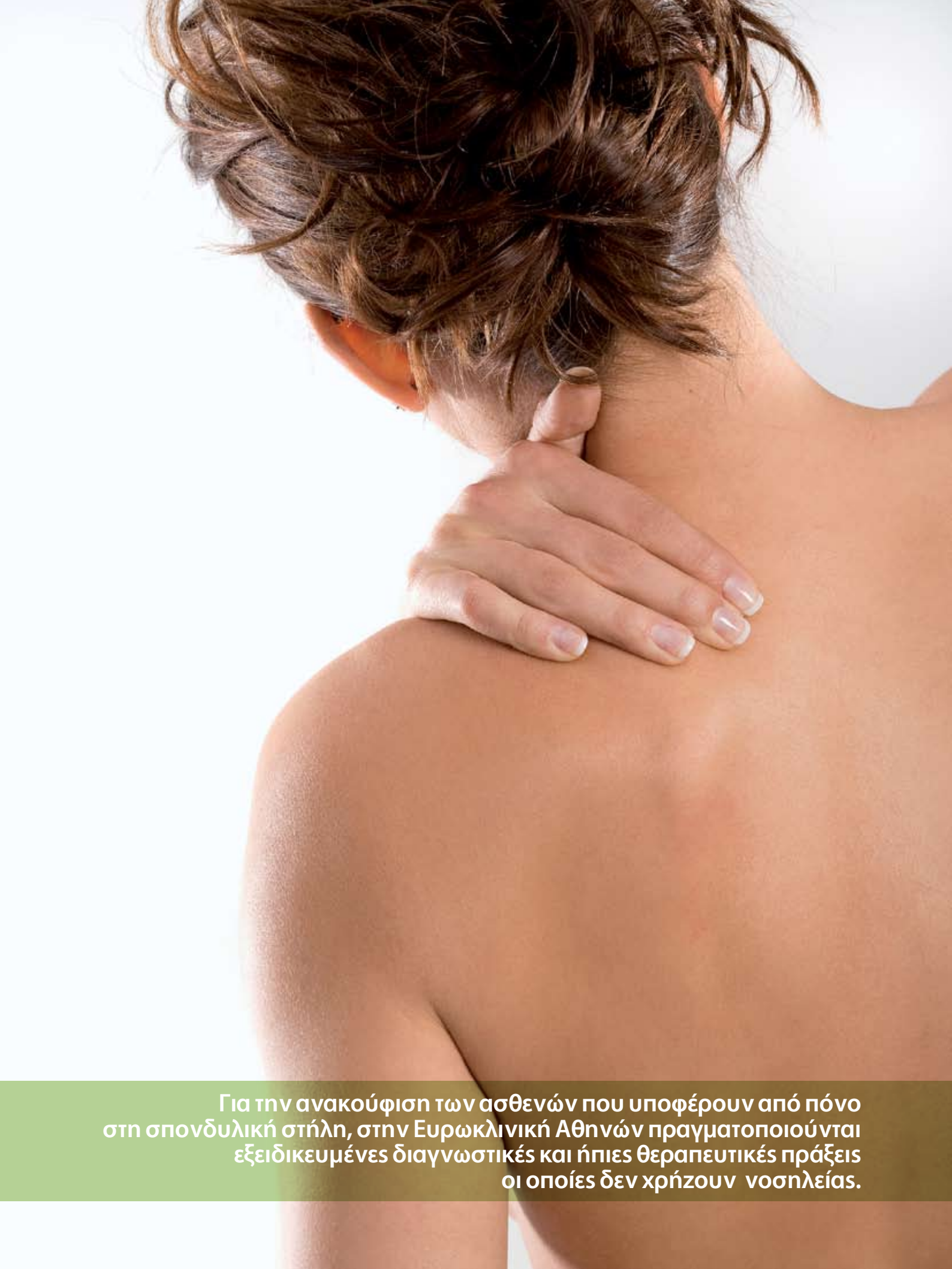
Η σύγχρονη νευροχειρουργική προσφέρει μια σειρά από δυνατότητες που μπορούν να απαλύνουν τον πόνο των ασθενών στους οποίους η φαρμακευτική θεραπεία είτε απέτυχε είτε δεν ενδείκνυται. Οι περισσότερες παρεμβάσεις είναι ήπιες και, μάλιστα, πολλές από αυτές μπορούν να γίνουν ακόμη και με τοπική αναισθησία.

Είναι πολύ σημαντικό να μπορέσει ο ασθενής με χρόνιο πόνο να βρει το δρόμο μέχρι τις θεραπείες αυτές και να ξεπεράσει το μέχρι πρότινος ανίατο πρόβλημά του.

Χρόνιος πόνος στη σπονδυλική στήλη

Πολλοί ασθενείς υποφέρουν από πόνο στη σπονδυλική στήλη. Όμως, όταν ο γιατρός τούς κάνει όλο τον απαραίτητο κλινικό και απεικονιστικό έλεγχο (ακτινογραφίες, μαγνητική τομογραφία κ.λπ.), δεν διαπιστώνεται κανένα αίτιο του πόνου τους. Οι ασθενείς αυτοί, προκειμένου να ανακουφιστούν, μπορεί να χρειάζονται πιο εξειδικευμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές, ήπιες επεμβατικές πράξεις. Μερικές από αυτές είναι η **δισκογραφία, η ριζογραφία, ο αποκλεισμός νεύρου, η διήθηση θυλάκου μεσοσπονδυλίων αρθρώσεων, η απονεύρωση αρθρικού θυλάκου, η ηλεκτροθερμική θεραπεία μεσοσπονδυλίου δίσκου** και άλλες. Τις επεμβάσεις αυτές εκτελούμε στην Ευρωκλινική Αθηνών χρησιμοποιώντας ακτινολογική καθοδήγηση και υπό τοπική αναισθησία. **Διαρκούν 10-20 λεπτά και, στη συνέχεια, ο ασθενής κινητοποιείται άμεσα. Μετά την επέμβαση δεν απαιτείται νοσηλεία.**

Άλλοι ασθενείς μπορεί στο παρελθόν να υπέστησαν θεραπείες που ίσως να μη στόχευσαν με την απαιτούμενη ακρίβεια στο πραγματικό πρόβλημα, με αποτέλεσμα να συνεχίζουν να υποφέρουν. Στην κατηγορία αυτή εντάσσεται μια σειρά προβλημάτων, όπως το λεγόμενο Σύνδρομο Αποτυχημένης Επέμβασης στη Μέση ή στον Αυχένα (Failed Back/Failed Neck Pain Syndrome). Οι παραπάνω μέθοδοι μπορεί να δώσουν λύσεις σε προβλήματα που φαίνονταν άλυτα ή που



Για την ανακούφιση των ασθενών που υποφέρουν από πόνο στη σπονδυλική στήλη, στην Ευρωκλινική Αθηνών πραγματοποιούνται εξειδικευμένες διαγνωστικές και ήπιες θεραπευτικές πράξεις οι οποίες δεν χρήζουν νοσηλείας.

Διήθηση άρθρωσης και νεύρου

αποδίδονταν σε άλλου είδους παθήσεις (π.χ. ψυχιατρικές).
Σε επιλεγμένες περιπτώσεις, η **εμφύτευση διεγερτών του νωτιαίου μυελού στη σπονδυλική στήλη** μπορεί να βοηθήσει. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η σωστή διάγνωση του συνδρόμου, η οποία γίνεται από ιατρούς εξειδικευμένους στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Ο διεγέρτης εμφυτεύεται στο σώμα του ασθενούς (συνήθως στην κοιλιακή χώρα) και μετά από μια σύντομη περίοδο εκμάθησης χρησιμοποιείται από τον ίδιο τον ασθενή μέσω ενός απλού τηλεχειριστηρίου, ανάλογα με την ένταση και την εντόπιση των συμπτωμάτων του. Ο διεγέρτης δρα ελέγχοντας τον πόνο στην περιοχή ακριβώς όπου αυτός εκδηλώνεται. Η επέμβαση τοποθέτησης είναι σχετικά απλή. Το χειρουργείο διαρκεί 30-45 λεπτά, υπό ολική αναισθησία, ενώ η διάρκεια μετεγχειρητικής νοσηλείας είναι δύο με τρεις ημέρες. Η χρήση του συστήματος και τα ευεργετικά αποτελέσματα της δράσης του γίνονται αισθητά ήδη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς. Περίπου δύο στους τρεις ασθενείς της κατηγορίας αυτής ανακουφίζονται από τα συμπτώματά τους και δεν χρειάζονται πλέον να λαμβάνουν χρόνια φαρμακευτική αγωγή, με όλες τις πιθανές παρενέργειές της.

Χρόνιος μετατραυματικός/μετεγχειρητικός πόνος

Εδώ περιγράφεται το είδος του πόνου που επιμένει ύστερα από έναν τραυματισμό ή μια επέμβαση. Αυτός συνήθως ταυτίζεται με τον νευροπαθητικό πόνο –δηλαδή με τον πόνο που δεν οφείλεται στον τραυματισμό που προκαλεί η κάκωση, αλλά στον χρόνιο ερεθισμό νεύρου ή νεύρων– και διαρκεί και μετά την επούλωση των τραυμάτων του ασθενούς. Όταν τεθεί η διάγνωση του χρόνιου μετατραυματικού πόνου και εφόσον η φαρμακευτική αγωγή δεν επαρκεί, τότε η σύγχρονη νευροχειρουργική μπορεί να βοηθήσει.
Η εμφύτευση διεγερτών του νωτιαίου μυελού στη σπονδυλική στήλη προσφέρει σημαντική ανακούφιση στους περισσότερους από αυτούς τους ασθενείς (περίπου στο 60%).
Όταν η επώδυνη περιοχή δεν αντιστοιχεί επακριβώς στην κατανομή συγκεκριμένων νεύρων ή αν δεν είναι εφικτή η τοποθέτηση του διεγέρτη, υπάρχει εναλλακτικά η μέθοδος της εμφύτευσης αντλίας συνεχούς χορήγησης ειδικών φαρμάκων μέσω του σπονδυλικού σωλήνα. Πρόκειται για μια νευροχειρουργική επέμβαση διάρκειας 30 λεπτών περίπου, υπό ολική αναισθησία.
Η αντλία εμφυτεύεται μόνιμα στο σώμα του ασθενούς και έπειτα μπορεί να λειτουργεί για χρόνια, χορηγώντας την απαιτούμενη δόση με ακρίβεια χιλιοστών του γραμμαρίου, σε 24ωρη βάση, χωρίς εξωτερική παρέμβαση.
Η ρύθμιση της δοσολογίας, αν χρειαστεί, γίνεται με ειδικό τηλεχειριστήριο, που μπορεί να ελέγχει και ο ίδιος ο ασθενής. Για να τεκμηριωθεί η ωφέλεια της χορήγησης δεδομένου φαρμάκου, πρέπει, πριν από την επέμβαση, να γίνει δοκιμαστική χορήγηση με οσφυονωτιαία παρακέντηση και να αξιολογηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Με την εμφύτευση διεγερτών του νωτιαίου μυελού στη σπονδυλική στήλη, περίπου 2 στους 3 ασθενείς ανακουφίζονται από τα συμπτώματά τους και δεν χρειάζεται πλέον να λαμβάνουν χρόνια φαρμακευτική αγωγή.

Η τοποθέτηση υποδόριου ηλεκτροδίου με ειδικό βηματοδότη ανακουφίζει πολλούς διαβητικούς ασθενείς που υποφέρουν από νευροπάθεια.

Διαβητική περιφερική νευροπάθεια

Ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Σε ένα ποσοστό αυτών των ασθενών, εξαιτίας της κακής κατάστασης των μικρών αγγείων των άνω και κάτω άκρων, αναπτύσσεται μικροαγγειοπάθεια λόγω της χρόνιας υπεργλυκαιμίας. Τα μικρά αυτά αγγεία προσφέρουν αίμα στα μικρά νεύρα που διανέμονται στα χέρια και τα πόδια. Σταδιακά αναπτύσσεται νευροπάθεια λόγω της κακής αιμάτωσης αυτών των νεύρων. Ο ασθενής αρχικά παραπονείται για μείωση της αισθητικότητας και μουδιάσματα των χεριών και των ποδιών. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να εξελιχθούν σε πόνο που δεν ελέγχεται από τα παυσίπονα. Σε μερικές περιπτώσεις απαιτούνται επεμβατικές θεραπείες για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αυτών, όπως είναι η **τοποθέτηση υποδόριου ηλεκτροδίου με ειδικό βηματοδότη**, που ανακουφίζει πολλούς διαβητικούς ασθενείς.

Σύνθετο Περιοχικό Σύνδρομο Πόνου (Complex Regional Pain Syndrome)

Με το όνομα αυτό αποκαλείται πλέον το σύνδρομο που παλαιότερα ονομαζόταν **Αντανακλαστική Συμπαθητική Δυστροφία και Καυσαλγία.** Διακρίνουμε δύο τύπους του συνδρόμου αυτού. Στον τύπο I δεν μπορεί να τεκμηριωθεί τραυματισμός νεύρου, ενώ στον τύπο II υπάρχει δεδομένος τραυματισμός νεύρου. Το σύνδρομο μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενείς που έχουν υποστεί τραύμα ή χειρουργική επέμβαση στα άνω και κάτω άκρα. Θεωρείται ότι η εκδήλωση του συνδρόμου σχετίζεται με μια μορφή φλεγμονής στο πάσχον νεύρο και, δυστυχώς, συχνά δεν ανταποκρίνεται στη συνήθη αναλγητική αγωγή. Συνήθως συνοδεύεται από ερυθρότητα και ευαισθησία του άκρου, ακόμη και σε μη επώδυνα ερεθίσματα. Μερικές φορές ακόμη και το απλό άγγιγμα της πάσχουσας περιοχής μπορεί να προκαλέσει πόνο. Υπάρχουν πολλοί ασθενείς που πάσχουν από αυτό το σύνδρομο, αλλά δεν το γνωρίζουν. Τα συμπτώματα τους εξαναγκάζουν να καθηλώνονται στο σπίτι τους, σε ελεγχόμενο περιβάλλον, ώστε να αποφύγουν κάθε ερέθισμα που γι' αυτούς μπορεί να είναι εξαιρετικά επώδυνο.

Εφόσον τεκμηριωθεί η διάγνωση, η σύγχρονη νευροχειρουργική μπορεί να προτείνει μια μοντέρνα θεραπεία σ' αυτούς τους ασθενείς που συνεχίζουν να υποφέρουν παρά τη χορήγηση φαρμάκων ή που έχουν σοβαρές παρενέργειες από αυτά. **Η εμφύτευση διεγερτών του νωτιαίου μυελού στη σπονδυλική στήλη** προσφέρει σημαντική ανακούφιση στο 60-80% των ασθενών αυτών. Η ποιότητα ζωής τους βελτιώνεται σημαντικά και μπορούν να επανέλθουν σε δραστηριότητες που θεωρούσαν οριστικά «χαμένες», π.χ., στον αθλητισμό ή σε άλλες δραστηριότητες σε εξωτερικούς χώρους (εργασία, εκδρομές κ.λπ.).

Εμφύτευση διεγέρτη στην αυχενική μοίρα σπονδυλικής στήλης

Σ' αυτό το άρθρο δεν αναπτύσσονται θεραπευτικές δυνατότητες άλλων επώδυνων συνδρόμων, όπως ο πόνος μέλους-φάντασμα, η νευραλγία τριδύμου, η μεθερπητική νευραλγία και άλλα. Θα επιχειρήσουμε την προσέγγιση των θεμάτων αυτών σε μια προσεχή μας δημοσίευση.

Μιχαήλ Χριστοδουλίδης,
Χειρουργός Οφθαλμίατρος, Διευθυντής
Οφθαλμολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών

Μπορεί η εγχείρηση για **καταρράκτη** να μειώσει την ενδοφθάλμια πίεση;

Η μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης μετά από φακοθρυψία για την αφαίρεση του καταρράκτη έχει αναφερθεί από το 1996. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η αφαίρεση του καταρράκτη με φακοθρυψία είναι μια αποτελεσματική αντιμετώπιση της υπερτονίας και του γλαυκώματος σε πολλούς ασθενείς.

Η μέση μείωση της πίεσης ήταν ως και 3 mmHg σε άτομα με υπερτονία και ύποπτα για γλαύκωμα και, το πιο σημαντικό, η φακοθρυψία από μόνη της όχι μόνο μείωνε την πίεση, αλλά περιόριζε και τη φαρμακευτική αγωγή σε άτομα που είχαν γλαύκωμα.
Μεγαλύτερη μείωση της πίεσης παρατηρήθηκε σε άτομα με υψηλότερη ενδοφθάλμια πίεση πριν από το χειρουργείο. Μειώσεις της ενδοφθάλμιας πίεσης μέχρι και 10 mmHg έχουν αναφερθεί σε άτομα με προεγχειρητικές μετρήσεις 25-30 mmHg.
Μεγάλες μειώσεις πίεσης παρατηρήθηκαν επίσης σε άτομα με στενές γωνίες πρόσθιου θαλάμου πριν από το χειρουργείο (πιθανόν εξαιτίας της πάχυνσης του φακού λόγω ηλικίας).
Η πάχυνση αυτή συμβαίνει μετά την ηλικία των 24 ετών και έχει αποδειχθεί με μαγνητικές φωτογραφήσεις. Το πάχος του φακού, αυξανόμενο, σπρώχνει την ίριδα προς τα εμπρός και στενεύει τη γωνία του πρόσθιου θαλάμου, με αποτέλεσμα την αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης. **Μετά το χειρουργείο του καταρράκτη, λοιπόν, έχοντας αφαιρέσει το φακό και δημιουργώντας παράλληλα «χώρο» με την τοποθέτηση του λεπτού ενδοφακού, θεωρητικά αποκαθιστούμε την ομαλότερη ροή του υδατοειδούς υγρού, το οποίο συνακόλουθα οδηγεί στη μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης.**
Σε μετρήσεις που έγιναν σε άτομα με στενή γωνία ή με χρόνιο γλαύκωμα κλειστής γωνίας είχαμε μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης (σε προεγχειρητικές μετρήσεις πάνω από 20 mmHg) κατά 5.2 mmHg, δηλαδή μείωση της τάξης του 23% σε σύγκριση με όλα τα χειρουργημένα άτομα με κανονικές γωνίες, όπου η μείωση ήταν περίπου 3.2 mmHg, μείωση δηλαδή της τάξης του 19%.
Επίσης, σε έρευνες που έγιναν σε άτομα με ψευδοαποφολίδωση ή ψευδοαποφολιδωτικό γλαύκωμα, η μείωση της πίεσης μετά από χειρουργείο καταρράκτη με φακοθρυψία ήταν 1-2 mmHg και διατηρούνταν έτσι για επτά περίπου χρόνια.

Πολλοί παράγοντες πρέπει να συνεκτιμηθούν για την καλύτερη δυνατή χειρουργική αντιμετώπιση των ασθενών με καταρράκτη και γλαύκωμα. Η φακοθρυψία από μόνη της προσφέρει σίγουρα ένα ακόμη όπλο για τη μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης, με στόχο τον έλεγχο του γλαυκώματος.
Για περισσότερες πληροφορίες: www.myeye.gr

Ευρωκλινική Παίδων

Θεοδώτα Λιακοπούλου-Τσιτσιπή,
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων

Πανδημία νέας γρίπης Α (H1N1)

Ο ιός γρίπης Α (H1N1) είναι ένας νέος ιός που περιλαμβάνει οκτώ γονίδια. Τα έξι προέρχονται από προηγούμενη τριπλή αναδιάταξη ιών της γρίπης των χοίρων με γονίδια από πηγές πτηνών, χοίρων και εποχικής γρίπης H3N2 του ανθρώπου, ενώ τα δύο προέρχονται από ευρασιατική γρίπη των χοίρων. Όλα αυτά αναμειγνύονται σε έναν άγνωστο ξενιστή.
Στην επιφάνειά του είναι ιδιαίτερης σημασίας οι περιοχές αιμαγλουτινίνης (πρωτεΐνη που επιτρέπει την προσκόλληση του ιού στα κύτταρα του ξενιστή και την είσοδό του σ' αυτά) και νευραμινιδάσης (ένζυμο που βοηθά τον πολλαπλασιασμό του ιού).

Ο ιός εισέρχεται στο αναπνευστικό σύστημα του ανθρώπου και χρησιμοποιεί τα κύτταρά του για να πολλαπλασιαστεί. Στη συνέχεια, οι ιοί απελευθερώνονται για να μολύνουν και άλλα κύτταρα. Το ανοσοποιητικό σύστημα αμύνεται σε διάφορα επίπεδα. Τα κυτταραφονιάδες επιτίθενται στα μολυσμένα με τον ιό κύτταρα, ενώ τα παραγόμενα αντισώματα μπλοκάρουν τους υποδοχείς αιμαγλουτινίνης, εμποδίζοντας τον ιό να μολύνει νέα κύτταρα. Όπως είναι γνωστό, δεν υπάρχει θεραπεία κατά των ιώσεων. Όμως, τα αντιικά φάρμακα μειώνουν τη διάρκεια και περιορίζουν τη σοβαρότητα της νόσου. Στην προκειμένη περίπτωση αναστέλλουν τη δράση του ενζύμου νευραμινιδάση, εμποδίζοντας τον πολλαπλασιασμό του ιού στα κύτταρα. Ο ιός μπορεί επίσης να μεταλλαχθεί. Λάθη στο γενετικό υλικό μπορεί να συμβούν κατά την αναπαραγωγή ή να γίνει ανταλλαγή γενετικού υλικού με άλλους ιούς γρίπης, με αποτέλεσμα τη δημιουργία νέου ιού που δεν αναγνωρίζεται από το ανοσοποιητικό σύστημα.

Τρόπος μετάδοσης του ιού

Ο ιός μεταδίδεται κυρίως τις 3-4 πρώτες ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων μέσω σταγονιδίων (βήχας και φτάρνισμα), καθώς και με άμεση ή έμμεση επαφή των χεριών με αναπνευστικές εκκρίσεις (ο ιός ζει για αρκετές ώρες σε σκληρές επιφάνειες, όπως πόμολα, τηλέφωνα, παιχνίδια). Τονίζεται ότι τα μικρά παιδιά μεταδίδουν τον ιό πάνω από 5 ημέρες.
Στον πίνακα 3 φαίνεται η επίπτωση της εποχικής γρίπης και της νέας γρίπης στις διάφορες ηλικιακές ομάδες (στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου Νοσημάτων των ΗΠΑ).

Πίνακας 3. Προσβολή διαφόρων ηλικιών από τον ιό της εποχικής γρίπης και τον νέο ιό της γρίπης H1N1.

* Επί τη βάσει 3.930 περιστατικών εποχικής γρίπης (2007-2008). ** Επί τη βάσει 312 περιστατικών νέας γρίπης (Απρίλιος - Ιούνιος 2009).

Ηλικία σε έτη	0-4	5-9	10-17	18-49	50-64	65+
Εποχική γρίπη*	16%	3%	3%	19%	15%	44%
Νέα γρίπη**	22%	19%	15%	31%	10%	3%

Ο ιός μεταδίδεται τις 3-4 πρώτες ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων μέσω σταγονιδίων, καθώς και με επαφή των χεριών με αναπνευστικές εκκρίσεις.

Συμπτώματα

Η λοίμωξη από τον νέο ιό γρίπης Α (Η1Ν1) μπορεί να εκδηλωθεί με ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, όπως πυρετός, βήχας, καταρροή, άλγος στην κατάποση, μυαλγίες, πονοκέφαλος, ρίγη και αίσθημα κόπωσης. Στα παιδιά είναι πιθανή η εμφάνιση διαρροιών και εμέτων. Οι εκδηλώσεις ποικίλουν σε βαρύτητα από ήπιες έως πολύ σοβαρές.

Συμπτώματα που απαιτούν άμεσα ιατρική βοήθεια είναι:

- Παράταση υψηλού πυρετού για περισσότερο από τρεις ημέρες
- Βελτίωση των συμπτωμάτων για λίγες ημέρες και κατόπιν νέα επιδείνωσή τους
- Δύσπνοια σε ηρεμία ή κατά την άσκηση
- Πόνος στο στήθος
- Αιμορραγική ή σκουρόχρωμη απόχρεμψη
- Κυάνωση
- Έμετοι, διάρροιες, σημεία αφυδάτωσης
- Επεισόδια σπασμών
- Διαταραχή του επιπέδου συνείδησης (νωθρότητα ή διέγερση).

Φαρμακευτική αγωγή

Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν απαιτείται χορήγηση αντιικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση της γρίπης, με εξαίρεση τις ομάδες υψηλού κινδύνου για σοβαρή νόσο ή επιπλοκές. Σε κάθε περίπτωση, η ένδειξη χορήγησης αντιικών φαρμάκων τίθεται από τους ιατρούς και αυτά χορηγούνται κατά προτίμηση τις πρώτες 48 ώρες της νόσου.

Τα χορηγούμενα φάρμακα είναι δύο: η οσελταμιβίρη (Tamiflu) και η ζαναμιβίρη. Πρόκειται για αναστολείς του ενζύμου νευραμινιδάση, το οποίο χρησιμοποιεί ο ιός για τον πολλαπλασιασμό του. Το δεύτερο (εισπνεόμενο) δεν χορηγείται σε παιδιά κάτω των επτά ετών και σε άτομα με αναπνευστικό πρόβλημα (άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια). Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (EMEA – European Medicine Agency) έχει εγκρίνει τη χορήγηση οσελταμιβίρης για τη θεραπεία της γρίπης και σε βρέφη κάτω του έτους. Είναι απαραίτητη η ιατρική επίβλεψη των βρεφών που λαμβάνουν θεραπεία με οσελταμιβίρη. Ιδίως τα βρέφη κάτω των τριών μηνών πρέπει να παρακολουθούνται σε νοσοκομείο.

ΠΡΟΣΟΧΗ! Απαγορεύεται η χρήση ασπιρίνης ή προϊόντων με ασπιρίνη για συμπτωματική ανακούφιση (π.χ., πυρετού, κεφαλαλγίας, μυαλγιών) ιδίως σε παιδιά και εφήβους με γρίπη, λόγω του αυξημένου κινδύνου Συνδρόμου Reye.

Ομάδες υψηλού κινδύνου για σοβαρή νόσηση ή εμφάνιση επιπλοκών από τη γρίπη (συστάσεις χορήγησης αντιικής αγωγής)

- **Άτομα που έχουν:**
  - Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (περιλαμβάνονται και άτομα που λαμβάνουν αγωγή για άσθμα)
  - Νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος (εξαιρείται η απλή υπέρταση)
  - Νεφρική νόσο
  - Ηπατική νόσο
  - Νευρολογικά ή νευρομυϊκά νοσήματα
  - Αιματολογικές διαταραχές (περιλαμβάνονται και οι αιμοσφαιρινοπάθειες)
  - Μεταβολικές διαταραχές (περιλαμβάνονται ο σακχαρώδης διαβήτης και η μεγάλη παχυσαρκία με BMI ≥ 40)
  - Ανοσοκαταστολή (νόσημα ή λήψη φαρμάκων).
- **Άτομα μικρότερα των 19 ετών, που λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή με ασπιρίνη.**
- **Έγκυες γυναίκες (αντιική αγωγή συνιστάται μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης).**
- **Παιδιά ηλικίας μικρότερης των 5 ετών.**
- **Άτομα 65 ετών και άνω.**
- **Τρόφιμοι ιδρυμάτων.**

Ως χημειοπροφύλαξη για τον νέο ιό της γρίπης χορηγούνται τα ίδια φάρμακα (οσελταμιβίρη ή ζαναμιβίρη). Η διάρκεια χορήγησης είναι 10 ημέρες μετά την τελευταία γνωστή έκθεση.

Αντιικά φάρμακα πρέπει να χορηγούνται μόνο με συνταγή ιατρού και κατά προτίμηση τις πρώτες 48 ώρες της νόσου.

Οι άνθρωποι που νοσούν από τη νέα γρίπη πρέπει να συμβουλεύονται το γιατρό για κάθε ειδική φροντίδα που μπορεί να χρειαστούν.

Χημειοπροφύλαξη δίνεται σε:

➤ Άτομα που ανήκουν σε κάποια από τις ομάδες υψηλού κινδύνου για σοβαρή νόσηση και εμφάνιση επιπλοκών από τη γρίπη, τα οποία ήρθαν σε στενή επαφή με ασθενή που εμφανίζει συμπτώματα γρίπης ή που είναι επιβεβαιωμένο κρούσμα νέας γρίπης Α (H1N1).

➤ Σε επαγγελματίες υγείας υπό προϋποθέσεις.

➤ Σε συρροή κρουσμάτων σε κλειστούς πληθυσμούς (νοσοκομεία, μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, ιδρύματα χρονίως πασχόντων).

Γενικά προληπτικά μέτρα

Τονίζεται η ιδιαίτερη σημασία των μέτρων αναπνευστικής υγιεινής και υγιεινής των χεριών (σχέδιο 1). Συστήνεται:

- να καλύπτουμε το στόμα και τη μύτη με χαρτομάντιλο κατά το βήχα ή φτάρνισμα,
- να πετάμε τα χαρτομάντιλα σε δοχείο απορριμμάτων,
- σε περίπτωση που αυτό δεν είναι εφικτό, να βήχουμε ή να φταρνιζόμαστε στο πάνω μέρος του βραχίονα,
- να βάλουμε, αν χρειαστεί, χειρουργική μάσκα για την προστασία άλλων και
- να πλένουμε συχνά τα χέρια με σαπούνι και νερό ή να χρησιμοποιούμε αλκοολούχο διάλυμα.

Είναι απαραίτητος ο συχνός και σχολαστικός καθαρισμός όλων των χώρων και αντικειμένων που έρχονται σε στενή επαφή με χέρια (π.χ., πόμολα πόρτας, κάνουλες βρύσης, παιχνίδια, τραπέζια). Τα κοινά καθαριστικά μέσα που χρησιμοποιούνται συνήθως (π.χ., διάλυμα χλωρίνης 1/10) είναι επαρκή.

Γενικά μέτρα για την πρόληψη εξάπλωσης της γρίπης στο σπίτι

- Να κρατάτε τον ασθενή όσο το δυνατόν πιο απομονωμένο από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, ιδίως αν αυτά είναι άτομα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση επιπλοκών από τη γρίπη.
- Να υπενθυμίζετε στον ασθενή να καλύπτει το στόμα και τη μύτη του με χαρτομάντιλο κατά το βήχα ή το φτάρνισμα και να πλένει τα χέρια του συχνά, ιδίως μετά το βήχα ή το φτάρνισμα.
- Όλοι όσοι διαμένουν στο σπίτι πρέπει να πλένουν συχνά τα χέρια τους χρησιμοποιώντας σαπούνι και νερό ή ένα αλκοολούχο αντισηπτικό διάλυμα. Η διαδικασία αυτή πρέπει να υπενθυμίζεται ιδίως στα παιδιά.
- Όπως προαναφέραμε, εάν στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς υπάρχει άτομο που ανήκει στις ομάδες υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση επιπλοκών από τη γρίπη, τότε πρέπει να αποφεύγεται η στενή επαφή (σε απόσταση μικρότερη των 2 μέτρων) με τον ασθενή.
- Εάν είναι αδύνατη η αποφυγή στενής επαφής, συστήνεται η χρήση απλής χειρουργικής μάσκας. Μετά την αφαίρεση της μάσκας πρέπει να ακολουθεί προσεκτική υγιεινή των χεριών. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να λαμβάνονται αντιικά φάρμακα χωρίς να υπάρχει οδηγία από ιατρό.

Πρέπει να υπενθυμίζουμε κυρίως στα παιδιά ότι η συχνή πλύση των χεριών με σαπούνι και νερό ή με ένα αλκοολούχο αντισηπτικό διάλυμα είναι αναγκαία.

Οι άνθρωποι με γρίπη που αναρρώνουν στο σπίτι πρέπει:

• να συμβουλεύονται ιατρό για κάθε ειδική φροντίδα που μπορεί να χρειαστούν, ιδίως αν πρόκειται για έγκυες γυναίκες ή για πάσχοντες από χρόνια νοσήματα,

• να συμβουλεύονται ιατρό για το αν θα πρέπει να πάρουν αντιικά φάρμακα και

• να παραμένουν στο σπίτι για επτά ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων ή για τουλάχιστον ένα 24ωρο μετά την αποδρομή τους (ό,τι από τα δύο διαρκεί περισσότερο).

Μέτρα περιορισμού εξάπλωσης του ιού στο σχολείο

- Μέτρα προσωπικής υγιεινής (χεριών, αναπνευστικού) και χώρων (καθαριότητα και αερισμός).
- Οδηγίες για μείωση συνωστισμού.
- Παραμονή στο σπίτι ύποπτων ή επιβεβαιωμένων κρουσμάτων κάτω από ιατρική φροντίδα.
- Επιλεκτική διακοπή των μαθημάτων σύμφωνα με τις ισχύουσες σήμερα οδηγίες των αρμόδιων φορέων.

Συστάσεις για εμβολιασμό κατά της εποχικής γρίπης (Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων ΗΠΑ, 31 Ιουλίου 2009):

- Όλα τα παιδιά από 6 μηνών μέχρι 18 ετών (προτεραιότητα έχουν τα παιδιά από 6 μηνών μέχρι 4 ετών).
- Όσοι συγκατοικούν ή φροντίζουν βρέφη κάτω των 6 μηνών.
- Όσοι πάσχουν από χρόνια νοσήματα (αναπνευστικού, κυκλοφορικού, νεφρών, ήπατος, νευρομυϊκά, αιματολογικά, μεταβολικά, ανοσοκατασταλτικά).
- Όσοι κάνουν χρόνια χρήση ασπιρίνης (παιδιά, έφηβοι).
- Επαγγελματίες χώρου υγείας και περίθαλψης.
- Άτομα άνω των 50 ετών.
- Άτομα σε ιδρύματα, γηροκομεία κ.λπ.

Κύριες κατηγορίες προτεραιότητας για κάλυψη με εμβόλιο νέας γρίπης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, SEC 1189 final, 15 Σεπτεμβρίου 2009)

1η κατηγορία προτεραιότητας: Διατήρηση ουσιωδών υπηρεσιών υγείας.

- Εργαζόμενοι σε υπηρεσίες υγείας
- Εργαζόμενοι σε άλλες βασικές υπηρεσίες

2η κατηγορία προτεραιότητας: Ομάδες υψηλού κινδύνου (μείωση νοσηρότητας, θνησιμότητας)

- Πολύ μικρά παιδιά (από 6 μηνών έως δύο ετών)
- Άτομα μεταξύ 25 μηνών και 64 ετών με χρόνια προβλήματα
- Έγκυες γυναίκες
- Άτομα ≥ 65 ετών

3η κατηγορία προτεραιότητας: Περιορισμός ταχύτητας εξάπλωσης και επιβάρυνσης στο σύστημα υγείας

- Υγιή παιδιά και ενήλικες από 25 μηνών έως 18 ετών
- Υγιή άτομα εκτός των ανωτέρω ομάδων

Πού βρισκόμαστε σήμερα και τι μπορεί να συμβεί με τον ιό στο μέλλον;

Η νέα γρίπη είναι μια νόσος με ταχεία εξάπλωση και ήπιες κλινικές εκδηλώσεις στις περισσότερες των περιπτώσεων. Σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα, αναμένεται να νοσήσει συνολικά το 15-45% του πληθυσμού και, επομένως, αναμένεται αύξηση του αριθμού και των σοβαρά νοσούντων, αύξηση των νοσηλευομένων ασθενών και, φυσικά, των θανάτων. Τρία είναι τα πιθανά σενάρια:

• Ο ιός μεταλλάσσεται και γίνεται λιγότερο μεταδοτικός. Όχι πολύ πιθανό!

• Ο ιός παραμένει γενετικά σταθερός, πολύ λοιμογόνος, αλλά όχι ιδιαίτερα θανατηφόρος (αυτό που συμβαίνει τώρα).

• Ο ιός γίνεται περισσότερο μολυσματικός και θανατηφόρος (αυτό το σενάριο, ευτυχώς, δεν φαίνεται πολύ πιθανό).

Απαιτούνται ψυχραιμία, επαγρύπνηση και συνεχής ενημέρωση.

Η ενημέρωση σώζει, η άποψή σας βοηθά!

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

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

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

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

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

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

Παράδειγμα μη κατανοητού άρθρου:. . . . . .

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

6 Επιπλέον θέματα που θα ήθελα να διαβάσω για να είμαι ενημερωμένος/η σε ό,τι αφορά την υγεία μου

(προτείνετε ένα θέμα άρθρου που θα σας ενδιέφερε):

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

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

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

8 Ποια από τα παρακάτω περιοδικά διαβάζετε;

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

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

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

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

ΝΑΙ ❑ **ΟΧΙ** ❑ E-mail:. . . . . .

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

. . . . . .

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

Σας ευχαριστούμε θερμά

Χριστίνα Ταμπουρέα
Εμπορική Διευθύντρια Ομίλου

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)

Αικατερίνη Αγραφιώτη,
Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων

Νέα γρίπη & Βρογχικό άσθμα στα παιδιά

Σύμφωνα με πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη (J. Asthma, 2009), ο τρέχων επιπολασμός βρογχικού άσθματος στα Ελληνόπουλα είναι 9% και 7% σε ηλικίες 7 και 18 ετών αντίστοιχα, ενώ ο επιπολασμός χρόνιου άσθματος είναι 26,3% σε ηλικία 18 ετών. Το 2005, στις ΗΠΑ, αναφέρθηκε ότι περίπου το 8,9% των παιδιών ηλικίας μικρότερης των 18 ετών (6.500.000) έπασχαν από βρογχικό άσθμα (Β.Α.).

Το Β.Α., ως χρόνια φλεγμονή των αεραγωγών, θεωρείται χρόνιο νόσημα του αναπνευστικού συστήματος. Τα παιδιά με Β.Α. θεωρείται ότι ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου όσον αφορά στις επιπλοκές του ιού της γρίπης. Για το λόγο αυτό, η Επιτροπή Εμβολιασμών των ΗΠΑ (A.C.I.P.), από το 1964 που ιδρύθηκε, συνιστά τον εμβολιασμό κατά του ιού της γρίπης κάθε χρόνο σε όλα τα παιδιά με Β.Α., ηλικίας άνω των 6 μηνών. Μελέτες έδειξαν ότι ακόμη και κατά τη διάρκεια των κρίσεων του Β.Α., ανεξαρτήτως συμπτωμάτων ή χρήσεως κορτιζόνης από του στόματος (μέχρι πέντε μέρες περίπου) σε παιδιά με χρόνια χορήγηση εισπνεόμενων κορτιζοειδών (σε δόση <900 mg/24ωρο), ο εμβολιασμός κατά του ιού της γρίπης είναι ασφαλής και αποτελεσματικός. Ο πανδημικός ιός της γρίπης Α (H1N1) μπορεί να εκδηλωθεί με ήπια συμπτώματα από το αναπνευστικό (κυνάγχη, ρινόρροια, βήχας), με κεφαλαλγία, μυαλγίες, εμέτους, διάρροιες ή με βαριά συμπτώματα, όπως δυσκολία στην αναπνοή, δύσπνοια κατά τις φυσικές δραστηριότητες ή την ηρεμία, κυάνωση, θωρακικό άλγος, υψηλό πυρετό, διαταραχή του επιπέδου συνείδησης. Μπορεί όμως να είναι και ασυμπτωματικός. **Τα παιδιά με Β.Α. ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για τις επιπλοκές από τον ιό της νέας γρίπης Α (H1N1).**

Σύμφωνα με το CDC (Centers for Disease Control and Prevention) συνιστάται:

1) Παιδιά με Β.Α., όπως και όλοι μας, πρέπει:

✔ Να πλένουν τα χέρια τους με νερό και σαπούνι συχνά, κυρίως αφού βήξουν ή φταρνιστούν.

✔ Να καλύπτουν τη μύτη και το στόμα τους με χαρτομάντιλο όταν βήχουν ή φταρνίζονται και να το πετούν αμέσως μετά. Αν δεν έχουν χαρτομάντιλο, να καλύπτουν τη μύτη και το στόμα με την έσω επιφάνεια του αγκώνα ή του ώμου τους.

✔ Να αποφεύγουν να ακουμπούν τα μάτια, τη μύτη ή το στόμα τους.

✔ Να παραμένουν στο σπίτι όταν αρρωστήσουν.

2) Να συμμορφώνονται με την προφυλακτική αγωγή που έχει χορηγηθεί από το γιατρό τους για το Β.Α. και να ακολουθούν τις οδηγίες του σε περίπτωση έξαρσης της νόσου.

3) Οι γονείς πρέπει να ενημερώνουν το σχολείο για τη χρόνια προφυλακτική αγωγή του παιδιού τους και για τον τρόπο αντιμετώπισης των εξάρσεων της νόσου.

4) Τα παιδιά πρέπει να εμβολιάζονται κατά του ιού της εποχικής γρίπης κάθε χρόνο. Αν ο εμβολιασμός γίνεται για πρώτη φορά, σε ηλικίες από 6 μηνών έως 8 ετών απαιτούνται δύο δόσεις, ενώ σε ηλικίες άνω των 8 ετών μία δόση.

5) Επίσης, πρέπει να εμβολιαστούν κατά του πανδημικού ιού της γρίπης Α (H1N1) όταν θα είναι διαθέσιμο το εμβόλιο.

6) Τα παιδιά με Β.Α. ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για την κύρια επιπλοκή του ιού, που είναι η σοβαρή πνευμονία. Κύριο αίτιο της πνευμονίας αυτής παραμένει ο s. pneumonias (πνευμονιόκοκκος). Για το λόγο αυτό συνιστάται ο εμβολιασμός σε ηλικίες >5 ετών με το 23δύναμο μη συζευγμένο πνευμονιοκοκκικό εμβόλιο, ενώ παιδιά ηλικίας από 2 μηνών έως 5 ετών έχουν ήδη εμβολιασθεί, σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, με το συζευγμένο πνευμονιοκοκκικό εμβόλιο. Το τελευταίο 7δύναμο εμβόλιο δεν συνιστάται σε μεγαλύτερες ηλικίες, γιατί δεν είναι συχνή η νόσηση στις ηλικίες αυτές, από τους 7 ορότυπους που περιέχει.

7) Σε περίπτωση σοβαρής κλινικής εικόνας ή ταχείας κλινικής επιδείνωσης, είναι απαραίτητες η νοσηλεία και η χορήγηση αντιικών φαρμάκων. Τα αντιικά φάρμακα είναι η οσελταμιβίρη (Tamiflu) και η ζαναμιβίρη (Relenza). Η τελευταία δεν χορηγείται σε παιδιά με Β.Α. Όταν η θεραπεία αρχίσει εγκαίρως, τις πρώτες 48 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων, ελαττώ-

Σε περίπτωση που εμφανιστούν συμπτώματα της νέας γρίπης σε παιδιά με βρογχικό άσθμα, θα πρέπει να υπάρξει άμεση επικοινωνία με τον θεράποντα γιατρό.

νεται η διάρκεια νόσησης κατά ένα έως δύο 24ωρα, ενώ μειώνεται ο κίνδυνος σοβαρών επιπλοκών ή ακόμη και θανάτου. Ωστόσο, μελέτες έδειξαν ότι η θεραπεία με οσελταμιβίρη σε νοσηλευόμενους ασθενείς μειώνει τη διάρκεια νοσηλείας ή τη θνησιμότητα, ακόμη κι αν χορηγηθεί αργότερα από 48 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων.

8) Για παιδιά με Β.Α., που εμφανίζουν συμπτώματα της νέας γρίπης:

✔ Πρέπει να υπάρχει άμεση επικοινωνία με τον θεράποντα γιατρό.

✔ Να αντιμετωπίζονται εμπειρικά, συνεχίζοντας και την προφυλακτική αγωγή τους, ενώ συγχρόνως να ενημερώνεται ο γιατρός τους για οποιαδήποτε εξέλιξη των συμπτωμάτων τους.

✔ Να εξετάζονται άμεσα σε περίπτωση επίμονου υψηλού πυρετού, επίμονου βήχα, δύσπνοιας ή θωρακικού άλγους.

✔ Να αντιμετωπίζονται με αντιική θεραπεία σε περίπτωση διαπίστωσης επιπλοκών της γρίπης H1N1. Η διάρκεια της θεραπείας είναι πέντε μέρες, ενώ ο ο ιός εξακολουθεί να μεταδίδεται και τέσσερα 24ωρα μετά την έναρξή της.

9) Είναι γνωστό ότι η μετάδοση του πανδημικού ιού αρχίζει μία ημέρα προ της εκδήλωσης των συμπτωμάτων και συνεχίζεται επτά μέρες μετά. Τα παιδιά, και κυρίως τα μικρότερα, μεταδίδουν τον ιό για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Επειδή ο πυρετός ορίσθηκε ως το κύριο σύμπτωμα, ως χρόνος μετάδοσης τελικά ορίζεται η μία ημέρα πριν και η μία ημέρα μετά το τέλος του πυρετού. Τα παιδιά με γνωστό Β.Α., σε περίπτωση που έρθουν σε στενή επαφή με επιβεβαιωμένο πάσχοντα από H1N1, συνιστάται να πάρουν χημειοπροφύλαξη (ΧΜΠ) **α)** αν δεν έχουν περάσει περισσότερες από 48 ώρες από την τελευταία επαφή τους με τον πάσχοντα και **β)** αν έχουν έρθει σε επαφή κατά το χρόνο μετάδοσης του ιού και όχι πριν ή μετά από αυτόν. **Η ΧΜΠ ελαττώνει αλλά δεν εξαλείφει τον κίνδυνο νόσησης από τον ιό και η προφύλαξη που παρέχει σταματά με το τέλος της αγωγής.** Οι ασθενείς οφείλουν να επικοινωνήσουν με το γιατρό τους αν – παρά την αγωγή– εμφανίσουν συμπτώματα γρίπης. Η ΧΜΠ διαρκεί δέκα ημέρες. Η θεραπεία με αντιικά φάρμακα είναι αποτελεσματική σε ποσοστό 70-90%. Ωστόσο, επειδή σε κάποιες περιπτώσεις αναφέρεται αντοχή στη θεραπεία με οσελμιβίρη κατά του ιού H1N1, συνιστάται προσεκτική και περιορισμένη χρήση της ΧΜΠ, ενώ τα άτομα στα οποία χορηγείται οφείλουν να εξακολουθούν να τηρούν τις συστάσεις πρόληψης, ώστε να αποφευχθεί η εξάπλωση ανθεκτικών στελεχών του ιού. Ως εναλλακτική λύση για τη ΧΜΠ συνιστάται η έγκαιρη θεραπεία σε ασθενείς στους οποίους κρίνεται απαραίτητη. **Σε κάθε περίπτωση, ενημερώστε τον παιδίατρό σας και ακολουθήστε πιστά τις οδηγίες του.** Ο πανικός είναι ο χειρότερος σύμβουλος, ενώ η συμμόρφωση και η σωστή ενημέρωση σύμμαχοί σας.

Η θεραπεία της νέας γρίπης με αντιικά φάρμακα είναι αποτελεσματική σε ποσοστό 70-90%.

Δρ Γιώτα Καφρίτσα,
Διευθύντρια Γαστρεντερολογικού Τμήματος
Ευρωκλινικής Παίδων

Κοιλιακά άλγη
λειτουργικής αιτιολογίας
Πότε πρέπει να ανησυχούμε;

Το χρόνιο κοιλιακό άλγος είναι συχνό σύμπτωμα στην παιδική και την εφηβική ηλικία. Πίσω από το σύμπτωμα αυτό μπορεί να υπάρχουν οργανικές διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος – φλεγμονώδους, ανατομικής ή μεταβολικής αιτιολογίας–, καθώς και λειτουργικές διαταραχές όταν δεν βρίσκεται οργανικό υπόστρωμα. Η συχνότητα των χρόνιων κοιλιακών αλγών κυμαίνεται από 1-19% στην παιδική και εφηβική ηλικία και αφορά κυρίως παιδιά 5-7 ετών, αλλά και λίγο μεγαλύτερα (8-12 ετών). Υπολογίζεται ότι αφορούν το 2-4% των επισκέψεων στον παιδίατρο, ενώ παρουσία οργανικής νόσου ανευρίσκεται στο 5% του γενικού πληθυσμού.

Γιατί τα παιδιά υποφέρουν από χρόνια κοιλιακά άλγη;

Πιστεύεται ότι υπάρχει αυξημένη σπλαχνική υπερευαισθησία, που αποδίδεται σε διαταραχή της αλληλοεπίδρασης των νευρώνων εγκεφάλου - εντέρου. Το 1958, ο Apley όρισε ως χρόνιο κοιλιακό άλγος την κατάσταση που περιλαμβάνει τουλάχιστον τρία επεισόδια κοιλιακού άλγους σε διάστημα τριών μηνών, μη σαφώς εντοπιζόμενα, τα οποία επιδρούν στις καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού.

Νεότεροι ερευνητές που ασχολήθηκαν με το θέμα όρισαν τα κριτήρια της Ρώμης για τα κοιλιακά άλγη το 2006. Σύμφωνα με αυτά, τα κοιλιακά άλγη διαχωρίζονται σε άλγη οργανικής αιτιολογίας και σε λειτουργικά κοιλιακά άλγη. **Έχουν διάρκεια πάνω από δύο μήνες, με ένα τουλάχιστο επεισόδιο ανά εβδομάδα.**

Συμπτώματα και σημεία ενδεικτικά οργανικής νόσου αποτελούν τα εξής:

- Απώλεια βάρους ή επιβράδυνση της αύξησης.
- Εξωεντερικές εκδηλώσεις (πυρετός, αρθρίτιδα).
- Παρατεινόμενη διάρροια.
- Έντονοι έμετοι, δυσφαγία.
- Αίμα στα κόπρανα.
- Εντόπιση του πόνου δεξιά άνω ή κάτω του κοιλιακού τεταρτημόριου.
- Πόνος που ξυπνά το παιδί το βράδυ.
- Θετικό οικογενειακό ιστορικό έλκους/φλεγμονώδους νοσήματος εντέρου.
- Παθολογική φυσική εξέταση.

Σύμφωνα με τα κριτήρια της Ρώμης, τα λειτουργικά κοιλιακά άλγη διαχωρίζονται σε τέσσερις κλινικές οντότητες:

- Κοιλιακά άλγη που συνδυάζονται με δυσπεψία.
- Κοιλιακά άλγη που συνδυάζονται με μεταβολή συνηθειών του εντέρου.
- Παροξυσμικά κοιλιακά άλγη.
- Σύνδρομο λειτουργικών κοιλιακών αλγών.

Χρόνια κοιλιακά άλγη που συνδυάζονται με δυσπεψία – που μπορεί, δηλαδή, να συνοδεύονται από εμέτους, ναυτία, αίσθημα καύσου, αναγωγές και ερυγές. Πρέπει να αποκλείονται οργανικά νοσήματα, όπως γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος, πεπτικό έλκος, γαστρίτιδα από Helicobacter pylori, ηωσινοφιλική γαστρίτιδα, χολολιθίαση και παγκρεατίτιδα.

Διαφορετικά, μπορεί να αποδοθούν και σε μια οντότητα που ονομάζεται λειτουργική δυσπεψία και που χαρακτηρίζεται από την απουσία συμπτωμάτων ενδεικτικών για οργανική νόσο και φυσιολογικό εργαστηριακό έλεγχο.

Κοιλιακά άλγη που συνδυάζονται με μεταβολή των συνηθειών του εντέρου. Νοσήματα οργανικής αιτιολογίας που πρέπει να αποκλείονται είναι η μερική απόφραξη του λεπτού εντέρου, η κοιλιοκάκη, η ηωσινοφιλική γαστρεντεροπάθεια, οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου και η δυσανεξία στη λακτόζη.

Ο πόνος ή η διάρροια που αφυπνίζουν το παιδί τη νύχτα, η απώλεια βάρους, η επιβράδυνση της αύξησης, οι εξωεντερικές εκδηλώσεις, το αίμα στα κόπρανα, το θετικό οικογενειακό ιστορικό για φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου και η αναιμία αποτελούν ευρήματα ενδεικτικά για ύπαρξη οργανικού νοσήματος.

Το **Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου** υπάρχει και στην παιδική ηλικία. Είναι λειτουργικής αιτιολογίας, χαρακτηρίζεται από κοιλιακά άλγη διάρκειας άνω των δύο μηνών και συνοδεύεται τουλάχιστον από δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- Βελτίωση με αφόδευση.
- Έναρξη πόνου με αλλαγή συχνότητας κενώσεων (λιγότερες από δύο την εβδομάδα ή περισσότερες από τέσσερις την ημέρα).
- Έναρξη πόνου με αλλαγή σύστασης κενώσεων.

Το Σύνδρομο Λειτουργικών Κοιλιακών Αλγών χαρακτηρίζεται από συνεχές ή κατά διαστήματα κοιλιακό άλγος που διαρκεί περισσότερο από δύο μήνες, χωρίς να συνοδεύεται από δυσπεψία ή μεταβολή των συνηθειών του εντέρου, αλλά από συμπτώματα όπως κεφαλαλγία, πόνος στα άκρα ή διαταραχές ύπνου.

Τα παροξυσμικά κοιλιακά άλγη διακρίνονται από συνεχές ή κατά διαστήματα κοιλιακό άλγος διάρκειας άνω των δύο μηνών χωρίς συνοδά συμπτώματα.

Το Σύνδρομο Λειτουργικών Κοιλιακών Αλγών και τα παροξυσμικά κοιλιακά άλγη πρέπει να διαχωρίζονται από καταστάσεις όπως δυσκοιλιότητα, παρασιτική λοίμωξη εντέρου, δυσανεξία υδατανθράκων, ατελής περιστροφή εντέρου, ηωσινοφιλική γαστρεντεροπάθεια και νόσος Crohn. Έλεγχος γίνεται αν τα συμπτώματα επιδεινώνονται με τον καιρό ή αν υπάρχει από την αρχή ένδειξη για οργανική νόσο.

Η διερεύνηση των χρόνιων κοιλιακών αλγών στηρίζεται στο συνδυασμό του ιστορικού και της φυσικής εξέτασης, καθώς και του εργαστηριακού ελέγχου, του ακτινο-

Το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου, το οποίο μπορεί να παρουσιαστεί και στην παιδική ηλικία, είναι λειτουργικής αιτιολογίας και χαρακτηρίζεται από κοιλιακά άλγη διάρκειας άνω των δύο μηνών.

λογικού ελέγχου και της ενδοσκόπησης.

◆ **Η φυσική εξέταση** περιλαμβάνει την καταγραφή του βάρους, του ύψους, του ρυθμού ανάπτυξης, του σταδίου ενήβωσης και της εξέτασης κατά συστήματα.

Από την εξέταση της κοιλιάς αναζητούμε την εντόπιση πόνου, την ύπαρξη αναπηδώσης ευαισθησίας ή μάζας και το μέγεθος ήπατος και σπληνός. Απαραίτητη είναι και η εξέταση της περιπρωκτικής περιοχής.

◆ Από τις **εργαστηριακές δοκιμασίες**, η γενική αίματος, ο τύπος των λευκών, η ΤΚΕ, η CRP, η γενική ούρων, η καλλιέργεια ούρων, η γενική κοπράνων, η καλλιέργεια κοπράνων και η παρασιτολογική, οι βιοχημικοί δείκτες, η αμυλάση, το Screening κοιλιοκάκης και η δοκιμασία λακτόζης μπορεί να βοηθήσουν.

◆ Από τις **ακτινολογικές εξετάσεις**, το υπερηχογράφημα κοιλιάς δίνει πληροφορίες για νοσήματα ήπατος, χοληφόρων, παγκρέατος και ουροποιογεννητικού συστήματος.

Η διάβαση οισοφάγου - στομάχου - δωδεκαδακτύλου, με παρατεταμένες λήψεις, βοηθά στον εντοπισμό ανατομικών ανωμαλιών και προβλημάτων κινητικότητας, ενώ ο βαριούχος υποκλυσμός μπορεί να έχει ένδειξη σε κάποιες περιπτώσεις έντονης δυσκοιλιότητας.

Όταν τα συμπτώματα είναι λειτουργικής αιτιολογίας και δεν οφείλονται σε οργανικό νόσημα, πρέπει να ενημερωθεί η οικογένεια ώστε να αντιμετωπιστούν άμεσα οι ψυχολογικοί παράγοντες.

◆ Τέλος, ο **ενδοσκοπικός έλεγχος** σήμερα βοηθά σημαντικά στη διερεύνηση των χρονίων κοιλιακών αλγών στα παιδιά. **Ενδείξεις ενδοσκόπησης ανωτέρου πεπτικού στα παιδιά είναι:**

◆ Επίμονος πόνος άνω κοιλίας, μη ανταποκρινόμενος σε συμπτωματική αγωγή.

◆ Πόνος άνω κοιλίας με συνοδά συμπτώματα (επίμονη ναυτία, έμετοι, απώλεια βάρους, αίμα στα κόπρανα, νυκτερινό ξύπνημα).

Ενδείξεις διαγνωστικής κολονοσκόπησης αποτελούν ο ανεξήγητος επίμονος πόνος κάτω κοιλίας, καθώς και η υποψία φλεγμονώδους νόσου εντέρου. Όταν αποκλειστεί οργανικό νόσημα και τα συμπτώματα αποδοθούν σε λειτουργική αιτιολογία, χρειάζεται ενημέρωση και εκπαίδευση της οικογένειας, καθώς και άμεση αντιμετώπιση των ψυχολογικών παραγόντων. **Στόχος της θεραπείας είναι η επιστροφή στις κανονικές δραστηριότητες και όχι η απόλυτη εξαφάνιση του πόνου, ενώ φαρμακευτικές θεραπείες που μπορεί να εφαρμόζονται στους ενήλικες είναι αμφιβόλου αξίας για τα παιδιά.**

Όσον αφορά στην πρόγνωση, η χρονιότητα και η εμμονή των συμπτωμάτων σχετίζονται με τη συμπεριφορά των γονέων. Υπάρχει, μάλιστα, αυξημένος κίνδυνος για ευερέθιστο έντερο ή διαταραχές του ψυχισμού στην ενήλικο ζωή.

Συμπερασματικά, το ιστορικό και η φυσική εξέταση κατευθύνουν σημαντικά τη διαγνωστική προσέγγιση στο παιδί που πάσχει από χρόνια κοιλιακά άλγη. Εργαστηριακές εξετάσεις διενεργούνται όταν υπάρχουν σημεία κινδύνου.

Όταν δεν υπάρχουν, δεν είναι απαραίτητες παρά μόνο για εφησυχασμό των γονέων. Τα χαρακτηριστικά της οικογένειας, και όχι τόσο τα χαρακτηριστικά του παιδιού, επηρεάζουν τη χρονιότητα του προβλήματος.

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

Προκάρδιο άλγος στα παιδιά

Το προκάρδιο άλγος στους ενήλικες συνήθως οφείλεται σε προβλήματα των στεφανιαίων και αποτελεί πρελούδιο αυτών που θα ακολουθήσουν, όπως στηθάγχη, έμφραγμα, αιμοδυναμική μελέτη, στεφανιογραφία, «μπαλονάκι», τοποθέτηση στεντ, χειρουργική αντιμετώπιση (Bypass), φάρμακα, τακτική παρακολούθηση κ.λπ. Στα παιδιά, το προκάρδιο άλγος στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων οφείλεται σε διαφορετικά αίτια, τα οποία στις περισσότερες περιπτώσεις είναι αθώα – έως εντελώς αθώα. Ίσως αυτό να αποτελεί και ένα τρανταχτό παράδειγμα για το ότι η παιδιατρική καρδιολογία είναι τελείως διαφορετική από αυτήν των ενηλίκων.

Οποιοσδήποτε πόνος στο θώρακα ενός παιδιού, και κυρίως στην περίπτωση που αυτός εντοπίζεται στο προκάρδιο, είναι λογικό να φοβίζει και να προβληματίζει το περιβάλλον του. Το άγχος των γονέων, των νηπιαγωγών, των δασκάλων, των καθηγητών και ιδίως όσων ασχολούνται με τη σωματική άσκηση του παιδιού είναι απολύτως δικαιολογημένο. Ο μικρός αλλά όχι ευκαταφρόνητος αριθμός αιφνίδιων θανάτων στα παιδιά, κυρίως κατά τη διάρκεια της άθλησης, ο οποίος δημοσιεύεται κάθε χρόνο, επιτείνει την αγωνία και αυξάνει τους προβληματισμούς.

Οι παιδίατροι, όμως, μετά τη λήψη ενός καλού ιστορικού και ύστερα από μια προσεκτική κλινική εξέταση, δεν υπάρχει λόγος να άγχονται και να τρομοκρατούνται, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι δεν είναι απαραίτητο να προβληματίζονται. Εξάλλου, το συγκεκριμένο κείμενο έχει σκοπό να υπενθυμίσει τα συχνότερα αίτια του προκάρδιου άλγους στα παιδιά, ούτως ώστε να αποφεύγονται οι δυσάρεστες καταστάσεις τόσο για τους γιατρούς, όσο και για όλους όσοι έχουν σχέση με το παιδί.

Το ότι, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, τα αίτια στην πλειονότητά τους δεν είναι καρδιολογικά (μέση συχνότητα καρδιολογικής αιτιολογίας μικρότερη του 5%, ενώ υπάρχουν και εργασίες που αναφέρονται σε υψηλότερα νούμερα που αγγίζουν το 12%) σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να προκαλεί εφησυχασμό, παραπέμποντας σε αφελείς και επικίνδυνες απόψεις («δεν είναι τίποτα») ή να οδηγεί στην απόδοση του προβλήματος σε ψυχολογικά αίτια.

Αρκεί να αναφερθεί ότι το 1/3 των αιφνιδίων θανάτων στους εφήβους οφείλονται σε αδιάγνωστες καρδιοπάθειες, καθώς και ότι, από τα αίτια που προκαλούν προκάρδιο άλγος, σχεδόν τα μόνα που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του παιδιού είναι τα καρδιολογικά και γι' αυτό είναι τα πρώτα που θα πρέπει να αποκλειστούν. Φυσικά, σε πολλές περιπτώσεις τα συμπτώματα μπορεί να οφείλονται σε ψυχολογικά αίτια, πριν όμως καταλήξουμε σ' αυτήν τη διάγνωση, θα πρέπει να αποκλειστεί οτιδήποτε οργανικό.

Αίτια του προκάρδιου άλγους

Καρδιακά	Πνευμονικά
Διαταραχές του καρδιακού ρυθμού	Άσθμα (στην κόπωση)
Στένωση αορτής	Πνευμονία
Πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας	Πλευρίτιδα
Μυοκαρδίτιδα (πάντα με ταχυκαρδία)	Έμφρακτο
(Δρεπανοκυτταρική αναιμία)	Ξένο σώμα
Περικαρδίτιδα	
Σύνδρομο Marfan	
Ανωμαλίες στεφανιαίων	
Νόσος Kawasaki	
Στηθάγχη (βαριά υπερχοληστερολαιμία)	

Γαστρεντερικά	Μυοσκελετικά
Οισοφαγίτιδα (ΓΟΠ)	Τραύμα (ατύχημα, κακοποίηση)
Σπασμός οισοφάγου	Κύφωση, σκολίωση, ανωμαλίες πλευρών
Πεπτικό έλκος	Εξάσκηση, υπερκόπωση (υπερένταση)
	Σύνδεσμοι, τένοντες
	Πλευροχονδρίτιδα, πλευρωδυνία

Ψυχολογικά / Άλλα αίτια (σπάνια)
Μαστός (κορίτσια / αγόρια εφηβικής ηλικίας)
Χρήση κοκαΐνης

Για τη σωστή διερεύνηση του προκάρδιου άλγους είναι απαραίτητος ο πλήρης παιδοκαρδιολογικός έλεγχος.

Επίσης, θα πρέπει να ληφθεί ιδιαιτέρως υπόψη ότι στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων διακόπτεται κάθε αθλητική δραστηριότητα είτε από το ίδιο το παιδί είτε με την επιβολή των γονέων, των γυμναστών, των προπονητών ή των δασκάλων. **Για τη σωστή διερεύνηση του προκάρδιου άλγους είναι απαραίτητος ο πλήρης παιδοκαρδιολογικός έλεγχος.** Οποιοσδήποτε άλλος έλεγχος από μη ειδικούς, αλλά και η πολύ συχνή και δραματικά λανθασμένη τακτική της εκτέλεσης μόνο ενός υπερηχοκαρδιογραφήματος Triplex (πολύ συχνά από άσχετους με παιδιά γιατρούς που εργάζονται σε διάφορα κέντρα) χωρίς λήψη ιστορικού, κλινική εξέταση, έλεγχο της αρτηριακής πίεσης (με τη σωστή περιχειρίδα), ηλεκτροκαρδιογράφημα (με τις σωστές απαγωγές) και υπερηχοκαρδιογράφημα (με την κατάλληλη κεφαλή και, οπωσδήποτε, με τις απαραίτητες γνώσεις), μπορούν να βάλουν τη ζωή του παιδιού σε κινδύνους.

Σε ό,τι αφορά τη θεραπεία των περιστατικών, στα οποία διαγιγνώσκεται κάποιο οργανικό καρδιολογικό αίτιο, όπως είναι ευνόητο, ακολουθεί η κατάλληλη αντιμετώπιση (όπως, άλλωστε, ισχύει και για τα παιδιατρικά αίτια). Σε κάθε άλλη περίπτωση θα πρέπει ο γιατρός να πείσει πρώτα από όλους το ίδιο το παιδί, αλλά και τους γονείς του, ότι δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος, ακόμη κι αν επανεμφανιστεί το άλγος, ότι έχει γίνει πλήρης και σωστή διερεύνηση και, τέλος, ότι το σύμπτωμα αυτό θα πρέπει να τους ανησυχήσει όταν εμφανιστεί έπειτα από πολλές πολλές δεκαετίες.

Για περισσότερες πληροφορίες διαβάστε το βιβλίο του Στέλιου Χ. Αντωνιάδη, ***Προκάρδιο Άλγος στα Παιδιά***, που εκδόθηκε από την Ελληνική Ακαδημία Παιδιατρικής (Αθήνα, 2009).

Μαρία Κατσικάρη,
Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος
Ευρωκλινικής Παίδων

Επείγουσες απεικονιστικές εξετάσεις στη νεογνική - βρεφική & παιδική ηλικία

Όλοι γνωρίζουμε τα επιτεύγματα της τεχνολογίας στην ιατρική απεικόνιση, ξεκινώντας πριν από πολλά χρόνια με την απλή ακτινογραφία (A / a), συνεχίζοντας με την αξονική τομογραφία (CT), το υπερηχογράφημα (US) και τη μαγνητική τομογραφία (MRI) στις μέρες μας. Ποιες όμως από τις παραπάνω απεικονιστικές μεθόδους βοηθούν στη διάγνωση των επειγόντων περιστατικών στα παιδιά;

Κρανίο - Εγκέφαλος

Η ακτινογραφία κρανίου αποτελεί τη μέθοδο επιλογής για τη διερεύνηση των **καταγμάτων του κρανίου**, ενώ η αξονική τομογραφία ενδείκνυται στην ανάδειξη **επισκληρίδιων ή υποσκληρίδιων συλλογών, οιδήματος ή κακώσεων** του εγκεφαλικού παρεγχύματος. **Η χρήση αξονικής τομογραφίας στα παιδιά, όμως, αν και προβλέπεται από τα πρωτόκολλα αντιμετώπισης τραύματος, χρησιμοποιείται κατά κλινική συνεκτίμηση, λόγω της σημαντικής δόσης ιονίζουσας ακτινοβολίας που λαμβάνεται από τον ασθενή.**

Το υπερηχογράφημα έχει θέση στη διερεύνηση της παθολογίας του εγκεφάλου στα νεογνά και στα βρέφη, εφόσον παραμένει ανοιχτή η πρόσθια πηγή του κρανίου.

Τράχηλος

Η ακτινογραφία τραχήλου διερευνά το **οπισθοφαρυγγικό απόστημα** και την παρουσία **ακτινοσκιερού ξένου σώματος.** Το υπερηχογράφημα αναδεικνύει τα αποστήματα και τις κύστεις του τραχήλου και είναι αποτελεσματικό στην εκτίμηση της λεμφαδενίτιδας. Η MRI έχει θέση στην προεγχειρητική φάση του αποστήματος.

Αναπνευστικό σύστημα

Η ακτινογραφία θώρακος κατέχει πρωτεύοντα ρόλο στη διερεύνηση ασθενών με οξεία συμπτωματολογία από το αναπνευστικό σύστημα. Ακτινολογικά μπορούμε να ελέγξουμε όλες τις παθολογικές καταστάσεις που προκαλούν οξεία αναπνευστική δυσχέρεια στα νεογνά.

Η **εισρόφηση** στα βρέφη, που συνήθως εντοπίζεται στον αριστερό άνω λοβό, δίδει ακτινολογικά ευρήματα ανάλογα με την ποσότητα του εισροφούμενου υλικού και με τη θέση του ασθενούς τη στιγμή του επεισοδίου. Επίσης, το ακτινοσκιερό **ξένο σώμα** στην τραχεία, το βρόγχο ή τον οισοφάγο δίδει άμεσα ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος.

Στην πλάγια ακτινογραφία του ρινοφάρυγγα έχουμε ευρήματα **οξείας επιγλωττίτιδας.**

Στην ακτινογραφία μαστοειδών ανιχνεύεται η **οξεία μαστοειδίτιδα.**

Η ακτινογραφία θώρακος συμβάλλει στη διαφοροδιάγνωση της ιογενούς από τη μικροβιακή λοίμωξη (πνευμονία, βρογχίτιδα, βρογχιολίτιδα) και στην ανάδειξη επιπλοκών, όπως η παρουσία του πλευριτικού υγρού. Το υπερηχογράφημα σε αυτήν την περίπτωση έχει θέση στην ανάδειξη **πλευριτική συλλογής** και στην παρακολούθηση της εξέλιξής της.

Στο τραύμα του θώρακα με την ακτινογραφία αναδεικνύεται η παρουσία τυχόν καταγμάτων πλευρών, πνευμοθώρακα ή αιμοθώρακα και θλάσης του πνευμονικού παρεγχύματος.

Τον πρωτεύοντα ρόλο στη διάγνωση των επειγουσών παθολογικών καταστάσεων στην παιδιατρική συνεχίζουν να κατέχουν η απλή ακτινογραφία και το υπερηχογράφημα.

Πεπτικό σύστημα

Οι βασικότερες απεικονιστικές μέθοδοι σε οξύ κοιλιακό άλγος είναι η ακτινογραφία κοιλίας (ύπτια - όρθια), η ακτινογραφία θώρακος και το υπερηχογράφημα.

Με την ακτινογραφία κοιλίας θα διερευνήσουμε παθολογικές καταστάσεις, όπως η εντερική απόφραξη, η γαστρεντερίτιδα, το πνευμοπεριτόναιο ή το ξένο σώμα.

Ο ρόλος του υπερηχογραφήματος είναι σημαντικός στη διερεύνηση των παθήσεων που εκδηλώνονται με οξύ κοιλιακό άλγος ή/και εμέτους. Το υπερηχογράφημα κοιλίας είναι απαραίτητο για τη διαφοροδιάγνωση μεταξύ οξείας σκωληκοειδίτιδας και μεσεντερίου λεμφαδενίτιδας, όπως και αρκετές φορές για την ανάδειξη της φλεγμαίνουσας **σκωληκοειδούς απόφυσης** και των επιπλοκών της (όπως απόστημα).

Επίσης, κατέχει την πρώτη θέση στη διερεύνηση καταστάσεων όπως η πυλωρική στένωση, ο εγκολεασμός (όπου συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση και την ανάταξη αυτού), η περίσφιξη βουβωνοκήλης κ.ά.

Στη χολολιθίαση και στην οξεία χολοκυστίτιδα το υπερηχογράφημα θα βοηθήσει στη διάγνωση. Στην οξεία παγκρεατίτιδα και στα αρχικά στάδια (στις πρώτες 72 ώρες) η αξονική τομογραφία, κυρίως σε ήπιες καταστάσεις, μπορεί να δώσει ψευδώς αρνητικά ή αμφίβολα αποτελέσματα και η αξία της σε αυτήν την περίπτωση περιορίζεται στη διαφορική διάγνωση από διάτρηση πεπτικού έλκους. Η MRI, αν και πιο χρονοβόρα και άβολη για τον μικρό ασθενή, μπορεί να αναδείξει καλύτερα την ανομοιογένεια του παρεγχύματος και τις μικρές περιπαγκρεατικές συλλογές ή διηθήσεις.

Ουρογεννητικό σύστημα

Εδώ οι επείγουσες ακτινολογικές εξετάσεις έχουν στην πλειονότητά τους αντικατασταθεί από το υπερηχογράφημα. Η αξία του είναι αναγνωρισμένη στη διερεύνηση ουρολιθίασης και συχνά των επιπλοκών της οξείας πυελονεφρίτιδας όπως το απόστημα (για τη διάγνωσή της προτιμότερη απεικονιστική μέθοδος κρίνεται το σπινθηρογράφημα). Επίσης, σημαντική είναι η συμβολή του υπερηχογραφήματος στις κακώσεις των νεφρών.

Στα αγόρια, το επώδυνο όσχεο διερευνάται μόνο υπερηχογραφικά. Έτσι αναδεικνύεται η συστροφή (είτε κύστης Morgani είτε, σημαντικότερα, του όρχεως), οι φλεγμονώδεις παθήσεις και η κάκωση του όρχεως - οσχέου.

Στα κορίτσια, όταν το άλγος εντοπίζεται στο κατώτερο τμήμα της κοιλίας, το υπερηχογράφημα θα βοηθήσει στη διαφοροδιάγνωση παθήσεων της μήτρας και των ωοθηκών από την οξεία σκωληκοειδίτιδα. Έτσι, απεικονίζονται το αιματομητρόκολπο, η συστροφή ωοθήκης, οι αιμορραγείσασες κύστεις της ωοθήκης, το ενδοπυελικό απόστημα και η πυοσάλπιγγα.

Οι **τραυματικές κακώσεις** της κοιλίας διερευνούνται τόσο ακτινολογικά όσο και με υπερήχους. Η αξονική τομογραφία θεωρείται εξέταση εκλογής σε περιπτώσεις όπου υπάρχει ισχυρή υποψία για μείζον κοιλιακό τραύμα και όταν στο υπερηχογράφημα αναγνωρίζεται συλλογή υγρού ακόμα και επί απουσίας εμφανούς κάκωσης συμπαγούς οργάνου. Η μόνη ένσταση στη χρήση αυτής της μεθόδου είναι η σημαντική δοσολογία ακτινοβολίας στον μικρό ασθενή.

Μυοσκελετικό σύστημα

Για τις **κακώσεις** του μυοσκελετικού συστήματος η ακτινογραφία συνήθως αρκεί. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις, το υπερηχογράφημα και η μαγνητική τομογραφία εφαρμόζονται προκειμένου να αναδείξουν **αρθρική συλλογή (υμενίτιδα)** ή **οστική παθολογία.**

Τέλος, μια μικρή αναφορά στο θέμα του **κακοποιημένου παιδιού**, που αφορά όλες τις ειδικότητες. Ανάλογα με την ηλικία του παιδιού προτείνεται:

- **0-12 μηνών:** Ακτινολογικός έλεγχος του σκελετού (κρανίο, θώρακας, άκρα, κορμός). Επανέλεγχος έπειτα από 2 εβδομάδες.
- **1-2 ετών:** Ακτινολογικός έλεγχος του σκελετού (κρανίο, θώρακας, άκρα, κορμός) ή σπινθηρογράφημα.
- **2-5 ετών:** Ακτινολογικός έλεγχος του σκελετού (κρανίο, θώρακας, άκρα, κορμός) ή σπινθηρογράφημα (σε έντονη υποψία).
- **5 ετών:** Εντοπισμένες ακτινογραφίες.

Συμπέρασμα

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι όλες οι απεικονιστικές μέθοδοι (ακτινογραφία, υπερηχογράφημα, αξονική και μαγνητική τομογραφία) συμβάλλουν στη διάγνωση των επειγουσών παθολογικών καταστάσεων στην παιδιατρική.

Παρά την εξέλιξη της τεχνολογίας, τον πρωτεύοντα ρόλο συνεχίζουν να κατέχουν η απλή ακτινογραφία και το υπερηχογράφημα.

Μαρία Μιχαλάκου,
Ακτινολόγος,
Ευρωκλινική Παίδων

Η ακτινοβολία στη ζωή μας
Επιδράσεις στα παιδιά

Αν και, ακούγοντας τη λέξη «ακτινοβολία», οι περισσότεροι σκέπτονται κατευθείαν τη ραδιενέργεια, ερχόμαστε καθημερινά σε επαφή με πολλά διαφορετικά είδη ακτινοβολίας.

Η **ηλιακή ακτινοβολία**, το υπεριώδες φάσμα της (που είναι επίκαιρο κάθε καλοκαίρι), η **κοσμική** (σε μεγάλα υψόμετρα) και η **ενδογενής ακτινοβολία** (από έκλυση του φυσικού αερίου ραδονίου σε κλειστούς, μη αεριζόμενους χώρους, όπως τα σπίτια μας) ανήκουν στις **φυσικές** ακτινοβολίες. Τις τελευταίες δεκαετίες, οι **τεχνητές** ακτινοβολίες αυξήθηκαν ανάλογα με την τεχνολογία. Οι πιο γνωστές είναι η **ηλεκτρομαγνητική** (π.χ., των κινητών τηλεφώνων και της ασύρματης τεχνολογίας), τα **μικροκύματα** (π.χ., αυτά των αντίστοιχων φούρνων) και η διαβόητη **ραδιενέργεια** (παρούσα όχι μόνο στις συνήθεις πηγές αλλά και σε άλλες, όπως οι οικιακοί ανιχνευτές καπνού).
Επιστημονικώς, ως ακτινοβολία ορίζεται η μετάδοση της ενέργειας στο χώρο. Η ορθότερη κατάταξή της αφορά στις μη ιοντίζουσες και τις ιοντίζουσες ακτινοβολίες.

Στις **μη ιοντίζουσες** συμπεριλαμβάνονται τα χαμηλής έντασης ηλεκτρομαγνητικά πεδία - LFE/MW από ηλεκτρικές συσκευές, καθώς και από τα ραδιοκύματα και τα μικροκύματα που προέρχονται από σταθμούς εκπομπής ραδιοφώνου και τηλεόρασης ή φούρνους μικροκυμάτων, η ορατή ακτινοβολία και η υπεριώδης, οι οποίες εκπέμπονται ανάλογα από τις ηλεκτρικές λάμπες ή τον ήλιο, και η υπέρυθρη, που προέρχεται είτε από τον ήλιο είτε από την κεραμική εστία της κουζίνας μας.
Οι **βιολογικές επιδράσεις** διαφέρουν από αυτές της ιοντίζουσας ακτινοβολίας και εξαρτώνται κυρίως από την ένταση και τη συχνότητα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η γνωστή ηλεκτροπληξία, με επιδράσεις που κυμαίνονται από απλό ερεθισμό του δέρματος και των μυών (αισθητική και φυσιοθεραπεία) έως εκτεταμένους σπασμούς, ανακοπή και εγκαύματα.
Οι **ιοντίζουσες** (X - α - β - γ ακτινοβολίες) αλληλεπιδρούν με την ύλη μεταφέροντας ηλεκτρόνια, σαν «νομίσματα ενέργειας». Λόγω της μεγάλης διεισδυτικότητάς τους, επηρεάζουν τη ζωή και τη λειτουργία των κυττάρων μέσω χειραγώγησης του DNA. Τα πιο επιρρεπή κύτταρα είναι όσα βρίσκονται σε φάση αντιγραφής – όσα, δηλαδή, πολλαπλασιάζονται περισσότερο. Τα αποτελέσματα είναι βλάβες του DNA με ή χωρίς δυνατότητα επιδιόρθωσης (στην τελευταία περίπτωση συνήθως με απόρριψη ιστού, όπως στην ακτινοθεραπεία) και, κυρίως, μεταλλάξεις του DNA με πιθανή ανάπτυξη καλοηθών ή κακοηθών όγκων και γενετικών αλλοιώσεων.
Ευπρόσβλητοι ιστοί είναι το δέρμα και τα επιθήλια (π.χ., γαστρεντερικός ή ρινικός βλεννογόνος), τα λευκά αιμοσφαίρια και ο αιμοποιητικός μυελός των οστών. Αξίζει να αναφερθεί ότι βλάβες πραγματοποιούνται σε όλους τους

Τα παιδιά είναι δέκα φορές πιο ευαίσθητα από τους ενήλικες στην ακτινοβολία και πρέπει να προφυλάσσονται από την αναίτια έκθεση.

ιστούς, καθώς και ότι **σε βάθος χρόνου αυξάνεται σημαντικά η πιθανότητα καρκίνου** (κυρίως θυρεοειδούς και μαστού) και λευχαιμίας.

Γιατί είναι τόσο σημαντικές οι επιδράσεις στα παιδιά;

Λόγω βιολογίας, τα παιδιά βρίσκονται συνεχώς υπό ανάπτυξη, οπότε μεγάλος πληθυσμός των κυττάρων τους είναι σε φάση πολλαπλασιασμού. Επιπροσθέτως, έχουν μεγαλύτερους πληθυσμούς ανώριμων και αδιαφοροποίητων κυττάρων (άωρα κύτταρα και βλαστοκύτταρα), η προσβολή των οποίων, εκτός του ότι αναστέλλει την ωρίμασή τους σε ιστούς (π.χ., ερυθρά αιμοκύτταρα από το μυελό των οστών), αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα παιδικών καρκίνων, μειώνοντας το προσδόκιμο επιβίωσης. Τα παιδιά είναι δέκα φορές πιο ευαίσθητα από τους ενήλικες στην ίδια ποσότητα ακτινοβολίας τόσο λόγω των προαναφερόμενων όσο και λόγω της μικρότερης μάζας τους.

Ραδιενέργεια (ακτίνες Χ)

Αποτελεί την πιο καλά μελετημένη μορφή ακτινοβολίας και το «κόκκινο πανί» για τους περισσότερους από εμάς. Πέραν των γνωστών πηγών, σε μικρά επίπεδα εκλύεται και από λιγότερο «ύποπτους» παράγοντες, όπως οι φθορίζουσες συσκευές (λάμπες, ρολόγια), οι τηλεοράσεις, τα ακτινοσκοπικά μηχανήματα των αεροδρομίων, τα ραδιενεργά ιχνοστοιχεία της ασφάλτου, το κάρβουνο και ο καπνός (ταμπάκο) ή από παράγοντες που βρίσκονται στη φύση.

Σε μικρές δόσεις προκαλεί ελάχιστα ευρήματα, με πιο σύνηθες την παροδική μείωση των λευκοκυττάρων, ενώ η έκθεση σε σημαντικές δόσεις ευθύνεται για την «ασθένεια της ακτινοβολίας» (radiation sickness), για εγκαύματα, ακόμη και για θάνατο σε σύντομο διάστημα.

Σε πόση ραδιενέργεια είναι επιτρεπτό να εκτίθενται οι άνθρωποι (και ιδίως τα παιδιά);

Αυτή η ερώτηση είναι από τις πιο σημαντικές στην ιστορία της βιοφυσικής. Ανάλογα με την κατανόηση των βιολογικών επιδράσεων, τα επίπεδα αλλάζουν με τα χρόνια.

Οι πρώτες εφαρμογές, στις αρχές του προηγούμενου αιώνα, αφορούσαν στην ψυχαγωγία, ενώ, μέχρι τα μέσα του ίδιου αιώνα, θεωρούνταν ευεργετική η κατανάλωση ραδιενεργών χαπιών και πρόσθετων σε αναψυκτικά.

Αν και η πρώτη μελέτη για τις βιολογικές επιδράσεις της ακτινοβολίας δημοσιεύθηκε στα τέλη του 1800 από τον Νικόλα Τέσλα και το 1927 έγιναν γνωστές οι γενετικές επιδράσεις, η έννοια της ακτινοπροστασίας θεωρούνταν υπερβολική έως τα τέλη του 1960.

Για τους ενήλικες, τα Ευρωπαϊκά Επίπεδα Ασφαλείας δέχονται ως ασφαλή την ετήσια έκθεση σε ακτινοβολία έως 1 mSv για τον γενικό πληθυσμό. Σε ευαίσθητες ομάδες (παιδιά και εγκύους) επεισέρχεται η αρχή της «χαμηλότερης αναγκαίας δόσης» (ALARA – As Low As Reasonably Achievable), με την έννοια ότι μια ανεπαρκής διαγνωστική εξέταση χρήζει επανάληψης, ενώ αλληλοεπικαλυπτόμενες εξετάσεις επιβαρύνουν τον οργανισμό.

Η επίδραση της ακτινοβολίας, εκτός από ποσοτική, είναι και αθροιστική. Δεν έχει σημασία μόνο η ποσότητά της, αλλά και το χρονικό διάστημα έκθεσης σε αυτή, αν η ακτινοβολία χορηγείται σε δόσεις και αν υπάρχει ικανοποιητική παύση «ανάρρωσης» στα μεσοδιαστήματα.

Ενδεικτικά, παραθέτουμε μερικές κοινές εξετάσεις και το χρόνο που χρειάζεται η ίδια ποσότητα ακτινοβολίας για να προσληφθεί από φυσικές πηγές:

- Ακτινογραφία θώρακος: f: 0,02 mSv (2 ημέρες)
- Ακτινογραφία κρανίου: f: 0,03 mSv (3 ημέρες)
- Ακτινογραφία οστού: 0,005 mSv (1 ημέρα)
- Ακτινογραφία άρθρωσης (π.χ. γονάτου): 0,06 mSv (7 ημέρες)
- CT (Ελικοειδής) Άνω/Κάτω κοιλίας: 14 mSv (1.703 ημέρες/4 - 6 έτη)
- CT θώρακος: 9,3 mSv (1.132 ημέρες/3 - 1 έτη)

Πώς μπορούμε να προστατεύσουμε τα παιδιά από τη ραδιενέργεια;

Με δεδομένο ότι αποκλείεται να χρησιμοποιηθούν παιδιά για την επαγγελματική χειραγώγηση ραδιενεργών υλικών, το βασικό είναι να προφυλαχθούν από την αναίτια και αδικαιολόγητη έκθεση, η οποία, σε μικρές ηλικίες, συνηθέστερα παρέχεται μέσω ιατρικών εξετάσεων.

Αν και η ακτινοπροστασία είναι κυρίως μέλημα των ακτινολόγων, έχει ξεκινήσει η ευαισθητοποίηση των κλινικών ιατρών, με βασικές προτεραιότητες τη μείωση της δοσολο-

Η επίδραση της ακτινοβολίας, εκτός από ποσοτική, είναι και αθροιστική. Δεν έχει σημασία μόνο η ποσότητά της, αλλά και το χρονικό διάστημα έκθεσης σε αυτή.

γίας και την αντικατάσταση, όπου είναι εφικτό, από άλλες εξετάσεις, όπως η υπερηχοτομογραφία (π.χ., οισοφαγογραφήματα, ανάδειξη δυσπλασιών ισχίου, παρακολούθηση πλευριτικών συλλογών και ανατάξεις εγκολεασμών).
Ακόμη και τώρα, αν και σε μικρότερο βαθμό, τα θέματα της ακτινοπροστασίας του παιδικού πληθυσμού συχνά παραβλέπονται. Τραγικό παράδειγμα η περίπτωση βρέφους στην Καλιφόρνια, τον Ιανουάριο του 2008.
Οι σημαντικότερες μέθοδοι προστασίας είναι η αποφυγή αναίτιων εξετάσεων και (όπου είναι δυνατό) **η αντικατάσταση από άλλες τεχνικές.** Η πρόοδος της τεχνολογίας αποτελεί σημαντική θετική επίδραση, καθώς, με την ανάπτυξη νέων συστημάτων, μειώνεται περαιτέρω η δόση της ακτινοβολίας.
Το δεύτερο μέτρο αφορά στην **εξασφάλιση ικανοποιητικών χρονικών διαστημάτων μεταξύ των εξετάσεων** για την «ανάρρωση» του σώματος.
Τρίτη σημαντική παράμετρος, κυρίως για τα παιδιά, είναι ο **περιορισμός της ακτινοβολίας στα μικρότερα αποδεκτά επίπεδα** για την επίτευξη ικανοποιητικού αποτελέσματος.
Εξαιρετικά σημαντική είναι και η εξασφάλιση ικανοποιητικών τεχνικών παραμέτρων στα εργαστήρια, με καλή μολύβδινη μόνωση, εξασφάλιση χώρου, καλή ρύθμιση και ανανέωση του εξοπλισμού.

Υπεριώδης ακτινοβολία

Η κύρια πηγή της είναι φυσική και αλληλένδετη με τη ζωή στον πλανήτη μας. Η υπεριώδης ακτινοβολία προκαλεί σημαντικές επιδράσεις, όπως η παραγωγή μελανίνης, η οποία προσφέρει ελκυστικό μαύρισμα, αλλά ουσιαστικά προστατεύει από εγκαύματα. Τεχνητές πηγές αποτελούν οι συσκευές μαυρίσματος, οι αποστειρωτές ιατρικών και μη μηχανημάτων, καθώς και το περίφημο black light (στη νυχτερινή διασκέδαση).
Λόγω της μεγάλης ενέργειας και διεισδυτικότητας της υπεριώδους ακτινοβολίας, η υπερβολική έκθεση προκαλεί εξαλλαγή ήδη ευαίσθητων κυττάρων του δέρματος και καρκινογένεση. Συγκεκριμένα επίπεδα ασφαλείας δεν υπάρχουν. **Η φύση ήδη μας προστατεύει με δύο τρόπους.** Ο πρώτος είναι η παραγωγή μελανίνης, που απορροφά μεγάλο μέρος της ακτινοβολίας. Ο δεύτερος είναι η προστατευτική ασπίδα του όζοντος στην ανώτερη ατμόσφαιρα, την οποία έχουμε ήδη «πληγώσει» σημαντικά, με συνέπεια να αναμένεται περαιτέρω αύξηση του καρκίνου του δέρματος.
Ευτυχώς, η ενημέρωση για την υπεριώδη ακτινοβολία, που πραγματοποιείται ήδη από τη δεκαετία του 1980, έχει περιορίσει την μόδα της υπερβολικής έκθεσης.
Η χρήση αντηλιακών και η αποφυγή έκθεσης κατά τις μεσημεριανές ώρες είναι επίσης χρήσιμα και εύκολα μέτρα προστασίας. Το πιο σημαντικό, όμως, είναι η χρήση της κοινής λογικής, ιδίως σε ό,τι αφορά τα παιδιά, στα οποία οι επιδράσεις είναι μακροχρόνιες, ενώ οι συνθήκες, καθώς θα μεγαλώνουν, θα γίνονται σκληρότερες.

Ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία

Στη σημερινή εποχή τείνει να θεωρηθεί από τους πιο μεγάλους παράγοντες ρύπανσης, λόγω της αλματώδους ανάπτυξης της τεχνολογίας. Οι σταθμοί ηλεκτρικών μετασχηματιστών, πλησίον των οποίων καταγράφονται σημαντικά επίπεδα Η/Μ ενέργειας, θεωρούνται υπαίτιοι για την αύξηση κρουσμάτων λευχαιμίας και νευρολογικών παθήσεων σε παιδιά. Αν και εμπειρικά η παρατήρηση αυτή θεωρείται σωστή, δεν έχει αποδειχθεί υπεράνω κάθε αμφισβήτησης, με αποτέλεσμα η Η/Μ ακτινοβολία να θεωρείται ακόμη «πιθανώς καρκινογόνα».
Σε πειράματα με θηλαστικά έχει αποδειχθεί η συσχέτιση της έκθεσης σε ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία με αντιστρεπτές επιδράσεις, όπως αλλαγές συμπεριφοράς, αυξημένη θνησιμότητα και καθυστέρηση ανάπτυξης, καθώς και με μορφολογικές αλλοιώσεις από επίπεδα έκθεσης αντίστοιχα με δύο ώρες λειτουργίας κινητού τηλεφώνου. Λόγω του τελευταίου, υπάρχει σημαντικό ενδιαφέρον για την επίδραση των κινητών τηλεφώνων και τη χρήση της ασύρματης τεχνολογίας (από τα τηλεκοντρόλ έως την ασύρματη διαδικτύωση). **Η τελευταία και τα αντίστοιχα οικιακά δίκτυα έχουν ενοχοποιηθεί για αυξημένη επίπτωση αυτισμού σε βρέφη, ενώ σε όσους ζουν πλησίον κεραιών αναμετάδοσης έχει διαπιστωθεί επίδραση στη φάση REM του ύπνου** (επιδράσεις στη μνήμη) **και μείωση της παραγωγής μελανίνης** (η οποία ρυθμίζει επιπλέον τον ημερήσιο βιολογικό κύκλο)**, με πολλαπλασιασμό των μαρτυριών για κεφαλαλγίες, απώλεια ή διαταραχές μνήμης και αποβολές εγκύων.**
Έως τώρα δεν υπάρχει επαρκής επιστημονική απόδειξη των μηχανισμών λειτουργίας των βιολογικών επιδράσεων από τα ηλεκτρομαγνητικά πεδία στους ανθρώπους και στα πειραματόζωα. Η μόνη επιβεβαιωμένη επίδραση των πεδίων αυτών στο νευρικό σύστημα μέχρι στιγμής δεν είναι ειδική για κάποια συγκεκριμένη παθολογία, είναι όμως σημαντική, επειδή το νευρικό σύστημα του ανθρώπου αναπτύσσεται μέχρι τις μικρές ηλικίες.
Επειδή επί του παρόντος δεν μπορεί να υπολογιστεί η μακροπρόθεσμη επίδραση στα παιδιά και επειδή στο μέλλον αυτά θα είναι περισσότερο εκτεθειμένα στην ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία από ό,τι οι προηγούμενες γενεές, συνιστάται η όσο το δυνατόν ορθολογική χρήση αυτών των νέων τεχνολογιών.
Πρέπει να κατανοήσουμε ότι η ζωή μας είναι αλληλένδετη με όλων των ειδών τις ακτινοβολίες, φυσικές ή τεχνητές. Η τεχνολογία επιδεινώνει τη θέση μας σε σχέση με το περιβάλλον, αλλά και συνεισφέρει προσφέροντάς μας μέσα προστασίας. Αφού δεν υπάρχει επαρκής προστασία για την ακτινοβολία και δεδομένου ότι σε πολλές περιπτώσεις τα διάφορα είδη ακτινοβολίας είναι αναγκαία για τη ζωή μας, οι καλύτερες συμβουλές είναι η ψυχραιμία, η επιφύλαξη και η χρήση της κοινής λογικής.

Γιάννης Μπιτσάκος,
Υπεύθυνος Κουζίνας Ευρωκλινικής Παίδων

Συνταγές

Για απολαυστικά και υγιεινά πιάτα

Υλικά για 4 άτομα
- 2 πατάτες (άβραστες)
- 2 τεμάχια ρόκα
- 1 τεμάχιο σικόρε
- 1 τεμάχιο γαλλική σαλάτα
- 1 τεμάχιο iceberg
- 5 ντοματίνια
- 100 γρ. ελαιόλαδο
- Αλάτι, πιπέρι
- Μαϊντανός
- Παρμεζάνα

Πανδαισία λαχανικών
σε τραγανή πίτα πατάτας

Εκτέλεση

Τρίβουμε τις πατάτες και τις ανακατεύουμε με το αλάτι, το πιπέρι και το μαϊντανό. Τις στρώνουμε σε αντικολλητικό τηγάνι και ψήνουμε το μείγμα σε μέτρια φωτιά. Στη συνέχεια, πλένουμε τα λαχανικά πολύ καλά, τα κόβουμε με τα χέρια, τα ανακατεύουμε ελαφρά, ρίχνουμε ελαιόλαδο, αλάτι και πιπέρι και τα τοποθετούμε πάνω στην πίτα πατάτας. Τέλος, ρίχνουμε την παρμεζάνα.

Πάστα πορτοκαλιού
(6 μερίδες)

Υλικά για την κρέμα
- 2 κούπες χυμό πορτοκαλιού
- 6 κ.σ. κορν φλάουρ (κοφτές)
- Ξύσμα πορτοκαλιού από 2 πορτοκάλια
- 2 κ.σ. βούτυρο
- 500 γρ. σαντιγί

Υλικά για το παντεσπάνι
- 4 αβγά
- 1 κούπα ζάχαρη
- 1 κούπα αλεύρι
- 1 βανίλια

Εκτέλεση

Ξεκινάμε με το παντεσπάνι. Χτυπάμε όλα τα υλικά μαζί μέχρι να αφρατέψουν. Στη συνέχεια, τοποθετούμε το μείγμα σε ένα ταψί αλειμμένο με βούτυρο και ψήνουμε στους 180° C για 30 λεπτά. Βάζουμε το χυμό πορτοκαλιού να ζεσταθεί και, στη συνέχεια, διαλύουμε το κορν φλάουρ. Μόλις δέσει η κρέμα, ρίχνουμε το βούτυρο και το ξύσμα. Ανακατεύουμε την κρέμα, την αφήνουμε να κρυώσει και την αναμειγνύουμε με τη μισή ποσότητα της σαντιγί. Κόβουμε το ψημένο παντεσπάνι στα δύο, το ραντίζουμε με χυμό πορτοκαλιού και στρώνουμε την κρέμα. Τέλος, στρώνουμε την υπόλοιπη σαντιγί.

Σπιτικό χάμπουργκερ με μπιφτέκι γαλοπούλας

Εκτέλεση

Σε ένα μεγάλο μπολ βάζουμε τον κιμά, το κρεμμύδι, τα αβγά, τη φρυγανιά, το ελαιόλαδο, τη μουστάρδα, το ξίδι, το μαϊντανό, το αλάτι και το πιπέρι. Ζυμώνουμε πολύ καλά τα υλικά και, στη συνέχεια, τα βάζουμε στο ψυγείο για δέκα λεπτά, μέχρι να «σφίξει» ο κιμάς. Φτιάχνουμε 4 μπιφτέκια και τα ψήνουμε στους 180° C για 35-40 λεπτά. Λίγο πριν τα βγάλουμε από το φούρνο, προσθέτουμε το μπέικον και το τυρί και τα αφήνουμε να πάρουν χρώμα.

Υλικά για 4 άτομα
- Ψωμί για χάμπουργκερ
- 500 γρ. κιμάς γαλοπούλας
- 2 αβγά (ολόκληρα)
- 1 μεγάλο κρεμμύδι (ψιλοκομμένο)
- 8 φέτες μπέικον
- 150 γρ. φρυγανιά
- 100 γρ. ελαιόλαδο
- 2 κ.σ. μουστάρδα
- Αλάτι, πιπέρι
- Μαϊντανός
- Ρίγανη
- Λίγο ξίδι

Νικήτας Παπαδάκης,
Υπεύθυνος Κουζίνας Ευρωκλινικής Αθηνών

Συνταγές

Για απολαυστικά και υγιεινά πιάτα

Fontan σοκολάτας

Υλικά

Για τα φοντάν:
300 γρ. κουβερτούρα (55%) κομμένη σε κομματάκια
300 γρ. κρέμα γάλακτος (35% λιπαρά)
150 γρ. άχνη
2 αβγά, 2 κρόκοι αβγών

Για την crème anglaise:
150 γρ. γάλα
200 γρ. κρέμα γάλακτος (35% λιπαρά)
3 κρόκοι αβγών
75 γρ. ζάχαρη
1 κλωναράκι βανίλιας

Εκτέλεση

Ζεσταίνουμε την κρέμα γάλακτος (μέχρι να φτάσει στους 90° C), τη ρίχνουμε πάνω στην κουβερτούρα και ανακατεύουμε μέχρι να λιώσει. Στη συνέχεια, χτυπάμε τους κρόκους με τα αβγά και την άχνη και τα προσθέτουμε στο μείγμα της σοκολάτας. Ανακατεύουμε πολύ καλά μέχρι να ενωθούν τα υλικά. Βουτυρώνουμε και αλευρώνουμε 6-8 μικρές στρογγυλές φορμίτσες και αδειάζουμε το μείγμα. Ψήνουμε για 25-30 λεπτά σε προθερμασμένο φούρνο στους 170° C. Για να φτιάξουμε την crème anglaise, ανακατεύουμε το γάλα, την κρέμα και τη βανίλια σε μια κατσαρολίτσα. Ανακατεύουμε τους κρόκους και τη ζάχαρη ρίχνοντας λίγο από το μείγμα γάλακτος και κρέμας. Στη συνέχεια τα βάζουμε μέσα στην κατσαρόλα και ζεσταίνουμε σε χαμηλή φωτιά. Πριν αρχίσει να βράζει η κρέμα, την κατεβάζουμε από τη φωτιά και τη μεταφέρουμε σε άλλο σκεύος. Σερβίρουμε τα φοντάν με την κρέμα και απολαμβάνουμε!

Σαλάτα με λιαστές ντομάτες και ψητό χαλούμι

1 σγουρό πράσινο λάχανο
1 ματσάκι ρόκα
Λιαστές ντομάτες
Χαλούμι με μυρωδικά
Ντοματίνια κομμένα στα δύο
1 αβοκάντο σε μικρά κομμάτια
2-3 φέτες μπέικον (καβουρντισμένο)
Λάδι, ξίδι, αλάτι, ρίγανη

Εκτέλεση

Κόβουμε τα υλικά σε ένα μπολ και ανακατεύουμε. Αναμειγνύουμε τα υπόλοιπα υλικά (λάδι, ξίδι, αλάτι, ρίγανη) και περιχύνουμε τη σαλάτα. Βάζουμε το μπολ στο ψυγείο για λίγο.

Γλυκόξινο κοτόπουλο με λαχανικά

Υλικά

1 κιλό φιλέτο κοτόπουλο
3 καρότα
1 πράσινη, 1 κόκκινη και 1 κίτρινη πιπεριά
4-5 φρέσκα κρεμμυδάκια
1 μεγάλο ξερό κρεμμύδι χοντροκομμένο
2 κουταλιές σουσάμι
2-3 κουταλιές σουσαμέλαιο
4-5 κουταλιές σπορέλαιο
3 κουταλιές ξίδι μπαλσάμικο κρέμα
1 κουταλιά μέλι
2 κούπες χυμός ντομάτας
5 κουταλιές σόγια σος
5 κουταλιές σάλτσα τεριγιάκι
Αλάτι, πιπέρι

Εκτέλεση

Κόβουμε το κοτόπουλο σε λωρίδες και το μαρινάρουμε για περίπου 2 ώρες στη σος τεριγιάκι με λίγο αλάτι και πιπέρι. Ψιλοκόβουμε σε στικς τα καρότα και τις πιπεριές και τα σοτάρουμε μαζί με το φρέσκο και το ξερό κρεμμύδι στο σπορέλαιο για 5 λεπτά περίπου σε δυνατή φωτιά. Σβήνουμε με το ξίδι και προσθέτουμε το μέλι, το χυμό ντομάτας και τη σόγια σος. Η φωτιά παραμένει δυνατή και, μόλις τα υλικά αρχίσουν να βράζουν, τη σβήνουμε. Αδειάζουμε το μείγμα σε ένα σκεύος. Στο ίδιο τηγάνι όπου μαγειρέψαμε τα λαχανικά ρίχνουμε το σουσαμέλαιο και σοτάρουμε το μαριναρισμένο κοτόπουλο σε δυνατή φωτιά, μαζί με το σουσάμι, για περίπου 5 λεπτά. Προσθέτουμε το μείγμα λαχανικών στο κοτόπουλο και ανακατεύουμε όλα τα υλικά μαζί.