Medilife

Άνοιξη - Καλοκαίρι 2011 · Τεύχος 14

Είναι πολύ πιο σημαντικό να γνωρίζεις
τον ασθενή παρά την ασθένεια
Ιπποκράτης

Κανένα φάρμακο δεν είναι αποτελεσματικό
αν ο γιατρός δεν σταλάξει μέσα του μερικές σταγόνες
από αγάπη, συμπόνοια και κατανόηση
Albert Schweitzer

Γλυκό βλαστάρι νεαρό του ανθρώπου
πεσμένο από του θεού το σπίτι
για να ανθίσει πάνω στη γη
Μητέρα Τερέζα

Ο άνθρωπος είναι απόλυτα ελεύθερος
και γι΄ αυτό είναι απόλυτα υπεύθυνος
Jean-Paul Sartre

Η πέτρα, το σίδερο, το ατσάλι δεν αντέχουν,
ο άνθρωπος αντέχει
Νίκος Καζαντζάκης

Citius, Altius, Fortius
(πιο γρήγορα, πιο δυνατά, πιο ψηλά)
Pierre de Coubertin

your free copy

Ρομποτική χειρουργική
Πολύτιμη και στη γυναικολογία

Face-lift
Μοντέρνες μέθοδοι για... όμορφο αποτέλεσμα

Ισχαιμία του μυοκαρδίου
Επώδυνη ή σιωπηρή;

Καρκίνος του προστάτη
Η σύγχρονη αντιμετώπιση

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

Η Ευρωκλινική Αθηνών, από το 1998 που ιδρύθηκε, προσφέρει απαράμιλλες υπηρεσίες υγείας, ως ένα άρτιο Διαγνωστικό, Χειρουργικό και Θεραπευτικό Κέντρο. Θέτοντας υψηλότατα στάνταρ και αυστηρή πολιτική ποιότητας, είναι εφάμιλλη των μεγαλύτερων νοσηλευτικών κέντρων του εξωτερικού.

Η Ευρωκλινική Παίδων είναι μία σύγχρονη κλινική στο κέντρο της Αθήνας, διαμορφωμένη σε ένα φιλικό και ζεστό περιβάλλον για τα παιδιά. Αφοσιωμένη πάντα στην υγεία του παιδιού, έχει σαν στόχο την παροχή άριστης ιατρικής φροντίδας, θεραπείας και νοσηλείας.

Με σεβασμό στον άνθρωπο και τις ανάγκες του, η Ευρωκλινική Αθηνών και η Ευρωκλινική Παίδων διαθέτουν κορυφαίο επιστημονικό προσωπικό με όλες τις ιατρικές ειδικότητες και παιδιατρικές υποειδικότητες, έμπειρους νοσηλευτές, σύγχρονες εγκαταστάσεις και ιατρικό εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας που ανανεώνεται διαρκώς, επιτρέποντας την εφαρμογή των πιο πρωτοποριακών μεθόδων στη διάγνωση και στη θεραπεία.
Οι κλινικές του Ομίλου Ευρωκλινικής επενδύουν στο μέλλον προάγοντας την προληπτική ιατρική, εφαρμόζοντας καινοτόμες μεθόδους και τεχνολογία αιχμής.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Αθανασιάδου 7-9, πάροδος Δ. Σούτσου
Τηλ.: 210 6416 600, fax: 210 6416555
mkt@euroclinic.gr
www.euroclinic.gr

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

Λεμεσού 39-41 & Αχαρνών 209
Τηλ.: 210 8691 900, fax: 210 8691 950
mkt@euroclinic.gr
www.euroclinic.gr

editorial

Αγαπητοί αναγνώστες,

Το 2010 έχει περάσει στην Ιστορία ως μια χρονιά που χαρακτηρίστηκε από τη μεγάλη οικονομική κρίση.

Φυσικό επόμενο της κατάστασης που διαμορφώθηκε στην ελληνική οικονομία και αγορά ήταν η δημιουργία μεγάλων προβλημάτων σε κάθε ελληνική επιχείρηση, ανεξαρτήτως αντικειμένου και μεγέθους.

Παρ' όλες τις δυσμενείς συνθήκες, αποδείχθηκε ότι η Ευρωκλινική και οι άνθρωποί της αποτελούν μια μεγάλη οικογένεια, η οποία ακόμα και στη χειρότερη κρίση διασφαλίζει την επιτυχημένη πορεία της, διατηρώντας την υψηλή ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Με σκοπό τη διευκόλυνση όλων των δοκιμαζόμενων από τη σφοδρή οικονομική κρίση συνανθρώπων μας, προχωρήσαμε σε σημαντικές μειώσεις των τιμών των παρεχόμενων υπηρεσιών μας στις Κλινικές του Ομίλου μας.

Παράλληλα, οι συνεργάτες Ιατροί του Ομίλου μας, μαζί με όλο το Διοικητικό, Νοσηλευτικό και Παραϊατρικό προσωπικό, φρόντισαν να διατηρήσουν το υψηλό επίπεδο των υπηρεσιών, που χρόνια τώρα είναι ταυτόσημο του ονόματος της Ευρωκλινικής.

Ο διαρκώς αυξανόμενος αριθμός των συνανθρώπων μας που επιλέγουν τις κλινικές του Ομίλου Ευρωκλινικής, είτε για την υγεία τους είτε για την υγεία των παιδιών τους, αποτελεί την αδιαμφισβήτητη επιβράβευση της συλλογικής αυτής προσπάθειας.

Το οφείλαμε στην ιστορία του Ομίλου της Ευρωκλινικής, μα πάνω απ' όλα το οφείλαμε στους χιλιάδες ανθρώπους που μας εμπιστεύθηκαν και μας εμπιστεύονται όλα τα χρόνια λειτουργίας μας!

Ιωάννης Κοκολινάκης
Διευθύνων Σύμβουλος
Ομίλου Ευρωκλινικής

περιεχόμενα

3 **Editorial**

6 **News**

Ιατρική

24 **Ισχαιμία του μυοκαρδίου**
Επώδυνη ή σιωπηρή;

26 **Κολπική μαρμαρυγή**
Η αντιμετώπιση μιας σύγχρονης επιδημίας

28 **Βαλβιδοπλαστική διόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας**
Η υπεροχή της έναντι της αντικατάστασης σε ασθενείς με ανεπάρκεια της ομώνυμης βαλβίδας

34 **Ρομποτική χειρουργική**
Χειρουργική του παρόντος ή του μέλλοντος;

38 **Ρομποτική χειρουργική**
Πολύτιμη και στη γυναικολογία

42 **Καρκίνος του προστάτη**
Η σύγχρονη αντιμετώπιση

44 **Ψηφιακά υποβοηθούμενη ολική αρθροπλαστική**
Η νέα αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας του γόνατος

46 **Θυρεοειδής**
Η διάγνωση και η αντιμετώπιση των όζων

50 **Λεμφοίδημα**
Νέα μέθοδος αντιμετώπισης με επεμβατικό laser

52 **Αλλαντική τοξίνη (Botox – Dysport)**
Πώς χρησιμοποιείται στη νευρολογία

54 **Σκολίωση**
Αθώα η σχολική τσάντα

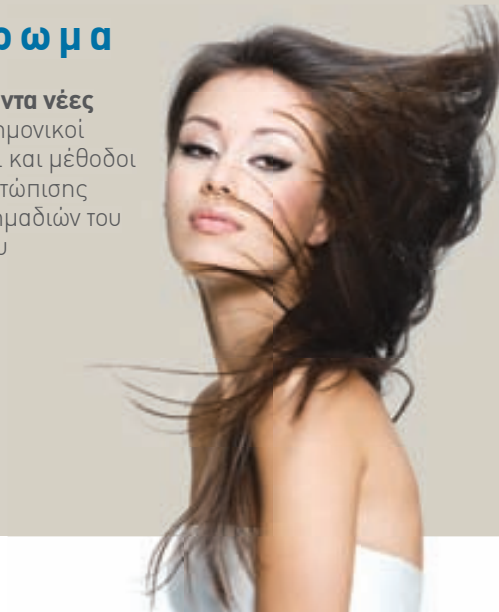
56 **Καταρράκτης**
Μπορούμε να εμποδίσουμε την εξέλιξή του;

58 **Face lift**
Μοντέρνες μέθοδοι για... όμορφο αποτέλεσμα

60 **Κετογονική δίαιτα**
Μπορεί να θεραπεύσει παιδιά με επιληψία ανθεκτική σε φαρμακευτική αγωγή

Αφιέρωμα

62 **Για πάντα νέες**
Επιστημονικοί τρόποι και μέθοδοι αντιμετώπισης των σημαδιών του χρόνου



Ευρωκλινική Παίδων

66 Βιταμίνη D
Τι πρέπει να γνωρίζουμε

70 Παιδική & εφηβική παχυσαρκία
Σημαντικός ο ρόλος της πρόληψης

74 Σωματική άσκηση και αθλητισμός,
προαθλητικός έλεγχος και διατροφή στην παιδική ηλικία

78 Σπίλοι στα παιδιά
Πώς και πότε πρέπει να τους αντιμετωπίζουμε

82 Κοιλιοκάκη
Ένα συχνό «άγνωστο» νόσημα

86 Οξεία βρογχιολίτις
Χρήση – κατάχρηση κορτικοειδών

88 Η εξέλιξη του λόγου και της ομιλίας του παιδιού σας

90 Ακτινογραφία
Πότε είναι απαραίτητη στο παιδί

92 Εκκριτική ωτίτιδα
Μία συνηθισμένη, «σιωπηλή» πάθηση

94 Αιματολογικές εξετάσεις
Όλα όσα πρέπει να γνωρίζουν οι γονείς για τον έλεγχο της υγείας του παιδιού τους

Διατροφή

96 Γεύσεις νόστιμες και υγιεινές

Medilife

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

Αθανασιάδου 7-9 (πάροδος Δ. Σούτσου), 115 21, Αθήνα,
τηλ. 210 641 6600, fax 210 6416 655
τηλ. Διεύθυνσης Ανάπτυξης 210 6416 180

Διευθύντρια Έκδοσης
Θάλεια Αγγελίδου
Διευθύντρια Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής

Επιμέλεια & Συντονισμός Ύλης
Χριστίνα Κοροβέση, Νάνσυ Χριστοπούλου

Επιστημονική Επιτροπή
Καθηγητής Μ. Φιλιππάκης
Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής Ευρωκλινικής Αθηνών,
Διευθυντής Χειρουργικού Τομέα

Καθηγητής Δημήτρης Λουκόπουλος
Διευθυντής Αιματολόγος, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας

Εμμανουήλ Ζαχαριάδης
Διευθυντής Πνευμονολογικού Τμήματος

Εκδότης
MEDIA2DAY ΕΚΔΟΤΙΚΗ Α.Ε.

Υπεύθυνος
Χρήστος Ζαρίφης
(zarifis@media2day.gr)

Creative Director
Τάσος Λοβέρδος

Δημιουργικό
Χριστίνα Παπαγεωργίου, Άντζελα Σοφιανοπούλου,

Επιμέλεια Ύλης
Χρήστος Γαδ

Επιμέλεια κειμένων
Δήμητρα Κεφάλα, Ευθυμία Παυλάτου

Εμπορική Διεύθυνση
Μίνα Ανωγιάτη
(manogiati@euro2day.gr)

Υποδοχή Διαφήμισης
Άννα Κίνη

Διεύθυνση παραγωγής
Πέτρος Μαρίνης

Παραγωγή
MEDIA2DAY ΕΚΔΟΤΙΚΗ Α.Ε.
Παπανικολή 50, Χαλάνδρι 152 32
τηλ. 210 685 6120 / fax: 210 684 3704

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ

Ανάληψη καθηκόντων νέου Προέδρου Ομίλου Ευρωκλινικής

Ο κ. Σπύρος Καπράλος αναλαμβάνει Πρόεδρος του Ομίλου της Ευρωκλινικής, μέλος του Ομίλου της Global Finance, μιας από τις μεγαλύτερες εταιρείες επιχειρηματικών κεφαλαίων στη Νοτιοανατολική Ευρώπη. Ο κ. Καπράλος, με τη μακροχρόνια πείρα του και την επαγγελματική του εμβέλεια, θα συνεισφέρει σημαντικά στην ανάπτυξη της Ευρωκλινικής. Ο κ. Καπράλος είναι Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος της ναυτιλιακής εταιρείας Star Bulk Carriers και Πρόεδρος της Ελληνικής Ολυμπιακής Επιτροπής.

Στη μακρά και πολύ επιτυχημένη επαγγελματική πορεία του έχει διατελέσει, μεταξύ άλλων, Πρόεδρος του Χρηματιστηρίου Αθηνών και Διευθύνων Σύμβουλος της ΕΧΑΕ, Γενικός Γραμματέας Ολυμπιακών Αγώνων του Υπουργείου Πολιτισμού, Εντεταλμένος Σύμβουλος της Οργανωτικής Επιτροπής των Ολυμπιακών Αγώνων Αθήνα 2004 και Υποδιοικητής της Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος. Σπούδασε Οικονομικά στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και κατέχει MBA από το Πανεπιστήμιο INSEAD της Γαλλίας.

Η Global Finance είναι μία από τις μεγαλύτερες εταιρείες επιχειρηματικών συμμετοχών, με ηγετική θέση στην περιοχή της Νοτιοανατολικής Ευρώπης. Η Global Finance διαθέτει γραφεία στην Αθήνα, στο Βουκουρέστι, στη Σόφια και στο Βελιγράδι. Από το 1991, έτος ιδρύσεώς της, μέχρι σήμερα έχει αντλήσει συνολικά κεφάλαια ύψους 850 εκατομμυρίων ευρώ και έχει πραγματοποιήσει πάνω από 75 επενδύσεις.

SPOT JWT

Vodafone Unlimited Οικογενειακά

Ετοιμάστε τις βαλίτσες σας και ελάτε οικογενειακώς στη Vodafone, για πραγματική οικονομία!

Τώρα με τα Vodafone Unlimited Οικογενειακά, κάθε μέλος της οικογένειας και μιλάει απεριόριστα και κερδίζει έως και **20€ έκπτωση** κάθε μήνα, για πάντα!

power to you

Ισχύει Πολιτική Ορθής Χρήσης 1.500' + 1.500 sms προς Vodafone. Πληροφορίες στο vodafone.gr

1ο Σεμινάριο Ρομποτικής Γυναικολογικής Χειρουργικής στην Ευρωκλινική Αθηνών

Η κ. Βασιλική Χατζηραφαήλ, Μαιευτήρας Χειρουργός Γυναικολόγος, Διευθύντρια Γυναικολογικού Τμήματος Ρομποτικής Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής Ευρωκλινικής Αθηνών, με τους συμμετέχοντες ιατρούς στην παρουσίαση του 1ου Σεμιναρίου Ρομποτικής Γυναικολογικής Χειρουργικής.

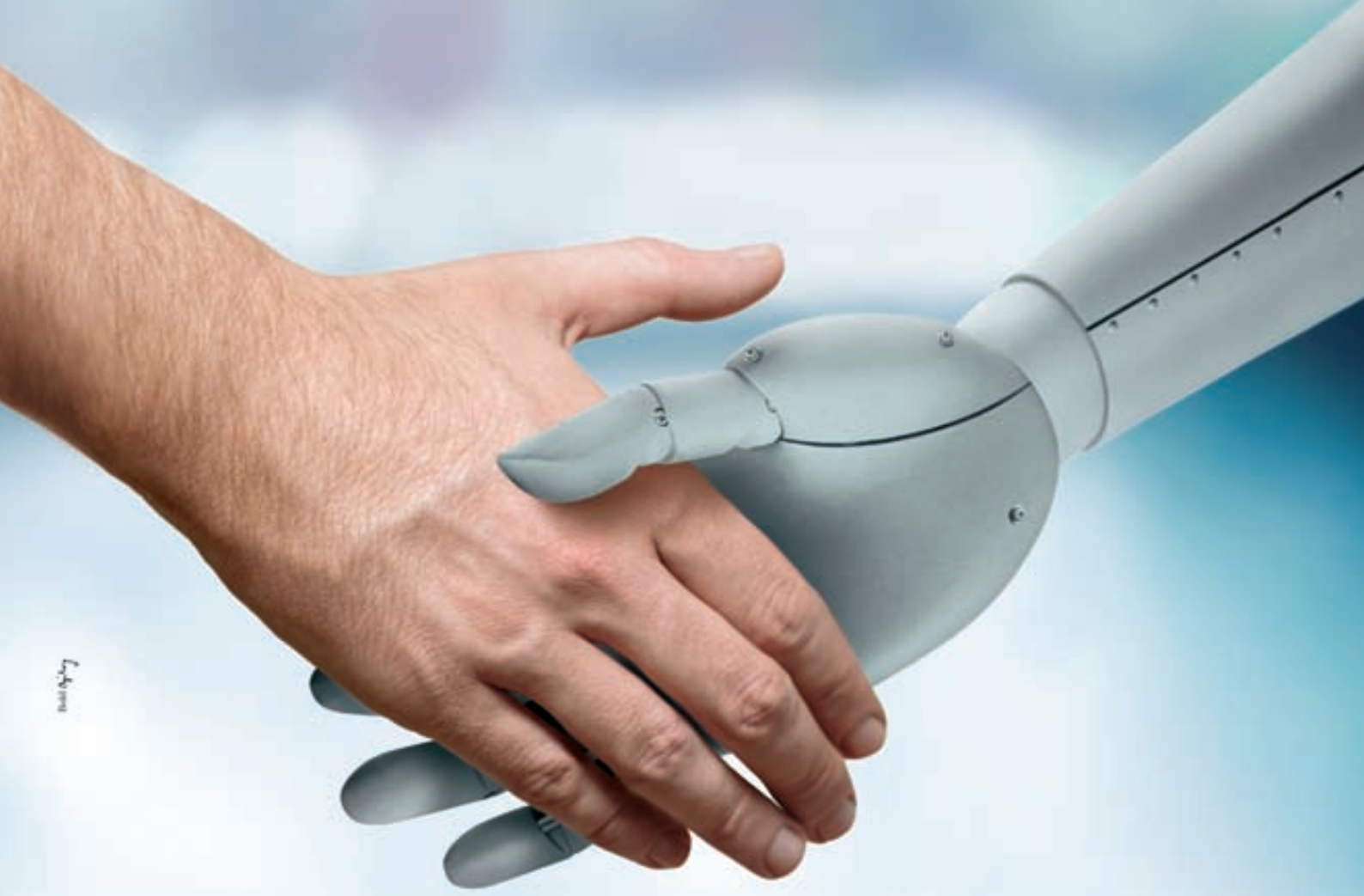
Ύστερα από πρωτοβουλία της κ. Βασιλικής Χατζηραφαήλ, Μαιευτήρα Χειρουργού Γυναικολόγου, Διευθύντριας Γυναικολογικού Τμήματος Ρομποτικής Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής Ευρωκλινικής Αθηνών, και με στόχο να δοθεί η δυνατότητα σε όλους τους γυναικολόγους να γνωρίσουν το ρομποτικό σύστημα Da Vinci®S, και τις δυνατότητές του, η Ευρωκλινική Αθηνών διοργάνωσε το 1ο **Σεμινάριο Ρομποτικής Γυναικολογικής Χειρουργικής με πρακτική άσκηση,** που πραγματοποιήθηκε στις 19 και 20 Φεβρουαρίου 2011 στην Ευρωκλινική Αθηνών, υπό την αιγίδα του Πανεπιστημίου Αθηνών, της Ευρωπαϊκής Ρομποτικής Εταιρείας και της Ελληνικής Εταιρείας Γυναικολογικής Ενδοσκόπησης.

Στο πλαίσιο του πρώτου σεμιναρίου για τη χρήση του μηχανήματος Da Vinci®S, προβλήθηκαν εκπαιδευτικά videos χειρουργείων, με επεξήγηση της νέας αυτής τεχνικής, σε ινομυώματα, κύστη ωοθήκης, ενδομητρίωση, υστερεκτομή και λεμφαδενικό καθαρισμό. Παράλληλα, οι συμμετέχοντες ιατροί είχαν τη δυνατότητα να εκτελέσουν μόνοι τους, από τη χειρουργική κονσόλα του μηχανήματος Da Vinci®S που διαθέτει η Ευρωκλινική Αθηνών λεπτούς χειρισμούς καθώς και ρομποτική συρραφή σε προπλάσματα σιλικόνης και σε ζωικό ιστό.

Το 1ο Σεμινάριο Ρομποτικής Γυναικολογικής Χειρουργικής χαιρέτισε ο **Καθηγητής κ. Άρις Αντσακλής**, Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η κ. Βασιλική Χατζηραφαήλ, Μαιευτήρας Χειρουργός Γυναικολόγος, Διευθύντρια Γυναικολογικού Τμήματος Ρομποτικής Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής Ευρωκλινικής Αθηνών, ανάμεσα στους συμμετέχοντες ιατρούς κατά τη διάρκεια της πρακτικής τους εξάσκησης στο ρομποτικό σύστημα Da Vinci®S στο χειρουργείο της Ευρωκλινικής Αθηνών.

Οι συμμετέχοντες ιατροί του 1ου Σεμιναρίου Ρομποτικής Γυναικολογικής Χειρουργικής.



Υποδεχόμαστε το νέο μέλος της χειρουργικής μας ομάδας.

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

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

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

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

Διαγνωστικό, Θεραπευτικό, Χειρουργικό Κέντρο.

Από αριστερά: οι κ.κ. Ελένη Φαλιάκου, Διευθύντρια Κέντρου Μαστού, Ευρωκλινικής Αθηνών, Ιωάννης Κοκολινάκης, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, Ιουλία Χριστοδουλίδου, Ακτινοδιαγνώστρια Κέντρου Μαστού, Ευρωκλινικής Αθηνών.

Παρουσίαση του νέου υπερσύγχρονου Κέντρου Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών

Στην παρουσίαση του **νέου υπερσύγχρονου Κέντρου Μαστού** προχώρησε στις 14 Οκτωβρίου 2010 ο Όμιλος της Ευρωκλινικής. Επενδύοντας 1 εκατ. ευρώ, ο Όμιλος δημιούργησε ένα κέντρο αναφοράς, που παρέχει **υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας όσον αφορά στην πρόληψη, στη διάγνωση και στη θεραπεία των παθήσεων του μαστού**.

Το νέο **Κέντρο Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών** είναι στελεχωμένο με **εξειδικευμένους επιστήμονες όλων των απαιτούμενων ειδικοτήτων**. Επίσης, είναι εξοπλισμένο με **υπερσύγχρονα μηχανήματα απεικόνισης τελευταίας τεχνολογίας**, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η **μέγιστη αποτελεσματικότητα** των **διαγνώσεων** αλλά και των **θεραπειών**.

Διαθέτει **Ψηφιακό Μαστογράφο Hologic Selenia**, ο οποίος, με βάση τις πρόσφατες μελέτες, έχει αποδειχτεί ότι εκπέμπει τη χαμηλότερη δόση ακτινοβολίας σε σύγκριση με τους άλλους ψηφιακούς μαστογράφους. Επίσης, είναι εξοπλισμένο με τον εξειδικευμένο **Υπερηχοτομογράφο για τον μαστό, Aixplorer Super Sonic**, που προσφέρει την πλέον εξελιγμένη μέθοδο ελαστογραφίας Shearwave, και **Μαγνητικό Τομογράφο μαστών**. Τον προηγμένο εξοπλισμό του κέντρου συμπληρώνει **το σύστημα Mammotome (Lorad της Hologic)**, το οποίο αξιοποιείται για τις κλειστές - αναίμακτες βιοψίες αψηλάφητων βλαβών του μαστού.

Επιπλέον, παρέχεται συμβουλευτική από **Ογκολογικό Συμβούλιο**, όπου προτείνεται η θεραπευτική αντιμετώπιση γυναικών με καρκίνο μαστού, σύμ-

1. Ο ψηφιακός μαστογράφος
2. Το Mammotome
3. Άποψη του χώρου του Κέντρου Μαστού.

Ο κ. Ιωάννης Κοκολινάκης, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής.

Από αριστερά: οι κυρίες Άννα Γιάννη, Προϊσταμένη, Λαμπρινή Κορδάτου, Νοσηλεύτρια, Ιουλία Χριστοδουλίδου, Ακτινοδιαγνώστρια, Βάσω Καραπιπέρη, Γραμματέας Διευθύντριας, Ελένη Φαλιάκου, Διευθύντρια, και Σοφία Μήτρου, Τεχνολόγος - Ακτινολόγος του Κέντρου Μαστού, Ευρωκλινικής Αθηνών.

φωνα με επιστημονικά τεκμηριωμένες κατευθυντήριες γραμμές από **διεπιστημονική ομάδα Χειρουργών Μαστού, Ογκολόγων - Παθολόγων, Πλαστικών Χειρουργών, Ακτινοδιαγνωστών, Ακτινοθεραπευτών - Ογκολόγων και Παθολογοανατόμων**.

Η ολοκληρωμένη και συντονισμένη φροντίδα που προσφέρει το νέο Κέντρο Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών συμπληρώνεται με την ψυχολογική υποστήριξη από έμπειρη σε θέματα καρκίνου του μαστού **Κλινική Ψυχολόγο** και βεβαίως με το **εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό**.

«Σε μια περίοδο κατά την οποία ο κλάδος της υγείας στη χώρα μας -και δη της ιδιωτικής- αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις, ο Όμιλος της Ευρωκλινικής συνεχίζει την ανάπτυξή του, μένοντας πιστός στο όραμα και στην αποστολή του για παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας», ανέφερε ο **κ. Ιωάννης Κοκολινάκης, Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου**.

Όπως τόνισε ο **κ. Κοκολινάκης**, το περασμένο έτος οι επενδύσεις του Ομίλου της Ευρωκλινικής ανήλθαν σε 9 εκατ. ευρώ και αφορούσαν στην ανακαίνιση των κλινικών και στην αγορά νέου, υπερσύγχρονου εξοπλισμού.

Ο ίδιος συνέχισε: «Δέσμευσή μας στον Όμιλο της Ευρωκλινικής είναι η διαρκής εξέλιξη και ανάπτυξη των δραστηριοτήτων μας, με στόχο να ανταποκρίνεται στις όλο και μεγαλύτερες ανάγκες των Ελλήνων ασθενών, που αποζητούν άρτια ιατρική φροντίδα. Αυτή μας τη δέσμευση κάνουμε σήμερα πράξη στον τομέα της πρόληψης και της θεραπείας με την ανάπτυξη και λειτουργία του νέου μας κέντρου».

«Το νέο Κέντρο Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών διαθέτει όλα τα εφόδια που είναι απαραίτητα για να προληφθεί, να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί ο καρκίνος του μαστού αλλά και όλες οι παθήσεις που συνδέονται με τον μαστό», σημείωσε η **κ. Ελένη Φαλιάκου, Χειρουργός Μαστού και Διευθύντρια του Κέντρου Μαστού**.

Παράλληλα η κ. Φαλιάκου, στο πλαίσιο της παρουσίασής της, αναφέρθηκε εκτεταμένα στο σύνολο των επεμβάσεων που υλοποιούνται στο Κέντρο Μαστού, όπως **οι μικροεπεμβατικές πράξεις - παρακεντήσεις με λεπτή βελόνα (FNA), οι διαδερμικές βιοψίες (core biopsies) και οι προεγχειρητικοί εντοπισμοί αψηλάφητων βλαβών**. Τέλος, τόνισε ότι «στο νέο Κέντρο Μαστού λειτουργεί και Τμήμα Παρακολούθησης Γυναικών Υψηλού Κινδύνου, στις οποίες παρέχεται συμβουλευτική από Κλινικό Γενετιστή».

Το νέο Κέντρο Μαστού λειτουργεί **στον 6ο όροφο της Ευρωκλινικής Αθηνών**.

Επιστημονικές συναντήσεις των ιατρών της Ευρωκλινικής Αθηνών

Οι ενημερωτικές και εκπαιδευτικές συναντήσεις των ιατρών της Ευρωκλινικής Αθηνών θεωρούνται πλέον θεσμός και συνεχίζονται για τρίτη χρονιά με μεγάλη επιτυχία. Διοργανώνονται από τη Διοίκηση και το Επιστημονικό Συμβούλιο του Ομίλου της Ευρωκλινικής και πραγματοποιούνται κάθε δεύτερη Πέμπτη στο Αμφιθέατρο του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur. Οι ιατροί παρουσιάζουν πραγματικές περιπτώσεις ασθενών και μεταφέρουν τις εμπειρίες καθώς και τις πολύτιμες γνώσεις τους στο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό που παρακολουθεί τις συναντήσεις.

Από αριστερά: οι κύριοι Εμμανουήλ Θεοδωρόπουλος, Επεμβατικός Ακτινολόγος, Επιστημονικά Υπεύθυνος Αγγειογράφου, Ευρωκλινική Αθηνών, Γρηγόρης Κωτούλας, Διευθυντής Ακτινοδιαγνωστικού Τομέα Ευρωκλινικής Αθηνών, Ευάγγελος Γκόβας, Διευθυντής Τμήματος Υπερήχων, Ευρωκλινικής Αθηνών.

Από αριστερά: οι κ.κ. Καθηγητής Παύλος Τούτουζας, Υπεύθυνος Καρδιολογικού Τομέα Ευρωκλινικής Αθηνών, Ευάγγελος Χανδάνος, Γενικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών, Καθηγητής Ευτύχιος Βορίδης, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου Ευρωκλινικής Αθηνών.

Από αριστερά: οι κ.κ. Νίκος Γκούμας, Προϊστάμενος Αιμοδυναμικού Τμήματος, Ευρωκλινικής Αθηνών, Καθηγητής Παύλος Τούτουζας, Υπεύθυνος Καρδιολογικού Τομέα Ευρωκλινικής Αθηνών, Ηλίας Καραμπίνος, Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Παναγιώτα Κωστάκη, Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Βασίλειος Σπανός, Α΄ Αναπληρωτής Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Αναστάσιος Παπαδόπουλος, Β΄ Αναπληρωτής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών.

Από αριστερά: οι κ.κ. Ιωάννης Σέρελης, Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Φωτεινή Σολιώτη, Ρευματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Καθηγήτρια Φωτεινή Σκοπούλη, Διευθύντρια Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Δημήτριος Καρδούλας, Ακτινολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών.

Από αριστερά: οι κ.κ. Καθηγητής Εμμανουήλ Μάνεσης, Διευθυντής Ηπατολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών, Αικατερίνη Σαριδάκη, Διευθύντρια Ενδοκρινολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Καθηγητής Δημήτρης Λουκόπουλος, Διευθυντής Αιματολόγος και Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Αθηνών.

Από αριστερά: οι κ.κ. Κωνσταντίνος Χαλκιάς, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Ελένη Καραφώκα-Μαύρου, Γενική Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών, Καθηγητής Ιωάννης Μπράμης, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών.

Από αριστερά: οι κ.κ. Αφροδίτη Καπώνη, Διευθύντρια Νευρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Στέλιος Δωρής, Νευρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Δήμητρα Σαλή, Νευρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών.

Οι επιστημονικές συναντήσεις είναι ανοιχτές προς το κοινό.
Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε απευθυνθείτε στο mkt@euroclinic.gr

Ημερομηνία	Θέμα	Ομιλητής
23.09.2010	Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού μετά την καθιέρωση σύγχρονων προεγχειρητικών διαγνωστικών τεχνικών και της βιοψίας του «φρουρού» λεμφαδένα	**Ελένη Φαλιάκου**, Διευθύντρια Κέντρου Μαστού, Ευρωκλινική Αθηνών
	Επεμβατικές και μικροεπεμβατικές μέθοδοι στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού	**Ιουλία Χριστοδουλίδου**, Ακτινοδιαγνώστρια Κέντρου Μαστού, Ευρωκλινική Αθηνών
	Εξατομίκευση της θεραπείας και στοχευμένη θεραπεία στον καρκίνο του μαστού	**Ηλίας Αθανασιάδης**, Διευθυντής Ογκολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
07.10.2010	Φάρμακα και ιατρικές παρεμβάσεις που οδηγούν σε διαταραχές του οστικού μεταβολισμού	**Αικατερίνη Σαριδάκη**, Διευθύντρια Ενδοκρινολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
21.10.2010	Εγκεφαλικές Αιμορραγίες (κλινική εικόνα, διάγνωση, θεραπευτικές αποφάσεις και εξέλιξη)	**Δρ Μάρκος Καρβέλας**, Νευροχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών
04.11.2010	Περιφερικές πολυνευροπάθειες. Φάρμακα και Συστηματικά Νοσήματα	**Στέλιος Δωρής**, Νευρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Αφροδίτη Καπώνη**, Διευθύντρια Νευρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Δήμητρα Σαλή**, Νευρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
18.11.2010	Νόσος Wilson, νευρολογικές και ηπατικές επιπτώσεις - θεραπεία	**Καθηγητής Εμμανουήλ Μάνεσης**, Διευθυντής Ηπατολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών **Στέλιος Δωρής**, Νευρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
02.12.2010	Ενδείξεις Μεταγγίσεων - Προβλήματα και επιπλοκές	**Γεώργιος Θεοδοσιάδης**, Διευθυντής Αιμοδοσίας στο Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών.
16.12.2010	Μία διαφοροδιαγνωστικά ενδιαφέρουσα, πρόσφατα ταυτοποιημένη, παθολογική οντότητα στην άνω κοιλία, με άτυπη μη ειδική συμπτωματολογία	**Κωνσταντίνος Χαλκιάς**, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Ελένη Καραφώκα-Μαύρου**, Γενική Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών
13.01.2011	Πυρετός, αγνώστου αιτιολογίας επί ασθενούς με χρόνια λεμφογενή λευχαιμία	**Ιωάννης Ζελενίτσας**, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Θεόδωρος Ιγνατιάδης**, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
27.01.2011	Επεμβατική Ακτινολογία. Παραδείγματα εφαρμογών και δυνατότητες που προσφέρει η Ευρωκλινική	**Γρηγόριος Κωτούλας**, Διευθυντής Ακτινοδιαγνωστικού Τομέα Ευρωκλινικής Αθηνών **Ευάγγελος Γκόβας**, Διευθυντής Τμήματος Υπερήχων Ευρωκλινικής Αθηνών **Εμμανουήλ Θεοδωρόπουλος**, Επεμβατικός Ακτινολόγος, Επιστημονικά Υπεύθυνος Αγγειογράφου, Ευρωκλινική Αθηνών
09.02.2011	Ανευρύσματα Αορτής - Στον Παθολόγο ή στον Χειρουργό;	**Καθηγήτρια Φωτεινή Σκοπούλη**, Διευθύντρια Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Φωτεινή Σολιώτη**, Ρευματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Σοφία Χριστάκη**, Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
24.02.2011	Αιμοσφαιρινοπάθειες στην Ελλάδα	**Καθηγητής Δημήτρης Λουκόπουλος**, Διευθυντής Αιματολόγος και Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Αθηνών
10.03.2011	Αρρυθμίες: ΗΚΓφικές διαταραχές που προβληματίζουν τον κλινικό ιατρό	**Ηλίας Καραμπίνος**, Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
30.03.2011	Χειρουργική της Παχυσαρκίας	**Ευάγγελος Χανδάνος**, Γενικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Κοπή πρωτοχρονιάτικης πίτας

Στις 18 και 20 Ιανουαρίου 2011 πραγματοποιήθηκαν οι εκδηλώσεις για την κοπή πίτας της Ευρωκλινικής Αθηνών και της Ευρωκλινικής Παίδων, αντίστοιχα. Ο κ. Ιωάννης Κοκολινάκης, Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής, συνεχάρη το προσωπικό του Ομίλου Ευρωκλινικής για την προσπάθεια που καταβάλλει για τη διατήρηση υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας και το εμψύχωσε να συνεχίσει την προσπάθεια παρά τους δύσκολους καιρούς που διανύουμε. Επίσης, ευχήθηκε σε όλους Καλή Χρονιά, με υγεία και δύναμη!

Από αριστερά:
οι κ.κ. Αντώνης Χονδρονίκος, Διεύθυνση Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής, Ιωάννης Χλωρογιάννης, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Θάλεια Αγγελίδου, Διευθύντρια Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής, Νικόλαος Φινοκαλιώτης, Εντεταλμένος Σύμβουλος Διοίκησης, Ομίλου Ευρωκλινικής.

Από αριστερά: οι κυρίες Σοφία Φαραζή, Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού Ομίλου Ευρωκλινικής, Γιώτα Βραχνά, Υπάλληλος Μισθοδοσίας, Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού Ομίλου Ευρωκλινικής, Ελένη Γιολτζίογλου, Υπεύθυνη Μισθοδοσίας, Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού Ομίλου Ευρωκλινικής, Εύη Πλατάνα, Διοικητική Διεύθυνση Ευρωκλινικής Αθηνών.

Από αριστερά: οι κυρίες Θάλεια Αγγελίδου, Διευθύντρια Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής, Χριστίνα Κοροβέση, Product Manager, Διεύθυνση Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής, Νάνσυ Χριστοπούλου, Junior Product Manager, Διεύθυνση Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής.

Από αριστερά: οι κ.κ. Μαρία Στάμου, Διοικητική Διεύθυνση Ευρωκλινικής Παίδων, Μαρία Κατσικάρη, Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, Καθηγητής Στέλιος Αντωνιάδης, Διευθυντής Παιδοκαρδιολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, Βίκυ Λαγκαδιανού, Παιδοψυχολόγος Ευρωκλινικής Παίδων, Τασούλα Πάζιου, Προϊσταμένη Εξωτερικών Ιατρείων και Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών Ευρωκλινικής Παίδων.

Από αριστερά: οι κ.κ. Καθηγητής Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων, Θάνος Μυτιληναίος, Διευθυντής Ανθρώπινου Δυναμικού Ομίλου Ευρωκλινικής.

Από αριστερά: οι κ.κ. Ρίτσα Μπιρζαμάνη, Υπεύθυνη Ιατρικής Ενημέρωσης, Ευρωκλινικής Παίδων, Εύα Παράσχη, Προϊσταμένη Λογιστηρίου Ασθενών Ευρωκλινικής Παίδων, Δημήτρης Μιχελάκης, Επιμελητής Τμήματος Πλαστικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων, Ευρωκλινική Παίδων, Γενοβέφα Χρονοπούλου, Διευθύντρια Διαγνωστικών Εργαστηρίων Ομίλου Ευρωκλινικής, Γαρυφαλλιά Καβαρνού, Μικροβιολόγος, Ευρωκλινική Παίδων.

Όλα γίνονται παιχνίδι!

Το Θεραπευτικό Πρόγραμμα "Clown Doctors" του Σωματείου "Φίλοι Κοινωνικής Παιδιατρικής - Ανοιχτή Αγκαλιά" είναι ένα πρόγραμμα υποστηρίξεως νοσηλευομένων παιδιών που λειτουργεί σε παιδιατρικά νοσοκομεία του Λεκανοπεδίου Αττικής.
Πρωταγωνιστές του προγράμματος, οι Clown Doctors, εξειδικευμένοι επαγγελματίες οι οποίοι σε συνεργασία με τις νοσηλευτικές ομάδες, μεταδίδουν το χαμόγελο και τη χαρά μέσα από στιγμές παιχνιδιού, τόσο στα παιδιά όσο και στους γονείς τους.
Η Alpha Bank, επί σειρά ετών, στηρίζει το πρόγραμμα "Clown Doctors" με στόχο να επεκταθεί και στις ακριτικές περιοχές της χώρας.
Μαζί, ο κόσμος γίνεται καλύτερος.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ALPHA BANK Μαζί

ALPHA BANK

801 11 326 0000, www.alpha.gr

Από αριστερά: οι κ.κ. Ιωάννης Κοκολινάκης, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, Θάλεια Αγγελίδου, Διευθύντρια Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής, Αντώνης Χονδρονίκος, Project Manager, Διεύθυνση Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής.

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής στο Greek Investment Forum 2010

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής συμμετείχε στο επιχειρηματικό συνέδριο Greek Investment Forum 2010, το οποίο πραγματοποιήθηκε στις 8 και 9 Δεκεμβρίου 2010, στο συνεδριακό κέντρο της Εθνικής Ασφαλιστικής, υπό την αιγίδα του Ομίλου των Ελληνικών Χρηματιστηρίων, της Ένωσης Θεσμικών Επενδυτών (ΕΘΕ) και της Ένωσης Εισηγμένων Εταιρειών (ΕΝΕΙΣΕΤ). Οι δύο κύριες θεματικές ενότητες που αναπτύχθηκαν ήταν Asset and Wealth Management και Stock Exchange and Direct Investment. Στόχος του συνεδρίου ήταν να καταγραφούν όλες οι τελευταίες εξελίξεις και τάσεις σε ό,τι αφορά τις επενδύσεις και τη διαχείριση περιουσίας στην Ελλάδα και στον κόσμο.

Οι εξειδικευμένοι ομιλητές των πάνελ, μεταξύ των οποίων ήταν και ο κ. Ιωάννης Κοκολινάκης, Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου της Ευρωκλινικής, προσπάθησαν μέσα από τη δημιουργική συζήτηση τόσο μεταξύ τους όσο και με το κοινό που παρευρέθηκε στην αίθουσα να αποκωδικοποιήσουν τα μυστικά που κρύβονται πίσω από πολύπλοκους επενδυτικούς όρους και μορφές επενδύσεων και να αναδείξουν τις ενδεδειγμένες επιλογές ακόμα και για τους πιο απαιτητικούς επενδυτές.

Νέο διευρυμένο πρόγραμμα παροχών από τον Όμιλο Ευρωκλινικής για τους ασφαλισμένους της Εθνικής Ασφαλιστικής

Στη δημιουργία ενός διευρυμένου προγράμματος παροχών για τους ασφαλισμένους της Εθνικής Ασφαλιστικής προχώρησε στις 6 Δεκεμβρίου 2010 ο Όμιλος Ευρωκλινικής, κατανοώντας τις αυξημένες ανάγκες του κοινού για υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας χωρίς μεγάλη επιβάρυνση.

Σε αυτό το πλαίσιο οι ασφαλισμένοι του Προγράμματος Κάλυψης Εξόδων Νοσοκομειακής Περίθαλψης της Εθνικής Ασφαλιστικής απολαμβάνουν και αξιοποιούν σημαντικά προνόμια τόσο στην Ευρωκλινική Αθηνών όσο και στην Ευρωκλινική Παίδων.

Ειδικότερα, οι κλινικές του Ομίλου Ευρωκλινικής παρέχουν στους ασφαλισμένους απευθείας κάλυψη των εξόδων νοσηλείας στην Ευρωκλινική Παίδων, τη δυνατότητα να πραγματοποιούν δωρεάν ιατρικές επισκέψεις στους εφημερεύοντες ιατρούς των εξωτερικών ιατρείων, πλαφόν ανά επίσκεψη στην Ευρωκλινική Αθηνών και ετήσιο πλαφόν στην Ευρωκλινική Παίδων για δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις για επείγοντα περιστατικά, προνομιακές τιμές σε διαγνωστικές εξετάσεις αν η αξία τους υπερβαίνει το πλαφόν και δωρεάν μεταφορά με ασθενοφόρο σε περίπτωση έκτακτων περιστατικών.

ΕΘΝΙΚΗ
Η ΠΡΩΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

A Daimler Brand

Γιορτάζουμε τα 125 χρόνια μας...

με ιδιαίτερες τιμές!

E 200 CGI BlueEFFICIENCY με νέα μειωμένη τιμή και απόσυρση

€45.750 €549/μήνα*

*Χρηματοδότηση MBwelcome E 200 CGI BE με βασική τιμή €45.750 (με απόσυρση), προκαταβολή €9.150, όφελος απόσυρσης €2.100, 36 δόσεις από €549, 37η δόση €23.925, Σ.Ε.Π.Π.Ε: 7,86% (συμπ. ΦΠΑ 23%), συνολικό πληρωτέο ποσό €53.089, ονομαστικό επιτόκιο 7,55%. Το παράδειγμα αφορά σε πρόγραμμα διάρκειας τριών ετών. Το ποσό της δόσης και η τιμή ονομαστικού επιτοκίου περιλαμβάνουν ΦΠΑ 23%. Η εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα αλλαγής των όρων και της διάρκειας της προσφοράς χωρίς προειδοποίηση.

Mercedes-Benz Financial

Πριν από 125 χρόνια εφηύραμε το αυτοκίνητο και αλλάξαμε τον κόσμο. Φέτος το γιορτάζουμε μειώνοντας τις τιμές σε όλα μας τα μοντέλα. Αποκτήστε τώρα μια E-Class, με ή χωρίς απόσυρση, σε ιδιαίτερα ελκυστική τιμή και με τις καλύτερες προϋποθέσεις, χάρη στις πολλαπλές δυνατότητες του προγράμματος MBwelcome. Σας περιμένουμε στους Εξουσιοδοτημένους Διανομείς Mercedes-Benz. **www.facebook.com/MercedesBenzGreece.** Γραμμή εξυπηρέτησης πελατών 800 11 76000.

Φέτος θα εκπλαγείτε με όσα θα κάνουμε για σας

125! years of innovation

Mercedes-Benz

Συμμετοχή Ομίλου Ευρωκλινικής στο πρώτο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο MDRT EUROPE CLASSIQ

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής συμμετείχε στο πρώτο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο MDRT EUROPE CLASSIQ που πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά σε ευρωπαϊκή πρωτεύουσα από τον Οργανισμό «The Premier Association of Financial Professionals».
«Learn from the best» ήταν το κεντρικό μήνυμα του συνεδρίου, το οποίο πραγματοποιήθηκε στις 2 - 4 Φεβρουαρίου 2011 στο Μέγαρο Μουσικής Αθηνών με στόχο την είσοδο του ασφαλιστικού συμβούλου σε νέους γνωστικούς ορίζοντες και καινοτόμους τρόπους σκέψης. Στο συνέδριο συμμετείχαν πάνω από 1.800 ασφαλιστικοί σύμβουλοι από 30 χώρες.
Ασφαλιστικοί σύμβουλοι από όλη την Ευρώπη και όχι μόνο είχαν την ευκαιρία να παρακολουθήσουν ομιλίες από καταξιωμένους ομιλητές διεθνούς κύρους και τη δυνατότητα να συναναστραφούν και να ανταλλάξουν ιδέες με πετυχημένους και έμπειρους επαγγελματίες του χώρου.

Η κ. Τζίνα Γιαννοπούλου, Account Manager, Διεύθυνση Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής.

Άποψη από τις εργασίες του Συνεδρίου.

Έναρξη συνεργασίας του Ομίλου Ευρωκλινικής με την EFG Eurolife Ασφαλιστική

Στη σύναψη συνεργασίας με την EFG Eurolife Ασφαλιστική προχώρησε ο Όμιλος Ευρωκλινικής στις 24 Ιανουαρίου 2011, με στόχο την κάλυψη των αυξημένων αναγκών των ασφαλισμένων για υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας.
Στο πλαίσιο της συνεργασίας, το σύνολο των ασφαλισμένων με **Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Περίθαλψης Premium της EFG Eurolife Ασφαλιστικής** απολαμβάνει και αξιοποιεί σημαντικά προνόμια τόσο στην Ευρωκλινική Αθηνών όσο και στην Ευρωκλινική Παίδων όπως:

- **Δωρεάν ιατρικές επισκέψεις** στους εφημερεύοντες ιατρούς των εξωτερικών ιατρείων.
- Ετήσιο πλαφόν για **δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις** για περιστατικά που θα κριθούν έκτακτα.
- **Προνομιακές τιμές** που απορρέουν από έκπτωση 50% σε περίπτωση όπου η αξία των διαγνωστικών εξετάσεων υπερβεί το ετήσιο πλαφόν.

EFG Eurolife
Ασφαλιστική

cream

Δεν είναι όλα τα **π@πάκια** παιχνίδι.

Η προστασία των παιδιών στο διαδίκτυο μας αφορά όλους.

Η WIND βρίσκεται κοντά σας και σας προτείνει τρόπους εκπαίδευσης και καθοδήγησης των παιδιών σας για υπεύθυνη και ασφαλή χρήση της τεχνολογίας.

Για περισσότερες πληροφορίες ζητήστε το σχετικό έντυπο από το δίκτυο καταστημάτων WIND σε όλη την Ελλάδα ή επισκεφθείτε το **www.kidsatsafety.gr** ή το **www.wind.com.gr**

kids@safety
internet, κινητό και παιδί

WIND
κινητή | σταθερή | internet

9η Επιστημονική Ημερίδα Ευρωκλινικής Παίδων

Υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Παιδείας

Διά Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων και του Δήμου Αθηναίων, το Σάββατο 16 Απριλίου 2011 διοργανώνεται η 9η Επιστημονική Ημερίδα της Ευρωκλινικής Παίδων στο ξενοδοχείο King George Palace, με θέμα «Σύγχρονα Παιδιατρικά Θέματα».

Η Ημερίδα θα ξεκινήσει στις 09:00 και θα λήξει στις 14:30. Τα θέματα που θα αναπτυχθούν από διακεκριμένους επιστήμονες είναι τα ακόλουθα:

- Επείγοντα προβλήματα των έξω γεννητικών οργάνων.
- Παιδιατρική αναισθησία: αλήθειες και ψέματα.
- Εγκαύματα στα βρέφη και στα παιδιά.
- Υπερηχογραφικός έλεγχος ισχίων στη νεογνική και βρεφική ηλικία (χρησιμότητα - ενδείξεις - περιορισμοί).
- Αντοχή στα αντιβιοτικά - Η πρόκληση του 21ου αιώνα.
- Χρόνια νοσήματα του πεπτικού. Τι πρέπει να γνωρίζει ο παιδίατρος.
- Εποχική διακύμανση Ιογενών Λοιμώξεων.
- Το ταξίδι της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης από τη σύλληψη μέχρι 5 ετών.
- Η αναγκαιότητα και η ασφάλεια των εμβολιασμών.
- Μυασθένεια.

Ο κ. Κώστας Παπαϊωάννου, Πρόεδρος Εθνικής Επιτροπής Δικαιωμάτων του ανθρώπου, θα μιλήσει με θέμα «Ομαδική βία και επιθετικότητα στα σχολεία».

Η συμμετοχή είναι δωρεάν.

Για περισσότερες πληροφορίες:
Διεύθυνση Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής
Έφη Σακελλαρίου, τηλ.: 210-6416180,
e-mail: esakella@euroclinic.gr

Ομιλητές – Συντονιστές 9ης Επιστημονικής Ημερίδας

- **Αδαμάκης Γρηγόριος,** Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Παίδων
- **Αντωνιάδης Στέλιος,** Καθηγητής ΤΕΙ Αθηνών, Διευθυντής Παιδοκαρδιολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
- **Αντωνιάδου – Κουμάτου Ιωάννα,** Διευθύντρια Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής Ι.Υ.Π., Συνεργάτις Ευρωκλινικής Παίδων
- **Βαλιούλης Πέτρος,** Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
- **Γεωργιάδης Αρσένιος,** Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
- **Γκατζώνης Σταμάτης,** Διευθυντής Οφθαλμολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων
- **Δαμιανός Δημοσθένης,** Παιδονευρολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Ευρωκλινική Παίδων
- **Δημητρίου Ιωάννης,** Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
- **Κατσικάρη Μαρία,** Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων
- **Καφρίτσα Παναγιώτα,** Διευθύντρια Γαστρεντερολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων
- **Λαγός Παναγιώτης,** Υφηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων
- **Λιακοπούλου – Τσιτσιπή Θεοδώτα,** Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων
- **Μαράντος Άγγελος,** Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
- **Μιχαήλ Βασίλειος,** Διευθυντής Ουρολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων
- **Μιχελάκης Δημήτριος,** Επιμελητής Τμήματος Πλαστικής Χειρουργικής & Εγκαυμάτων Ευρωκλινικής Παίδων
- **Μουσάτος Γεώργιος,** Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλνική Παίδων
- **Παπαϊωάννου Κώστας,** Πρόεδρος Εθνικής Επιτροπής Δικαιωμάτων του ανθρώπου
- **Παπασπυροπούλου Νάνσυ,** Αναισθησιολόγος, Ευρωκλινική Παίδων
- **Τσουμάκας Κωνσταντίνος,** Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
- **Χιώτης Δημήτριος,** Διευθυντής Ενδοκρινολογικού Τμήματος & Κέντρου Παιδικής Παχυσαρκίας Ευρωκλινικής Παίδων
- **Χρονοπούλου Γενοβέφα,** Διευθύντρια Διαγνωστικών Εργαστηρίων Ομίλου Ευρωκλινικής

Συμμετοχή της Ευρωκλινικής Παίδων σε συνέδρια και εκδηλώσεις

5η Επιστημονική Συνάντηση της Ελληνικής Ακαδημίας Παιδιατρικής στη Σκαφιδιά Ηλείας, στις 17-19 Σεπτεμβρίου 2010, στο ξενοδοχείο «Aldemar Olympian Village»

Με επιτυχία ολοκληρώθηκε η Επιστημονική Συνάντηση στην οποία συμμετείχαν πολλοί ιατροί της Ευρωκλινικής Παίδων, όπως οι κ. Καθηγητής Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων, Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου, Αναπτυξιακή Παιδίατρος, Συνεργάτις Ευρωκλινικής Παίδων, Καθηγητής Στέλιος Αντωνιάδης, Διευθυντής Παιδοκαρδιολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, Παναγιώτα Καφρίτσα, Διευθύντρια Γαστρεντερολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, Αικατερίνη Αγραφιώτη, Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων, Ιωάννα Μπαρμπουνάκη, Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων, Ζώης Καραμπέτσος, Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων, και Αλεξία Χαμάντ, Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων.

Από αριστερά: οι κ.κ. Αικατερίνη Αγραφιώτη, Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων, Ιωάννα Μπαρμπουνάκη, Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων, Αλεξία Χαμάντ, Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων, Καθηγητής Παναγιώτης Λαγός, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων, Ζώης Καραμπέτσος, Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων, Ρίτσα Μπιρζαμάνη, Υπεύθυνη Ιατρικής Ενημέρωσης, Ευρωκλινικής Παίδων, Νάνσυ Χριστοπούλου, Junior Product Manager, Διεύθυνση Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής, Παναγιώτα Ιωάννου, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Αθηνών.

30ό Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Παιδιατρικής, 30 και 31 Οκτωβρίου 2010, στην Αίθουσα Θεάτρου Κολλεγίου Αθηνών, Φιλοθέη

Στο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο παρουσιάστηκαν και αναλύθηκαν σημαντικότατα θέματα όπως: Η παιδιατρική νευρολογία σε κίνηση, Εμβόλια: τι μας δίδαξε η εφαρμογή τους, Η επιστήμη της αθλητικής επίδοσης και το Doping, Πυρετός, Προσέγγιση κοινωνικών προβλημάτων από τον παιδίατρο, Παχυσαρκία και διαβήτης τύπου ΙΙ στα παιδιά, Φαρμακευτική αντιμετώπιση του παιδιού με υπερλιπιδαιμία, Κοιλιοκάκη: Νεότερα δεδομένα για ένα παλιό νόσημα, Οφθαλμολογική εξέταση από τον Παιδίατρο, και Μυοκαρδίτιδα: ένα ύπουλο νόσημα.

Χριστουγεννιάτικο Bazaar του Αθλητικού Συλλόγου των Εκπαιδευτηρίων Δούκα στις 4 και 5 Δεκεμβρίου 2010

Εκπρόσωπος της Ευρωκλινικής Παίδων μοίρασε δωράκια της Ευρωκλινικής Παίδων στους μικρούς μας φίλους. Επίσης, η Ευρωκλινική Παίδων προσέφερε **Δωρεάν Παιδιατρική νοσηλεία** μέχρι το ποσό των 1.000 ευρώ σε 5 τυχερούς στη λαχειοφόρο αγορά των Εκπαιδευτήριων Δούκα.

Η κ. Ρίτσα Μπιρζαμάνη, Υπεύθυνη Ιατρικής Ενημέρωσης, Ευρωκλινικής Παίδων, με τη Νατάσα Θεοδωρίδου.

Προσφορά του Ομίλου Ευρωκλινικής στην Ένωση Πολυτέκνων Αθηνών

Η κ. Κατερίνα Κουρούτη, Account Manager, Διεύθυνση Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής, παραδίδει το «δώρο» του Ομίλου Ευρωκλινικής στον κ. Πέτρο Ροδίτη, Διδάκτορα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής είχε την ευκαιρία να συμμετάσχει στην ετήσια τελετή Βράβευσης Αριστούχων της Ένωσης Πολυτέκνων Αθηνών προσφέροντας **υπηρεσίες υγείας αξίας 1.000 ευρώ** στον επιτυχόντα, κ. Πέτρο Ροδίτη, Διδάκτορα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και πατέρα 6 παιδιών.
Κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης, η οποία πραγματοποιήθηκε το Σάββατο 29 Ιανουαρίου 2011, στο Ξενοδοχείο «Intercontinental», βραβεύτηκαν συνολικά 811 αριστούχοι γονείς και παιδιά πολύτεκνων οικογενειών, μέλη της Ένωσης.

Η κ. Κατερίνα Κουρούτη, Account Manager, Διεύθυνση Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής.

Υποτροφία Ευρωκλινικής Αθηνών στη διεθνή ημερίδα «4th International Update and Postgraduate Seminar in Gastroenterology»

Ο κ. Μάριος Πάνος, Διευθυντής Α΄ Γαστρεντερολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, διοργάνωσε τη διεθνή ημερίδα «4th International Update and Postgraduate Seminar in Gastroenterology». Στο πλαίσιο της διεθνούς ημερίδας χορηγήθηκε από την Ευρωκλινική Αθηνών υποτροφία στον κ. Ιωάννη Τυρμπά, Γαστρεντερολόγο, για μετεκπαίδευση στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Royal Infirmary of Edinburgh προκειμένου να αποκτήσει εμπειρία στον τομέα της ενδοσκοπικής υπερηχοτομογραφίας (EUS) και σε όλο το φάσμα της Θεραπευτικής Ενδοσκόπησης. Με επιτυχία ολοκληρώθηκε η εκπαίδευση του κ. Τυρμπά, ο οποίος ευχαρίστησε τους διοργανωτές της Διεθνούς Ημερίδας, καθώς και την Ευρωκλινική Αθηνών για την ευκαιρία που του δόθηκε.

Επώνυμοι στην Ευρωκλινική Αθηνών

Από αριστερά: οι κ.κ. Τόλης Σκουλαριώτης, Κώστας Φραγκολιάς, Δημήτρης Μενούνος, Χριστόφορος Ζαραλίκος.

Επώνυμοι από τον χώρο της τηλεόρασης, του αθλητισμού και της μόδας πραγματοποίησαν τον απαραίτητο προληπτικό έλεγχο στην Ευρωκλινική Αθηνών για να συμμετέχουν στην τηλεοπτική εκπομπή «Wipe Out».

Από αριστερά: οι κυρίες Θάλεια Αγγελίδου, Διευθύντρια Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής, και Πηγή Δεβετζή.

Ο Γιάννης Αϊβάζης.

2η η ομάδα ποδοσφαίρου του Ομίλου Ευρωκλινικής στο καλοκαιρινό τουρνουά του ΕΠΟΦΥ!

Τη δεύτερη θέση κατέλαβε η νεοσύστατη ομάδα ποδοσφαίρου του Ομίλου Ευρωκλινικής στο Καλοκαιρινό Τουρνουά του ΕΠΟΦΥ (Πρωτάθλημα Οργανισμών και Φορέων Υγείας).
Πολλά συγχαρητήρια σε όλους τους παίκτες!

Η ομάδα ποδοσφαίρου του Ομίλου Ευρωκλινικής.

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

Ισχαιμία του μυοκαρδίου
Επώδυνη ή σιωπηρή;

Όσοι πάσχουν από ισχαιμία του μυοκαρδίου γνωρίζουν καλά τι αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους και ακολουθούν τη σχετική αγωγή ή έχουν γνωρίσει το by-pass. Όμως, η πραγματική απειλή αφορά σε αυτούς που δεν έχουν νιώσει κανένα σύμπτωμα και αισθάνονται ότι όλα είναι φυσιολογικά.

Παύλος Κ. Τούτουζας
Καθηγητής, Διευθυντής Καρδιολογικού Τομέα Ευρωκλινικής Αθηνών

Πρέπει να είσαι ευχαριστημένος στα 78 σου με τη στηθάγχη που έχεις;

Η στηθάγχη είναι σταθερή, έρχεται πάντοτε όταν βαδίζεις γρήγορα στον δρόμο, ιδίως σε ανηφόρα, σε πιάνει ένας πόνος - σφίξιμο στο στέρνο και σαν γροθιά σε σφίγγει στον λαιμό. Συχνά αντανακλά στην πλάτη και στους ώμους, πιο πολύ αριστερά, όταν είναι έντονη η κρίση χτυπάει και στους αγκώνες. Όμως, πρέπει να είσαι ευχαριστημένος, επειδή, ως λέει και ένας επικούρειος, «ο πόνος αποδεικνύει ότι ζεις, σου θυμίζει ότι υπάρχεις» και εσύ είσαι τυχερός, τον έχεις χρόνια, σου έρχεται αραιά και πού, μία ή δύο φορές την εβδομάδα. Δεν έχεις καμία σχέση με άλλους ασθενείς που είχαμε παλιά, τότε όπου έκανα εγώ διάγνωση στηθάγχης βαδίζοντας στον δρόμο, επειδή άκουγα τις τρινιτρίνες σαν στραγάλια να χτυπούν στο εν είδει τενεκέ κουτάκι που είχανε στην τσέπη. Έπαιρναν οι ταλαίπωροι 8 και 10 υπογλώσσια την ημέρα για να βαδίσουν, να πάνε στο καφενείο!

Ευτυχώς που μετά το 1970 διαδόθηκαν οι εγχειρήσεις, το 1980 ήρθαν οι αγγειοπλαστικές με τα μπαλονάκια - στεντ, πσύχασαν οι δρόμοι από τους σχετικούς θορύβους. Είναι απείρως καλύτεροι ορισμένοι δρόμοι, συχνά σε άλσος, σε βουνό ή σε παραλία, που έχουν κρυφή πινακίδα «Οδός Μπαϊπασάδων». Βέβαια, εσύ παραπονιέσαι ότι στην κρίση σου κόβονται τα πόδια, ενώ πριν από λίγο περπατούσες ζωηρά. Όμως, απ΄ όσο ξέρω, δοξάζεις τον Θεό επειδή εργάζεσαι κανονικά και ζεις, πλησιάζεις στα 80 και έχεις να κάνεις δύο βήματα ακόμη: το ένα είναι να φτάσεις τα 90 και το άλλο τα 100. Μετά, ό,τι πει ο Κύριος. Ώστε εσύ πας καλά.

Οι ανύποπτοι

Εμείς τώρα πρέπει να προσέχουμε. Ποιος ξέρει τι μπορεί να μας συμβαίνει. Μπορεί να έχουμε κάτι και τότε αλίμονό μας. Με ρωτάς τι είπα; Ρωτάς αν είναι δυνατόν ο άνθρωπος να έχει κάτι, να πάσχει η καρδιά του, να παθαίνει κρίση ισχαιμίας του μυοκαρδίου επειδή ζητάει περισσότερο αίμα η καρδιά στην ανηφόρα, που ανεβαίνει η πίεση και οι παλμοί είναι συχνότεροι και πιο δυνατοί; Ε, αυτό σου λέω! Ότι στην κρίση αυτή οι στεφανιαίες αρτηρίες αδυνατούν να δώσουν περισσότερο αίμα επειδή έχουν βλάβη, στένωση από αθηρωματική πλάκα και εμποδίζεται το αίμα να περάσει.

Εδώ είναι η διαφορά μας. Εσύ πονάς στη σκάλα και στέκεσαι για να περάσει η ισχαιμία του μυοκαρδίου, ενώ εγώ δεν αισθάνομαι τίποτα. Εσύ στέκεσαι για λίγο και ξεκουράζεσαι, ώστε η καρδιά να συνεχίσει να χτυπάει καλά δίχως πρόβλημα, ενώ εγώ σε τέτοια περίπτωση σιωπηρής ισχαιμίας «κάνω τον έξυπνο» και προχωρώ, με πιθανή επιδείνωση της κρίσης ισχαιμίας, και ο Θεός να βάλει το χέρι του.

Μπορεί να μην πάθω κάτι και να το προσπεράσω, όμως μπορεί να έρθει μια και κάτω, με «αποχαιρετισμό του ήλιου», ή μπορεί να γίνει έμφραγμα δίχως πόνο, αλλά με κατάρρευση από ολική αδυναμία της καρδιάς λόγω παρατεταμένης ισχαιμίας. «Θεός φυλάξοι!», ψιθυρίζεις. Έχεις δίκιο! Είμαστε ασυμπτωματικοί και, αν τύχει και πάθουμε τη δική σου πάθηση μέσα στη σιωπή, υπάρχει κίνδυνος εμείς να σιωπήσουμε διά παντός. Ενώ εσύ...

Η πρόληψη

Για τον λόγο αυτόν θα πρέπει πάντα να γίνεται ένα τεστ κοπώσεως σε όσους υποβάλλονται σε σωματική άσκηση, είτε αυτό είναι χειρωνακτική εργασία είτε σπορ. Επίσης, απαραιτήτως οι άντρες μετά την ηλικία των 40, εφόσον έχουν τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου (π.χ. κάπνισμα), και οι γυναίκες μετά την ηλικία των 50 με δύο ή περισσότερους παράγοντες ή με επιβαρημένο ιστορικό θα πρέπει να γνωρίζουν ότι έχουν φυσιολογική δοκιμασία κόπωσης. Αυτό το τεστ γίνεται με ηλεκτροκαρδιογράφημα, σπινθηρογράφημα ή υπερηχοκαρδιογράφημα και θα πρέπει να παραμένουν φυσιολογικά όταν κατά την κόπωση οι σφυγμοί φτάνουν τους 150 - 170 το λεπτό και η πίεση από 12 ανεβαίνει στο 17 και στο 18.

Είναι σπουδαίο για τις γυναίκες μετά την κλιμακτήριο να γνωρίζουν πως οι στεφανιαίες αρτηρίες τους είναι βατές και τροφοδοτούν τον μυ της καρδιάς με αίμα αρκετό. Ξέρει ο καθένας και η καθεμία ότι η βρύση στο σπίτι του καλύπτει όλες τις ανάγκες για να πλυθεί, να μαγειρέψει, να φτιάξει τον καφέ του, αλλά να κάνει και μπουγάδα, σε ένα δίωρο να πλυθούν 50 πουκάμισα και 50 σεντόνια. Αυτό σημαίνει ότι η βρύση δεν έχει πρόβλημα και δεν χρειάζεται υδραυλικός. Κι αυτό μας καθησυχάζει κατά την έναρξη του δευτέρου ημίσεως της ζωής μας.

Βέβαια, θα έχουν ειδική παρακολούθηση όσοι έχουν παράγοντες κινδύνου. Το κάπνισμα δεν πρέπει να έχει θέση στη ζωή, η υπέρταση χρειάζεται να θεραπευτεί με δίαιτα ή και φάρμακα ώστε να είναι κάτω από 14 η μεγάλη και κάτω από 9 η μικρή, η κακή LDL χοληστερίνη να είναι κάτω από 115 και, αν υπάρχει διαβήτης ή στεφανιαία νόσος, να είναι κάτω από 100. Επίσης, και το σάκχαρο πρέπει να βρίσκεται κάτω από 100.

> Οι άντρες μετά την ηλικία των 40, εφόσον έχουν τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου, και οι γυναίκες μετά την ηλικία των 50 με δύο ή περισσότερους παράγοντες ή με επιβαρημένο ιστορικό θα πρέπει να γνωρίζουν ότι έχουν φυσιολογική δοκιμασία κόπωσης.

Επικίνδυνη σιωπή...

Υπάρχει και η σιωπή, το πράγμα κοχλάζει και δεν ακούγεται καθόλου. Σιωπηρή ισχαιμία του μυοκαρδίου, όπως αναφέραμε παραπάνω.

Σε ερευνητική μελέτη στη Φινλανδία εξετάστηκαν με δοκιμασία κόπωσης 1.569 άνδρες, 40 - 60 ετών, όλοι φυσιολογικοί, χωρίς γνωστή καρδιοπάθεια. Εξ αυτών 189 παρουσίασαν ισχαιμία του μυοκαρδίου στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, χωρίς στηθάγχη κατά το τεστ κοπώσεως. Σημειώθηκε, λοιπόν, ότι αυτοί «οι σιωπηροί» κατά τα επόμενα χρόνια νοσηλεύτηκαν εκτάκτως στο νοσοκομείο για οξύ στεφανιαίο επεισόδιο σε διπλάσιο αριθμό και ήταν 4,5 φορές περισσότεροι στον «αποχαιρετισμό του ήλιου» από τους άλλους με φυσιολογικό τεστ κοπώσεως. Και πάλι εντοπίζεται παρατήρηση στους παράγοντες κινδύνου. Εάν καπνίζεις ή έχεις υψηλή πίεση και υψηλή χοληστερίνη, τότε αυξάνεται πολύ η πιθανότητα οξέος επεισοδίου ή αναχωρήσεως...

Κολπική μαρμαρυγή
Η αντιμετώπιση μιας σύγχρονης επιδημίας

Η κολπική μαρμαρυγή αποτελεί τη συχνότερη αρρυθμία στον ενήλικα. Πρόκειται για μία από τις συνηθέστερες αιτίες νοσηλείας ασθενών στον δυτικό κόσμο, καθώς υπολογίζεται ότι σε άτομα άνω των 70 ετών συναντάται σε ποσοστό 10% στον γενικό πληθυσμό. Το ποσοστό αυτό αντιπροσωπεύει στη χώρα μας έναν τεράστιο αριθμό ασθενών που υποφέρουν από την αρρυθμία αυτή.

Δρ Δημοσθένης Κατρίτσης
MD, PhD, FRCP
Επίτιμος Διευθυντής Καρδιολογίας, St Thomas' Hospital, London, UK,
Διευθυντής
Α' Καρδιολογικής Κλινικής
Ευρωκλινική Αθηνών

Σύμφωνα με στοιχεία από τη μεγάλη αμερικανική μελέτη Framingham Study, η χρόνια κολπική μαρμαρυγή συνοδεύεται από εντυπωσιακή αύξηση του κινδύνου θνητότητας των ασθενών, της τάξης του 50% - 90%. Η αρρυθμία αυτή θέτει τον ασθενή σε 5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου, 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιακής ανεπάρκειας και 2 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εγκεφαλικής άνοιας. Δεν είναι τυχαίο ότι το 2,4% του συνολικού προϋπολογισμού του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας αναλώνεται στην αντιμετώπιση ασθενών με κολπική μαρμαρυγή.

Δεδομένου ότι η αρρυθμία αυτή είναι σοβαρός προδιαθεσικός παράγοντας για τη δημιουργία θρομβοεμβολικών εμβολικών εγκεφαλικών επεισοδίων, οι ασθενείς πρέπει να τίθενται σε χρόνια χορήγηση αντιπηκτικών. Αυτή, εκτός των κινδύνων αιμορραγίας, μειώνει κατά 60% την πιθανότητα εγκεφαλικών επεισοδίων, αλλά δεν την εκμηδενίζει. Είναι προφανές ότι η εκρίζωση της αρρυθμίας είναι σημαντική για την καρδιολογική κοινότητα και τους ασθενείς μας. Δυστυχώς, όμως, οι διαθέσιμες φαρμακευτικές θεραπείες δεν είναι αποτελεσματικές για την πρόληψη της αρρυθμίας και συνοδεύονται από πολλές επιπλοκές.

Μέχρι τώρα η εκρίζωσή της με επεμβατικές μεθόδους (ablation) είχε περιορισμένη επιτυχία, εν αντιθέσει με άλλες αρρυθμίες, που μπορούν πλέον να θεραπευτούν οριστικά με ablation, δηλαδή με καυτηριασμό των αρρυθμιογόνων εστιών. Μία από τις διεθνείς προσπάθειες για ablation κολπικής μαρμαρυγής στην Ευρώπη ανακοινώθηκε από εμάς το 1996 στο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας. Έκτοτε η ομάδα μας βρίσκεται διεθνώς στην πρωτοπορία για την ανάπτυξη και την κλινική εφαρμογή νέων επεμβατικών μεθόδων ριζικής θεραπείας της αρρυθμίας αυτής. Με τις σύγχρονες μεθόδους, τοποθετούνται ηλεκτρόδια μέσω της μηριαίας φλέβας στον αριστερό κόλπο και καυτηριάζονται αρρυθμιογόνες εστίες στο τοίχωμα αυτού και στην είσοδο των πνευμονικών φλεβών. Η επέμβαση γίνεται υπό τοπική αναισθησία και διαρκεί 2 - 4 ώρες. Απαιτείται μόνο μία μέρα νοσηλείας, παρ' όλα αυτά πρόκειται για επέμβαση αρκετά περίπλοκη, που απαιτεί εξειδίκευση και πείρα.

Έρευνα για βελτιωμένες μεθόδους

Οι μέθοδοι και οι τεχνικές συνεχώς βελτιώνονται και μέχρι σήμερα στην Ευρωκλινική έχουμε επέμβει σε άνω των 300 περιστατικά. Τα ποσοστά επιτυχίας υπερβαίνουν το 75% για την εξάλειψη της αρρυθμίας και δεν έχουν παρατηρηθεί σοβαρές επιπλοκές. Τα κλινικά μας αποτελέσματα έχουν παρουσιαστεί σε μεγάλα καρδιολογικά συνέδρια και έχουν δημοσιευτεί σε έγκριτα ιατρικά περιοδικά. Η κλινική μας αποτελεί πλέον κέντρο αναφοράς ασθενών ακόμη και από το εξωτερικό. Αυτήν την εποχή βρίσκεται σε κλινική εφαρμογή ένα μεγάλο πρόγραμμα βελτίωσης των επεμβατικών μεθόδων για την εξάλειψη της αρρυθμίας σε συνεργασία της ομάδας μας με το Massachusetts General Hospital του Πανεπι-

στημίου Harvard.
Η κολπική μαρμαρυγή είναι μία από τις σύγχρονες επιδημίες του δυτικού κόσμου και οι προσπάθειες για τη θεραπεία και την εξάλειψή της είναι εντατικές και παρουσιάζουν εντονότατο κλινικό και επιστημονικό ενδιαφέρον.

Η ομάδα μας βρίσκεται διεθνώς στην πρωτοπορία για την ανάπτυξη και την κλινική εφαρμογή νέων επεμβατικών μεθόδων ριζικής θεραπείας της αρρυθμίας αυτής.

Βαλβιδοπλαστική διόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας

Η υπεροχή της έναντι της αντικατάστασης σε ασθενείς με ανεπάρκεια της ομώνυμης βαλβίδας

Η παλινδρόμηση της μιτροειδούς βαλβίδας αποτελεί ένα εξειδικευμένο πεδίο καρδιοχειρουργικού ενδιαφέροντος, στο οποίο η εισαγωγή νέων γνώσεων και τεχνολογίας έχει αλλάξει τα δεδομένα και κατ' επέκταση τον τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου.

Ιωάννης Α. Χλωρογιάννης
MD, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Τα πρώιμα στάδια της μιτροειδικής ανεπάρκειας συνήθως μπορούν να αντιμετωπιστούν με συντηρητική αγωγή. Όταν όμως προϊούσης της νόσου εμφανιστεί κλινικοεργαστηριακή επιδείνωση των σημείων και των συμπτωμάτων του ασθενούς, τότε μπορεί να ενδείκνυται η χειρουργική επέμβαση. Η χειρουργική θεραπεία της ανεπαρκούσης μιτροειδούς παρεμβαίνει είτε με αντικατάστασή της από τεχνητή βιοπροσθετική ή μηχανική βαλβίδα είτε με πλαστική διόρθωση των ανατομικών στοιχείων της. Ατυχώς, όμως, ακόμη και σήμερα οι πλέον σύγχρονες τεχνητές βαλβίδες δεν καλύπτουν όλες τις φυσιολογικές ιδιότητες της ανατομικής μιτροειδούς βαλβίδας, αλλά παρουσιάζουν μειονεκτήματα που μπορούν να ξεπεραστούν μόνο με τη μέθοδο της βαλβιδοπλαστικής.

Οι ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης της ανεπάρκειας της μιτροειδούς μπορεί να ποικίλλουν ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου αλλά και με τον τρόπο εισβολής της.

Σήμερα, είναι πλέον καθολικά αποδεκτό ότι σε κάθε περίπτωση ανεπάρκειας μιτροειδούς πρέπει να εξαντλούνται όλες οι δυνατότητες διόρθωσης της βαλβίδας πριν επιχειρηθεί η αντικατάστασή της.

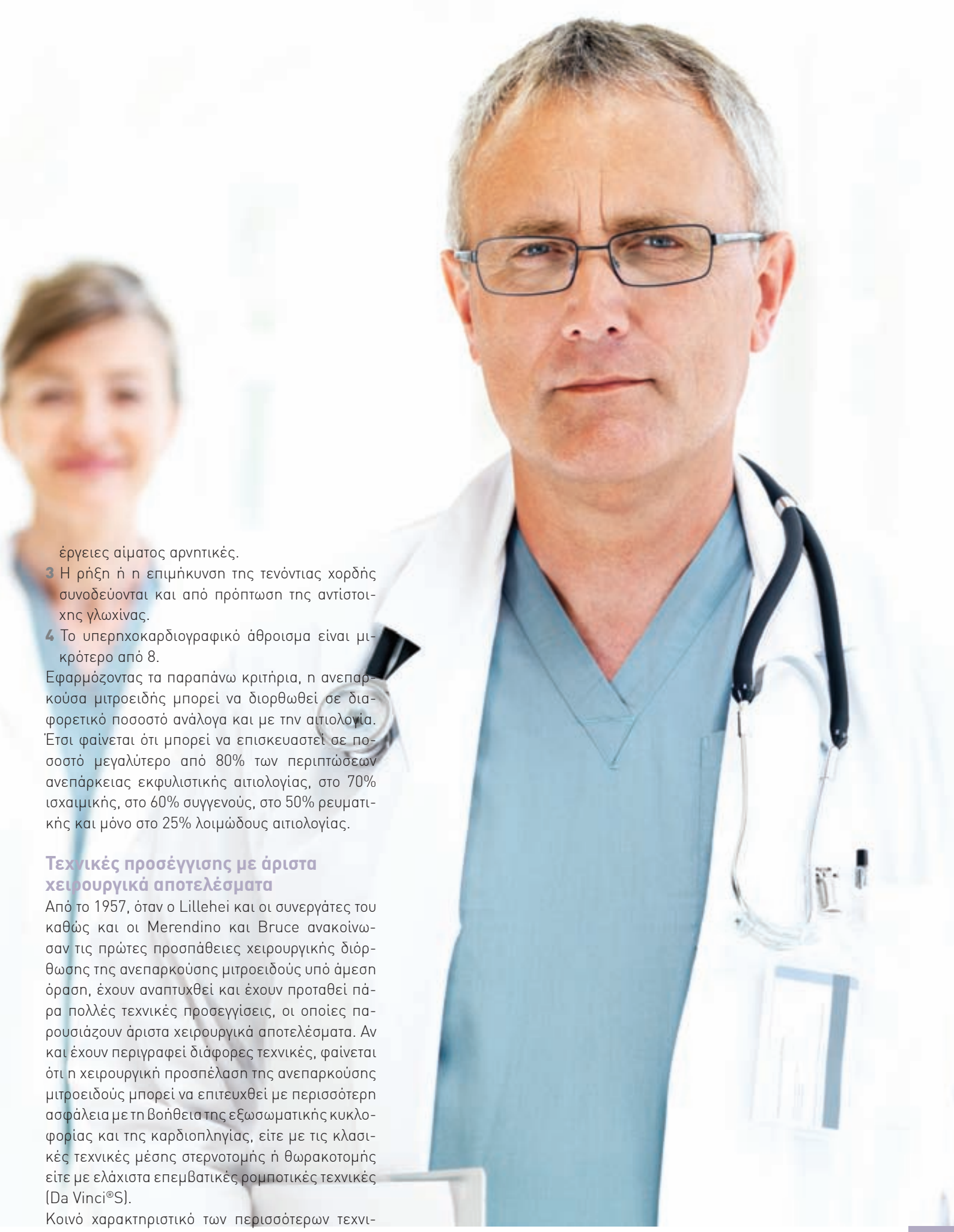
Η βαλβιδοπλαστική παρουσιάζει ιδιαίτερα πλεονεκτήματα.

1 Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε βαλβιδοπλαστική δεν χρειάζονται αντιπηκτική αγωγή διά βίου. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τους νέους και τους μέσης ηλικίας ασθενείς, στους οποίους εκμηδενίζεται ο κίνδυνος από αιμορραγικά επεισόδια. Επίσης, αυτός ο παράγοντας είναι ιδιαίτερα σημαντικός για τις γυναίκες ασθενείς που βρίσκονται σε ηλικία τεκνοποίησης, όπως και για εκείνους που δύσκολα συμμορφώνονται στις ιατρικές οδηγίες και στη φαρμακευτική αγωγή.
2 Παρατηρείται μικρότερος κίνδυνος από θρομβοεμβολικά επεισόδια.
3 Παρατηρείται μικρότερος κίνδυνος από ενδοκαρδίτιδα.
4 Οι ασθενείς εμφανίζουν μικρότερη εγχειρητική νοσηρότητα και θνησιμότητα.
5 Υπάρχει μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης.
6 Παρατηρείται μετεγχειρητική βελτίωση της λειτουργικότητας της αριστεράς κοιλίας και των συνοδών αιμοδυναμικών παραμέτρων.
7 Η βαλβιδοπλαστική έχει μικρότερο χρόνο νοσηλείας και χαμηλότερο κόστος.

Πότε χρειάζεται

Οι ενδείξεις για την εφαρμογή της βαλβιδοπλαστικής τεχνικής καθορίζονται κυρίως από τη βαρύτητα των παθολογοανατομικών βλαβών της μιτροειδούς βαλβίδας και κατά κανόνα μπορούν να εφαρμοστούν όταν απαντούν τα παρακάτω ευρήματα:

1 Ο μιτροειδικός δακτύλιος είναι μεν διατεταμένος, αλλά η υποβαλβιδική συσκευή παραμένει φυσιολογική ή μέτρια παρεκτοπισμένη.
2 Οι μιτροειδικές γλωχίνες είναι ευκίνητες, με μέτριου βαθμού ίνωση, αλλά χωρίς αποτιτάνωση ή σοβαρή συρρίκνωση. Σε περίπτωση ενδοκαρδίτιδας, η διάτρηση των γλωχίνων πρέπει να είναι μικρή ή μονήρης και οι επανειλημμένες καλλι-



έργειες αίματος αρνητικές.

3 Η ρήξη ή η επιμήκυνση της τενόντιας χορδής συνοδεύονται και από πρόπτωση της αντίστοιχης γλωχίνας.

4 Το υπερηχοκαρδιογραφικό άθροισμα είναι μικρότερο από 8.

Εφαρμόζοντας τα παραπάνω κριτήρια, η ανεπαρκούσα μιτροειδής μπορεί να διορθωθεί σε διαφορετικό ποσοστό ανάλογα και με την αιτιολογία. Έτσι φαίνεται ότι μπορεί να επισκευαστεί σε ποσοστό μεγαλύτερο από 80% των περιπτώσεων ανεπάρκειας εκφυλιστικής αιτιολογίας, στο 70% ισχαιμικής, στο 60% συγγενούς, στο 50% ρευματικής και μόνο στο 25% λοιμώδους αιτιολογίας.

Τεχνικές προσέγγισης με άριστα χειρουργικά αποτελέσματα

Από το 1957, όταν ο Lillehei και οι συνεργάτες του καθώς και οι Merendino και Bruce ανακοίνωσαν τις πρώτες προσπάθειες χειρουργικής διόρθωσης της ανεπαρκούσης μιτροειδούς υπό άμεση όραση, έχουν αναπτυχθεί και έχουν προταθεί πάρα πολλές τεχνικές προσεγγίσεις, οι οποίες παρουσιάζουν άριστα χειρουργικά αποτελέσματα. Αν και έχουν περιγραφεί διάφορες τεχνικές, φαίνεται ότι η χειρουργική προσπέλαση της ανεπαρκούσης μιτροειδούς μπορεί να επιτευχθεί με περισσότερη ασφάλεια με τη βοήθεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας και της καρδιοπληγίας, είτε με τις κλασικές τεχνικές μέσης στερνοτομής ή θωρακοτομής είτε με ελάχιστα επεμβατικές ρομποτικές τεχνικές (Da Vinci®S).

Κοινό χαρακτηριστικό των περισσότερων τεχνι-

κών που εφαρμόζονται στην Ευρωκλινική Αθηνών είναι η χρησιμοποίηση ενός συνθετικού ενισχυτικού δακτυλίου, ο οποίος τοποθετείται πάνω στον ανατομικό μιτροειδικό δακτύλιο με σκοπό να επαναφέρει την επιφάνεια και το σχήμα του μιτροειδικού στομίου στο φυσιολογικό, όπως επίσης και να υποστηρίξει τον ήδη διατεταμένο μιτροειδικό δακτύλιο προλαμβάνοντας ακόμη μεγαλύτερη διάταση. Σήμερα είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν διάφοροι τύποι δακτυλίων, οι οποίοι μπορεί να είναι σκληροί, ημίσκληροι, μαλακοί, κυκλικοί ή ημικυκλικοί κ.λπ. Ο πρωτότυπος σκληρός δακτύλιος καθώς και οι τροποποιήσεις του προτάθηκαν από τον Carpentier, αλλά ο ολικά εύκαμπτος δακτύλιος σχεδιάστηκε από τον Duran.

Η σύγχρονη προσέγγιση της βαλβιδοπλαστικής φαίνεται να ευνοεί τις διάφορες παραλλαγές των μαλακών εύκαμπτων δακτυλίων, επειδή παρουσιάζουν σημαντικά πλεονεκτήματα, ξεπερνώντας παράλληλα και ορισμένα από τα μειονεκτήματα των σκληρών δακτυλίων. Οι ελαστικοί συνθετικοί δακτύλιοι φαίνεται να υπερέχουν έναντι των σκληρών, αφού μπορούν να επιτρέπουν την περισσότερο φυσιολογική λειτουργία του μιτροειδικού δακτυλίου, ο οποίος συνεχίζει να μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια του καρδιακού κύκλου.

Η χειρουργική αντιμετώπιση της ανεπάρκειας της μιτροειδούς με βαλβιδοπλαστική μπορεί να είναι τόσο εφικτή όσο και αποτελεσματική χειρουργική τεχνική, προσφέροντας ανώτερα αποτελέσματα αλλά και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ανάλογα με τον λειτουργικό τύπο ανεπάρκειας της μιτροειδούς μπορούν να εφαρμοστούν και οι αντίστοιχες χειρουργικές τεχνικές:

- **Στον τύπο I,** με φυσιολογική λειτουργικότητα των γλωχίνων, η μέθοδος της δακτυλιοπλαστικής είναι συνήθως από μόνη της ιδιαίτερα αποτελεσματική, κυρίως στις περιπτώσεις όπου η ανεπάρκεια οφείλεται σε διάταση του μιτροειδικού δακτυλίου ή σε μέτρια δυσλειτουργία και παρεκτόπιση των θηλοειδών μυών. Αν, όμως, η ανεπάρκεια της μιτροειδούς οφείλεται σε διάτρηση των γλωχίνων, τότε η τοποθέτηση εμβαλώματος αυτόλογου περικαρδίου, το οποίο έχει προηγουμένως υποστεί επεξεργασία με γλουτεραλδεΰδη, μπορεί να είναι αρκετή για να επαναφέρει τη στεγανότητα της βαλβίδας.

- **Στον τύπο II,** της υπερκινητικής γλωχίνας, η δακτυλιοπλαστική από μόνη της δεν είναι αρκετή και συνήθως χρειάζεται να συνδυαστεί με διόρθωση ενός ή περισσότερων βαλβιδικών στοιχείων. Η συχνότερη αιτία ανεπάρκειας προπίπτουσας μιτροειδούς τύπου II είναι η ρήξη των τενόντιων χορδών και κυρίως αυτών της μέσης πτυχής της οπίσθιας γλωχίνας. Στους ασθενείς αυτούς μπορεί να χρησιμοποιηθούν συνθετικές τενόντιες χορδές από PTFE. Επίσης, μπορεί να αφαιρεθεί με σφηνοειδή ή τραπεζοειδή εκτομή το προπίπτον τμήμα της γλωχίνας μαζί με τις κατεστραμμένες γλωχίνες και να ακολουθήσει η επανασυρραφή της οπίσθιας γλωχίνας.

  Η ρήξη των τενόντιων χορδών της πρόσθιας γλωχίνας είναι λιγότερο συχνή σε σχέση με την οπίσθια, αλλά αποτελεί μεγαλύτερη χειρουργική πρόκληση, διότι σε αυτές τις περιπτώσεις δεν αρκεί μόνο η εκτομή του προπίπτοντος τμήματος της πρόσθιας γλωχίνας, αλλά χρειάζεται και επιπρόσθετη υποστήριξή της με νέες τενόντιες χορδές. Οι νέες τενόντιες χορδές μπορεί να είναι συνθετικές από PTFE ή αυτόλογες. Οι αυτόλογες τενόντιες χορδές μεταφέρονται από την οπίσθια γλωχίνα, από την οποία αφαιρείται ένα τμήμα μαζί με τις τενόντιες χορδές του, που συρράπτεται στη θέση πρόπτωσης της πρόσθιας γλωχίνας (τεχνική flip over).

  Όταν η πρόπτωση της μιτροειδούς οφείλεται στην επιμήκυνση των τενόντιων χορδών, εκτός από τις παραπάνω τεχνικές, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η μέθοδος της βράχυνσης της κύριας ή και των γειτονικών διατεταμένων τενόντιων χορδών. Η βράχυνση της περίσσειας μήκους μπορεί να γίνει με αναδίπλωση της διατεταμένης χορδής είτε πάνω στον σύστοιχο θηλοειδή μυ είτε πάνω στη σύστοιχη γλωχίνα. Εάν η επιμήκυνση των τενόντιων χορδών της προπίπτουσας γλωχίνας είναι περισσότερο γενικευμένη, τότε και οι δευτερεύουσες τενόντιες χορδές μπορεί να βραχυνθούν με αναδίπλωση.

- **Στον τύπο III,** ο οποίος χαρακτηρίζεται από τις δυσκινητικές γλωχίνες, συνήθως η δακτυλιοπλαστική από μόνη της δεν είναι αρκετή, αλλά χρειάζεται και διόρθωση ενός ή περισσότερων άλλων βαλβιδικών στοιχείων. Όταν οι μιτροειδικές σχισμές έχουν σύντηξη μεταξύ τους, τότε μπορεί να γίνει ανοικτή βαλβιδοτομή (open mitral commisurotomy). Η διάνοιξη γίνεται ακριβώς πάνω στο επίπεδο της ανατομικής πρόσθιας ή οπίσθιας σχισμής με διαφύλαξη της λειτουργικής ακεραιότητας των συστοίχων τενόντιων χορδών. Επίσης, η τεχνική της διά-

Φροντίδα Διεθνών Προδιαγραφών από την

Πολυδύναμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) της

Ευρωκλινικής Αθηνών

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΙΕΘΝΩΝ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΥΣ ΑΠΟ 700 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΤΗΣΙΩΣ

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

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας διαθέτει:

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

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

Στατιστικά στοιχεία ανταγωνιστικά σε διεθνές επίπεδο

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

νοιξης μπορεί να επεκταθεί προς τις τενόντιες χορδές αλλά και προς τους υποκείμενους θηλοειδείς μυς, εφόσον παρουσιάζουν παθολογοανατομικές αλλοιώσεις σύντηξης.

Η τεχνική της βαλβιδοπλαστικής συνήθως δεν μπορεί να εφαρμοστεί εάν οι μιτροειδικές γλωχίνες έχουν προσβληθεί από ρευματική νόσο με βαριά αποτιτάνωση.

Όμως, μερικές φορές ένας μονήρης όζος ή μικρού βαθμού περιφερική αποτιτάνωση μπορεί να απομακρυνθεί χωρίς λύση της συνέχειας του τοιχώματος των γλωχίνων και να ακολουθήσει βαλβιδοπλαστική. Η συρρίκνωση της οπίσθιας γλωχίνας μπορεί επίσης να αντιμετωπιστεί με προσθήκη εμβαλώματος αυτόλογου περικαρδίου, το οποίο τοποθετείται και συρράπτεται ανάμεσα στον μιτροειδικό δακτύλιο και στη βάση της οπίσθιας γλωχίνας, αφού προηγουμένως έχει υποστεί επεξεργασία με γλουτεραλδεΰδη.

Με την ολοκλήρωση της βαλβιδοπλαστικής, ελέγχεται στατικά και υπό άμεση όραση το χειρουργικό αποτέλεσμα της στεγανότητας της μιτροειδούς, εγχέοντας με πίεση φυσιολογικό ορό μέσα στην αριστερή κοιλία. Εάν το αποτέλεσμα είναι ικανοποιητικό, ακολουθεί η σύγκλειση της κολποτομής και μετά την έξοδο του ασθενούς από την εξωσωματική κυκλοφορία επανελέγχεται λειτουργικά η μιτροειδής με τη βοήθεια του διεγχειρητικού διοισοφάγειου υπερηχοκαρδιογραφήματος.

Από μία μελέτη μας που έγινε στο Texas Heart Institute στο Houston του Texas των ΗΠΑ, σε 231 ασθενείς με ανεπάρκεια μιτροειδούς ισχαιμικής ή μυξωματώδους αιτιολογίας, που αντιμετωπίστηκαν με βαλβιδοπλαστική χρησιμοποιώντας τον δακτύλιο Duran, φαίνεται ότι στις περισσότερες περιπτώσεις ισχαιμικής αιτιολογίας (84%) εφαρμόστηκε μόνο δακτυλιοπλαστική. Αντίθετα, στους περισσότερους ασθενείς μυξωματώδους αιτιολογίας (59%), η συχνότερα εφαρμοζόμενη τεχνική ήταν η δακτυλιοπλαστική σε συνδυασμό με σφηνοειδή εκτομή της οπίσθιας μιτροειδικής γλωχίνας.

Οι περισσότερες από τις προαναφερθείσες τεχνικές σήμερα μπορεί να εφαρμοστούν και χωρίς στερνοτομή, με ρομποτικές μεθόδους (Da Vinci), επιτυγχάνοντας πολύ καλά αποτελέσματα.

Επομένως, είναι φανερό ότι σε ασθενείς με ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας η βαλβιδοπλαστική διόρθωση αποτελεί τη θεραπεία εκλογής ως σύγχρονη καρδιοχειρουργική προοπτική έναντι της εναλλακτικής αντικατάστασης.

Συμπερασματικά, σήμερα, σε εξειδικευμένα καρδιοχειρουργικά κέντρα, η χειρουργική αντιμετώπιση της ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας με βαλβιδοπλαστική μπορεί να είναι τόσο εφικτή όσο και αποτελεσματική χειρουργική τεχνική, προσφέροντας ανώτερα χειρουργικά αποτελέσματα αλλά και καλύτερη ποιότητα ζωής.

ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η πενταετής επιβίωση των συμπτωματικών ασθενών με ανεπάρκεια της μιτροειδούς που αντιμετωπίζονται συντηρητικά χωρίς χειρουργική επέμβαση κυμαίνεται από 55% έως 61%, ενώ η δεκαετής περιορίζεται στο χαμηλό ποσοστό από 22% έως 39%. Αντίθετα, η πενταετής επιβίωση των συμπτωματικών ασθενών με ανεπάρκεια της μιτροειδούς που αντιμετωπίζονται χειρουργικά είναι υψηλή, από 75% έως 91%, ενώ η δεκαετής κυμαίνεται από 62% έως 81% για την αντικατάσταση και τη βαλβιδοπλαστική αντίστοιχα, αναδεικνύοντας παράλληλα και την υπεροχή των αποτελεσμάτων της βαλβιδοπλαστικής.

Από την προσωπική εμπειρία για περισσότερους από 160 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε βαλβιδοπλαστική μιτροειδούς, εφαρμόζοντας τις προαναφερθείσες τεχνικές, τα τελευταία 13 έτη, έχουμε:

- **100% επίτευξη βαλβιδοπλαστικής μιτροειδούς σε ασθενείς με πρόπτωση οπίσθιας γλωχίνας.**
- **95% επίτευξη βαλβιδοπλαστικής μιτροειδούς σε ασθενείς με πρόπτωση πρόσθιας γλωχίνας.**
- **0% χειρουργική θνητότητα σε ασθενείς με ανεπάρκεια μιτροειδούς εκφυλιστικής αιτιολογίας.**
- **98% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε βαλβιδοπλαστική χωρίς ένδειξη επανεγχείρησης στα 13 έτη μετεγχειρητικής παρακολούθησης.**

Publi

MEDISYSTEM
Ένα μοντέλο για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας από την INTERAMERICAN

Με μια ευρυφασματική αντιμετώπιση των αναγκών φροντίδας της υγείας, η **INTERAMERICAN** έχει ξεχωρίσει στον ασφαλιστικό κλάδο για το καινοτόμο και ολοκληρωμένο σύστημα υγείας **MEDISYSTEM** που έχει αναπτύξει εδώ και 12 χρόνια, αλλά και με τις οργανωμένες ιδιόκτητες υποδομές της.

Παράλληλα με το MEDISYSTEM, η εταιρεία διαθέτει τα προγράμματα **Medihospital** για την κάλυψη της νοσηλείας, παρέχοντας πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου, και τα επιδοματικά προγράμματα **Medicash** για την έκτακτη οικονομική ενίσχυση του ασφαλισμένου σε περίπτωση νοσηλείας ή χειρουργικής επέμβασης.

Τι είναι το Medisystem

Το MEDISYSTEM αποτελεί ένα ολοκληρωμένο ασφαλιστικό Σύστημα Υγείας, που φροντίζει αποτελεσματικά και καλύπτει κάθε τομέα της υγείας, από την πρόληψη, στην οποία η INTERAMERICAN δίνει ιδιαίτερη έμφαση, ως τη διάγνωση και τη θεραπεία.

Το Δίκτυο Υγείας

Το MEDISYSTEM θέτει στη διάθεση των ασφαλισμένων ένα οργανωμένο Δίκτυο Υγείας και εξασφαλίζει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας. Το Δίκτυο Υγείας του MEDISYSTEM περιλαμβάνει συμβεβλημένους ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, διαγνωστικά κέντρα, δίκτυο χειρουργών - ειδικών συνεργατών, συμβεβλημένα νοσοκομεία και την ιδιόκτητη Αθηναϊκή κλινική στην οποία λειτουργεί και πολυϊατρείο, το **Medifirst** πολυϊατρείο, τη Γραμμή Υγείας 1010 σε συνεχή λειτουργία για ιατρικές συμβουλές, οδηγίες και πληροφορίες, καθώς και τις υπηρεσίες Άμεσης Ιατρικής Βοήθειας.

Γιώργος Βελιώτης, Γενικός Διευθυντής Ζωής και Υγείας.

Οι παροχές του MEDISYSTEM

Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας

- Δωρεάν ιατρικές επισκέψεις, από 10 μέχρι απεριόριστες, ανάλογα με το πρόγραμμα.
- Κάλυψη για επισκέψεις κατ΄ οίκον τις νύχτες και τις αργίες, ανάλογα με το πρόγραμμα και τη γεωγραφική περιοχή.
- Απεριόριστες ιατρικές πράξεις.
- Απεριόριστες διαγνωστικές εξετάσεις.
- Ετήσιος προληπτικός έλεγχος, με εξειδικευμένες εξετάσεις, ανάλογα με την ηλικία και το φύλο, συνδυασμένες με πλήρη ιατρική εξέταση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
- Κάλυψη της μητρότητας.

Δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας

- Κάλυψη των εξόδων νοσηλείας, αμοιβών των ιατρών, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.
- Κάλυψη στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

«Γραμμή Υγείας 1010»

- Άμεση Ιατρική Βοήθεια (ιατρικές συμβουλές, υγειονομική μεταφορά).

Ρομποτική χειρουργική
Χειρουργική του παρόντος ή του μέλλοντος;

Η αλματώδης τεχνολογική ανάπτυξη των τελευταίων ετών έχει αναμφίβολα αλλάξει ριζικά το πρόσωπο της χειρουργικής.

Νικόλαος Ι. Νικητέας
Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Γενικής Χειρουργικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Η εξέλιξη των λαπαροσκοπικών και ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών έδωσε νέα ώθηση, καθιστώντας ακόμα και τις πιο δυσπρόσιτες περιοχές του ανθρωπίνου σώματος προσπελάσιμες, και μάλιστα με ελάχιστο τραύμα. Εντούτοις, η υπάρχουσα τεχνολογία εξακολουθεί να θέτει περιορισμούς. Ο απομακρυσμένος χειρισμός των εργαλείων έχει ορισμένες φορές επίπτωση στην ευχέρεια και στην ακρίβεια των κινήσεων, ενώ η δισδιάστατη απεικόνιση, μέσω οθόνης, απαιτεί σημαντική εξοικείωση.

Η υπέρβαση; Η ρομποτική τεχνολογία, βασιζόμενη στην τεχνογνωσία της NASA, αποτελεί ένα νέο ιατρικό ορόσημο. Μία δεκαετία μετά την έγκρισή του από το FDA των ΗΠΑ, το Da Vinci®S υπόσχεται να αλλάξει το πρόσωπο της χειρουργικής. Για πρώτη φορά στην Ιστορία, ο χειρουργός δεν απαιτείται να βρίσκεται πλέον πάνω από τον ασθενή, όπως παραδοσιακά συμβαίνει για αιώνες, αλλά κάθεται δίπλα του, χωρίς φυσική επαφή με το χειρουργικό πεδίο, χωρίς καν να φορά χειρουργικά γάντια. Αν και εξ αποστάσεως, ο χειρουργός αποκτά «βιονικά» χαρακτηριστικά και ικανότητες που υπερβαίνουν την ανθρώπινη φύση. Αποκτά τρεις φορές ισχυρότερη, τρισδιάστατη όραση και μπορεί να εκτελεί λεπτότατες κινήσεις, όμοιες με αυτές των χεριών του, αλλά με απόλυτη ακρίβεια, καθώς οι ρομποτικοί βραχίονες όχι μόνο στερούνται του φυσικού τρόμου του ανθρώπινου χεριού, αλλά και περιστρέφονται κατά 360 μοίρες.

Τα πλεονεκτήματα του ρομπότ είναι:

- η μεγαλύτερη ακρίβεια στις κινήσεις,
- το μικρότερο ποσοστό λαθών,
- η μικρότερη απώλεια αίματος,
- ο λιγότερος μετεγχειρητικός πόνος και
- η ταχύτερη επάνοδος στη φυσιολογική δραστηριότητα.

Τα σημαντικά ερωτήματα

Όμως, όπως και σε κάθε δαπανηρή τεχνολογική καινοτομία και δη στους χαλεπούς καιρούς που διάγουμε, πρέπει να τεθούν και να απαντηθούν διάφορα καίρια ερωτήματα: Χρειάζεται πραγματικά αυτή η αλλαγή; Πόσο απαραίτητο είναι να αλλάξουν μέθοδοι και τεχνικές με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα και χαμηλό κόστος; Την απάντηση στα ζητήματα αυτά θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε στο παρόν κείμενο με συγκεκριμένα παραδείγματα από τον χώρο της γενικής χειρουργικής.

- **Χειρουργική της παχυσαρκίας:** Οι βαριατρικοί ασθενείς, με την πληθώρα των συνοδών παθήσεων, είναι σίγουρα μία ομάδα στην οποία κάποια πιθανή επιπλοκή δεν περνά απαρατήρητη. Ο μεγαλύτερος φόβος δεν είναι άλλος από τη διαφυγή μιας αναστόμωσης (gastric by-pass) ή της γραμμής συρραφής του στομάχου (sleeve gastrectomy). Όμως, η ενίσχυση των ευαίσθητων αυτών περιοχών με την κλασική λαπαροσκοπική τεχνική είναι χρονοβόρος και τεχνικά ιδιαίτερα δύσκολη και έτσι συχνά παραλείπεται. Αντιθέτως, με τη χρήση της ρομποτικής τεχνολογίας καθίσταται σαφώς εφικτή και πραγματοποιήσιμη.
- **Καρκίνος ορθού - χαμηλή πρόσθια εκτομή:** Η ελάσσων πύελος είναι μία χειρουργικά δυσπρό-

σιτη περιοχή ειδικά στους άντρες. Σε μεγαλόσωμους ασθενείς, μάλιστα, η ανοικτή επέμβαση μπορεί να αποτελέσει πραγματικό άθλο. Η λαπαροσκοπική τεχνική σαφώς διευκολύνει την πρόσβαση, αλλά μερικές φορές η επέμβαση με τα μακριά, άκαμπτα εργαλεία καθίσταται δυσχερής. Η ρομποτική χειρουργική εδώ προσφέρει όχι μόνο καλύτερο ογκολογικό αποτέλεσμα, αλλά και ασφαλέστερο λειτουργικά.

- **Καρκίνος στομάχου:** Ο καρκίνος του στομάχου είναι ένα νόσημα στο οποίο η ποιότητα της χειρουργικής εκτομής φαίνεται να έχει τον πιο αποφασιστικό ρόλο για την έκβαση της νόσου, καθώς η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Έτσι, θεωρείται ιδιαίτερα άρτια χειρουργική πράξη, που περιλαμβάνει ενδελεχή και εκτεταμένο λεμφαδενικό καθαρισμό (D2 dissection), ο οποίος επεκτείνεται ανάμεσα στα πολυάριθμα, ζωτικά αγγεία της περιοχής. Αν και η επέμβαση αυτή γίνεται εδώ και χρόνια λαπαροσκοπικά, παραμένει πολύ εργώδης και τεχνικά ιδιαίτερα απαιτητική. Η ρομποτική χειρουργική μπορεί να διευκολύνει σημαντικά το τεχνικό σκέλος της επέμβασης και να επιτρέψει στον χειρουργό να κινείται ριζικότερα και ασφαλέστερα.
- **Καρκίνος θυρεοειδούς αδένα:** Η θυρεοειδεκτομή εφαρμόζεται από το 1909 με μικρές παραλλαγές, γεγονός που αποδεικνύει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου. Όμως, η θέση της τομής και το ότι οι ασθενείς είναι κυρίως νέες γυναίκες που δεν επιθυμούν εμφανή ουλή για αισθητικούς ή κοινωνικούς λόγους οδήγησαν στην αναζήτηση νέων μεθόδων, που δεν αφήνουν «σημάδι» στον λαιμό. Οι μέθοδοι αυτές, ωστόσο, είχαν πολύ περιορισμένες ενδείξεις και ήταν τεχνικά προβληματικές. Με τη ρομποτική τεχνολογία καθίσταται για πρώτη φορά εφικτή όχι μόνο η θυρεοειδεκτομή, αλλά ακόμα και οι λεμφαδενικοί καθαρισμοί που ορισμένες φορές απαιτούνται. Πολλά κέντρα στις ΗΠΑ έχουν ήδη ξεκινήσει την εφαρμογή, με γνωστότερο το διάσημο M.D. Anderson Cancer Center. Έως σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί πάνω από 2.000 επεμβάσεις παγκοσμίως.

Ο χειρουργός αποκτά τρεις φορές ισχυρότερη, τρισδιάστατη όραση και μπορεί να εκτελεί λεπτότατες κινήσεις, όμοιες με αυτές των χεριών του, αλλά με απόλυτη ακρίβεια.

Όπως καθετί νέο και διαφορετικό, έτσι και η ρομποτική χειρουργική αντιμετωπίζεται αρχικά με επιφύλαξη ή και σκεπτικισμό. Παρά το αυξημένο κόστος, όμως, η τεχνολογία αυτή προσφέρει σημαντικές δυνατότητες στον χειρουργό. Αυτός με τη σειρά του, αν διαθέτει άρτια εκπαίδευση, μπορεί να προσφέρει υψηλής ποιότητας χειρουργική. Τα σημερινά επιτεύγματα είναι μόνο η αρχή μιας νέας εποχής. Μια πραγματικότητα που όλοι οφείλουμε να αναγνωρίσουμε είναι ότι στο άμεσο μέλλον θα είναι πολύ δύσκολο να δικαιολογήσουμε την ανοικτή χειρουργική της κοιλιάς για τη μεγάλη πλειονότητα των ασθενών μας. Η ρομποτική χειρουργική ήρθε και μαζί της μια νέα εποχή για τη θεραπευτική εξελίσσεται θεαματικά.

AMIS
Πρόσθια ελάχιστα επεμβατική χειρουργική του ισχίου

Η AMIS είναι μια χειρουργική τεχνική προσπέλασης του ισχίου που έχει ασφαλή αποτελέσματα, με πολύ λίγο μετεγχειρητικό πόνο και αιμορραγία, μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο, ταχύτερη κινητοποίηση και επανένταξη του ασθενούς στις καθημερινές του δραστηριότητες.

Λευτέρης Ζαμπάκος
Χειρουργός Ορθοπαιδικός,
Ευρωκλινική Αθηνών

Γεώργιος Δημάκης
Χειρουργός Ορθοπαιδικός,
Ευρωκλινική Αθηνών

Τι είναι η AMIS;

Με τον όρο AMIS αναφερόμαστε στη χειρουργική τεχνική προσπέλασης του ισχίου. Η βασική αρχή της τεχνικής αυτής είναι η προσέγγιση του ισχίου από το ανατομικό μεσοδιάστημα που βρίσκεται ανάμεσα σε δύο μυς, το ραπτικό και τον τείνοντα την πλατεία περιτονία. Το πλεονέκτημα είναι διπλό. Εκτός από το δέρμα, ουσιαστικά δεν κόβουμε κάποιον άλλο ιστό μέχρι να φτάσουμε στην άρθρωση του ισχίου. Απλά απωθούμε τους μυς χωρίς να τους τραυματίζουμε. Το δεύτερο πλεονέκτημα είναι ότι είμαστε ακριβώς απέναντι από την κοτύλη με αποτέλεσμα την άριστη ορατότητα της περιοχής.

Γιατί είναι καλύτερη;

Τα τελευταία χρόνια στην Ελβετία έγιναν συγκριτικές μελέτες σε ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε ολική αρθροπλαστική ισχίου, είτε με την κλασική οπισθοπλάγια προσπέλαση είτε με την AMIS. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μαγνητική τομογραφία ισχίου ένα χρόνο μετά την επέμβαση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι ασθενείς της υποομάδας της οπισθοπλάγιας προσπέλασης είχαν ινώδη εκφύλιση του μέσου γλουτιαίου, ενός από τους βασικότερους μυς του ισχίου. Αντίθετα, οι ασθενείς με την πρόσθια προσπέλαση παρουσίαζαν ανατομία παραπλήσια με τη φυσιολογική. Εξυπακούεται ότι οι βλάβες αυτές θα είναι δυνητικά πολύ μεγαλύτερες σε μια ενδεχόμενη μελλοντική αναθεώρηση του χειρουργείου.

Επιπλέον, επειδή η τεχνική αυτή, ακολουθεί τις αρχές της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής, διατηρεί όλα τα πλεονεκτήματά της:

- Είναι σχετικά ατραυματική ως προς τα ανατομικά στοιχεία της περιοχής.
- Χρησιμοποιούμε ακριβώς τα ίδια υλικά που για χρόνια έχουν δοκιμαστεί στην ολική αρθροπλαστική ισχίου.
- Γίνεται με τομή από 6 ως 8 cm, σε αντιδιαστολή με τα 15 τουλάχιστον cm της κλασικής τομής.
- Διατηρούμε τον αρθρικό θύλακο, γεγονός που προσδίδει μετεγχειρητική σταθερότητα στην άρθρωση.
- Έχουμε πολύ λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο.
- Ο μυϊκός τόνος δεν επηρεάζεται μετεγχειρητικά και ο ασθενής μπορεί να κινητοποιηθεί σχεδόν άμεσα με μερική ή και πλήρη φόρτιση.
- Έχουμε πολύ μικρό κίνδυνο μετεγχειρητικού εξαρθρήματος.
- Έχουμε πολύ λιγότερη περιεγχειρητική αιμορραγία (λιγότερες μεταγγίσεις).
- Οι ασθενείς επιστρέφουν γρηγορότερα στις καθημερινές δραστηριότητες και την οδήγηση.
- Χρειάζεται μικρότερη παραμονή στο Νοσοκομείο.

Πού βρίσκει εφαρμογή;

Η AMIS μπορεί να εφαρμοστεί σε υποκεφαλικά κατάγματα του μηριαίου και φυσικά στην ολική αρθροπλαστική ισχίου ή και στην αναθεώρηση αυτής.

Ποιες είναι οι σχετικές αντενδείξεις;

Υψηλά εξαρθρήματα ισχίου και βαρεία δυσπλασία της περιοχής, μπορεί να έχουν διαφοροποιημένη ανατομία και να χρειάζονται εκτεταμένες κινητοποιήσεις μυών. Σε αυτές τις περιπτώσεις μια πιο ευρεία προσπέλαση μπορεί να έχει περισσότερα πλεονεκτήματα.

Συμπερασματικά, η πρόσθια προσπέλαση στη χειρουργική ισχίου είναι η πιο ατραυματική από τις μέχρι σήμερα εφαρμοζόμενες προσπελάσεις και σε συνδυασμό με το μικρό μέγεθος της χειρουργικής τομής, είναι ιδανική λύση για τη χειρουργική του ισχίου.

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.

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

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

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

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

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

Ρομποτική χειρουργική
Πολύτιμη και στη γυναικολογία

Η αλματώδης εξέλιξη της τεχνολογίας οδήγησε την επιστημονική κοινότητα σε ένα νέο επίτευγμα-εργαλείο για τη χειρουργική επιστήμη. Ο λόγος για το ρομποτικό χειρουργικό σύστημα Da Vinci®S, το οποίο ειδικά στον χώρο της γυναικολογίας εισήγαγε νέα δεδομένα στη χειρουργική αντιμετώπιση διαφόρων παθολογιών.

Βασιλική Χατζηραφαήλ
Μαιευτήρας Χειρουργός Γυναικολόγος, Διευθύντρια Γυναικολογικού Τμήματος Ρομποτικής Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής Ευρωκλινικής Αθηνών

Τι είναι το ρομπότ

Το ρομποτικό χειρουργικό σύστημα Da Vinci®S είναι ένα σύστημα που αποτελείται από δύο τμήματα:
α) τη χειρουργική κονσόλα όπου κάθεται ο χειρουργός - γυναικολόγος, και
β) το σύστημα των 4 βραχιόνων, στους οποίους τοποθετούμε την κάμερα και 3 εργαλεία και το προσαρμόζουμε στην ασθενή μέσω 3 - 4 πολύ μικρών οπών στο δέρμα. Η χειρουργική κονσόλα συνδέεται με το σύστημα των βραχιόνων με καλώδιο, μέσω του οποίου μεταφέρονται οι κινήσεις του χειρουργού από την κονσόλα προς τους βραχίονες του ρομπότ και στη συνέχεια στις άκρες των εργαλείων. Έτσι, το αποτέλεσμα είναι η όποια κίνηση κάνει ο χειρουργός - γυναικολόγος από την κονσόλα να μεταφέρεται ακριβώς στα εργαλεία με τα οποία χειρουργείται η ασθενής.

Γυναικολογικά χειρουργεία που μπορούν να πραγματοποιούνται με Da Vinci®S

Ρομποτικά μπορούν να γίνουν:

- Κύστεις ωοθήκης
- Υδροσάλπιγγα
- Εξωμήτριος κύηση
- Ινομυώματα
- Ενδομητρίωση
- Αφαίρεση της μήτρας - Ολική ή μερική υστερεκτομή
- Λύση συμφύσεων μεταξύ μήτρας - σαλπίγγων - ωοθηκών - εντέρου
- Ουρογυναικολογικά χειρουργεία
- Κακοήθεις όγκοι της μήτρας και του τραχήλου.

Πλεονεκτήματα της χρήσης του ρομπότ για τον χειρουργό - γυναικολόγο

Σε αντίθεση με τη δισδιάστατη οπτική εικόνα που υπάρχει στη λαπαροσκόπηση, στη ρομποτική χειρουργική παρέχεται τρισδιάστατη έγχρωμη οπτική εικόνα, η οποία δίνει την αίσθηση ότι τα μάτια και τα χέρια του χειρουργού βρίσκονται μέσα στο σώμα της γυναίκας. Η εικόνα μέσω της κάμερας είναι πάντα σταθερή, διότι δεν την κρατάει ανθρώπινο χέρι, άρα δεν έχει φυσικό τρόμο (τρέμουλο).
Τα εργαλεία έχουν αρθρώσεις όπως ακριβώς και το χέρι και ο καρπός του χεριού, καθώς και 7 βαθμούς ελευθερίας κινήσεων των άκρων των εργαλείων, με αποτέλεσμα να παρέχονται απόλυτη ευελιξία και ακρίβεια των κινήσεων του χειρουργού σε επίπεδο χιλιοστού. Η τοποθέτηση ραμμάτων γίνεται με μεγάλη ευκολία και απόλυτη ακρίβεια στο εσωτερικό του σώματος της ασθενούς.

Κατά τις χειρουργικές επεμβάσεις παρουσιάζεται πολύ συχνά τρόμος στα χέρια του χειρουργού - γυναικολόγου, ειδικά όταν είναι μεγάλης διάρκειας. Το ρομπότ προκαλεί

Αναλογικά, το κόστος της επέμβασης είναι χαμηλότερο, αφού η διάρκεια νοσηλείας είναι πολύ μικρότερη, όπως και οι εγχειρητικές επιπλοκές σε σχέση με ένα ανοιχτό χειρουργείο.

εξάλειψη του φυσικού αυτού τρόμου του χεριού μέσω ενός ηλεκτρονικού φίλτρου.
Τέλος, η εργονομικά αναπαυτική θέση του γυναικολόγου στη χειρουργική κονσόλα προσφέρει ελαχιστοποίηση της φυσικής του κόπωσης.

Είδη ρομποτικών συστημάτων

Το πιο διαδεδομένο παγκοσμίως ρομποτικό σύστημα είναι το σύστημα Da Vinci®S της Intuitive Surgical. Το τελειότερο και τελευταίας τεχνολογίας είδος είναι το Da Vinci®S Hi Definition, που προσφέρει εκπληκτικές δυνατότητες στον χειρουργό. Συγκεκριμένα, παρέχει ακόμα καλύτερη ανάλυση της τρισδιάστατης εικόνας χειρουργικού πεδίου, ψηφιακό zoom με αποτέλεσμα περισσότερη ευχέρεια κίνησης των εργαλείων μέσα στο σώμα της ασθενούς, διεύρυνση χειρουργικού πεδίου κατά 20% και, τέλος, έχει τη δυνατότητα ταυτόχρονης απεικόνισης στη χειρουργική κονσόλα: υπερηχοτομογράφου, CT (αξονικής τομογραφίας) και MRI (μαγνητικής τομογραφίας) της ασθενούς κατά τη διάρκεια του χειρουργείου.
Τα παραπάνω είναι πολύ σημαντικά τεχνικά πλεονεκτήματα για τον χειρουργό και κατά συνέπεια και για την ασθενή.

Τελικά ποιος χειρουργεί;

Χειρουργεί πάντα ο γυναικολόγος και οι κινήσεις του γίνονται πιο ακριβείς και πιο λεπτές με τη βοήθεια του ρομποτικού συστήματος. Το ρομποτικό σύστημα δεν έχει την παραμικρή αυτονομία, ούτε λειτουργεί σαν αυτόματος πιλότος, είναι απλώς ένα ισχυρό εργαλείο στα χέρια του χειρουργού - γυναικολόγου και χρησιμοποιείται για ένα άριστο, μοναδικό, χειρουργικό αποτέλεσμα στην ασθενή. Η υψηλή τεχνολογία είναι στη διάθεσή μας και όχι μόνο δεν μπορεί να αντικατασταθεί, αλλά αποτελεί και το άμεσο μέλλον σε όλες τις γυναικολογικές χειρουργικές επεμβάσεις ώστε να μπορούμε να προσφέρουμε σε κάθε γυναίκα ένα ασφαλές χειρουργείο.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΡΟΜΠΟΤΙΚΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ

Ένα ρομποτικό γυναικολογικό χειρουργείο προκαλεί ελάχιστη παρέμβαση στο σώμα και παρουσιάζει άριστο αισθητικό αποτέλεσμα καθώς και ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου χάρη στις πολύ μικρές οπές στην κοιλιά, που συρράπτονται με τεχνική της πλαστικής χειρουργικής. Αδιαμφισβήτητα, η απουσία της μεγάλης τομής ελαττώνει πολύ τον μετεγχειρητικό πόνο. Κατά τη διάρκεια του χειρουργείου παρουσιάζονται λιγότερες αναπνευστικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές, αφού λόγω της μεγάλης ακρίβειας και των πολύ λεπτών χειρουργικών κινήσεων είναι μία ως επί το πλείστον αναίμακτη επέμβαση. Ένα από τα σπουδαιότερα πλεονεκτήματα της ρομποτικής τεχνολογίας είναι η ελαχιστοποίηση των μετεγχειρητικών επιπλοκών που σχετίζονται με το τραύμα (διαπύηση, διάσπαση, κήλη, χρόνιο άλγος). Επίσης, έχει παρατηρηθεί σημαντικότατη μείωση των μετεγχειρητικών συμφύσεων και των επιπτώσεών τους.
Έτσι, η ασθενής αναρρώνει ταχύτερα και άρα μπορεί να επανέλθει πιο γρήγορα στις καθημερινές της δραστηριότητες και στην εργασία της. Αναλογικά, είναι πιο χαμηλό και το κόστος της επέμβασης, αφού η διάρκεια νοσηλείας είναι πολύ μικρότερη, όπως και οι εγχειρητικές επιπλοκές σε σχέση με ένα ανοιχτό χειρουργείο.

Υπερσύγχρονο
Κέντρο Μαστού
Ευρωκλινικής Αθηνών

Εξοπλισμένο με:

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

Στελέχωμένο από:

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

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

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

Αθανασιάδου 7-9 (πάροδος Δ. Σούτσου), Αθήνα, Τηλ.: 210 6416 600, Fax: 210 6416 555
Τηλ. για ραντεβού: 210 6416 650, 08:00-16:00, Δευτ. - Παρ.
E-mail: mkt@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr, www.kentromastou.gr

Καρκίνος του προστάτη
Η σύγχρονη αντιμετώπιση

Ο καρκίνος του προστάτη είναι ο πρώτος σε συχνότητα καρκίνος στους άνδρες, καθώς ένας στους δέκα θα αναπτύξει τη συγκεκριμένη νόσο κατά τη διάρκεια της ζωής του. Μάλιστα, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα αποτελεί τη δεύτερη (9%) αιτία θανάτου από κακοήθεια. Ωστόσο, νέες μέθοδοι όπως η ρομποτική χειρουργική με το Da Vinci®S, που εφαρμόζει η Ευρωκλινική Αθηνών, έχουν φέρει επανάσταση στη χειρουργική αντιμετώπιση και τη θεραπεία της ασθένειας.

Αθανάσιος Ρήγας
MD, FEBU
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διευθυντής Ουρολογικής - Ανδρολογικής Κλινικής,
Ευρωκλινική Αθηνών

Στην αιτιολογία του καρκίνου του προστάτη υπεισέρχονται διάφοροι παράγοντες, όπως η ηλικία, η ορμονική κατάσταση, γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που αλληλεπιδρούν.

Ο καρκίνος του προστάτη αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας και το 95% διαγιγνώσκεται σε άνδρες 45 - 89 ετών. Επίσης, υπάρχει οικογενειακή προδιάθεση και είναι διπλάσιος ο κίνδυνος για την εμφάνιση καρκίνου σε πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών.

Πώς θα προφυλαχθούμε

Έχει αποδειχτεί ότι η ελαττωμένη πρόσληψη κεκορεσμένων λιπαρών οξέων (κόκκινο κρέας), η αυξημένη κατανάλωση λαχανικών και η πρόσληψη με την τροφή βιταμινών Ε και D, σελήνιου, λυκοπένης, πρωτεϊνών της σόγιας και ω-6-πολυακόρεστων οξέων (ιχθυελαίων) έχουν προστατευτική δράση.

Βασικό ρόλο, όμως, στην πρόληψη παίζει η έγκαιρη διάγνωση. Ο τακτικός έλεγχος των υγιών ανδρών από την ηλικία των 50 ετών, και από τα 40 όταν ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου τις οποίες προαναφέραμε, είναι πολύτιμος. Η μέτρηση του PSA αίματος και η εξέταση του προστάτη κλινικά και με υπερήχους οδηγούν στην πρώιμη διάγνωση ενός υποκλινικού - αρχόμενου καρκίνου, εξασφαλίζοντας την πλήρη ίαση του ασθενούς.

Ο καρκίνος του προστάτη μπορεί να εμφανιστεί με πολλά πρόσωπα και να εξελιχτεί με διαφορετικό ρυθμό. Έτσι, υπάρχουν άνδρες με καρκίνο προστάτη χωρίς κανένα σύμπτωμα, ενώ άλλοι παρουσιάζουν διαταραχές της ούρησης, της εκσπερμάτισης, αιμορραγία ή ακόμη και πόνους στα κόκαλα.

Άλλοι ασθενείς μπορεί να έχουν έναν μικρό όγκο στον προστάτη και πρακτικά αυτός να μένει σταθερός καθώς περνούν τα χρόνια, χωρίς να επηρεάζει τη ζωή τους, ενώ σε άλλους ο καρκίνος εξελίσσεται τάχιστα, φεύγει από τα όρια του προστάτη και επεκτείνεται στους λεμφαδένες, σε άλλα όργανα της κοιλιάς ή στα οστά, δίνοντας μεταστάσεις με κακή πρόγνωση.

Η θεραπεία

Η κατευθυνόμενη βιοψία προστάτη θέτει την ιστολογική διάγνωση του καρκίνου. **Η θεραπεία στις περισσότερες περιπτώσεις είναι χειρουργική και οδηγεί σε πλήρη ίαση.** Ωστόσο, σε πιο ηλικιωμένους ασθενείς και σε αυτούς που δεν μπορούν να αντέξουν την εγχείρηση ή βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο της νόσου προτείνουμε τη θεραπεία με ακτινοβολία, ορμονοθεραπεία ή συνδυασμό τους.

Συγκεκριμένα, η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του προστάτη, η κλασική ριζική προστατεκτομή, συνίσταται στην πλήρη αφαίρεση του προστάτη αδένα και των παρακείμενων λεμφαδένων. Η μακρόχρονη πείρα στη μέθοδο αυτή εξασφαλίζει την πλήρη εξάλειψη του όγκου και λαμβάνεται μέριμνα για την αποτροπή της ακράτειας ούρων μετά το χειρουργείο και τη διατήρηση της στυτικής λειτουργίας.

Είναι πολύτιμος ο τακτικός έλεγχος των υγιών ανδρών από την ηλικία των 50 ετών και από την ηλικία των 40 όταν ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

ΕΠΑΝΑΣΤΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Επανάσταση στη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του προστάτη έχει φέρει τα τελευταία χρόνια η ρομποτική μέθοδος. Στην Ευρωκλινική Αθηνών λειτουργεί το πλέον σύγχρονο σύστημα ρομποτικής (Da Vinci®S) και πραγματοποιούνται καθημερινά επεμβάσεις ουρολογίας, γενικής χειρουργικής και γυναικολογίας με εξαίρετα αποτελέσματα. Ειδικά στην προστατεκτομή το ρομπότ έχει απόλυτη ένδειξη. Ο εξειδικευμένος χειρουργός κατευθύνει και ελέγχει τους ρομποτικούς βραχίονες με απόλυτη ακρίβεια και λεπτομέρεια και, έχοντας εντυπωσιακή μεγέθυνση και τέλειο οπτικό πεδίο, επιτυγχάνει λεπτότατους χειρουργικούς χειρισμούς, αδύνατους για όλες τις άλλες χειρουργικές μεθόδους. **Η επέμβαση γίνεται χωρίς τομή στο δέρμα, μέσα από μικροσκοπικές οπές, με ελάχιστο πόνο, ασήμαντη απώλεια αίματος και ταχύτατη ανάρρωση.** Ο ασθενής κινητοποιείται λίγες ώρες μετά το χειρουργείο και εντός δύο ημερών επιστρέφει στο σπίτι του και στις καθημερινές δραστηριότητές του.

Οι παραπάνω λόγοι εξηγούν γιατί τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική η ρομποτική ριζική προστατεκτομή είναι η θεραπευτική επιλογή για περισσότερους από τους μισούς ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, ποσοστό το οποίο κάθε χρόνο αυξάνεται. Ο εξειδικευμένος χειρουργός με το εξελιγμένο ρομποτικό σύστημα επιτυγχάνει με απόλυτη ασφάλεια εξαιρετικό ογκολογικό και λειτουργικό αποτέλεσμα για τον ασθενή (διατήρηση της στύσης και της εγκράτειας ούρων).

Ψηφιακά υποβοηθούμενη ολική αρθροπλαστική
Η νέα αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας του γόνατος

Η οστεοαρθρίτιδα αφορά κυρίως τους ηλικιωμένους και οφείλεται σε κληρονομικούς και οργανικούς παράγοντες, σε καταπόνηση των αρθρώσεων, σε παλαιές κακώσεις και σε συγγενείς νόσους. Η ψηφιακά υποβοηθούμενη ολική αρθροπλαστική είναι μία καινούργια μέθοδος που αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το πρόβλημα, εξασφαλίζοντας τη θεραπεία και την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Στέφανος Αναστασόπουλος
Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Η οστεοαρθρίτιδα είναι μία εκφυλιστικού τύπου πάθηση των αρθρώσεων, η οποία εντοπίζεται κυρίως στα κάτω άκρα, ιδιαίτερα στις αρθρώσεις του γόνατος και του ισχίου. Πρόκειται για προοδευτική φθορά του χόνδρου, η οποία οδηγεί σε βαθμιαία καταστροφή της άρθρωσης. **Είναι συχνότερη στις γυναίκες και έχει σαφή σχέση με την αύξηση της ηλικίας.** Οφείλεται σε κληρονομικούς και ορμονικούς παράγοντες, σε καταπόνηση των αρθρώσεων, σε παλαιές κακώσεις και σε συγγενείς νόσους. Η οστεοαρθρίτιδα του γόνατος είναι ένα συχνό πρόβλημα, που αφορά σε μεγάλο αριθμό -ιδιαίτερα ηλικιωμένων- ασθενών. Τα κύρια σημεία της κλινικής εικόνας της πάθησης είναι ο πόνος, η διόγκωση, ο κριγμός, η δυσκαμψία και η παραμόρφωση του γόνατος. Τα στοιχεία αυτά οδηγούν σε προοδευτική μείωση της κινητικότητας της άρθρωσης, σε επιδεινούμενη δυσχέρεια στη βάδιση και τελικά σε απώλεια της ποιότητας ζωής, με σαφή ψυχολογική επιβάρυνση.

Η θεραπεία εκλογής της οστεοαρθρίτιδας του γόνατος είναι η ολική αρθροπλαστική. Πρόκειται για επέμβαση αντικατάστασης των φθαρμένων τμημάτων της άρθρωσης, με προθέσεις αποτελούμενες από κράματα μετάλλων και πολυαιθυλένιο. Η πρόοδος των αναισθησιολογικών μεθόδων δημιούργησε συνθήκες απόλυτης ασφάλειας και ελαχιστοποίησε τον μετεγχειρητικό πόνο. Η πείρα στην εκτέλεση της επέμβασης και η βελτίωση των προθέσεων κατέστησαν την ολική αρθροπλαστική του γόνατος επέμβαση πολύ καλής πρόγνωσης, με εξαιρετικά αποτελέσματα. **Σε αυτήν την πρόοδο ήρθε να προστεθεί και η χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας.** Πρόκειται για συστήματα υποβοήθησης της εκτέλεσης της επέμβασης με τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή (computer-assisted surgery). Ουσιαστικά, ο χειρουργός κατά τη διάρκεια της επέμβασης, μαζί με την πείρα και την κρίση του, έχει για σύμβουλο ένα ψηφιακό σύστημα.

Συνοπτικά, η μέθοδος αυτή παρουσιάζει τα παρακάτω πλεονεκτήματα:

- Εξασφαλίζει απόλυτη ακρίβεια στην εκτέλεση της επέμβασης, με τέλεια διόρθωση της παραμόρφωσης του γόνατος, με συνέπειες την ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου και τη μακροβιότητα της πρόθεσης.
- Καταγράφει με απόλυτο τρόπο το αρχικό πρόβλημα και το τελικό αποτέλεσμα, το οποίο και αξιολογεί με μετρήσιμες παραμέτρους.
- Ελέγχει διεγχειρητικά τη συμπεριφορά της άρθρωσης του γόνατος, εξασφαλίζοντας εξαιρετικό λειτουργικό αποτέλεσμα και πλήρες εύρος κίνησης.
- Συμβάλλει στη σημαντική μείωση του χρόνου της επέμβασης, περιορίζοντας έτσι την απώλεια αίματος, την πιθανότητα φλεγμονής και τη χρήση του ισχαίμου.
- Επιτρέπει τη χρήση ελάχιστων και μικρότερων εργαλείων σε σχέση με τη συμβατική επέμβαση, με συνέπειες το μικρότερο χειρουργικό τραύμα, την περιορισμένη αποκόλληση μαλακών μορίων, τη μικρότερη αιμορραγία και την ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου.
- Ελαχιστοποιεί την πιθανότητα πνευμονικής εμβολής, καθώς δεν χρησιμοποιούνται ενδομυελικοί οδηγοί.

Η εκτέλεση αυτής της επέμβασης προϋποθέτει συγκεκριμένο εξοπλισμό και έμπειρο χειρουργό.

Τμήμα ολικής αρθροπλαστικής γόνατος με ψηφιακή υποβοήθηση στην Ευρωκλινική Αθηνών

Η ολική αρθροπλαστική αποτελεί την επέμβαση εκλογής για την εγκατεστημένη οστεοαρθρίτιδα του γόνατος, κατά την οποία τοποθετείται μεταλλική πρόθεση στην άρθρωση. Παρά το γεγονός ότι πρόκειται για επέμβαση με πολύ καλά αποτελέσματα, πολλές φορές αστάθμητοι παράγοντες καθορίζουν τον μετεγχειρητικό πόνο, τις επιπλοκές και εν τέλει τη μακροβιότητα του εμφυτεύματος.

Τελευταίο τεχνολογικό επίτευγμα στην προσπάθεια αντιμετώπισης αυτών των φαινομένων είναι η χρήση ηλεκτρονικών συστημάτων πλοήγησης. Κατά την ολική αρθροπλαστική με ψηφιακή υποβοήθηση (CAS), ο χειρουργός, συνδυάζοντας την εμπειρία και την κρίση του, με τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή εκτελεί με απόλυτη ακρίβεια την επέμβαση. Έτσι εξασφαλίζει:

- άριστο τελικό αποτέλεσμα
- μείωση του χειρουργικού χρόνου
- μικρότερη απώλεια αίματος
- λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο
- ελαχιστοποίηση της πιθανότητας επιπλοκών (φλεγμονές, πνευμονική εμβολή)
- βελτίωση της λειτουργικότητας της άρθρωσης
- αύξηση της διάρκειας ζωής της πρόθεσης.

Η ολική αρθροπλαστική με ψηφιακή υποβοήθηση (CAS) απαιτεί ειδικό εξοπλισμό και εμπειρία του χειρουργού και εφαρμόζεται στο τμήμα επανορθωτικής χειρουργικής γόνατος με ψηφιακή υποβοήθηση της Ευρωκλινικής Αθηνών.

media2day

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

Θυρεοειδής
Η διάγνωση και η αντιμετώπιση των όζων

Οι όζοι του θυρεοειδούς είναι ένα από τα πιο συχνά προβλήματα που απασχολούν τους ενδοκρινολόγους. Τα τελευταία χρόνια, η διάγνωση και η αντιμετώπισή τους έχει αλλάξει σημαντικά και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι έχουν βελτιωθεί πάρα πολύ όλες οι εργαστηριακές και απεικονιστικές μέθοδοι που βοηθούν στην εντόπιση, τη διάγνωση και τη διαφορική τους διάγνωση, καθώς και στην αντιμετώπισή τους.

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

Ενώ η συχνότητα των όζων παλιότερα με την ψηλάφηση υπολογιζόταν στο 5%-7% του πληθυσμού, σήμερα με το υπερηχογράφημα η συχνότητά τους αγγίζει σχεδόν το 80% (20%-76%). Επιπλέον, στο 20%-48% των ασθενών που έχουν έναν ψηλαφητό όζο, με το υπερηχογράφημα διαπιστώνονται περισσότεροι του ενός όζοι.

Τι είναι ο όζος του θυρεοειδούς και γιατί πρέπει να μας απασχολεί;

Όζος είναι μια τοπική διόγκωση του θυρεοειδούς. Μπορεί σε έναν θυρεοειδή να υπάρχει ένας ή και περισσότεροι όζοι και τότε μιλάμε για πολυοζώδη βρογχοκήλη. Ευτυχώς, οι περισσότεροι όζοι είναι μικροί, ακίνδυνοι και δεν χρειάζονται καν θεραπεία.

Παρ΄ όλα αυτά, σε κάθε περίπτωση όζου του θυρεοειδούς είναι απαραίτητη μια πολύ συστηματική κλινική και εργαστηριακή διερεύνηση. Πρέπει με κάθε τρόπο να αποκλειστεί η πιθανότητα του καρκίνου του θυρεοειδούς, αλλά και η περίπτωση αυτόνομου θυρεοειδικού όζου, θυρεοειδίτιδας ή οποιασδήποτε άλλης πάθησης. Επειδή, όπως είναι φυσικό η λέξη καρκίνος να τρομάζει, θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι ο καρκίνος του θυρεοειδούς αφενός είναι σπάνιος (συχνότητα, 5%-10% των ασθενών με όζο) και αφετέρου θεραπεύεται πλήρως εκτός από τη σπανιότατη περίπτωση του αμετάπλαστου καρκίνου. Η σχολαστική, λοιπόν, έρευνα του όζου είναι απαραίτητη γιατί από αυτήν θα προκύψει η απόφαση για το αν ο ασθενής θα πρέπει να χειρουργηθεί ή όχι.

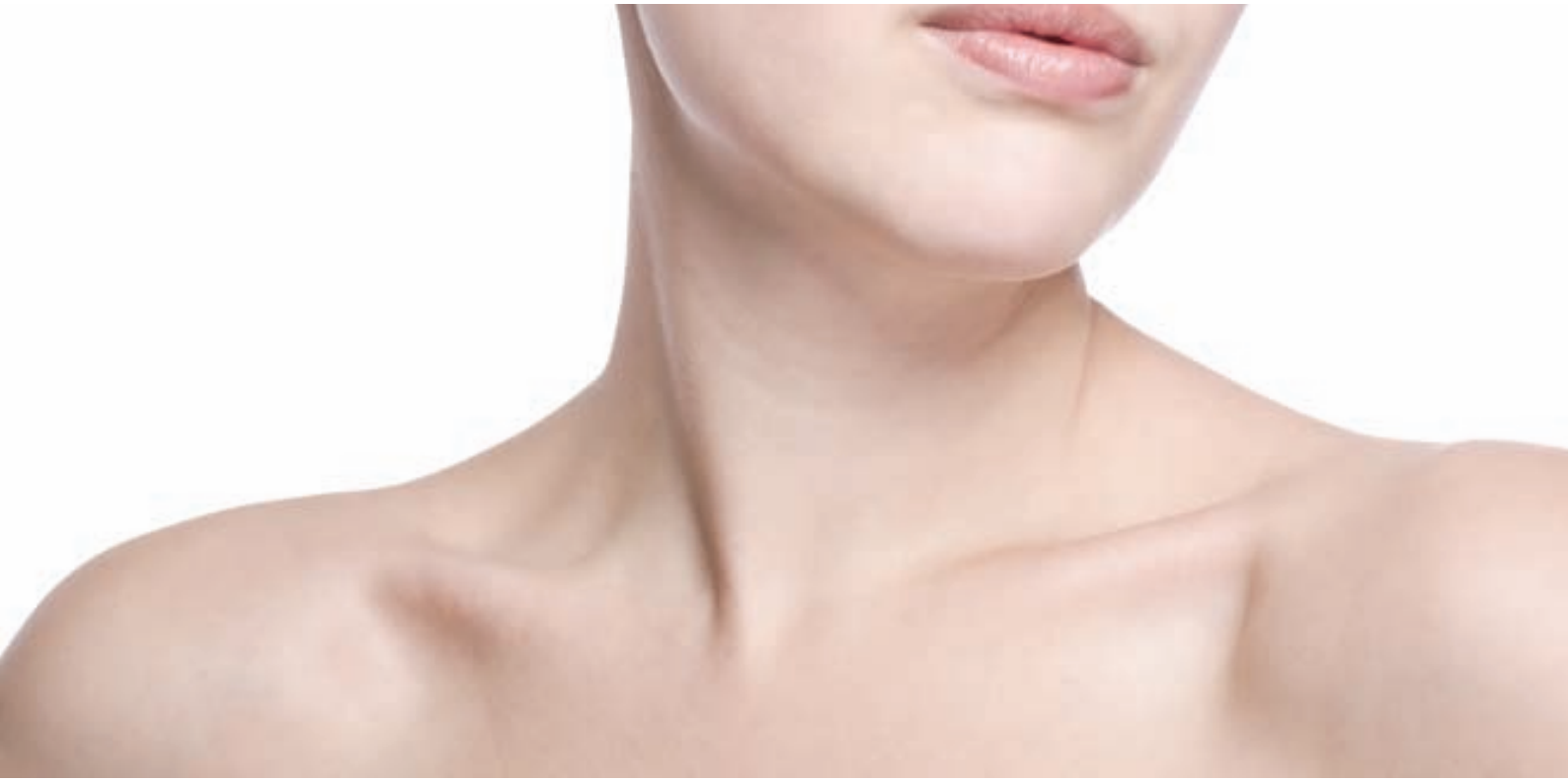
Για τον σκοπό αυτόν σημαντικό ρόλο παίζει πρώτα από όλα το ιστορικό του ασθενούς καθώς και μια πολύ προσεκτική κλινική εξέταση.

Από το ιστορικό λαμβάνεται υπόψη το φύλο (οι όζοι είναι πιο συχνοί στις γυναίκες, ενώ στους άνδρες η εμφάνιση όζου είναι μικρότερη, αλλά αναλογικά η εμφάνιση καρκίνου είναι πιο συχνή), η ηλικία (ο καρκίνος είναι πιο συχνός στα παιδιά και στους εφήβους, καθώς και στους άνω των 70 ετών), το οικογενειακό ιστορικό, πιθανή ακτινοβολία στην περιοχή της κεφαλής ή του τραχήλου, το αν ένας όζος μεγαλώνει γρήγορα, αν υπάρχουν συμπτώματα δύσπνοιας, δυσφωνίας, δυσφαγίας, υπερθυρεοειδισμού, υποθυρεοειδισμού, αν έχει γίνει χρήση ιωδιούχων κ.λπ. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι περισσότεροι όζοι είναι ασυμπτωματικοί, όμως η απουσία συμπτωμάτων δεν αποκλείει τον καρκίνο.

Από την κλινική εξέταση μπορεί να διαπιστωθεί η σύσταση του όζου, το μέγεθός του, το αν είναι καθηλωμένος, ευαίσθητος, επώδυνος καθώς επίσης και αν υπάρχουν ψηλαφητοί λεμφαδένες. Θα πρέπει βέβαια να τονιστεί ότι η πιθανότητα για καρκίνο είναι ίδια σε ασθενείς με έναν όζο όπως και σε αυτούς με πολυοζώδη βρογχοκήλη. Ο ορμονικός έλεγχος είναι επίσης απαραίτητος.

Τι πρέπει να μετράμε

Η σημαντικότερη εξέταση είναι ο προσδιορισμός της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH). Η ορμόνη αυτή ελέγχει τη λειτουργία του θυρεοειδούς. Αυξάνεται πολύ όταν ο θυρεοειδής υπολειτουργεί και μειώνεται πολύ, σχεδόν εξαφανίζεται όταν ο θυρεοειδής υπερλειτουργεί. Αν τη βρούμε χαμηλή



σε όζο του θυρεοειδούς ή σε πολυοζώδη βρογχοκήλη, τότε η πιθανότητα αυτονομίας και υπερλειτουργίας των όζων είναι μεγάλη και αυτό θα φανεί μόνο με το σπινθηρογράφημα του θυρεοειδούς.
Χρήσιμη είναι ακόμα η μέτρηση των ορμονών που παράγει ο θυρεοειδής, της θυροξίνης (T4), της τριιωδοθυρονίνης (T3) και της καλσιτονίνης (CT). Πρέπει ακόμα να προσδιορίσουμε τα αντιθυρεοειδικά αυτοαντισώματα (αντιTPO και αντιTG) τα οποία μας δείχνουν αν υπάρχει αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα (Hashimoto). Αν βρεθεί χαμηλή TSH , τότε πρέπει να προσδιορίσουμε και τα αντισώματα έναντι των υποδοχέων της TSH (TRab ή TSI).
Καμιά φορά μπορεί να υπάρχει μέσα στον θυρεοειδή αδένωμα παραθυρεοειδούς, που μοιάζει με όζο θυρεοειδούς. Γι΄ αυτό πρέπει να προσδιορίζεται και η παραθορμόνη (PTH), καθώς και το ασβέστιο (Ca) και ο φώσφορος (P) αίματος.
Θα πρέπει εδώ να τονίσουμε ότι η μέτρηση της θυρεοσφαιρίνης (TG) δεν χρειάζεται στους όζους του θυρεοειδούς προεγχειρητικά, ενώ είναι πολύτιμη για τη μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Οι απεικονιστικές μέθοδοι

Το υπερηχογράφημα είναι η βασική εξέταση για τους όζους του θυρεοειδούς. Σημαντικό ρόλο, βέβαια, παίζει η πείρα του ιατρού που εκτελεί την εξέταση.
Υπερηχογράφημα πρέπει να γίνεται σε όλους τους ασθενείς στους οποίους βρέθηκε τυχαία κάποιος όζος (ινσιντεντάλωμα), σε όλους όσοι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση καρκίνου και σε όσους υπάρχει ψηλαφητός όζος ή ψηλαφητός λεμφαδένας.
Ένα καλό υπερηχογράφημα τις περισσότερες φορές είναι αρκετό για να αποκλειστεί η ύπαρξη κάποιας κακοήθειας. Οι πληροφορίες που μας δίνει το υπερηχογράφημα είναι πολύ σημαντικές. Έτσι μπορούμε να διαπιστώσουμε τη θέση, το μέγεθος, το σχήμα, τα όρια, τη σύσταση, το περιεχόμενο, την ηχογένεια και την αγγείωση των όζων.

Η σχολαστική έρευνα του όζου είναι απαραίτητη γιατί από αυτήν θα προκύψει η απόφαση για το αν ο ασθενής θα πρέπει να χειρουργηθεί ή όχι.

Ακόμα, αν υπάρχουν περισσότεροι όζοι, μπορούμε να δούμε αναλυτικά και ξεχωριστά τον κάθε έναν, να εκτιμήσουμε αν το σχήμα των όζων είναι πιο ψηλό παρά ευρύ, αν υπάρχουν μικροαποτιτανώσεις ή αν υπάρχει χαοτική αγγείωση στο εσωτερικό του όζου. Αξίζει να τονίσουμε ότι όλες αυτές οι πληροφορίες για κάθε όζο ξεχωριστά είναι σημαντικότερες από το να περιγράψουμε απλά τον μεγαλύτερο και επικρατούντα όζο. Από την αξιολόγηση όλων αυτών των πληροφοριών θα προκύψουν τα κριτήρια που θα αποκλείσουν την κακοήθεια ενός όζου.
Πολύ πρόσφατα η ελαστογραφία επαυξάνει την διαγνωστική ικανότητα του υπερηχογραφήματος. Ένα τέτοιο μηχάνημα ελαστογραφίας υπάρχει ήδη και λειτουργεί στο τμήμα Υπερήχων της Ευρωκλινικής Αθηνών.
Βέβαια το υπερηχογράφημα δεν είναι αρκετό για όλες τις περιπτώσεις, γι΄ αυτό συχνά είναι απαραίτητη η παρακέντηση του όζου (FNA). Πριν προ-

χωρήσουμε στη FNA, ας δούμε ποιες άλλες απεικονιστικές μέθοδοι είναι απαραίτητες για τη διερεύνηση των όζων:

Το σπινθηρογράφημα του θυρεοειδούς με Τεχνήτιο ή με Ιώδιο 123 (^{123}I) χρειάζεται όταν η TSH είναι χαμηλή ή ακόμα και όταν η TSH είναι φυσιολογική, αλλά υπάρχει ιωδοπενία. Σπινθηρογράφημα με Ιώδιο 131 (^{131}I) δεν συνιστάται.

Σπινθηρογράφημα πρέπει επίσης να γίνει όταν υπάρχει έκτοπος θυρεοειδικός ιστός ή μεγάλη, καταδυόμενη, οπισθοστερνική βρογχοκήλη. Θα πρέπει εδώ να σημειώσουμε ότι, αν στο σπινθηρογράφημα διαπιστωθεί θερμός όζος, τότε δεν χρειάζεται να προχωρήσουμε σε FNA, γιατί ο θερμός όζος πολύ σπάνια είναι καρκίνος (κάτω από 1%). Γι' αυτό και είναι πολύ χρήσιμο ένα σπινθηρογράφημα πριν από τη FNA.

Η αξονική τομογραφία (CT) και η μαγνητική τομογραφία (MRI) ΔΕΝ χρειάζονται στη διερεύνηση των όζων του θυρεοειδούς, παρά μόνο πολύ σπάνια, αν υπάρχουν πιεστικά συμπτώματα για να διαπιστωθεί η πίεση ή η απόφραξη, της τραχείας, του οισοφάγου κ.λπ.

ΠΟΙΟΥΣ ΟΖΟΥΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΑΚΕΝΤΟΥΜΕ;

Μια παράμετρος που θεωρείται σημαντική είναι η διάμετρος του όζου. Παρακεντούμε, λοιπόν, τους όζους που έχουν διάμετρο πάνω από 10 χιλ. Παρακεντούμε όμως και όζους ασχέτως διαμέτρου, αν στο ιστορικό ή στο υπερηχογράφημα υπάρχουν ευρήματα επέκτασης του όζου ή λεμφαδένες ή αν υπάρχει ιστορικό καρκίνου θυρεοειδούς στην οικογένεια (PTC, MTC, MEN2, ή προηγούμενη εγχείρηση), επίσης αν υπάρχει αυξημένη καλσιτονίνη. Ακόμα παρακεντούμε όζους μικρότερους από 10 χιλ. αν στο υπερηχογράφημα υπάρχουν δύο ή περισσότερα κριτήρια ύποπτα για καρκίνο. Βέβαια αξίζει να επαναλάβουμε ότι δεν παρακεντούμε τους θερμούς όζους.

Αν έχουμε πολυοζώδη βρογχοκήλη, θα πρέπει να επιλέξουμε με προσοχή τους όζους που θα παρακεντήσουμε, ΟΧΙ μόνο τον επικρατούντα όζο. Σπάνια παρακεντούμε πάνω από δύο όζους.

Αν έχουμε θερμές περιοχές στο σπινθηρογράφημα, δεν τις παρακεντούμε. Αν υπάρχουν λεμφαδένες, ψηλαφητοί ή ύποπτοι στο υπερηχογράφημα, παρακεντούμε και αυτούς.

Αν ο όζος έχει κυστική εκφύλιση, τότε παρακεντούμε το συμπαγές στοιχείο και στέλνουμε στον κυτταρολόγο και το απορροφηθέν υγρό. Μεγάλη σημασία έχει η πείρα του ιατρού που εξετάζει το δείγμα. Χρήσιμη είναι ακόμα η συνεργασία κυτταρολόγων για την αξιολόγηση της απάντησης.

Το δείγμα είναι διαγνωστικό αν περιέχει τουλάχιστον έξι ομάδες επιθηλιακών θυρεοειδικών κυττάρων (10 κύτταρα ανά ομάδα).

Η απάντηση που παίρνουμε κατατάσσεται σε πέντε κατηγορίες:

1 Μη διαγνωστικό (ανεπαρκές υλικό)
2 Καλόηθες
3 Θυλακιώδεις βλάβες (Θυλακιώδη νεοπλάσματα, Hürthle cells, Θυλακιώδης ποικιλία του Θηλώδους καρκίνου - PTC, Θυλακιώδης βλάβη/ατυπία αδιευκρίνιστης σημασίας (FLUS)
4 Ύποπτο
5 Κακόηθες

Βέβαια μπορεί να έχουμε ένα αποτέλεσμα «ψευδώς αρνητικό» ή «ψευδώς θετικό». Όλα αυτά θα πρέπει να αξιολογηθούν από τον Ενδοκρινολόγο για να αποφασίσει τη θεραπεία. **Στις περισσότερο περιπτώσεις η θεραπεία είναι συντηρητική και δεν χρειάζεται τίποτα άλλο από απλή παρακολούθηση.** Σε κάποιες περιπτώσεις χρειάζεται θεραπεία καταστολής με θυροξίνη. Τέλος σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών χρειάζεται εγχείρηση.

Στην Ευρωκλινική Αθηνών η διακοπή καπνίσματος είναι εύκολη υπόθεση

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

Η επίσκεψη στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος περιλαμβάνει :

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

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

Λεμφοίδημα
Νέα μέθοδος αντιμετώπισης με επεμβατικό laser

Το λεμφοίδημα είναι μία πάθηση πιο σύνθετη από ένα απλό πρήξιμο του άκρου, χρειάζεται εγρήγορση από ασθενείς και ιατρούς, σωστή ενημέρωση και αντιμετώπιση. Η νέα τεχνική της αναρροφητικής λιπεκτομής με Laser καθώς και οι γνώσεις για τη φύση και την εξέλιξη της πάθησης μας δίνουν ελπίδες για το μέλλον.

Χαράλαμπος Κ. Ηλίας
Αγγειοχειρουργός - Αγγειολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Το λεμφοίδημα είναι η διόγκωση του άκρου λόγω αύξησης υγρού στον διάμεσο χώρο. Είναι ένα λεμφοστατικό οίδημα πλούσιο σε λευκώματα, το οποίο δημιουργείται εξαιτίας: α) της αυξημένης παραγωγής λέμφου και β) της νοσηρότητας των λεμφαγγείων και ανεπαρκούς παροχέτευσης.
Διακρίνεται σε πρωτοπαθές και σε δευτεροπαθές. Το πρώτο είναι συγγενούς προελεύσεως, με υποπλασία ή απλασία των λεμφαγγείων, και προσβάλλει κατά κύριο λόγο τις γυναίκες νεαρής ηλικίας με πρώιμο (<35 έτη) και όψιμο (>35 έτη) τύπο. Το δευτεροπαθές οφείλεται σε γνωστά και επίκτητα αίτια και εμφανίζεται στο ένα άκρο κυρίως, μετά τα 35 έτη, σε άνδρες και γυναίκες.
Συνήθως οφείλεται σε τραύμα, φλεγμονή, παράσιτα, φλεβική ανεπάρκεια και νεοπλασία. Χαρακτηριστικό είναι και το λεμφοίδημα του άνω άκρου έπειτα από μαστεκτομή.

Τα στάδια

Υπάρχουν τέσσερα στάδια του λεμφοιδήματος:
Στάδιο 1: είναι το λανθάνον, χωρίς κλινικές εκδηλώσεις.
Στάδιο 2: είναι ήπιο με υποχώρηση έπειτα από κατάκλιση.
Στάδιο 3: είναι μόνιμο με ίνωση.
Στάδιο 4: μπορεί να καταλήξει σε ελεφαντίαση.

Η διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με το ιστορικό και την κλινική εξέταση, τον υπέρηχο, την αξονική τομογραφία και τη λεμφαγγειογραφία.

Οι επιπλοκές

Οι επιπλοκές του λεμφοιδήματος είναι:
- Ερυσίπελας, δηλαδή μία φλεγμονή του δέρματος και του υποδόριου ιστού από στρεπτόκοκκο.
- Λεμφαγγειίτις, λεμφαδενίτις, λευκοκυττάρρωση.
- Λεμφικά συρίγγια.
- Υπερκεράτωση.
- Σύνδρομο του Stewart - Treves, το οποίο εμφανίζεται σε χρόνια και παραμελημένα λεμφοιδήματα και είναι κακόηθες αγγειοσάρκωμα.

Η θεραπεία

Η θεραπεία συνίσταται κατ΄ αρχάς στη συντηρητική αγωγή - θεραπεία και στην επεμβατική.
Η συντηρητική αγωγή περιλαμβάνει αποιδηματική γυμναστική, παροχέτευση της λέμφου με χειρομασάζ και υδρομασάζ, καθώς και τη χρήση μηχανικών μεθόδων όπως συμπιεστικών αεροθαλάμων, ελαστικής περιδέσεως και κάλτσας. Τέλος, η φαρμακευτική θεραπεία έχει προφυλακτικό χαρακτήρα και αποδίδει σε ήπιες περιπτώσεις λεμφοιδήματος.
Οι επεμβατικές μέθοδοι αντιμετωπίζουν το πρόβλημα όταν η συντηρητική αγωγή δεν αποδώσει οφέλη πάνω από 30% - 40% και το λεμφοίδημα βρίσκεται σε προχωρημένα στάδια με κίνδυνο επιπλοκών και καρκινωματώδους εξαλλαγής.

Οι παλαιότερες επεμβάσεις ήταν:

1 Αφαιρετικές, με εκτομή του λεμφοιδηματικού ιστού και δέρματος με σκοπό τη μείωση της περιμέτρου του άκρου.

2 Λεμφαγγειοπλαστικές, με αναστομώσεις λεμφαγγείων και φλεβών, λεμφαδένων και φλεβών και μεταμοσχεύσεις λεμφαγγείων. Αυτές οι επεμβάσεις όμως ήταν τραυματικές, πολύωρες, με αμφίβολα αποτελέσματα, κακό αισθητικό αποτέλεσμα και κακώσεις ιστών και νεύρων.

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ LASER

Η μέθοδος την οποία εφαρμόσαμε για πρώτη φορά στην Ελλάδα είναι η αναρροφητική λιπεκτομή με τη χρήση διοδικού Laser, το οποίο σημειωτέον έχουμε χρησιμοποιήσει με μεγάλη επιτυχία στη θεραπεία των κιρσών - φλεβικής ανεπάρκειας κάτω άκρων για πολλά χρόνια. Είναι ελάχιστα επεμβατική μέθοδος, στην οποία διά μέσου πολύ μικρών τομών 2 - 3 χιλιοστών και με τη βοήθεια ειδικών οπτικών ινών γίνεται η «λύση - διάλυση» του ινολιπώδους ιστού και στη συνέχεια η αναρρόφησή του.

Με το Laser επιτυγχάνεται κατ' αρχάς ο καλύτερος κατακερματισμός των ινωδών και σκληρών διαφραγματίων του λεμφοιδήματος, καθώς και του πεπαχυσμένου υποδόριου λίπους. Δεν υπάρχουν αιμορραγίες ή επικίνδυνα αιματώματα, λόγω της αιμοστατικής δράσης του Laser στους ιστούς, και το δέρμα αποκτά σταδιακά έπειτα από 2 - 3 μήνες καλύτερη ελαστικότητα και περισσότερο λεία εμφάνιση. Ο ασθενής κινητοποιείται αμέσως και εξέρχεται από το νοσοκομείο την ίδια μέρα.

Στους ασθενείς στους οποίους εφαρμόζουμε τη νέα τεχνική, τα αποτελέσματα είναι ορατά πολύ γρήγορα, με ανακούφιση των άκρων από το βάρος και μείωση της περιμέτρου και του οιδήματος. Χαρακτηριστική η περίπτωση μιας γυναίκας με ασύμμετρα λεμφοιδήματα και των δύο κάτω άκρων από 35ετίας, όπου τώρα μετά την επέμβαση μπορεί να φορέσει τα παπούτσια που επιθυμεί (τρία νούμερα μικρότερα!) και να περπατά χωρίς κούραση και βάρος.

Αλλαντική τοξίνη (Botox - Dysport)
Πώς χρησιμοποιείται στη νευρολογία

Η αλλαντική τοξίνη, γνωστή περισσότερο με τα ονόματα των σκευασμάτων που διατίθενται στην Ελλάδα (Botox και Dysport), είναι γνωστή κυρίως από τις χρήσεις της στην κοσμετική ιατρική. Όμως, εδώ και 30 χρόνια χρησιμοποιείται ως φάρμακο σε πολλές παθήσεις και οι ενδείξεις της ολοένα και αυξάνονται.

Δρ Στέλιος Μ. Δωρής
Νευρολόγος, Συνεργάτης Ευρωκλινικής Αθηνών

Η αλλαντική τοξίνη είναι ουσία που παράγεται από ένα μικρόβιο, το κλωστηρίδιο της αλλαντίασης, και μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο από αναπνευστική παράλυση έπειτα από τροφική δηλητηρίαση. Ωστόσο, από τη δεκαετία του 1980 το «δηλητήριο» αυτό, και συγκεκριμένα ο τύπος Α, χρησιμοποιείται ως φάρμακο σε μια μεγάλη ποικιλία παθήσεων και οι ενδείξεις του ολοένα και αυξάνονται.

Γενικά, επικρατεί η αντίληψη ότι η αλλαντική τοξίνη τύπου Α είναι φάρμακο που χρησιμοποιείται μόνο για λόγους αισθητικούς. Η πραγματικότητα, όμως, είναι τελείως διαφορετική. Η τοξίνη αυτή χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά ευρέως στη θεραπεία των εστιακών δυστονιών, δηλαδή στη νευρολογία. Τώρα πια χρησιμοποιείται και στη δερματολογία, στην ουρολογία, στη γαστρεντερολογία, στην ωτορινολαρυγγολογία και, φυσικά, στη μείωση ή εξάλειψη των ρυτίδων.

Στην Ελλάδα κυκλοφορούν δύο σκευάσματα αλλαντικής τοξίνης τύπου Α, το Botox και το Dysport. Στις νευρολογικές παθήσεις το φάρμακο χορηγείται ενδομυϊκά σε επιλεγμένους μυς ανάλογα με τον στόχο της θεραπείας. Δρα μπλοκάροντας τη νευρομυϊκή σύναψη, δηλαδή την επαφή του κινητικού νεύρου με τον μυ, προκαλώντας μερική παράλυση στον συγκεκριμένο μυ. Η δράση του εμφανίζεται λίγες μέρες μετά τη χορήγηση και η διάρκειά της δεν ξεπερνά συνήθως τους 3 - 5 μήνες. Για τον λόγο αυτόν η χορήγηση πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα για να διατηρείται το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η χρήση της αλλαντικής τοξίνης σε βραχύτερα του τριμήνου χρονικά διαστήματα οδηγεί στην ανάπτυξη αντισωμάτων έναντι του φαρμάκου, με συνέπεια αυτό να καθίσταται ανενεργό.

Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου εξαρτάται από την ικανότητα και την πείρα του γιατρού, καθώς και από τη σωστή επιλογή των προς θεραπεία μυών και της δόσης που θα χορηγηθεί σε καθέναν από αυτούς. Σημαντικότατη είναι και η επιτυχημένη στόχευση των υπό θεραπεία μυών με τη βελόνα.

Μεγάλη βοήθεια στη μέγιστη αξιοποίηση της θεραπείας προσφέρει η χορήγηση της τοξίνης υπό ηλεκτρομυογραφικό έλεγχο. Χρησιμοποιώντας ειδικά βελονοειδή ηλεκτρόδια μιας χρήσεως με αυλό εντοπίζεται επακριβώς με τη βοήθεια του μηχανήματος ο ζητούμενος μυς και μέσω του αυλού εισάγεται το φάρμακο μέσα στη γαστέρα του. Έτσι, αποφεύγουμε την άσκοπη σπατάλη της τοξίνης στον υποδόριο ή τον μεσομύιο ιστό. Η χορήγηση αλλαντικής τοξίνης ενδομυϊκά είναι εν γένει ασφαλής και χωρίς σημαντικές παρενέργειες όταν τηρούνται κάποιες βασικές προϋποθέσεις. Η ενδοφλέβια χορήγηση απαγορεύεται.

Σε ποιες παθήσεις βοηθά

Η αλλαντική τοξίνη χρησιμοποιείται σε ένα αρκετά μεγάλο φάσμα νευρολογικών παθήσεων, οι οποίες εκδηλώνονται με έντονη μυϊκή σύσπαση, όπως είναι οι εστιακές δυστονίες και η πυραμιδική υπερτονία (σπαστικότητα).

Στις εστιακές δυστονίες περιλαμβάνονται το

γνωστό σε όλους ραιβόκρανο, ο βλεφαρόσπασμος, η στοματογναθική δυστονία και οι εστιακές δυστονίες των άκρων. Οι δυστονίες αυτές προκαλούν δυσμορφίες και λειτουργικές διαταραχές, που υποχωρούν με τη χορήγηση αλλαντικής τοξίνης.

Σπαστικότητα στο άνω ή στο κάτω άκρο προκαλείται από μια σειρά παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η σκλήρυνση κατά πλάκας, οι τραυματισμοί του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, η παιδική εγκεφαλική παράλυση, εκφυλιστικά νευρολογικά νοσήματα που προκαλούν υπερτονία κ.ά.

Στις περιπτώσεις σπαστικότητας με τη χορήγηση αλλαντικής τοξίνης λύεται η μυϊκή υπερδραστηριότητα των μυών, με αποτέλεσμα να υφίεται ο πόνος, να ελαττώνονται τυχόν παραμορφώσεις και να βελτιώνεται η λειτουργικότητα των πασχόντων άκρων.

Τέλος, η αλλαντική τοξίνη τύπου Α χορηγείται και σε άλλες νευρολογικές παθήσεις, όπως ο ημίσπασμος του προσώπου, η κεφαλαλγία τάσεως και το stiff person syndrome, ενώ διερευνάται η δράση της και σε αρκετές άλλες.

Η ιδιαιτερότητα

Όταν το φάρμακο χρησιμοποιείται για πρώτη φορά, σκόπιμο είναι να χορηγείται μέτρια ή και μικρή δόση τοξίνης για να υπολογίσει ο θεράπων την ευαισθησία του ασθενούς στην τοξίνη.

Εάν χορηγηθεί μεγάλη δόση, είναι ενδεχόμενη η παράλυση που θα υπάρξει να προκαλέσει μεγαλύτερο πρόβλημα στον πάσχοντα και το αποτέλεσμα να είναι απογοητευτικό. Τι σημαίνει αυτό: πρακτικά, ότι την πρώτη φορά η μέθοδος ίσως να μην έχει εντυπωσιακά αναμενόμενη επιτυχία. Αυτό όμως δεν πρέπει να απογοητεύει τους ασθενείς, γιατί κάθε επόμενη φορά που χορηγείται η τοξίνη, «μαθαίνοντας» από την πείρα των προηγούμενων συνεδριών, αφενός τροποποιούνται οι θεραπευόμενοι μύες, αφετέρου προσαρμόζεται η χορηγούμενη δόση σε κάθε έναν. Με τον τρόπο αυτόν βελτιώνεται προοδευτικά η αποτελεσματικότητα της μεθόδου.

Θα πρέπει να επιλέγονται προσεκτικά οι ενδεικνυόμενοι μύες για θεραπεία, ώστε να επιτευχθεί το μέγιστο όφελος.

Σημαντικό είναι να θυμάται κανείς ότι υπάρχει μέγιστη δόση αλλαντικής τοξίνης, που μπορεί να χορηγηθεί σε κάθε συνεδρία. Κατά συνέπεια, θα πρέπει να επιλέγονται προσεκτικά οι ενδεικνυόμενοι μύες για θεραπεία, ώστε να επιτευχθεί το μέγιστο όφελος.

ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙΤΕ ΣΩΣΤΑ

Στην Ευρωκλινική Αθηνών υπάρχουν η υλικοτεχνική υποδομή καθώς και η δέουσα ιατρική πείρα για να γίνεται χορήγηση αλλαντικής τοξίνης τύπου Α σε νευρολογικούς ασθενείς, οι οποίοι έχουν ένδειξη, με ηλεκτρομυογραφική υποβοήθηση ή χωρίς αυτήν. Θα αποτελούσε μεγάλη χαρά και τιμή για εμάς οι ενδιαφερόμενοι να κλείσουν ένα ενημερωτικό ραντεβού σε πρώτη ευκαιρία, προκειμένου να γνωρίσουν από κοντά τη μέθοδο, να λύσουν τις απορίες τους και να εκτιμήσουν τις προοπτικές της.

Σκολίωση
Αθώα η σχολική τσάντα!

Στην Ελλάδα εξακολουθεί να είναι διαδεδομένος ο μύθος ότι η σάκα μπορεί να προκαλέσει σκολίωση στα παιδιά, παρότι δεν υπάρχει ούτε μία επιστημονική έρευνα που να το αποδεικνύει. Υπάρχουν, όμως, κάποια σημεία στα οποία θα πρέπει να δείξουμε προσοχή, για την υγεία των παιδιών μας.

Δρ Ηλίας Χ. Παπαδόπουλος
Χειρουργός Σπονδυλικής Στήλης - Σκολίωσης, Ευρωκλινική Αθηνών

Η σχολική τσάντα ΔΕΝ προκαλεί σκολίωση. Επίσης, δεν επιδεινώνει τη σκολίωση. Δεν υπάρχει καμία σοβαρή έρευνα που να δείχνει ότι η βαριά σχολική τσάντα μπορεί να στραβώσει τη σπονδυλική στήλη ενός παιδιού. Άλλωστε, αν αυτό ήταν αλήθεια, τότε θα τη βάζαμε στον άλλο ώμο και θα... ίσιωνε το παιδί!
Είναι απελπιστικό το πώς ο μύθος αυτός εξακολουθεί να συντηρείται σήμερα στην Ελλάδα και αυτό φαίνεται εύκολα στην αναζήτηση στο Google των λέξεων «σχολική τσάντα» και «σκολίωση». Το φαιδρό είναι ότι αναζητώντας αντίστοιχα τις λέξεις «backpack and scoliosis», όλα τα άρθρα λένε ότι η σχολική τσάντα δεν προκαλεί σκολίωση.
Φυσικά, η βαριά τσάντα μπορεί να είναι πηγή συνεχούς «τραυματισμού» και είναι δυνατόν να προκαλέσει πόνο στον ώμο, στον αυχένα ή και στη μέση του παιδιού, ακόμα και μουδιάσματα στο χέρι, ειδικά αν το παιδί έχει να περπατήσει μεγάλες αποστάσεις για το σχολείο ή αν την κρεμά στον έναν μόνο ώμο.

Τι να προσέχουμε

Μερικές συμβουλές για την αποφυγή τέτοιων προβλημάτων είναι οι εξής:

- Προτιμήστε τσάντες με φαρδιά λουριά και βάτες για την πλάτη και όχι μόνο για τον έναν ώμο. Σε κάποιες τσάντες υπάρχουν λουριά που εφαρμόζουν σαν ζώνη γύρω από τη μέση, γεγονός που βοηθά στην καλύτερη κατανομή του βάρους στο σώμα. Οι τσάντες με τροχούς, ενώ μειώνουν τη φόρτιση του σώματος, ίσως να μην είναι βολικές για την ελληνική πραγματικότητα, με την έλλειψη πεζοδρομίων και τους απρόσεκτους οδηγούς (σέρνοντας μια τσάντα, το ίχνος του παιδιού είναι μεγαλύτερο, αλλά η ευελιξία του μικρότερη).
- Προσοχή στον τρόπο με τον οποίο μπαίνουν τα βιβλία και τα υπόλοιπα πράγματα στην τσάντα. Τα βαριά αντικείμενα πρέπει να τοποθετούνται στο κέντρο και το υπόλοιπο βάρος να κατανέμεται ομοιόμορφα.
- Η χρήση ατομικών ερμαρίων στο σχολείο, αν υπάρχουν, είναι μοναδικό πλεονέκτημα, γιατί μπορούν να φυλάσσονται εκεί τα πράγματα που δεν χρειάζονται στο σπίτι και αποφεύγεται έτσι το περιττό κουβάλημα.
- Αν το παιδί νιώθει πόνους στην πλάτη, μην τους αγνοήσετε, αλλά απευθυνθείτε σε κάποιον ειδικό γιατρό. Αυτός θα διερευνήσει την αιτία των ενοχλήσεων και θα μπορέσει να συμβουλεύσει για τη μελλοντική τους πρόληψη.

ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ & ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

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

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

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

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

Οδηγίες πρόληψης:

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

Συμβουλές υγιεινής:

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

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

Φροντίδα μετά την επιστροφή, διάγνωση και θεραπεία οποιουδήποτε προβλήματος.

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

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

Καταρράκτης

Μπορούμε να εμποδίσουμε την εξέλιξή του;

Παρότι ακόμα δεν έχει ανακαλυφθεί η αιτία που προκαλεί τον καταρράκτη, υπάρχουν κάποιες απλές συμβουλές για να προστατεύσουμε την όρασή μας. Όμως, ακόμα και στην περίπτωση όπου εμφανιστεί, η χειρουργική έχει τις λύσεις.

Δεν είναι εξακριβωμένο τι προκαλεί τον καταρράκτη, ίσως όμως μπορούμε να καθυστερήσουμε την ύπαρξή του αν:

1 Διακόψουμε το κάπνισμα.
2 Φοράμε γυαλιά με καλή προστασία από την υπεριώδη ακτινοβολία.
3 Μπορούμε να ρυθμίσουμε άλλα προβλήματα υγείας που έχουμε, όπως π.χ. σακχαρώδη διαβήτη, ή άλλες ασθένειες οι οποίες επιταχύνουν την πρόοδο του καταρράκτη.
4 Διατηρούμε το βάρος μας σε επιθυμητά επίπεδα κάνοντας γυμναστική τις περισσότερες μέρες της εβδομάδας. Αν είμαστε υπέρβαροι, με το να χάσουμε περιττά κιλά σταδιακά με δίαιτα και σωματική άσκηση.
5 Επιλέγουμε μια υγιεινή διατροφή με πολλά λαχανικά και φρούτα, τα οποία μας παρέχουν επάρκεια βιταμινών και θρεπτικών ουσιών, όπως π.χ. αντιοξειδωτικές ουσίες, οι οποίες θεωρητικά θα μπορούσαν να εμποδίσουν τη θόλωση του φακού του οφθαλμού (αν και αυτό δεν έχει ακόμα αποδειχθεί).
6 Επισκεπτόμαστε συχνά τον οφθαλμίατρό μας, ειδικά μετά την ηλικία των 60 ετών, οπότε και εξελίσσεται ο καταρράκτης. Δίνουμε έτσι και την ευκαιρία να διαγνωστούν έγκαιρα ενδεχομένως και άλλες παθήσεις, όπως π.χ. γλαύκωμα ή ηλικιακή εκφύλιση ωχράς κηλίδος, και να προληφθούν κάποιες δυσάρεστες καταστάσεις για την όρασή μας.

Η θεραπεία

Η θεραπεία του καταρράκτη είναι μόνο χειρουργική. Ο καταρράκτης αφαιρείται από μία τομή μικρότερη των 3 mm. Με ειδικό μηχάνημα υπερήχων γίνονται φακοθρυψία και απορρόφηση του θολωμένου φακού, με ταυτόχρονη ένθεση ειδικού διαυγούς φακού μέσα στον οφθαλμό, χωρίς την τοποθέτηση ραμμάτων.

Η επέμβαση πραγματοποιείται με σταγόνες αναισθητικού κολλυρίου και κατά τη διάρκειά της δεν υπάρχει καθόλου πόνος. Διαρκεί περίπου 15 λεπτά. Τις πρώτες δύο - τρεις ημέρες ενδέχεται να υπάρχει ελαφρύς ερεθισμός, ο οποίος εξαφανίζεται σε λίγο καιρό. Μετά την επέμβαση, το μάτι παραμένει ανοιχτό χωρίς γάζες και ο ασθενής μπορεί να μεταβεί στο σπίτι του. Ενσταλάζονται ειδικά κολλύρια για είκοσι περίπου ημέρες.

Η αποκατάσταση της όρασης αρχίζει ήδη από τις πρώτες ώρες μετά την επέμβαση και μεγιστοποιείται τις επόμενες μέρες. Θα χρειαστούν πιθανότατα καινούργια βοηθητικά γυαλιά για την ακριβή ρύθμιση της μακρινής, της κοντινής όρασης ή και των δύο. Αυτά συνήθως χορηγούνται με το πέρας της χρήσης των οφθαλμικών σταγόνων.

Υπάρχουν κάποια μηχανήματα που χρησιμοποιούν ακτίνες laser για τον θρυμματισμό του καταρράκτη, όμως αυτά δεν χρησιμοποιούνται ευρέως, γιατί ο θρυμματισμός του με τους υπερήχους είναι πιο εξελιγμένος και αποτελεί παγκοσμίως αποδεκτή μέθοδο.

Ο καταρράκτης δεν μπορεί να επανεμφανιστεί, όμως σε αρκετά μεγάλο ποσοστό υπάρχει πιθανότητα να θολώσει η φυσική μεμβράνη του οφθαλμού (οπίσθιο περιφάκιο), η οποία βρίσκεται πίσω από τον ενδοφακό, μήνες ή και χρόνια μετά την επέμβαση. Η κατάσταση αυτή διορθώνεται πολύ εύκολα με εφαρμογή laser στο εξωτερικό ιατρείο, ανώδυνα και με άμεσα αποτελέσματα στη διαύγεια της όρασης.

Μιχαήλ Χριστοδουλίδης
Διευθυντής
Οφθαλμολογικού Τμήματος
Ευρωκλινικής Αθηνών

Face-lift
Μοντέρνες μέθοδοι για... όμορφο αποτέλεσμα

Το σύγχρονο face-lift είναι μια επέμβαση εξατομικευμένη και σχεδιάζεται για να αντιμετωπίσει τις προσωπικές ανάγκες του καθενός. Οι νέες μέθοδοι, μάλιστα, υπόσχονται ακόμα καλύτερα και περισσότερο ασφαλή αποτελέσματα.

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

Μπορείτε να μας δώσετε μια επίκαιρη ματιά για το σύγχρονο, μοντέρνο face-lift;

Το σημερινό, μοντέρνο face-lift είναι μια επέμβαση εξατομικευμένη και σχεδιασμένη να αντιμετωπίσει τις προσωπικές ανάγκες του καθενός. Περιλαμβάνει την επανατοποθέτηση των μαλακών μορίων (μυών, λίπους, περιτονίας) στην αρχική τους θέση (νεανική), χωρίς να τεντώσουμε το δέρμα.

Αν παράλληλα υπάρχει και ατροφία των ιστών (λίπους), είναι αναγκαίο να προσθέσουμε όγκο μεταφέροντας λίπος από άλλο μέρος του σώματος στο πρόσωπο.

Πολλοί άνθρωποι συσχετίζουν το face-lift με ένα αφύσικα τραβηγμένο πρόσωπο (windblown appearance). Γιατί συμβαίνει αυτό;

Σήμερα αυτή η εμφάνιση μπορεί -και πρέπει- να αποφεύγεται. Το «τραβηγμένο πρόσωπο» είναι αποτέλεσμα των παλαιότερων τεχνικών, με τις οποίες το δέρμα τραβιόταν πολύ. Σήμερα, επανατοποθετούμε τους ιστούς κάτω από το δέρμα, στη νεανική τους θέση, χωρίς να το τραβάμε.

Ποια μέρη του προσώπου συμπεριλαμβάνονται στο face-lift;

Λέγοντας face-lift εννοούμε τη διόρθωση του γερασμένου προσώπου από τα μάτια μέχρι την κλείδα. Αυτό περιλαμβάνει το μέσο τριτημόριο του προσώπου, τα μάγουλα, την περιοχή της κάτω γνάθου και τον λαιμό. Σε μερικές περιπτώσεις είναι απαραίτητο να γίνει και επανατοποθέτηση του μετώπου και των φρυδιών στη νεανική τους θέση.

Τι είναι το mini-lift;

Συνήθως εννοούμε μια επέμβαση που έχει σκοπό να διορθώσει τα μάγουλα, το μέσο τριτημόριο του προσώπου και την περιοχή της κάτω γνάθου μέσα από μια μικρή τομή. Το αποκαλούμενο mini-lift δεν διορθώνει τη χαλάρωση του λαιμού.

Σε κατάλληλες περιπτώσεις χρησιμοποιούμε το face-lift με τη μικρή ουλή (short scar facelift, MACS lift). Η τομή ξεκινάει από την κροταφική περιοχή, λίγο πιο πάνω από το αφτί, και κατεβαίνει μπροστά από το αφτί ακολουθώντας το περίγραμμά του, μέχρι το κάτω μέρος. Στο κλασικό face-lift η τομή συνεχίζει πίσω από το αφτί, προς τα πάνω, και μετά γυρίζει προς τα μαλλιά με τρόπο που να μην φαίνεται.

Μέσα από αυτές τις τομές γίνεται όλη η προσεκτική και εξειδικευμένη επανατοποθέτηση των ιστών στη νεανική τους θέση.

Οι μη επεμβατικές ή ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές πόσο αποτελεσματικές είναι;

Τον τελευταίο καιρό γίνεται πολλή συζήτηση γύρω από αυτές τις τεχνικές. Η αλήθεια είναι πως τα αποτελέσματα αρχικά είναι καλά, όμως δεν κρατούν πολύ καιρό. Μόνο το λίπος μπορεί να δώσει μακροχρόνια αποτελέσματα, αν γίνει με τη σωστή τεχνική.

Δώστε μας μερικά παραδείγματα αυτών των τεχνικών.

Μη επεμβατικές τεχνικές είναι κυρίως τα ενέσιμα, όπως το υαλουρονικό οξύ και το Botox. Τα ενέσιμα βιολογικά υλικά μπορούν να απορρο-

φηθούν και κρατούν 9 - 12 μήνες. Η δράση του Botox κρατάει 4 - 5 μήνες. Υπάρχουν βέβαια και μόνιμα ενέσιμα υλικά, που όμως δεν συνιστούμε, γιατί παρουσιάζονται επιπλοκές μερικές φορές.

Πόσο καιρό κάνει να επιστρέψει κάποιος στις φυσιολογικές του δραστηριότητες ύστερα από ένα face-lift;

Οι περισσότεροι μπορούν να επιστρέψουν σε πλήρη κοινωνική και αθλητική δραστηριότητα τρεις εβδομάδες μετά το χειρουργείο.

Είναι καλύτερα κάποιος να κάνει face-lift όταν είναι νέος;

Η κατάλληλη περίοδος για να χειρουργηθεί κάποιος είναι όταν θέλει να διορθώσει αλλαγές στο πρόσωπό του που οφείλονται στο πέρασμα του χρόνου.

Η ηλικία δεν είναι ο καθοριστικός παράγοντας. Οι κύριοι παράγοντες έχουν σχέση με τα γονίδια, τον τρόπο ζωής, τις αυξομειώσεις βάρους και το κάπνισμα. Αυτοί οι τέσσερις παράγοντες είναι καθοριστικοί για την εμφάνισή μας και για το πόσο γρήγορα γερνάμε.

Βέβαια, είναι καλύτερα να κάνουμε το face-lift όταν οι ιστοί είναι σε σχετικά καλή κατάσταση. Έχουμε καλύτερα αποτελέσματα όταν το κολλαγόνο στο δέρμα μας παραμένει σε καλή κατάσταση και σε αρκετή ποσότητα.

Πόσο καιρό διαρκούν τα αποτελέσματα από ένα face-lift;

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

Είναι δυνατόν το face-lift να αποτύχει και οι ιστοί να πέσουν;

Όχι, οι ιστοί δεν πέφτουν σε ένα πραγματικό face-lift. Οι αλλαγές που κάνουμε κατά το χειρουργείο με την επανατοποθέτηση των ιστών από τα βαθύτερα στρώματα είναι αποτελεσματικές και ασφαλείς.

Γιατί υπάρχουν αναφορές για face-lifts που πέφτουν;

Μερικοί προσπαθούν να σηκώσουν τους ιστούς τοποθετώντας 1 - 3 ράμματα υπό τοπική αναισθησία σχετικά επιφανειακά. Πολλές φορές αυτά σπάνε και το πρόσωπο πέφτει. Σε κάθε περίπτωση είναι γνωστό ότι με αυτήν την τεχνική (threadlift) το πρόσωπο γυρνά στην προηγούμενη εμφάνισή του πολύ γρήγορα.

Τι είδους αναισθησία είναι απαραίτητη;

Face-lifts μπορούν να γίνουν με τοπική αναισθησία και μέθη ή με γενική αναισθησία. Και τα δύο είναι αποτελεσματικά. Μερικές φορές η έκταση της επέμβασης και οι προσωπικές προτιμήσεις καθορίζουν και το είδος της αναισθησίας.

Για την εμφάνισή μας και για το πόσο γρήγορα γερνάμε καθοριστικά είναι τα γονίδια, ο τρόπος ζωής, οι αυξομειώσεις του βάρους και το κάπνισμα, όχι η ηλικία.

Κετογονική δίαιτα
Μπορεί να θεραπεύσει παιδιά με επιληψία ανθεκτική σε φαρμακευτική αγωγή

Από το 1921, όταν ο R.M. Wilder στη Mayo Clinic πρότεινε για τη θεραπεία της επιληψίας μία δίαιτα που μπορούσε να μιμηθεί τις βιοχημικές αλλαγές που συμβαίνουν στη νηστεία (οξέωση, αφυδάτωση, κέτωση), έως σήμερα, περισσότερες από 200 τεκμηριωμένες μελέτες έχουν διεξαχθεί για να αναδείξουν τα πιθανά οφέλη της κετογονικής δίαιτας σε παιδιά με «δυσίατη» επιληψία.

Κωνσταντίνος Ξένος
Κλινικός Διαιτολόγος M.Sc., M.Sc. in Nutritional Medicine - University of Surrey,
Αντιπρόεδρος Ελληνικού Ινστιτούτου Διατροφής,
Διευθυντής Τμήματος Διατροφογενετικής & Έρευνας Θρέψης, Ευρωκλινική Αθηνών

Βασική ένδειξη για την εφαρμογή κετογονικής δίαιτας είναι η παρουσία επιληπτικών κρίσεων οι οποίες είναι δύσκολο να περιοριστούν ακόμα και με συνδυαστική φαρμακευτική αγωγή.

Η αναλογία λίπους προς πρωτεΐνη και υδατάνθρακα σε μία κετογονική δίαιτα που προτείνεται για την αντιμετώπιση επιληπτικών κρίσεων κυμαίνεται από 2:1 έως 4:1. (Τα τελευταία χρόνια στη διάθεση του κλινικού διαιτολόγου υπάρχουν προϊόντα κλινικής διατροφής για αποκλειστική σίτιση, που προσφέρουν αναλογία 4:1. Η επιμελής αξιοποίηση τέτοιων σκευασμάτων μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εργαλείο στα χέρια του ειδικού). Συνηθισμένη «φόρμουλα» έναρξης για τα μικρά παιδιά, που έχουν αυξημένες πρωτεϊνικές απαιτήσεις, είναι συνήθως η αναλογία 3:1 (3 γραμμάρια λίπους για κάθε γραμμάριο υδατάνθρακα και πρωτεΐνης μαζί), με βλέψεις για μετέπειτα εφαρμογή δίαιτας με αναλογία 4:1.

Τα γεύματα δίνονται σε τρεις δόσεις ημερησίως, ενώ ο ακριβής προσδιορισμός τόσο των θερμιδογόνων συστατικών όσο και των μη θερμιδογόνων εξαρτάται από το φύλο και την ηλικία του ατόμου και είναι δύσκολο έργο για τον επιστήμονα-διαιτολόγο, που καλείται να συντάξει ένα πρόγραμμα διατροφής με συνδυασμούς συχνά «παράδοξους» ως προς τις διαμορφωμένες, ή μη, γευστικές συνήθειες του παιδιού.

Ας σημειωθεί πως, αν και η χαμηλότερη ενεργειακή πρόσληψη από τις πραγματικές ανάγκες (δηλαδή κοντά στο 75% των ενεργειακών απαιτήσεων για την εκάστοτε ηλικία) όπως και ο προσεκτικός περιορισμός των υγρών (έως το 80% των αναγκών) βελτιώνουν ελαφρώς την κέτωση, τα στοιχεία που προκύπτουν από επιστημονικές μελέτες οι οποίες διερευνούν τη μείωση της έντασης και της συχνότητας των επιληπτικών κρίσεων δεν συνηγορούν στην εφαρμογή τέτοιων στρατηγικών, μια και τα πραγματικά οφέλη είναι ελάχιστα.

Τα κύρια σχήματα

Διάφορα σχήματα κετογονικής δίαιτας έχουν κατά καιρούς προταθεί σε μια προσπάθεια ανεύρεσης του αποδοτικότερου και πιο εύκολα εφαρμόσιμου μοντέλου. Από τα πιο γνωστά είναι του John Hopkins Hospital, η δίαιτα John Radcliffe και η δίαιτα Great Ormond Street. Στις δύο τελευταίες χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά σκευάσματα με τριγλυκερίδια μέσης αλύσου (MCT), τα οποία έχουν εντονότερη κετογονική επίδραση από τα μακρύτερης αλύσου λιπαρά οξέα. Ακριβώς αυτή η πιο έντονη επίδραση των MCT επιτρέπει στον κλινικό διαιτολόγο τη μικρότερη χρήση λίπους στη σύνταξη της δίαιτας, προς όφελος της πρωτεΐνης και ενίοτε των υδατανθράκων.

Η έναρξη όπως και η διακοπή (σε περιπτώσεις στις οποίες δεν παρατηρείται αξιόλογη βελτίωση των κρίσεων) της κετογονικής δίαιτας πρέπει να γίνονται σταδιακά, ακολουθώντας συγκεκριμένο πρωτόκολλο. Η μακρόχρονη εφαρμογή κετογονικής δίαιτας στην επιληψία απαιτεί την άρτια εκπαίδευση του ασθενούς ή/και του οικογενειακού του περιβάλλοντος και βέβαια τη συνεχή εκτίμηση, από μέρους του ιατρού και του κλινικού διαιτολόγου, συγκεκριμένων βιοχημικών εξετάσεων και μετρήσεων των επιπέδων των κετονών στο

Η κετογονική δίαιτα πρέπει να εφαρμόζεται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και πάντα υπό την καθοδήγηση του επιστήμονα κλινικού διαιτολόγου.

αίμα και στα ούρα, ώστε να μειωθεί το ενδεχόμενο για εμφάνιση παρενεργειών. Ανάμεσα στις συνηθέστερες παρενέργειες της μακράς εφαρμογής κετογονικής δίαιτας (που όμως με τους κατάλληλους χειρισμούς μπορεί σε σημαντικό βαθμό να αποφευχθούν) είναι η οξέωση, η ναυτία, η απώλεια βάρους, η υπερλιπιδαιμία και οι γαστρεντερικές διαταραχές.

Τα σημαντικά σημεία

Ο ακριβής μηχανισμός δράσης της κετογονικής δίαιτας στη μείωση των κρίσεων επιληψίας δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί, παρά ταύτα τα κετονικά σώματα (ακετοξικό οξύ, β-υδροξυβουτυρικό οξύ και ακετόνη), που δημιουργούνται στο ήπαρ από τον μεταβολισμό των λιπαρών οξέων υπό συνθήκες μειωμένης γλυκόζης ορού, φαίνεται να αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της αποτελεσματικότητας της δίαιτας. Μετα-αναλύσεις και μεγάλες προοπτικές (πολυκεντρικές και μη) μελέτες αποδεικνύουν τη σαφή ευεργετική επίδραση της κετογονικής δίαιτας στη συχνότητα και στην ένταση των επιληπτικών κρίσεων, τονίζεται όμως πως αυτή πρέπει να εφαρμόζεται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και πάντα υπό την καθοδήγηση του επιστήμονα κλινικού διαιτολόγου.

Τέλος, να σημειωθεί πως πέρα από τη μη ανταποκρινόμενη στη φαρμακευτική αγωγή επιληψία, η κετογονική δίαιτα αποτελεί πρώτη γραμμή θεραπείας για τα παιδιά με έλλειψη γλυκομεταφορέων διευκολυνόμενης διάχυσης (GLUT-1) όπως και έλλειψη πυρουβικής διυδρογονάσης, καταστάσεις όπου η αξιοποίηση πηγών ενέργειας πέραν της γλυκόζης, για τον εγκεφαλικό μεταβολισμό, μπορεί να προφυλάξει από την εμφάνιση κρίσεων.

Αφιέρωμα

Για πάντα νέες
Επιστημονικοί τρόποι και μέθοδοι αντιμετώπισης των σημαδιών του χρόνου

Τα νέα επιτεύγματα στον τομέα της δερματολογίας δεν σταματούν το... χρόνο, όμως μας δίνουν τη δυνατότητα να διατηρήσουμε για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα τα νεανικά χαρακτηριστικά μας.

Βασιλική Μουσάτου
Δερματολόγος
- Αφροδισιολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Η γήρανση είναι η φυσική εξέλιξη της ζωής. Ό,τι γεννιέται είναι προδικασμένο, εάν ζήσει αρκετά, να φθαρεί και να γεράσει. Στον άνθρωπο, παντοτινή επιδίωξη ήταν, είναι και θα είναι η καθυστέρηση της γήρανσης, και τα νέα επιτεύγματα στον τομέα της δερματολογίας δίνουν τη δυνατότητα να διατηρήσουμε την εμφάνισή μας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα νεανική. Συχνά ερωτήματα που μας απασχολούν απαντώνται παρακάτω.

Τραχιά όψη, κηλίδες, λιπαρότητα, μικρές ρυτίδες, θαμπή εμφάνιση

Τα peelings με χρήση οξέων φρούτων (AHA's), TCA (τριχλωροξεϊκό οξύ) και LHA (λιποϋδροξυοξέα) είναι τα συνηθέστερα στη δερματολογική πράξη στα ιατρεία. Πρόκειται για εύκολες, γρήγορες και ανώδυνες θεραπείες για όλες τις ηλικίες. Στοχεύουν στην απομάκρυνση μέρους ή όλης της επιδερμίδας (με ξεφλούδισμα ή χωρίς, ανάλογα με το είδος) και προάγουν την παραγωγή νέων κυττάρων. Είναι καλά ανεκτά από σχεδόν όλα τα δέρματα και βελτιώνουν την ακμή (AHA's) και τις δυσχρωμίες (TCA, μανδελικό οξύ). Η ηλιοφάνεια είναι αντένδειξη γι' αυτές τις θεραπείες, που γίνονται κυρίως τον χειμώνα. Παρενέργειες δεν υπάρχουν, παρά μόνο εάν κάποιος εκτεθεί μετά στον ήλιο (δυσχρωμίες).

Θαμπή όψη, αφυδάτωση, απώλεια ελαστικότητας

Η μεσοθεραπεία, τεχνική που χρησιμοποιείται πολλά χρόνια στο εξωτερικό, είναι σημαντικό όπλο αντιγήρανσης. Πρόκειται για τεχνική κατά την οποία με πολλές ενεσούλες με πολύ λεπτές βελόνες δίνουμε στο δέρμα βιταμίνες, ανόργανα, άλατα, αντιοξειδωτικές ουσίες και υαλουρονικό οξύ. Η ίδια μέθοδος μπορεί να γίνει και χωρίς βελόνες, με μηχάνημα ιοντοφόρησης, για όσους φοβούνται τα τσιμπήματα. Μπορεί να εφαρμοστεί στο πρόσωπο, στο ντεκολτέ και στα χέρια και ενισχύονται η ενυδάτωση και η σύσφιγξη. Δημιουργείται έτσι στα κύτταρα του δέρματος το ιδανικό περιβάλλον για την ανάπλασή τους. Επίσης, οι πολλοί νυγμοί (τσιμπήματα) δίνουν το «σήμα» στο δέρμα για παραγωγή νέου κολλαγόνου. Χρειάζονται 6 - 8 συνεδρίες ανά 7 έως 10 ημέρες και μπορούν να γίνουν αρκετές επαναλήψεις - όσο πιο μεγάλη η ηλικία τόσο περισσότερες. Η ηλιοφάνεια δεν είναι αντένδειξη γι' αυτήν τη θεραπεία.

Χαλάρωση, ρυτίδες

Τα λέιζερ φωτοανάπλασης στοχεύουν βαθύτερα στο υποκείμενο της επιδερμίδας χόριο. Ενεργοποιούν τα κύτταρα να παράγουν κολλαγόνο, προάγοντας έτσι τη σύσφιγξη. Συνδυάζονται ιδανικά με θεραπείες επιφάνειας (μεσοθεραπεία ή peelings). Υπάρχουν πολλά είδη λέιζερ (Nd:yaG, erbium, fractional), καθώς και το σύστημα IPL και οι ραδιοσυχνότητες (thermage) που κάνουν φωτοανάπλαση. Απαιτούνται επαναληπτικές θεραπείες ανάλογα με το είδος του συστήματος που χρησιμοποιείται. Στο Δερματολογικό Τμήμα της Ευρωκλινικής Αθηνών χρησιμοποιείται το IPL για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ρυτίδων και της χαλάρωσης μέσω κολλαγονογένεσης. Σε κάποια συστήματα απαιτείται φωτοπροστασία. Να τονίσουμε ότι από

τη στιγμή της εφαρμογής του λέιζερ μέχρι να δούμε αποτελέσματα πρέπει να περάσει αρκετό χρονικό διάστημα (2 μήνες), οπότε τα κύτταρά μας παράγουν κολλαγόνο. Γι΄ αυτό δεν πρέπει να περιμένουμε αμέσως ορατή βελτίωση, αλλά να δώσουμε τον απαιτούμενο χρόνο στη θεραπεία για να δράσει.

■ Ρυτίδες, πόδι χήνας, περιστοματικές ρυτίδες, σακούλες και απώλεια σφρίγους στα ζυγωματικά

Η θεαματική διόρθωση των ρυτίδων επιτυγχάνεται ανάλογα με την ηλικία και την περιοχή, με εμφυτεύματα υαλουρονικού οξέος, με botox ή με συνδυασμό τους. Εκτός του άμεσου αποτελέσματος, που είναι η εξαφάνιση των ρυτίδων, οι μέθοδοι αυτές συντελούν ώστε να μη βαθαίνουν οι ρυτίδες με το πέρασμα του χρόνου. Το αποτέλεσμα του botox ξεκινά 3 μέρες μετά την εφαρμογή και ολοκληρώνεται στις 15 μέρες. Τα συνηθισμένα σημεία εφαρμογής του είναι το μέτωπο, το μεσόφρυο και οι γωνίες των ματιών. Τα εμφυτεύματα με υαλουρονικό διορθώνουν επιτόπου τις ρυτίδες σε όλα τα σημεία του προσώπου και αποκαθιστούν την απώλεια όγκου στα ζυγωματικά, κάτω από τα μάτια, τις ρινοπαρειακές ρυτίδες, τις ρυτίδες περιστοματικά. Να σημειωθεί ότι το υαλουρονικό είναι το μόνο εμφύτευμα που, καθώς απορροφάται πλήρως από τον οργανισμό, ενσωματώνεται εντελώς, είναι ασφαλέστατο και δεν δημιουργεί κοκκιώματα. Η ηλιοφάνεια δεν είναι αντένδειξη γι΄ αυτές τις θεραπείες. Οι θεραπείες με botox επαναλαμβάνονται περίπου ανά πέντε μήνες (τόσο διαρκεί το αποτέλεσμα), ενώ τα «γεμίσματα» με υαλουρονικό ανάλογα με την ηλικία, το πάχος της ρυτίδας και το σημείο εφαρμογής διαρκούν πάνω από 6 μήνες έως και έναν χρόνο. Μπορεί μερικές φορές να υπάρξουν μικρές μελανιές από τις ενέσεις, αλλά εξαφανίζονται γρήγορα (εντός εβδομάδος) και καλύπτονται με make-up.

Φροντίζουμε αυτό που μας πονάει περισσότερο.

Την υγεία

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

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

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

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

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

Παιδιατρικό Ένθετο
της Ευρωκλινικής Παίδων

Βιταμίνη D
Τι πρέπει να γνωρίζουμε

Παιδική & εφηβική παχυσαρκία
Σημαντικός ο ρόλος της πρόληψης

Η εξέλιξη του λόγου
και της ομιλίας του παιδιού σας

Βιταμίνη D
Τι πρέπει να γνωρίζουμε

Η βιταμίνη D είναι από τις πλέον απαραίτητες για τα βρέφη, τα νήπια και τα παιδιά μέχρι την ενηλικίωση.

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

Η βιταμίνη D είναι μία ομάδα δύο λιποδιαλυτών ουσιών, της βιταμίνης D_2 (εργοκαλσιφερόλη) και της βιταμίνης D_3 (χοληκαλσιφερόλη). Η βιταμίνη D στον οργανισμό μας προέρχεται κατά 90% από τη βιοσύνθεση της D_3 στο δέρμα, ενώ μόνο το 10% προσλαμβάνεται με την τροφή.

Η πρόδρομη ουσία (προβιταμίνη) 7-δεϋδροχολη-στερόλη, που βρίσκεται στη βασική και ακανθώδη στιβάδα της επιδερμίδας, μετατρέπεται, με την επίδραση της υπεριώδους ακτινοβολίας Β, σε βιταμίνη D_3. Η μελανίνη του δέρματος αποτελεί ένα φυσικό φίλτρο και καθορίζει τη διάρκεια της έκθεσης στον ήλιο που απαιτείται για να παραχθεί συγκεκριμένη ποσότητα βιταμίνης D_3. Έτσι, οι σκουρόχρωμοι είναι αναγκαίο να εκτεθούν στον ήλιο περισσότερο χρόνο απ΄ ό,τι οι ανοιχτόχρωμοι, προκειμένου να παραχθεί η ίδια ποσότητα βιταμίνης. Οι αντηλιακές κρέμες απορροφούν την υπεριώδη ακτινοβολία Β μειώνοντας τη σύνθεση της βιταμίνης D_3 κατά 95% και 98% όταν ο δείκτης προστασίας είναι 8 και 15 αντίστοιχα. Η βιταμίνη D_3, αφού παραχθεί στην επιδερμίδα μέσω των τριχοειδών αγγείων του δέρματος, εισέρχεται στην κυκλοφορία συνδεόμενη με ειδική πρωτεΐνη.

Τροφές πλούσιες σε βιταμίνη D είναι τα ψάρια με μεγάλη περιεκτικότητα σε λίπος (σαρδέλα, σολομός, σκουμπρί, τόνος), το μουρουνέλαιο, το μοσχαρίσιο συκώτι, ο κρόκος αβγών και διάφορες τροφές εμπλουτισμένες με βιταμίνη D, όπως το γάλα, οι μαργαρίνες και οι παιδικές τροφές.

Η παραγόμενη στο δέρμα και η απορροφώμενη από τις τροφές βιταμίνη D παραλαμβάνονται από ειδική πρωτεΐνη και μεταφέρονται στο ήπαρ όπου υφίστανται την πρώτη υδροξυλίωση. Η παραγόμενη 25-OH-βιταμίνη D (καλσιδιόλη) μεταφέρεται εκ νέου με την ειδική πρωτεΐνη στους νεφρούς, όπου υδροξυλιώνεται εκ νέου για να προκύψει το τελικό και πλέον δραστικό μόριο βιταμίνης D 1_α, $25(OH)_2$ βιταμίνη D (καλσιτριόλη), η οποία έχει περίπου 100 φορές ισχυρότερη δράση. Ο προσδιορισμός της 25(OH) βιταμίνης D στον ορό του αίματος είναι ο δείκτης επάρκειας του οργανισμού σε βιταμίνη D.

Η δράση της

Η βιταμίνη D υπό φυσιολογικές συνθήκες είναι απαραίτητη για την απορρόφηση του ασβεστίου από το έντερο, την επαναρρόφησή του στα νεφρικά σωληνάρια και τη μετάλλωση των οστών. **Στα βρέφη, στα νήπια και στα παιδιά μέχρι την ενηλικίωση, οπότε υπάρχει συνεχής αύξηση του σκελετού, η βιταμίνη D και η επάρκειά της αποκτούν ιδιαίτερη σημασία.** Σε αυτές τις ηλικίες και λίγο μετά αποκτάται η μέγιστη οστική πυκνότητα, που όσο μεγαλύτερη είναι τόσο το καλύτερο για τη μετέπειτα ζωή.

Οι επιπτώσεις από την ανεπάρκεια

Η κλινική εικόνα της υποβιταμίνωσης D στα παιδιά και στα βρέφη ποικίλλει. Περιλαμβάνει συμπτώματα όπως ευερεθιστότητα, καθυστέρηση της έκφυσης των νεογιλών και των μόνιμων οδόντων και πλημμελή ασβεστοποίηση των μόνιμων οδόντων, καθυστέρηση της σωματικής αύξησης και της κινητικής εξέλιξης, οστικά άλγη και αυξημένη ευαισθησία στις λοιμώξεις.

Η ραχίτιδα είναι το αποτέλεσμα βαριάς έλλειψης βιταμίνης D. Η συγκεκριμένη ασθένεια είχε περιγρα-

φει από τον 17ο αιώνα, χρειάστηκε όμως να φτάσουμε στο 1936 ώστε να ανακαλυφθεί η χημική δομή της βιταμίνης D και να διευκρινιστεί η αιτιολογία της νόσου. Κλινικά ευρήματα ραχίτιδας είναι η καθυστέρηση σύγκλεισης της πρόσθιας πηγής, η διόγκωση της μετάφυσης των μακρών οστών, ραιβογονία, βλαισογονία. Επιπλέον, μπορεί να συνυπάρχουν συμπτώματα υπασβεστιαιμίας όπως σιγμός, άπνοιες, υποτονία, μυϊκή αδυναμία και καρδιομυοπάθεια.

Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας, τα ευρήματα σημαντικού αριθμού μελετών σε ανθρώπους και ζώα υποστηρίζουν τη θεωρία ότι η χρόνια ανεπάρκεια βιταμίνης D συμβάλλει σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης πολλών χρόνιων παθήσεων όπως διαβήτης τύπου I και II, καρδιαγγειακές παθήσεις, υπέρταση, οστεοπόρωση, παχυσαρκία, ψυχιατρικές διαταραχές, αλλά και μερικές κοινές νεοπλασίες (καρκίνος του παχέος εντέρου, του προστάτη, του μαστού).

Μειωμένη διαιτητική πρόσληψη – Διαταραχή μεταβολισμού

Τα αποθέματα της βιταμίνης D του νεογέννητου σχε-

τίζονται απόλυτα με εκείνα της μητέρας του. Στο τελειόμηνο βρέφος, τα επίπεδα της βιταμίνης D που προέρχονται από τη μητέρα η οποία είναι επαρκής σε βιταμίνη D καλύπτουν τις ανάγκες του για 8 εβδομάδες περίπου. Έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις νεογέννητων με βαρύτατες εκδηλώσεις ραχίτιδας, τα οποία γεννήθηκαν από μητέρες στη Μέση Ανατολή, οι οποίες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ακολουθούσαν δίαιτα πτωχή σε βιταμίνη D και επιπλέον η δερματική σύνθεση ήταν ελάχιστη λόγω της χρήσης ολόσωμης παραδοσιακής ενδυμασίας με πέπλο.

Τα πρόωρα βρέφη γεννιούνται με χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης D λόγω της μικρότερης διάρκειας κύησης κατά την οποία μπορούν να την αποθηκεύσουν. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η βιταμινική κατάσταση των εγκύων, από την οποία εξαρτώνται τα αποθέματα του νεογνού σε βιταμίνη D. Η έλλειψη βιταμίνης D της εγκύου έχει συνδεθεί επίσης με ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου.

Όλα τα βρέφη που θηλάζουν και δεν λαμβάνουν πρόσθετα βιταμίνη D αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν ανεπάρκεια της βιταμίνης ή και ραχίτιδα.

Το μητρικό γάλα περιέχει ελάχιστα ποσά βιταμίνης D, ενώ η δυνατότητα να συνθέσουν τα βρέφη την απαιτούμενη ημερήσια ποσότητά της περιορίζεται από τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του δέρματος όταν εκτεθούν στον ήλιο. Επιπλέον, η περιεχόμενη στο μητρικό γάλα βιταμίνη D μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από αντίστοιχα μειωμένη πρόσληψη από τη μητέρα.

Όλα τα βρέφη που θηλάζουν και δεν λαμβάνουν πρόσθετα βιταμίνη D αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν ανεπάρκεια της βιταμίνης ή και ραχίτιδα.

Τονίζεται ότι οποιαδήποτε κατάσταση μειώνει την έκκριση χολής οδηγεί δευτεροπαθώς σε έλλειψη βιταμίνης D. Εκτεταμένη εντερεκτομή ή σημαντική μείωση της λειτουργικής επιφάνειας του λεπτού εντέρου μπορεί να οδηγήσουν επίσης σε μείωση της απορρόφησης της βιταμίνης D. Νοσήματα όπως η κυστική ίνωση, η κοιλιοκάκη και οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου συντελούν σε ανεπάρκεια απορρόφησης βιταμίνης D, τοποθετώντας αυτούς τους ασθενείς σε υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση κλινικών εκδηλώσεων από την έλλειψή της. Επίσης, σε χρόνια θεραπεία με αντιεπιληπτικά φάρμακα, κορτικοειδή, σε ηπατοπάθεια ή σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια έχει βρεθεί υποβιταμίνωση D. Ορισμένες κατηγορίες ατόμων, όπως οι έφηβοι και οι χορτοφάγοι, λόγω ιδιαίτερων διαιτητικών προτιμήσεων βρίσκονται σε κίνδυνο να εμφανίσουν έλλειψη βιταμίνης D, ιδιαίτερα σε απουσία επαρκούς έκθεσης στον ήλιο.

ΠΟΤΕ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ

Την τελευταία δεκαετία έχει γίνει αντιληπτό ότι η υποκλινική ανεπάρκεια βιταμίνης D είναι πολύ πιο συχνή απ' ό,τι πιστεύαμε, ακόμα και σε περιοχές του πλανήτη με έντονη ηλιοφάνεια. Ιδιαίτερα τα βρέφη που θηλάζουν βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο, καθώς, όπως αναφέρθηκε, η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος στη βιταμίνη είναι πολύ χαμηλή.

Οι τρέχουσες οδηγίες της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής είναι οι εξής:

- **Αποφυγή απευθείας έκθεσης στον ήλιο των βρεφών ηλικίας μικρότερης των 6 μηνών.**
- **Όλα τα βρέφη που θηλάζουν να λαμβάνουν πρόσθετη βιταμίνη D 400 διεθνείς μονάδες (iu) από τις πρώτες ημέρες της γέννησης και καθ' όλη τη διάρκεια του θηλασμού. Αν η διατροφή είναι μικτή, η ποσότητα του τροποποιημένου γάλακτος πρέπει να είναι τουλάχιστον 1 λίτρο την ημέρα.**
- **Βρέφη με επιπλέον παράγοντες κινδύνου όπως προωρότητα, σκουρόχρωμη επιδερμίδα και παιδιά που κατοικούν σε γεωγραφικό πλάτος μεγαλύτερο από 40° Βόρεια απαιτούν μεγαλύτερη ποσότητα βιταμίνης D.**
- **Σε όλα τα υπόλοιπα βρέφη, παιδιά και εφήβους συνιστάται η ημερήσια συμπληρωματική χορήγηση 400 iu βιταμίνης D, όταν αυτό το ποσό δεν καλύπτεται από τροφές εμπλουτισμένες όπως γάλα, δημητριακά και κρόκους αβγών.**
- **Οι έγκυες θα πρέπει από την αρχή της εγκυμοσύνης να ελέγχονται και να λαμβάνουν, όταν χρειάζεται, βιταμίνη D.**

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 αυτή 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.

Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΕΙ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΠΡΟΛΗΨΗ: ΣΥΜΦΩΝΩ ◯ ΔΙΑΦΩΝΩ ◯

ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΕ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ; ΑΡΙΣΤΗ ◯ ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ◯ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ◯ ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ◯

ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΕ ΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ; ΑΡΙΣΤΗ ◯ ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ◯ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ◯ ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ◯

ΤΑ ΑΡΘΡΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΝΟΗΤΑ ΚΑΙ ΔΕΝ ΜΠΕΡΔΕΥΟΥΝ ΤΟΝ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ ΜΕ ΔΥΣΚΟΛΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΟΡΟΥΣ: ΣΥΜΦΩΝΩ ◯ ΔΙΑΦΩΝΩ ◯

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΜΗ ΚΑΤΑΝΟΗΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ: _____

ΠΙΣΤΕΥΩ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΧΡΗΣΙΜΑ ΤΑ ΑΡΘΡΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ: ΙΑΤΡΙΚΗ ◯ ΥΓΕΙΑ ΓΕΝΙΚΑ ◯ ΟΜΟΡΦΙΑ ◯ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ◯ ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ◯

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΔΙΑΒΑΖΩ ΓΙΑ ΝΑ ΕΙΜΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΣ/Η ΣΕ Ο,ΤΙ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ (προτείνετε ένα θέμα άρθρου που θα σας ενδιέφερε):

ΙΑΤΡΙΚΑ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ): _____

ΟΜΟΡΦΙΑ: _____

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ: _____

ΔΙΑΤΡΟΦΗ: _____

ΝΕΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ: _____

ΑΛΛΑ ΘΕΜΑΤΑ: _____

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΘΑ ΠΡΟΤΙΜΟΥΣΑ ΝΑ ΔΙΑΒΑΖΩ ΑΡΘΡΑ:

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

ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΔΙΑΒΑΖΕΤΕ;

- ◯ Prevention
- ◯ Mommy
- ◯ Shape
- ◯ Παιδί & Νέοι Γονείς
- ◯ Vita
- ◯ Parents
- ◯ Forma
- ◯ Mens' Health

ΕΙΣΤΕ ΗΔΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗΣ; ΝΑΙ ◯ ΟΧΙ ◯

ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΝΑ ΓΙΝΕΤΕ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗΣ; ΝΑΙ ◯ ΟΧΙ ◯

ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΣΤΟ E-MAIL ΣΑΣ ΝΕΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ;

ΝΑΙ ◯ ΟΧΙ ◯ E-MAIL: _____

ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ/ΣΧΟΛΙΑ: _____

Όνομα: _____ Διεύθυνση: _____

Επίθετο: _____ Τ.Κ.: _____

Επάγγελμα: _____ Ημερομηνία γέννησης: _____

Παιδιά: 1 ◯ 2 ◯ 3 και άνω ◯ Τηλέφωνο: _____

Σας ευχαριστούμε πολύ

Θάλεια Αγγελίδου
Διευθύντρια Ανάπτυξης
Ομίλου Ευρωκλινικής

Μπορείτε να στείλετε το ερωτηματολόγιο στην παρακάτω διεύθυνση:
Ευρωκλινική Αθηνών, Τσόχα 21 & Δημ. Σούτσου, Αθήνα
Υπόψη κυρίας Έφης Σακελλαρίου, τηλέφωνο επικοινωνίας: 210 64 16 180
(Αν βρίσκεστε στον χώρο της κλινικής, μπορείτε να αφήσετε το ερωτηματολόγιο στη ρεσεψιόν)

Παιδική & εφηβική παχυσαρκία
Σημαντικός ο ρόλος της πρόληψης

Όλα τα δεδομένα σε διεθνές επίπεδο δείχνουν ότι η παχυσαρκία θα είναι η πιο διαδεδομένη μη μεταδοτική νόσος του 21ου αιώνα, και μάλιστα με διαστάσεις πανδημίας. Καθώς το πρόβλημα παίρνει αντίστοιχες διαστάσεις και στην Ελλάδα, είναι σημαντικό οι γονείς να αντιμετωπίζουν εγκαίρως πιθανή εμφάνισή του στα παιδιά τους. Το σημαντικότερο, όμως, είναι η πρόληψη, δηλαδή οι υγιεινές διατροφικές συνήθειες.

Δημήτριος Π. Χιώτης
Διευθυντής
Ενδοκρινολογικού
Τμήματος και Κέντρου
Παιδικής Παχυσαρκίας
Ευρωκλινικής Παίδων

Η συχνότητα της παιδικής παχυσαρκίας έχει παγκοσμίως αυξηθεί και καθίσταται ολοένα μεγαλύτερο το πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Στη χώρα μας το φαινόμενο έχει γίνει έντονο τα τελευταία χρόνια, όπως φαίνεται από διάφορες ερευνητικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν από επιστημονικά κέντρα των Αθηνών ή της περιφέρειας.

Στην Ελλάδα οι γενιές της τελευταίας 30ετίας έχουν παχύνει σημαντικά και ανησυχητικά. Αυτό προκύπτει από πρόσφατη μελέτη στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών (2000 - 2001) από την Ενδοκρινολογική Μονάδα της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, με σκοπό τη δημιουργία εθνικών προτύπων ανάπτυξης. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, συγκρινόμενα με αντίστοιχη αμερικανική του 2000, έδειξαν ότι ο 18χρονος Έλληνας και Ελληνίδα είναι πιο παχύσαρκοι από τους αντίστοιχης ηλικίας Αμερικανούς. Τα δεδομένα αυτά ενδεχομένως να αποτυπώνουν το πρόβλημα της ολοένα αυξανόμενης συχνότητας της παχυσαρκίας και στη χώρα μας και καλό είναι όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς να λάβουν έγκαιρα τα απαραίτητα μέτρα ώστε να αποφευχθούν οι μεταγενέστερες επιπτώσεις της.

Γιατί η παχυσαρκία μαζί με την αυξημένη χοληστερίνη και την υπέρταση, αν δεν θεραπευτούν γρήγορα -από τη μικρή ηλικία-, φθείρουν τον οργανισμό, γι΄ αυτό τα νοσήματα αυτά αποκαλούνται νοσήματα φθοράς.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει χαρακτηρίσει την παχυσαρκία ως νόσο. Σήμερα όλα τα δεδομένα βεβαιώνουν ότι η παχυσαρκία θα είναι η πιο διαδεδομένη μη μεταδοτική νόσος του 21ου αιώνα, και μάλιστα με διαστάσεις πανδημίας.

Πού οφείλεται

Παχύσαρκο είναι το παιδί εκείνο που έχει υπερβολική άθροιση λίπους από διαταραχή του ενεργειακού ισοζυγίου. Το βάρος του είναι 10, 20 ή 30 kgr πάνω από το κανονικό του και μερικές φορές και παραπάνω. Σε κάθε περίπτωση παχύσαρκου παιδιού ή εφήβου θα πρέπει να γνωρίζουμε το σημαντικότερο αίτιο που την προκαλεί. Δηλαδή, να ξέρουμε αν αυτή οφείλεται:

- Σε γενετική προδιάθεση, δηλαδή στα γονίδια, στην κληρονομικότητα.
- Σε υπερσιτισμό ή σε λανθασμένη διατροφή.
- Σε ελαττωμένη κινητικότητα.
- Σε ορμονική διαταραχή (σπάνια).
- Σε ψυχολογικά προβλήματα.

Σε ποσοστό άνω του 95% των περιπτώσεων παχύσαρκων παιδιών αιτίες είναι ο υπερσιτισμός και η μειωμένη κινητικότητα και χαρακτηρίζεται απλή παχυσαρκία.

Πώς διαπιστώνεται

Οι Παιδίατροι - Ενδοκρινολόγοι έχουν διάφορους τρόπους για να εκτιμήσουν τον βαθμό της παχυσαρκίας κάθε παιδιού ή εφήβου. Οι πλέον απλοί και εύχρηστοι είναι:

1 **Τα διαγράμματα ανάπτυξης,** δηλαδή οι εκατοστιαίες θέσεις ύψους και βάρους που περιέχονται στα βιβλιάρια υγείας του παιδιού, που τα παραλαμβάνουν από τα μαιευτήρια με τη γέννηση του μωρού. Μάλιστα, τα τελευταία χρόνια στα βιβλιάρια αυτά έχουν περιληφθεί πίνακες ανάπτυξης από 0 - 18 ετών, οι οποίοι αφορούν στον αμιγή ελληνικό πληθυσμό. Παχύσαρκο, βάσει των διαγραμμάτων αυτών, είναι το παιδί του οποίου το βάρος είναι δύο σταθερές αποκλίσεις μεγαλύτερο του αναμενόμενου για το ανάστημά του και για το φύλο του.

2 **Το πάχος της δερματικής πτυχής.** Γίνεται με ειδικό διαβήτη σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος, όπου το δέρμα μπορεί να υψωθεί σε πτυχή. Διάφοροι ερευνητές έχουν προσδιορίσει εκατοστιαίες θέσεις πάχους δερματικής πτυχής.

3 Τα τελευταία χρόνια πιο συχνός και εύχρηστος τρόπος, αλλά και διεθνώς αποδεκτός για την εκτίμηση της παχυσαρκίας είναι **ο δείκτης μάζας σώματος** (ΔΜΣ): ΔΜΣ = Βάρος (kgr) προς Ύψος (m^2). Δηλαδή, είναι το πηλίκο του βάρους σώματος που εκφράζεται σε χιλιόγραμμα προς το ύψος σε μέτρα στο τετράγωνο.

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει καθορίσει τιμές για τον Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI - Body Mass Index) των ενηλίκων και θεωρεί:

	BMI (kgr/m²)
Ελλιποβαρή	<18,5
Φυσιολογικού βάρους	18,5 - 24,9
Υπέρβαρο	25 - 29,9
Παχύσαρκο	
Ελαφρά	30,3 - 34,5
Μέτρια	35 - 39,5
Σοβαρά	>40

Ο ΔΜΣ αποτελεί παράγοντα ελέγχου του λίπους και χρησιμοποιείται για να ορίσει το υπέρβαρο και την

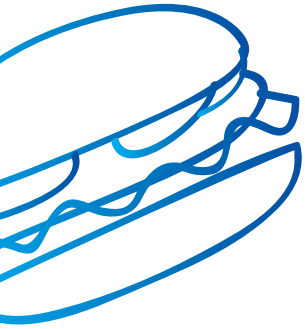
παχυσαρκία, καθώς συσχετίζεται σε ικανοποιητικό βαθμό με ακριβέστερα μέτρα σωματικού λίπους και λαμβάνεται από κοινώς διαθέσιμα δεδομένα, το βάρος και το ύψος. Οι τιμές ΔΜΣ κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ζωής είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση υπέρβαρου ή παχύσαρκου ενήλικα και των κινδύνων για αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.

Η παχυσαρκία μαζί με την αυξημένη χοληστερίνη και την υπέρταση, αν δεν θεραπευτούν γρήγορα -από μικρή ηλικία-, φθείρουν τον οργανισμό, γι' αυτό και αποκαλούνται νοσήματα φθοράς.

Η αντιμετώπιση

Εφόσον η παχυσαρκία στο 95% των περιπτώσεων και άνω είναι απλή, η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τρία σκέλη:

- Δίαιτα (καλό είναι να αναφέρεται ως σωστή διατροφή, γιατί είναι η διατροφή που πρέπει να ακολουθεί ο καθένας μας, αν θέλει να διατηρήσει το σωστό του βάρος).
- Άσκηση.
- Ψυχολογική υποστήριξη.



Οι βασικές διαιτητικές αρχές που πρέπει να ακολουθεί ένα παχύσαρκο παιδί είναι οι εξής:

- Η τροφή πρέπει να κατανέμεται στο 24ωρο σε πολλά μικρά γεύματα (5 - 6 ημερησίως).
- Τα γεύματα χρειάζεται να είναι ισορροπημένα, δηλαδή να περιέχουν λευκώματα, υδατάνθρακες, λίπη, ίνες σε συγκεκριμένες αναλογίες.
- Απαιτείται χορήγηση σωστής ποσότητας θερμίδων για το συγκεκριμένο άτομο.
- Αποφυγή λήψεων σακχαρούχων ποτών, αναψυκτικών, φρουτοχυμών κονσερβοποιημένων.
- Απαραίτητο είναι η τροφή να περιέχει άφθονο κυτταρινικό υπόστρωμα, στοιχείο που προσφέρουν στο παιδί τα χορταρικά.
- Κάθε γεύμα πρέπει να περιέχει οπωσδήποτε λευκώματα.
- Απαγορεύεται η παράλειψη γευμάτων ή η ολική νηστεία, γιατί έχει επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του παιδιού.

Στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας δεν χρησιμοποιούνται φάρμακα ανορεξιογόνα.

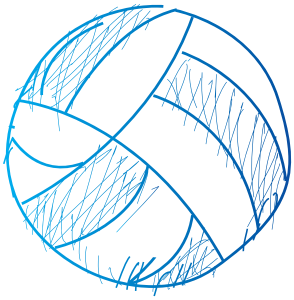
Τέλος, να τονιστεί ότι δεν ενδείκνυται χειρουργική αντιμετώπιση για την παιδική παχυσαρκία.

Η ΠΡΟΛΗΨΗ

Εφόσον δεν υπάρχουν φάρμακα ή μαγικές συνταγές, εναπόκειται στο ίδιο το άτομο να προφυλαχθεί από την παχυσαρκία. Για τον σκοπό αυτόν απαιτείται η συνεργασία των γονιών, των γιαγιάδων και παππούδων, των δασκάλων και των ιατρών (παιδιάτρων - ενδοκρινολόγων). Πώς επιτυγχάνεται αυτό;

- **Με το να ακολουθεί το παιδί σωστή διατροφή από τη βρεφική ηλικία.**
- **Να εντοπίζονται τα παχουλά μωρά έγκαιρα και να γίνεται σε αυτά περιορισμός της αλόγιστης ποσότητας γάλακτος και γενικά της τροφής.**
- **Όχι ζάχαρη και δημητριακά στο γάλα, ιδίως σοκολατούχα.**
- **Με αποφυγή γλυκών - αναψυκτικών από μικρή ηλικία.**
- **Να εξαλειφθεί η νοοτροπία των γονέων ότι «το πάχος είναι υγεία».**
- **Τα κυλικεία των σχολείων να προσεχθούν και να προσφέρουν υγιεινές τροφές.**
- **Τα παιδιά χρειάζεται να βρίσκουν λίγο ελεύθερο χρόνο για αθλοπαιδιές και σπορ.**
- **Με το να κατανοηθεί από όλα τα μέλη της οικογένειας ότι αυτή είναι η σωστή διατροφή, την οποία πρέπει να ακολουθούν όλοι και όχι για μικρή χρονική περίοδο. Η ορθή διατροφή πρέπει να γίνει τρόπος ζωής.**

www.iatronet.gr
ιατρονet
www.iatronet.gr
νιώστε καλύτερα!



Σωματική άσκηση και αθλητισμός, **προαθλητικός έλεγχος και διατροφή στην παιδική ηλικία**

Ο αριθμός των παιδιών που ασχολούνται συστηματικά με κάποια οργανωμένη αθλητική δραστηριότητα (ακόμα και σε επίπεδο πρωταθλητισμού) αυξάνεται σταθερά τα τελευταία χρόνια. Για τον σκοπό αυτόν, όμως, χρειάζονται ιατρικός έλεγχος, ειδικές εξετάσεις και προσεγμένη διατροφή.

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

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερα παιδιά, σε όλο και μικρότερες ηλικίες, ασχολούνται με τη σωματική άσκηση και τον αθλητισμό (θα πρέπει να τα ξεχωρίζουμε, διότι άλλο η απλή γυμναστική και άλλο ο αθλητισμός ή ο πρωταθλητισμός, όπως και άλλο το παιδί του νηπιαγωγείου και άλλο αυτό του λυκείου). Είναι κοινή πεποίθηση ότι η πρακτική αυτή, που ξεκίνησε από τις ΗΠΑ και την Ευρώπη πριν από αρκετά χρόνια, έφτασε και στη χώρα μας. Όπως όλοι ξέρουμε, τα αμέριμνα παιχνίδια στις αλάνες, που είχαν ως κύριο σκοπό την ψυχαγωγία, αντικαταστάθηκαν σήμερα από την οργανωμένη άθληση με αυστηρή τήρηση των κανόνων και συστηματική προπόνηση, που σε ορισμένες περιπτώσεις καταντά να είναι εξοντωτική. Οι εικόνες στην τηλεόραση με τους επευφημούμενους πρωταθλητές είναι έντονα ερεθίσματα για τους επίδοξους πρωταθλητές και εντατικοποιούν τις προσπάθειες. Στις μεγαλύτερες ηλικίες ρόλο παίζει και η πριμοδότηση των επιδόσεων για εισαγωγή στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Όποια όμως κι αν είναι η περίπτωση, όλοι ξέρουμε ότι ο αθλητισμός κάνει πολύ καλό στην υγεία, αλλά και ότι η απασχόληση και η κατανάλωση του ελεύθερου χρόνου των παιδιών μακριά από συνήθειες που μπορεί να είναι επιβλαβείς έχει σίγουρα ευεργετικά αποτελέσματα. Πρέπει, λοιπόν, τα παιδιά μας να γυμνάζονται και να αθλούνται, αρχίζοντας από τη νηπιακή ηλικία. Είναι μάλιστα απαραίτητο να λαμβάνουμε πάντα πολύ σοβαρά υπόψη μας τις απώτερες ευεργετικές επιδράσεις της σωματικής άσκησης, που έχουν σχέση με το σωματικό βάρος (είναι γνωστό ότι τα παιδιά μας είναι από τα πλέον υπέρβαρα στην Ευρώπη) και τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Τα προβλήματα αυτά εμφανίζονται στις μεγαλύτερες ηλικίες, αλλά όπως είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο αρχίζουν από την ηλικία των 3 χρόνων. Επειδή, όμως, όπως αναφέρθηκε, στις μέρες

μας η άσκηση έχει όλο και περισσότερο ανταγωνιστικό και ωφελιμιστικό χαρακτήρα σε βάρος του ψυχαγωγικού, θα πρέπει να προσεχτούν τα παρακάτω, κυρίως στα παιδιά μικρής ηλικίας, για να αποσοβηθούν οι κίνδυνοι καθώς και οι πιθανές βλαβερές συνέπειες.

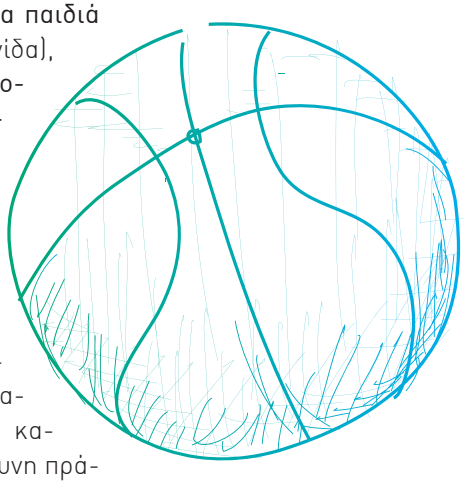
Οποιοδήποτε παιδί, άσχετα με την ηλικία, πριν ασχοληθεί με τη γυμναστική και τον αθλητισμό πρέπει να εξεταστεί από παιδίατρο. Η εξέταση αυτή έχει δύο σκοπούς:

1 Την εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του επίδοξου αθλητή.
2 Τη βοήθεια και τη γνώμη του παιδιάτρου, που γνωρίζει πολύ καλά το παιδί, το περιβάλλον και την οικογένειά του, για τον κατάλληλο τρόπο άσκησης καθώς και για την επιλογή του σωστού αθλήματος.

Εάν το σπορ με το οποίο θα ασχοληθεί το παιδί δεν ταιριάζει στον σωματότυπο ή στην ηλικία του ή ακόμα και αν απαγορεύεται εξαιτίας διαφόρων προβλημάτων υγείας που μπορεί να υπάρχουν, σίγουρα το αποτέλεσμα δεν θα είναι καλό. Σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι βέβαιο ότι θα υπάρξουν απογοητεύσεις λόγω των κακών επιδόσεων, με αναπόφευκτο αποτέλεσμα την εγκατάλειψη της άσκησης ή ακόμα και τη δημιουργία ψυχολογικών προβλημάτων.

Εκτός από την παιδιατρική εξέταση, είναι επίσης σκόπιμο και απόλυτα απαραίτητο για κάθε παιδί που θα ασχοληθεί με τον αθλητισμό, και ακόμα περισσότερο με τον πρωταθλητισμό, να γίνει παιδοκαρδιολογικός έλεγχος. Ο έλεγχος αυτός είναι ιδιαίτερα παρήγορο ότι ζητείται από την Πολιτεία με τα ειδικά «χαρτιά», αλλά και από τα σχολεία, τα αθλητικά σωματεία, τις σχολές πολεμικών τεχνών κ.ά. Είναι απαραίτητος διότι υπάρχουν πολύ επικίνδυνες παθήσεις οι οποίες δεν ανιχνεύονται με την απλή παιδιατρική εξέταση, αλλά μπορεί να βάλουν σε κίνδυνο τη ζωή του παιδιού. Οι μυοκαρδιοπάθειες, οι διαταραχές του ρυθμού, οι παθήσεις της αορτικής βαλβίδας είναι μερικές από τις παθήσεις οι οποίες μπορεί να δημιουργήσουν πολύ σοβαρές καταστάσεις. Του λόγου το αληθές φαίνεται από το ότι κάθε χρόνο μαθαίνουμε για τον θάνατο παιδιών κατά την άσκηση, τραγικές απώλειες που ίσως θα μπορούσαν να αποφευχθούν.

Κάτι άλλο το οποίο έχει ιδιαίτερη σημασία είναι ότι **ο παιδοκαρδιολογικός έλεγχος δεν πρέπει να γίνεται από άσχετους με τα παιδιά καρδιολόγους ενηλίκων** (μεγάλη παγίδα), **αλλά από εξειδικευμένο παιδοκαρδιολόγο με κατάλληλα για παιδιά μηχανήματα και με πείρα**. Όπως δεν πάμε τα παιδιά μας στον παθολόγο αλλά στον παιδίατρο, έτσι δεν πρέπει να τα πηγαίνουμε και στον καρδιολόγο, αλλά στον παιδοκαρδιολόγο, που ξέρει τα παιδιά. Οι γονείς δεν πρέπει να κάνουν το ολέθριο σφάλμα να θεωρούν τα πιστοποιητικά υγείας και τις ιατρικές γνωματεύσεις «απλά χαρτιά», καθώς είναι μια πολύ σοβαρή και υπεύθυνη πράξη που χρειάζεται να γίνεται σωστά, αλλιώς δεν έχει καμία σημασία και αξία, τουναντίον μπορεί να δημιουργήσει κινδύνους.



Η γενική παιδιατρική εξέταση πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο ή και όποτε άλλοτε χρειαστεί, ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και την ένταση της άσκησης. Η παιδοκαρδιολογική εξέταση όποτε κρίνεται σκόπιμο. Σε παιδιά που ασχολούνται με τον αθλητισμό, ακόμα και όταν δεν ακολουθούνται πολύ έντονοι ρυθμοί, στα πολύ δημοφιλή αθλήματα όπως η κολύμβηση, το μπαλέτο κ.λπ. που συνήθως αρχίζουν από τη νηπιακή ηλικία, οι μικροτραυματισμοί είναι συχνοί και χρειάζεται να αντιμετωπίζονται (κατάγματα, επιφυσίτιδες, τενοντίτιδες). Επίσης, πρέπει να παρακολουθούνται με ιδιαίτερη επιμέλεια και προσοχή τα προβλήματα που μπορεί να έχουν σχέση με τη σωματική ανάπτυξη, την οστική εξέλιξη, τη σεξουαλική ωρίμαση (καθυστέρηση εφηβείας, εμμήνων, διαταραχές κύκλου), καθώς και με την ψυχοκοινωνική εξέλιξη. Δεν είναι λίγα τα παιδιά που υπεραπασχολούμενα με κάποιο άθλημα μονομερίζονται, κάνουν παρέα μόνο με τους συναθλητές τους, χάνοντας το ενδιαφέρον για τα πολύ σημαντικά για την ηλικία τους άλλα θέματα.

> Ο παιδοκαρδιολογικός έλεγχος δεν πρέπει να γίνεται από καρδιολόγους ενηλίκων, αλλά από εξειδικευμένο παιδοκαρδιολόγο, με κατάλληλα για παιδιά μηχανήματα και με πείρα.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι, όπως ήδη αναφέρθηκε, η σωματική άσκηση έπαψε πλέον να αποτελεί το ευχάριστο, χαρούμενο παιχνίδι άλλων εποχών, αλλά είναι σήμερα μία πολύ περισσότερο σύνθετη διαδικασία, απόλυτα απαραίτητη για την καλή υγεία. Γι΄ αυτό οι γονείς, οι δάσκαλοι, οι καθηγητές, οι γυμναστές, οι προπονητές και όλοι οι άλλοι σχετικοί φορείς είναι απαραίτητο να έχουν υπόψη τους τα παραπάνω. Εάν όλα γίνουν σωστά, είναι σχεδόν βέβαιο ότι οι επόμενες γενιές θα ζουν περισσότερο και σε καλύτερη γενική κατάσταση.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Σε ό,τι αφορά τη διατροφή, θα πρέπει να προσεχθούν με ιδιαίτερη επιμέλεια τα ακόλουθα: Είναι γνωστό ότι ο άνθρωπος σε καμία άλλη φάση της ζωής του δεν αλλάζει με τόσο ταχείς ρυθμούς, δεν μεγαλώνει τόσο γρήγορα. Έτσι, οι διατροφικές ανάγκες των παιδιών, που είναι ιδιαίτερα αυξημένες, με την άσκηση αυξάνονται ακόμα περισσότερο. Η ευλαβικά προσεγμένη διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία, αλλά και στις επιδόσεις του αθλητή. Το σωστό και πλήρες διαιτολόγιο, που περιέχει άφθονα φρούτα, χόρτα, λαχανικά, όσπρια και ψάρια, ψωμί, κορν φλέικς κ.λπ., λιγότερα γαλακτοκομικά, κοτόπουλο και ακόμα λιγότερο κρέας, θα πρέπει να εφαρμόζεται πάντα σε συνεννόηση με τον ιατρό για ένα εξατομικευμένο και καλύτερο αποτέλεσμα. Παρεκκλίσεις ή προσθαφαιρέσεις μπορούν και κατά περίπτωση επιβάλλεται να γίνονται σε παιδιά με οικογένειες που έχουν βεβαρημένο ή όχι κληρονομικό ιστορικό, π.χ. υπερλιπιδαιμίας.

Εκτός όμως από αυτά, θα πρέπει να ληφθεί ιδιαίτερα υπόψη ότι στον αθλητισμό, ακόμα και μόνο με τη μορφή της προπόνησης, είναι απαραίτητη η αυξημένη πρόσληψη θερμίδων για την αποκατάσταση αλλά και την υπερκάλυψη αυτών που καταναλώνονται. Ο σωστός υπολογισμός τους γίνεται με βάση την ηλικία, το βάρος σώματος, την εποχή, το είδος του αθλήματος, τον χαρακτήρα του παιδιού κ.ά. **Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δοθεί στον σίδηρο** (χρειάζεται για τη μεταφορά του οξυγόνου) **αλλά και στο ασβέστιο** (πρόληψη και αποκατάσταση βλαβών στα οστά). Η μειωμένη πρόσληψη θερμίδων, η στέρηση υγρών και η διαταραχή των ηλεκτρολυτών, καθώς και οι επικίνδυνες πρακτικές όπως οι προκλητοί εμετοί, η χρήση ουσιών ή χαπιών αδυνατίσματος κ.λπ. επιδρούν αρνητικά στην προσωπικότητα των παιδιών και -ακόμα χειρότερα- βάζουν σε κίνδυνο την υγεία τους.

Αποκτήστε σήμερα εντελώς δωρεάν την εκπτωτική κάρτα

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

ΟΛΕΣ οι εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις στην Ευρωκλινική Παίδων στοιχίζουν τώρα 30% λιγότερο!

... απίθανα νέα μόνο για γονείς!

Από σήμερα και για πάντα!

Μην ξεχνάτε ποτέ την εκπτωτική σας κάρτα!

Τηλ. για πληροφορίες εκπτωτικού προγράμματος
Δευτ.-Παρ. 210-6416180 (09:00 – 17:00)

Η κάρτα παραδίδεται από τα Εξωτερικά Ιατρεία της Ευρωκλινικής Παίδων, εφ'όσον πραγματοποιηθεί μια οποιαδήποτε εργαστηριακή ή διαγνωστική εξέταση.

Λεμεσού 39-41 & Αχαρνών 209, 104 46 Αθήνα
Τηλ.: 210 86 91 900, Fax: 210 86 91 950
E-mail: mkt@euroclinic.gr • www.euroclinic.gr

Σπίλοι στα παιδιά
Πώς και πότε πρέπει να τους αντιμετωπίζουμε

Είναι πολλά τα παιδιά που γεννιούνται με σπίλους στο δέρμα ή τους αποκτούν εβδομάδες μετά. Καθώς οι σπίλοι σχετίζονται στενά με την εμφάνιση μελανώματος, είναι επιβεβλημένο να τους παρακολουθούμε και να επεμβαίνουμε σε συγκεκριμένες περιπτώσεις.

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

Δημήτριος Μιχελάκης
Επιμελητής Τμήματος Πλαστικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων Ευρωκλινικής Παίδων

Σπίλος είναι ένα αμάρτωμα του δέρματος, δηλαδή περίγραπτη δυσπλασία εμβρυϊκής προέλευσης που αφορά σε ένα ή περισσότερα στοιχεία του δέρματος. Οι σπίλοι διακρίνονται σε υπερπλαστικούς και απλαστικούς.

Οι υπερπλαστικοί (υπερπλασία ενός ή περισσότερων στοιχείων) αφορούν:

1. Στην επιδερμίδα (μυρμηγκιώδης, επιδερμικός, φλεγμονώδης, γραμμοειδής).
2. Στον θύλακο τριχών (τριχωτός σπίλος, σπίλος θυλάκου τριχών, φαγεσωρικός σπίλος).
3. Στους σμηγματογόνους αδένες (σπίλος σμηγματογόνων αδένων).
4. Στους εκκρινείς ιδρωτοποιούς αδένες (σπίλος εκκρινών αδένων).
5. Στον συνδετικό ιστό (σπίλος συνδετικού ιστού, κολλαγόνο, ελαστίνη).
6. Στο λίπος (επιπολής λιπώδης ιστός).
7. Στα μελανοκύτταρα [σπιλομελανοκυτταρικός, επιδερμικός και χορίου (αποτελούνται από διαφοροποιημένα κύτταρα - σπιλοκύτταρα) και μελανοκυτταρικός, επιδερμίδος και χορίου].

Οι απλαστικοί είναι εντοπισμένη δυσπλασία η οποία οφείλεται στην έλλειψη εξέλιξης ενός ή περισσότερων στοιχείων.

Συγγενής σπιλομελανοκυτταρικός σπίλος

Είναι μελαχρωματική βλάβη του δέρματος που εμφανίζεται συνήθως με τη γέννηση ή σπανίως εβδομάδες ή μήνες μετά. Για την ανάπτυξή της ενοχοποιούνται γενετικοί μηχανισμοί. Η συχνότητα εμφάνισης συγγενούς μελανοκυτταρικού σπίλου ποικίλλει από 0,25% στις μεγάλες σειρές μέχρι 5,9% στις πιο μικρές. Περίπου το 2,6% του πληθυσμού έχει έναν τουλάχιστον συγγενούς τύπου σπίλο. Η συχνότητα των μεγάλων ποικίλλει από 1:1160 έως 1:2050 ανάλογα με τη μελέτη.

Οι μεγάλοι σπίλοι είναι συχνότεροι στα κορίτσια, και ιδίως οι γιγάντιοι. Οι συγγενείς σπιλομελανοκυτταρικοί σπίλοι δημιουργούνται κατά τα πρώτα στάδια της εμβρυογένεσης, μεταξύ 5ης και 24ης εβδομάδας. Τα μέχρι σήμερα γνωστά στοιχεία σε σχέση με τους γενετικούς παράγοντες που καθορίζουν την εμφάνισή τους, ή με συμβάντα κατά την εγκυμοσύνη τα οποία μπορεί να προδιαθέσουν, είναι περιορισμένα.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι τα μελανοκύτταρα προέρχονται από τη νευρική ακρολοφία - έχουν δηλαδή την ίδια προέλευση με τα νευρικά κύτταρα και από εκεί μεταναστεύουν στο δέρμα και στις λεπτομήνιγγες. Διαταραχή στη ρύθμιση αυτής της μετανάστευσης μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα παθολογική υπερπλασία των μελανοκυττάρων -δημιουργία σπίλων- και την παθολογική εναπόθεση μελανίνης στις λεπτομήνιγγες, μία κατάσταση γνωστή ως νευροδερματική μελάνωση.

Η νευροδερματική μελάνωση είναι σπάνια και συνήθως αφορά σε έναν μεγάλο ή σε περισσότερους από τρεις μικρότερου μεγέθους συγγενείς μελανοκυτταρικούς σπίλους. Τα συμπτώματα της νευροδερματικής μελάνωσης εκδηλώνονται πριν από τον 3ο χρόνο ζωής και οφείλονται στην αύξηση της πίεσης του ΕΝΥ και στη δημιουργία υδροκεφάλου λόγω της απόφραξης των αποχετευτικών οδών από τα υπερπλαστικά πολ-

λαπλασιαζόμενα μελανοκύτταρα.

Η καλύτερη μέθοδος για τον έλεγχο ατόμων με συγγενή σπιλομελανοκυτταρικό σπίλο για νευροδερματική μελάνωση είναι η μαγνητική τομογραφία. Οι συγγενείς μελαχρωματικοί σπίλοι ταξινομούνται σύμφωνα με τη μεγαλύτερη διάμετρο σε:

1 Μικρούς (<1,5 cm).
2 Μεσαίους (1,5 - 10 cm).
3 Μεγάλους (10 - 20 cm).
4 Γιγάντιους (>20 cm).

Η σχέση μελανώματος και γιγάντωσης είναι εξακριβωμένη. Το 6,3% των ατόμων με γιγαντιαίο σπίλο εμφανίζει πιθανότητα 5% να αναπτύξει μελάνωμα. Επειδή το μελάνωμα είναι δυνατόν να αναπτυχθεί τόσο σε γιγαντιαίο σπιλομελανοκυτταρικό σπίλο όσο και σε μικρό σπίλο ακόμη και στα πρώτα χρόνια της ζωής, συνιστάται η αφαίρεση προ του 12ου έτους.

Ύποπτος σπίλος πρέπει να θεωρείται ο πολύ βαθυχρωματικός, που εντοπίζεται στις παλάμες και στα πέλματα, καθώς και ο σπίλος με μπλε, γκρίζες, κόκκινες ή λευκές περιοχές. Το μέγεθος, η απουσία ή η παρουσία τριχών είναι λιγότερο ενδεικτικά στοιχεία κακοήθειας ή ατυπίας.

Οι συγγενείς μελαχρωματικοί σπίλοι είναι δυνατόν να προκαλέσουν:

- Αισθητική δυσμορφία.
- Εμφάνιση μελανώματος.
- Νευροδερματική μελάνωση.

Η ακολουθητέα θεραπευτική αγωγή πρέπει να προσαρμόζεται τόσο για τον κάθε ασθενή όσο και για τον κάθε σπίλο, λαμβάνοντας υπ΄ όψιν:

1 Τον κίνδυνο ανάπτυξης μελανώματος.
2 Τον κίνδυνο ανάπτυξης νευροδερματικής μελάνωσης.
3 Κοσμητικές επιπτώσεις από την παραμονή του σπίλου.
4 Κοσμητικές επιπτώσεις από τις μετεγχειρητικές ουλές.
5 Ψυχοκοινωνικές διαταραχές που είναι δυνατόν να προκαλέσει η παραμονή του σπίλου.
6 Ψυχοκοινωνικές διαταραχές από τη συχνή μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Βεβαίως, χρειάζεται να εξηγηθεί στους ασθενείς ή στους γονείς τους ότι δεν είναι δυνατόν να προβλέψουμε ποιος από τους σπίλους θα εμφανίσει μελάνωμα, και εν πάση περιπτώσει οι περισσότεροι δεν θα εμφανίσουν μελάνωμα. Πλην όμως, αν και οι μεγάλοι, οι γιγάντιοι σπίλοι πρέπει να παρακολουθούνται διά βίου, έχει παρατηρηθεί ότι το μεγαλύτερο ρίσκο ανάπτυξης μελανώματος είναι πριν από την ήβη, ενώ για τους μικρούς είναι μετά την ήβη.

Οι θεραπευτικές δυνατότητες

Η απόφαση για θεραπευτική αγωγή ή για καμία αγωγή είναι πολλές φορές αντιφατική. Παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση αυτή είναι:

1 Το μέγεθος του σπίλου.
2 Η θέση του.
3 Η κλινική εικόνα του.
4 Η δυνατότητα παρακολούθησης και ελέγχου του σπίλου.
5 Η πιθανότητα εξαλλαγής του.

Εάν αποφασιστεί επιθετική θεραπευτική αγωγή,

θα πρέπει να έχει στόχο:

1 Την πρόληψη κακοήθους εξαλλαγής.
2 Το κατά το δυνατόν καλό κοσμητικό αποτέλεσμα.
3 Και βεβαίως το ικανοποιητικό λειτουργικό αποτέλεσμα.

Οι προτεινόμενες και εφαρμοζόμενες θεραπευτικές μέθοδοι είναι οι εξής:

- Ολικού πάχους αφαίρεση.
- Μερικού πάχους αφαίρεση.
- Dermabrasion.
- Curettage.
- Laser treatment.
- Χημική απολέπιση.

Προκειμένου να έχουμε ένα ικανοποιητικό αισθητικά αποτέλεσμα, πολλές φορές θα πρέπει να εφαρμόσουμε συνδυασμό των μεθόδων αυτών. Ο στόχος είναι να μειώσουμε την πιθανότητα εμφάνισης μελανώματος, γι΄ αυτό όλες οι θεραπείες στοχεύουν στη μείωση του αριθμού των μελανοκυττάρων και επομένως περιορίζουν την πιθανότητα εξαλλαγής (λιγότερα μελανοκύτταρα - λιγότερα κύτταρα που πιθανόν θα εξαλλαγούν). Με εξαίρεση την ολικού πάχους αφαίρεση, όλες οι άλλες μέθοδοι δεν είναι ικανοποιητικές, δηλαδή δεν προφυλάσσουν επαρκώς από την εμφάνιση μελανώματος, το οποίο εξορμάται είτε από τις βαθύτερες στοιβάδες της επιδερμίδας είτε από το χόριο και τον υποδόριο ιστό. Οι ασθενείς πρέπει να ξέρουν ότι δεν πρόκειται να απαλλαγούν εύκολα από τον σπίλο, διότι οι ουλές που θα σχηματιστούν από την αφαίρεσή του θα είναι το ίδιο ενοχλητικές, πλην όμως οι ασθενείς προτιμούν τις ουλές από τον σπίλο.

> Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να αποφεύγουν την ηλιακή ακτινοβολία και όσοι έχουν μεγάλους μελαχρωματικούς σπίλους χρειάζεται να παρακολουθούνται διά βίου, είτε αφαιρέθηκε ο σπίλος είτε όχι.

Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για τους μικρούς σπίλους, η χειρουργική αφαίρεση και η συρραφή του τραύματος είναι συνήθως αρκετές. Για τους μεγαλύτερους, η χειρουργική θεραπεία εξατομικεύεται και εξαρτάται από το μέγεθος, τη θέση και το βάθος.

Serial αφαίρεση, διατατήρες δέρματος (τα γνωστά μπαλονάκια), μοσχεύματα δέρματος, καλλιέργειες δέρματος - κερατινοκύτταρα, όλα έχουν θέση στη χειρουργική θεραπεία.

Το χημικό peeling με παράγωγα φαινόλης χρησιμοποιείται για ελαφρύτερου χρώματος σπίλους, πλην όμως θεωρούνται τοξικά για την καρδιά και τους νεφρούς και πρέπει να εφαρμόζονται με μεγάλη προσοχή.

Θεραπεία με laser, κυρίως ruby και αλεξανδρίτη, βελτιώνει την εμφάνιση, αλλά είναι επαναληπτική και η επανεμφάνιση του σπίλου είναι πιθανή. Χρησιμοποιούνται laser κυρίως για την υπερτρίχωση των σπίλων, η οποία είναι πολύ ενοχλητική.

Πρέπει να συζητηθούν όλοι οι εναλλακτικοί τρόποι θεραπείας (Dermabrasion, Curettage, Laser treatment, χημική απολέπιση). Η τελική όμως απόφαση, ως προς το εάν θα ακολουθηθεί συντηρητική θεραπευτική αγωγή ή χειρουργική θεραπεία, ανήκει στον ασθενή και ίσως στην οικογένειά του.

Εν πάση περιπτώσει, οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται διά βίου και να σημειώνουν τα πιθανά σημάδια εμφάνισης μελανώματος, όπως αλλαγές στο χρώμα, στο μέγεθος και στο σχήμα, καθώς και άλλα συμπτώματα όπως κνησμό κ.λπ., και να ενημερώνουν τον ιατρό τους.

Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να αποφεύγουν την ηλιακή ακτινοβολία και όσοι έχουν μεγάλους μελαχρωματικούς σπίλους χρειάζεται να παρακολουθούνται διά βίου, είτε αφαιρέθηκε ο σπίλος είτε όχι.

Τέλος, στους ασθενείς και στους γονείς τους θα πρέπει να εκτεθούν ο κίνδυνος ανάπτυξης μελανώματος καθώς επίσης και τα μετεγχειρητικά κοσμητικά αποτελέσματα, διότι πολλοί ασθενείς πιστεύουν ότι η πλαστική χειρουργική δεν αφήνει ουλές.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

StrAdMark

ΙΑΤΡΕΙΟ ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ

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

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

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

Επίσης διενεργείται:

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

Στο Ιατρείο αντιμετωπίζονται:

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

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

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

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

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

Κοιλιοκάκη
Ένα συχνό «άγνωστο» νόσημα

Η κοιλιοκάκη είναι βέβαια αρκετά συνηθισμένη, αλλά «αθόρυβη» πάθηση του εντέρου, η οποία πρέπει να αντιμετωπιστεί έγκαιρα για να μην προκαλέσει αρνητικότατες επιπτώσεις στον οργανισμό. Ιδίως στα παιδιά είναι σημαντικό να διαγνωστεί έγκαιρα, ενώ το μυστικό της αντιμετώπισής της είναι η διατροφή.

Η κοιλιοκάκη είναι μία χρόνια πάθηση του εντέρου, που εμφανίζεται σε άτομα με γενετική προδιάθεση μετά την κατανάλωση προϊόντων που περιέχουν γλουτένη.

Για πρώτη φορά τη νόσο περιέγραψε ο Έλληνας ιατρός Αρεταίος, ενώ κατά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο διαγνώστηκαν αρκετά περιστατικά στην Ευρώπη. Μέχρι πριν από λίγα χρόνια, η κοιλιοκάκη θεωρούνταν νόσος σπάνια στα παιδιά, με συχνότητα που υπολογιζόταν στο 1/4.000. Σήμερα, όμως, θεωρείται η πιο συχνή γενετικά προκαθορισμένη νόσος με συχνότητα 1/100 - 200 σε αρκετές χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής. Ακόμα μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου παρουσιάζουν συγκεκριμένες ομάδες ασθενών με άλλα νοσήματα, όπως τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα, σύνδρομο Down ή σύνδρομο Turner, καθώς και οι συγγενείς ασθενών με κοιλιοκάκη. Στην Ελλάδα δεν γνωρίζουμε ακριβώς την πραγματική συχνότητα, όμως υπολογίζεται ότι πρέπει να είναι αντίστοιχη με αυτήν της υπόλοιπης Ευρώπης.

Η γλουτένη βρίσκεται κυρίως στα δημητριακά, δηλαδή σε ό,τι παράγεται από σιτάρι, σίκαλη, κριθάρι. Η κοιλιοκάκη θεωρείται αυτοάνοση νόσος, στην οποία ο οργανισμός ύστερα από έκθεση στη γλουτένη ενεργοποιεί ανοσολογικούς μηχανισμούς οι οποίοι προκαλούν βλάβη στην επιφάνεια του λεπτού εντέρου, καταστρέφοντας τις λάχνες του και επηρεάζοντας τη σωστή απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών.

Συμπτώματα

Νεότερες εξελίξεις οδήγησαν στην κατανόηση της νόσου, η οποία καλύπτει φάσμα εκδηλώσεων κυρίως από το πεπτικό σύστημα, αλλά και εκδηλώσεις από άλλα συστήματα, ή, τέλος, είναι ασυμπτωματική.

Τα συμπτώματά της μπορεί να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε ηλικία μετά την ένταξη της γλουτένης στο διαιτολόγιο. Παρουσιάζει 2 χρονικές «αιχμές»:

- Παιδική ηλικία: 2 έτη.
- Στις μεγαλύτερες ηλικίες: 40 έτη.

Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία και στα παιδιά:

- Στα βρέφη παρατηρούνται υποτροπιάζοντα συμπτώματα από το γαστρεντερικό.
- Στις μεγαλύτερες ηλικίες τα συμπτώματα είναι άτυπα.

Μπορεί να υπάρχουν διαταραχές των κενώσεων, συχνότερα διαρροϊκές κενώσεις, σπανιότερα δυσκοιλιότητα, ανορεξία, απώλεια βάρους ή ανεπαρκής πρόσληψη βάρους, μετεωρισμός κοιλίας, μειωμένη σωματική ανάπτυξη, καθυστέρηση της ήβης, σιδηροπενική αναιμία, κοιλιακά άλγη, οστεοπενία, δερματίτιδα, διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας κ.ά.

Τελευταία όμως έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς με τα παραπάνω κλινικά συμπτώματα αποτελούν την κορυφή μόνο του παγόβουνου, διότι οι περισσότεροι που παρουσιάζουν κοιλιοκάκη είναι ασυμπτωματικοί και παραμένουν αδιάγνωστοι επί σειρά ετών, με αποτέλεσμα να έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές της (σιδηροπενική αναιμία, οστεοπόρωση, υπογονιμότητα, λέμφωμα του εντέρου κ.ά.).

Διάγνωση

Η υποψία της νόσου τίθεται μετά την ανίχνευση των ειδικών αντισωμάτων στον ορό του ασθενούς. Τα αντισώματα έναντι της τρανσγλουταμινάσης ιστού (tTG) και του ενδομυΐου (EMA) είναι πολύ ειδικά και ευαίσθητα για την ανίχνευσή της. Πρόσφατα έχουν αναπτυχθεί και νέες μέθοδοι, που αφορούν σε αντισώματα έναντι πεπτιδίων που παράγονται από απαμίνωση της γλοιαδίνης και αφορούν σε IgA και IgG αντισώματα (DGP test). Παρ΄ όλα αυτά, τα θετικά αντισώματα από μόνα τους δεν αρκούν για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της κοιλιοκάκης.

Η νόσος επιβεβαιώνεται με γαστροσκόπηση και με βιοψία του λεπτού εντέρου. Η εύρεση των χαρακτηριστικών αλλοιώσεων στον εντερικό βλεννογόνο και η κλινική ανταπόκριση του ασθενούς στη δίαιτα, συνοδευόμενη από την αρνητικοποίηση των ειδικών αντισωμάτων στον ορό και μόνο, θέτουν τη διάγνωση της κοιλιοκάκης.

Υπάρχει και γενετικός έλεγχος με μελέτη των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας. Τα αποτελέσματα για το HLA-DQ2/DQ8 χρησιμεύουν για να βοηθήσουν στη διάγνωση της νόσου σε αμφισβητούμενες περιπτώσεις.

Αντιμετώπιση

Η κοιλιοκάκη αντιμετωπίζεται με δίαιτα χωρίς γλουτένη εφ΄ όρου ζωής. Η τήρηση της δίαιτας φαίνεται πολύ δύσκολη αρχικά και χρειάζεται συνεργασία των ιατρών και των διαιτολόγων με την οικογένεια. Η δίαιτα περιλαμβάνει αποχή από τροφές που προέρχονται από τα σιτηρά, τη σίκαλη, το κριθάρι και τη βρώμη.

Υπάρχουν όμως σημαντικές πρακτικές δυσκολίες στην εφαρμογή της, καθότι η γλουτένη είναι

Γιώτα Καφρίτσα
Διευθύντρια Γαστρεντερολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων

πολύ διαδεδομένο συστατικό της δίαιτας, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολη η εφαρμογή της χωρίς γλουτένη, ιδιαίτερα όταν αυτή θα πρέπει να περιλάβει βιομηχανικά τυποποιημένες τροφές ή να καλύψει ανάγκες μεγαλύτερων παιδιών και εφήβων, που περνούν πολλές ώρες μακριά από το σπίτι.

Οι περισσότεροι ασθενείς με κοιλιοκάκη είναι ασυμπτωματικοί και παραμένουν αδιάγνωστοι επί σειρά ετών, με αποτέλεσμα να έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές της νόσου.

Η γλουτένη είναι συστατικό πολύ κοινό σε τυποποιημένα τρόφιμα. Επιπλέον, είναι δυνατόν να «επιμολύνει» την τροφή σε οποιαδήποτε φάση της παρασκευής της. **Μόνο η αναγραφή στην ετικέτα της συσκευασίας ότι το προϊόν είναι ελεύθερο γλουτένης εξασφαλίζει τον ασθενή.**

- Ενδεικτικά, απαγορεύονται τα προϊόντα που περιέχουν αλεύρι (ψωμί, φρυγανιές, μπισκότα, πίτσες, πίτες, γλυκά κ.ά.), τα ζυμαρικά, κάποια αλλαντικά, πολλά κονσερβοποιημένα προϊόντα, μερικά έτοιμα ροφήματα και κάποια από τα αλκοολούχα ποτά.
- Επιτρέπονται όλα τα φρούτα, τα λαχανικά, τα φρέσκα κρέατα, ψάρια, πουλερικά, το γάλα και τα προϊόντα του, το καλαμπόκι, το ρύζι, το λάδι.

Στη διάθεση των ασθενών με κοιλιοκάκη υπάρχουν επίσης ειδικά προϊόντα ελεύθερα γλουτένης στα φαρμακεία. Η κλινική ανταπόκριση του ασθενούς στη δίαιτα είναι άμεση και τα κλινικά συμπτώματα υποχωρούν σε μερικές εβδομάδες, ενώ ο βλεννογόνος του εντέρου επανέρχεται στο φυσιολογικό μέσα σε 6 - 12 μήνες. Το σωματικό βάρος επανέρχεται και αυτό στο φυσιολογικό. Και το ίδιο ισχύει και με το ύψος, εφόσον η νόσος διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα πριν από την εφηβεία. Η δίαιτα χωρίς γλουτένη πρέπει να είναι αυστηρή και μόνιμη.

Μελλοντικές κατευθύνσεις υπάρχουν στην έρευνα και αφορούν στην ενζυμική θεραπεία με βακτηριακές ενδοπεπτιδάσες, φάρμακα όπως ανοσοτροποποιητές για την καταστολή της τρανσγλουταμινάσης. Επίσης, ελπιδοφόρα μπορεί να είναι και η εφαρμογή της βιοτεχνολογίας στην αγροκαλλιέργεια.

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι ο μητρικός θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη κοιλιοκάκης και ιδιαίτερα εάν τα σιτηρά εισαχθούν στο διαιτολόγιο του βρέφους κατά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, κατά τον 6ο μήνα και όχι νωρίτερα από τους 5 ή αργότερα από τους 7 πρώτους μήνες της ζωής. Παράλληλα, έχει βρεθεί ότι στη μείωση της κοιλιοκάκης βοηθά και η πρόληψη των γαστρεντερικών λοιμώξεων στη βρεφική ηλικία.

Χρειάζεται ευαισθητοποίηση τόσο των ιατρών όσο και της κοινωνίας για την πρώιμη ανίχνευση των ατόμων που πάσχουν από τη συγκεκριμένη νόσο.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Χρειάζεται σωστή ιατρική παρακολούθηση του ασθενούς κάθε 6 - 12 μήνες με:

1 Κλινική εξέταση και καταγραφή της ανάπτυξης του παιδιού.

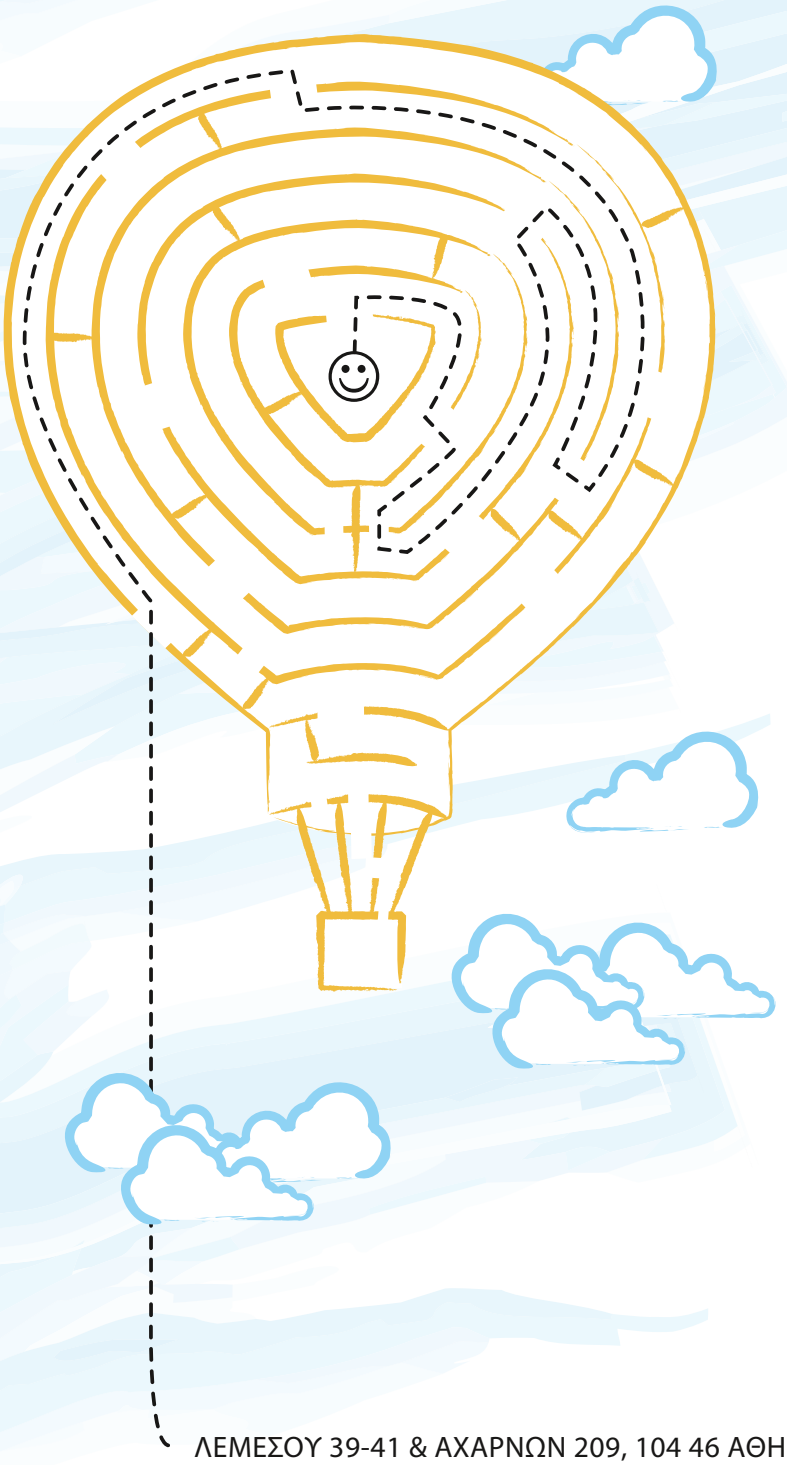
2 Παρακολούθηση με έλεγχο των ειδικών αντισωμάτων για επιβεβαίωση και εξασφάλιση συμμόρφωσης στη δίαιτα.

3 Έλεγχος για τυχόν ανάπτυξη αυτοάνοσων νοσημάτων σχετιζόμενων με την κοιλιοκάκη ή άλλων επιπλοκών που σχετίζονται με διατροφικά ελλείμματα, όπως η οστεοπόρωση.

Συχνά οι ασθενείς δεν συμμορφώνονται στη δίαιτα χωρίς γλουτένη. Η καθυστερημένη διάγνωση, η αδιαφορία και η άγνοια, εξαιτίας της οποίας τα άτομα καταναλώνουν τρόφιμα με προσμίξεις χωρίς να το θέλουν, και τέλος η αντικειμενική δυσκολία της εφαρμογής συγκεκριμένου διαιτολογίου είναι τα κυριότερα αίτια.

Η μη συμμόρφωση, όμως, προκαλεί βλάβες στον βλεννογόνο του εντέρου, με άμεσο αποτέλεσμα τη μείωση της επιφάνειας απορρόφησης θρεπτικών συστατικών. Τα κοινότερα προβλήματα που προκύπτουν είναι η οστεοπενία και η σιδηροπενία, ενώ στα παιδιά παρουσιάζεται καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι στα άτομα που δεν ακολουθούν τη δίαιτα είναι αυξημένος ο κίνδυνος εμφάνισης αυτοάνοσων νοσημάτων ή/και κακοήθειας, όπως το λέμφωμα του εντέρου.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!



Τμήμα Διάγνωσης και Θεραπευτικής Αντιμετώπισης των Διαταραχών του Γαστρεντερικού Συστήματος

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

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

ΛΕΜΕΣΟΥ 39-41 & ΑΧΑΡΝΩΝ 209, 104 46 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛ.: 210 86 91 900, FAX: 210 86 91 950
Για περισσότερες πληροφορίες για το Γαστρεντερολογικό Τμήμα,
απευθυνθείτε στα τηλέφωνα **210 86 91 956** (9:00-15:00) & **210 86 91 911** (15:00-21:00)
www.euroclinic.gr • e-mail: mkt@euroclinic.gr

Οξεία βρογχιολίτις
Χρήση - κατάχρηση κορτικοειδών

Η οξεία βρογχιολίτις (ΟΒ) είναι η συχνότερη λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού σε παιδιά ηλικίας μέχρι 2 ετών. Η θεραπεία της διαφοροποιείται ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου, ενώ ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται η χορήγηση κορτικοειδών φαρμάκων.

Αικατερίνη Αγραφιώτη
Παιδίατρος,
Ευρωκλινική Παίδων

Η οξεία βρογχιολίτις (ΟΒ) είναι η συχνότερη λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού σε παιδιά ηλικίας μέχρι 2 ετών. Τα αίτιά της είναι ιοί, με κύριο (64% των περιστατικών) τον αναπνευστικό συγκυτιακό (RSV), από τον Οκτώβριο έως τον Ιούνιο με κορύφωση την περίοδο Ιανουαρίου - Μαρτίου, οι ρινοϊοί (RV 16%), ο ανθρώπινος μεταπνευμονοϊός (hMPV 9%) τον χειμώνα και την άνοιξη, ο ιός της γρίπης Α και Β και οι αδενοϊοί.

Η κύρια παθοφυσιολογική διαταραχή στην ΟΒ είναι η απόφραξη των κατώτερων αεραγωγών. Η οξεία φλεγμονή στους βρόγχους και στα βρογχιόλια έχει ως συνέπεια το οίδημα και τη νέκρωση των επιθηλιακών κυττάρων, την αυξημένη έκκριση βλέννης, τη διήθηση του τοιχώματος των αεραγωγών από φλεγμονώδη κύτταρα και, τέλος, τον βρογχόσπασμο.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει συμπτώματα από το ανώτερο αναπνευστικό (ρινική συμφόρηση, οξεία μέση ωτίτιδα), ενώ η απόφραξη των περιφερικών αεραγωγών εκδηλώνεται με βήχα, ταχύπνοια, συριγμό, εισολκές. Σπάνια παρατηρείται επιπεφυκίτιδα ή εξάνθημα, ενώ στα βρέφη κάτω των 6 - 8 εβδομάδων, κυρίως στα πρόωρα, μοναδική εκδήλωση μπορεί να είναι οι άπνοιες.

Τα ευρήματα από την ακρόαση των πνευμόνων θυμίζουν πνευμονία (εισπνευστικοί τρίζοντες) και ασθματικό παροξυσμό (εκπνευστικοί συρρίττοντες). Τα παραπάνω έχουν γίνει σημείο ερευνών όσον αφορά στην αντιμετώπιση της ΟΒ.

Η αντιμετώπιση

Η ΟΒ είναι αυτοπεριοριζόμενη νόσος. Η χρήση υγροποιημένου O_2 όταν υπάρχει υποξαιμία είναι ο μόνος θεραπευτικός χειρισμός που αποδεδειγμένα βελτιώνει την κλινική εικόνα. Από τα συμπαθομιμητικά βρογχοδιασταλτικά, η εισπνεόμενη αδρεναλίνη είναι το επόμενο φάρμακο με καλά αποτελέσματα, ενώ είναι αμφιλεγόμενα τα αποτελέσματα από τη χορήγηση εισπνεόμενης σαλβουταμόλης. **Η χορήγηση κορτικοειδών δεν συνιστάται ως αποτελεσματική θεραπεία σε όλες τις περιπτώσεις ΟΒ.**

Προβληματισμοί υπάρχουν για το αν η κλινική βαρύτητα της νόσου τροποποιείται από τη χορήγηση κορτικοειδών για τους παρακάτω λόγους:

1. Η ΟΒ μιμείται ως κλινική εικόνα τον ασθματικό παροξυσμό παιδιών με βρογχικό άσθμα (ΒΑ).
2. Υπάρχει περίπτωση να αποτελεί την πρώτη εκδήλωση ΒΑ εφόσον:
   - 50% - 80% των παιδιών με βρογχικό άσθμα εμφανίζει τα πρώτα συμπτώματα στην προσχολική ηλικία.
   - Οι ιογενείς λοιμώξεις είναι η συχνότερη αιτία εξάρσεων του ΒΑ στα ασθματικά παιδιά.
3. Μετά το πρώτο επεισόδιο βρογχιολίτιδας πολλά βρέφη παρουσιάζουν υποτροπιάζοντα επεισόδια συριγμού.

Δημοσιευμένες μελέτες καταλήγουν στο ότι η χορήγηση κορτικοειδών σε οποιαδήποτε μορφή (εισπνεόμενα, από του στόματος ή συστηματικά χορηγούμενα) δεν επηρεάζει την κλινική εικόνα, ούτε τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών με ΟΒ. Ο λόγος είναι ότι κυρίως ο RSV και ο RV προκαλούν απώλεια της κινητικότητας των κροσσών των κυττάρων του βρογχικού επιθηλίου και τελικά νέκρωσή τους. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία του ασθενούς τόσο

σοβαρότερη είναι η βλάβη στο αναπνευστικό επιθήλιο, ίσως γι' αυτό είναι φτωχή και η ανταπόκριση στα κορτικοειδή.

Ενδεδειγμένες περιπτώσεις

1 Έχει αποδειχθεί γενετική προδιάθεση στα άτομα που θα παρουσιάσουν ΟΒ ειδικά από RSV (αυξημένη μεταγραφή της IL-8 και του υποδοχέα χημειοκίνης CCRS).

2 Άτομα με συγγενείς μικρότερους αεραγωγούς και άρα με προδιάθεση για βρογχικό άσθμα παρουσιάζουν πιο εύκολα απόφραξή τους.

3 Οι ατοπικοί παρουσιάζουν σχετική αδυναμία στο να ξεπερνούν εύκολα μια ιογενή λοίμωξη (λιγότερη IFN-γ).

4 Στην ήπια - μέτρια λοίμωξη οι ιοί προκαλούν παραγωγή κυττοκινών ή χημειοκινών υπεύθυνων για Th1 κατεύθυνση της φλεγμονής. Στη σοβαρή λοίμωξη παρατηρούνται μειωμένη IL-12 (Th1-απάντηση) και στροφή προς Th-2 απάντηση.

Ίσως τα παραπάνω ερμηνεύουν σε έναν βαθμό την ανάγκη χρήσης κορτικοειδών στη σοβαρή ΟΒ και σε επικείμενη αναπνευστική ανεπάρκεια.

Βρέφη που παρουσιάζουν επανειλημμένα επεισόδια συριγμού μετά το πρώτο επεισόδιο αντιμετωπίζονται με βάση τις Διεθνείς Ομοφωνίες, όπως και παιδιά προσχολικής ηλικίας τίθενται σε προφυλακτική αγωγή για ΒΑ (χρήση εισπνεόμενων κορτικοειδών) σύμφωνα με τα κριτήρια της Tuscon.

Συμπερασματικά, η χορήγηση κορτικοειδών στην ΟΒ συζητείται σε βρέφη με πρώτο επεισόδιο συριγμού και σοβαρή κλινική εικόνα. Επίσης, χορηγούνται ως προφυλακτική αγωγή σε επανειλημμένα επεισόδια σύμφωνα με τις Διεθνείς Ομοφωνίες.

Η εξέλιξη του λόγου **και της ομιλίας του παιδιού σας**

Από τη γέννησή του κιόλας, το παιδί αντιδρά στους ήχους και προσπαθεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του, ενώ σιγά-σιγά καταφέρνει να σχηματίσει και τις πρώτες του λεξούλες. Κάθε παιδί, όμως, έχει τον δικό του τρόπο να μαθαίνει να μιλά, ενώ είναι σημαντικό οι γονείς να εντοπίζουν έγκαιρα πιθανά προβλήματα που το δυσκολεύουν.

Δήμητρα Ντινοπούλου
Ωτορινολαρυγγολόγος,
Ευρωκλινική Παίδων

Το μωρό σας αντιδρά στους ήχους του περιβάλλοντός του από την πρώτη στιγμή της γέννησής του. Η δική σας επικοινωνία με το μωρό είναι το πιο σημαντικό σημείο για τη σωστή ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας του. Μη διστάζετε, λοιπόν, να του μιλάτε, καθώς ήδη από τη γέννηση το μωρό σας θα σας απαντά. Τα βρέφη αρχικά παράγουν ήχους (α-α-α, γ-γ-γ) και μετά «μπαμπαλίζουν». Στους 6 - 9 μήνες αρχίζουν να παράγουν επαναλαμβανόμενες συλλαβές, που μοιάζουν πιο πολύ με ομιλία, και οι γονείς ακούνε το μα-μά ή το μπα-μπά, αν και τα μωρά είναι έτοιμα να παράγουν τις πρώτες τους 2 - 3 λέξεις, όχι υποχρεωτικά καθαρά, από 9 - 12 μηνών. Ας δούμε όμως λίγο πιο συστηματοποιημένα τα διάφορα στάδια της γλωσσικής ανάπτυξης και της κατανόησης του λόγου από τα μωρά:

- **Γέννηση:** Σας παρακολουθεί όταν μιλάτε και τρομάζει - ξυπνάει με τους δυνατούς θορύβους. Κάνει α-α-α, γ-γ-γ.
- **3 μηνών:** Προσπαθεί να εντοπίσει την πηγή του ήχου, διακόπτει μια δραστηριότητα όταν ακούει έναν ήχο, ενώ αναγνωρίζει τη φωνή της μητέρας του. Το κλάμα διαφέρει ανάλογα με τις ανάγκες του. Επαναλαμβάνει κάποιους ήχους.
- **6 μηνών:** Ανταποκρίνεται στο «ναι»

και στο «όχι», παρατηρεί τις πηγές του ήχου (λ.χ. το πλυντήριο, τη φωνή του σκύλου), ενώ παράγει ήχους με μουσική απήχηση και προσπαθεί να πει διαφορετικούς ήχους (π, μ, μπ).

- **9 - 12 μηνών:** Αρχίζει να κατανοεί απλές εντολές όπως «έλα εδώ» και προσέχει όταν ακούει συζητήσεις, ενώ αναγνωρίζει τα ονόματα κοινών αντικειμένων όπως ποτήρι, παπούτσι. Λέει δύο ή τρεις λέξεις, όχι υποχρεωτικά καθαρά, και χρησιμοποιεί ήχους για να τραβήξει την προσοχή των γύρω του.
- **18 - 24 μηνών:** Δείχνει τις εικόνες σε ένα βιβλίο όταν του διαβάζετε, δείχνει μέρη του σώματος, υπακούει σε πιο σύνθετες εντολές («βάλε την μπάλα στο τραπέζι»), βάζει μαζί δύο ή τρεις λέξεις, αρχίζει να ρωτάει χρησιμοποιώντας δύο ή τρεις λέξεις.
- **30 μηνών έως 4 ετών:** Κατανοεί εύκολα κάποια ομιλία, αναγνωρίζει τρία - τέσσερα χρώματα, παρακολουθεί τηλεόραση στην ίδια ένταση με τα άλλα άτομα της οικογένειας, ξεχωρίζει σωστά τους διαφορετικούς ήχους, όπως το κουδούνι της πόρτας ή το γάβγισμα του σκύλου. Λέει το όνομά του και την ηλικία του, σχηματίζει προτάσεις δύο ή τριών λέξεων, κάνει ερωτήσεις με τις λέξεις «γιατί» και «τι», λέει αντικείμενα με το όνομά τους. Προφέρει σωστά όλα τα σύμφωνα εκτός από το ρο, το σίγμα και το λάμδα και λέει λέξεις στον πληθυντικό.

Κάθε παιδί έχει τον δικό του ρυθμό ανάπτυξης. Μπορεί ένα συνομήλικο παιδί να προφέρει λεξούλες, ενώ το δικό σας ακόμη όχι. Οι λόγοι για τους οποίους κάποια παιδιά καθυστερούν είναι συνήθως οι εξής: δεν αισθάνονται την ανάγκη να το κάνουν καθώς οι γονείς ανταποκρίνονται σε όλα όσα χρειάζονται, δίγλωσσο περιβάλλον, θέμα φύλου (μια και τα αγόρια καθυστερούν σε σχέση με τα κορίτσια), δευτερότοκο παιδί με γονείς απασχολημένους με υποχρεώσεις και άλλες ανάγκες. Παρατηρούνται, όμως, και περιπτώσεις όπου υπάρχει αδιάγνωστη βαρηκοΐα, λόγω είτε υποτροπιαζουσών λοιμώξεων των αφτιών είτε πάθησης στο εσωτερικό αφτί (στον κοχλία ή στο ακουστικό νεύρο).

Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ

Σήμερα, στα περισσότερα ιδιωτικά κυρίως μαιευτήρια της Αθήνας εφαρμόζονται προγράμματα πρώιμου ελέγχου της βαρηκοΐας. Ακόμη, όμως, κι αν το παιδί σας έχει περάσει με επιτυχία ένα τέτοιο πρόγραμμα, αν υποπτεύεστε ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα, πρέπει να αναζητήσετε βοήθεια από ειδικούς παιδοωτορινολαρυγγολόγους.

Κανένα παιδί δεν είναι τόσο μικρό που να μην μπορεί να ελεγχθεί. Ίσως ο ειδικός ιατρός να σας προβληματίζει, καθώς μπορεί να σας ενημερώσει ότι ο έλεγχος της ακοής του παιδιού σας θα πρέπει να γίνει όταν αυτό κοιμάται. Οι ηλεκτροφυσιολογικές μέθοδοι τις οποίες χρησιμοποιεί το σύγχρονο ακουολογικό εργαστήριο έχουν μεγάλη αξιοπιστία και παρακάμπτουν την αδυναμία συνεργασίας του μικρού παιδιού.

Η πρώιμη διάγνωση της βαρηκοΐας και η σωστή αποκατάστασή της θα προλάβουν τις δυσάρεστες επιπτώσεις της στη μάθηση, στην κοινωνικοποίηση και στη μελλοντική φυσιολογική ενήλικη ζωή του μικρού σας θησαυρού. Μην καθυστερείτε, γιατί η αργοπορία στη διάγνωση έχει ως αποτέλεσμα να χάνεται πολύτιμος χρόνος και οι καταστρεπτικές συνέπειες της βαρηκοΐας να μην μπορούν να αρθούν.

Ακτινογραφία
Πότε είναι απαραίτητη στο παιδί

Τα παιδιά είναι δέκα φορές πιο ευαίσθητα στην ακτινοβολία απ΄ ό,τι οι ενήλικοι, άρα είναι αναγκαίο να καταφεύγουμε στην ακτινογραφία μόνο όταν είναι απολύτως απαραίτητο, πολύ περισσότερο αφού για διάφορες παθήσεις υπάρχει δυνατότητα εναλλακτικών εξετάσεων. Επίσης, απολύτως απαραίτητη είναι και η συνεργασία του θεράποντος ιατρού με ακτινολόγο.

Μαρία Κατσικάρη
Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος
Ευρωκλινικής Παίδων

Γνωρίζουμε ότι σε καθημερινή βάση ερχόμαστε σε επαφή με πολλών ειδών ακτινοβολίες. Την ηλιακή με το υπεριώδες ζημιογόνο φάσμα της, την κοσμική, την ενδογενή από έκλυση ραδονίου και, τέλος, την ακτινοβολία που προκύπτει από την αλματώδη ανάπτυξη της τεχνολογίας, όπως την ηλεκτρομαγνητική, τα μικροκύματα, τη ραδιενέργεια. Τα παιδιά, λόγω της μικρής μάζας τους και της παρουσίας μεγάλου αριθμού ανώριμων κυττάρων σε ανάπτυξη, είναι δέκα φορές πιο ευαίσθητα στην ίδια δόση ακτινοβολίας συγκριτικά με έναν ενήλικα. Η δόση της ακτινοβολίας στην οποία εκτίθεται κάθε φορά ο οργανισμός είναι αθροιστική.

Ενδεικτικά:

- Σε μία ακτινογραφία θώρακος η δόση που παίρνει ο οργανισμός είναι 0,02mSv, που ισοδυναμεί με έκθεση 2 ημέρες στην κοσμική ακτινοβολία.
- Στην ακτινογραφία κρανίου η δόση είναι 0,03mSv, που ισοδυναμεί με έκθεση 3 ημέρες στην κοσμική ακτινοβολία.
- Στην αξονική τομογραφία άνω - κάτω κοιλίας η δόση είναι 22mSv, που ισοδυναμεί με 2.677 ημέρες, ήτοι 7,3 έτη έκθεσης στη κοσμική ακτινοβολία.

Είμαστε υποχρεωμένοι, λοιπόν, τόσο οι γονείς όσο και εμείς οι ιατροί να προφυλάσσουμε τα παιδιά από την αναίτια έκθεση στην ακτινοβολία. **Να επιτρέπουμε την εκτέλεση των ακτινογραφιών όταν είναι αναγκαίο και εφόσον η κλινική εξέταση γίνεται λεπτομερώς από τον ειδικό θεράποντα ιατρό.** Άλλωστε, σε πολλές περιπτώσεις το υπερηχογράφημα αντικαθιστά τον ακτινολογικό έλεγχο.

Οι περιπτώσεις

- Η ακτινογραφία κρανίου δεν είναι απαραίτητη σε κάθε κάκωση της κεφαλής, αλλά όταν η κλινική εξέταση από τον χειρουργό ή τον νευροχειρουργό το επιβάλλει. Θα συνεχίσουμε τον έλεγχο με αξονική τομογραφία όταν το θεωρεί αναγκαίο ο θεράπων ιατρός. Το υπερηχογράφημα εγκεφάλου στα νεογνά και στα βρέφη θα βοηθήσει σε αρκετές περιπτώσεις να αποκλείσουμε βλάβες από τον εγκέφαλο (αιματώματα), αποφεύγοντας έτσι την έκθεση στην ακτινοβολία.
- Παρόμοια αντιμετώπιση χρειάζεται να έχουμε και στις κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος, οπότε οι αντίστοιχες ακτινογραφίες θα πρέπει να εκτελούνται μετά την ανάλογη υπόδειξη του θεράποντος ορθοπεδικού.
- Η ακτινογραφία θώρακος θα πρέπει να εκτελείται μόνο εφόσον υπάρχουν ευρήματα στην κλινική εξέταση του αναπνευστικού συστήματος. Στα παιδιά εκτελείται αρχικώς μόνο η προσθιοπίσθια λήψη (σε αντίθεση με τους ενήλικες, στους οποίους γίνονται μαζί η οπισθοπρόσθια και η πλάγια λήψη).
- Σε υποψία πνευμονίας, η ακτινογραφία θώρακος θα πρέπει να γίνεται μετά το πρώτο 24ωρο πυρετού, για να αυξηθούν οι πιθανότητες να υπάρχουν ακτινολογικά ευρήματα. Η επανάληψη της ακτινογραφίας θώρακος ενδείκνυται μόνο όταν δεν υποχωρούν τα συμπτώματα. Το

Τόσο οι γονείς όσο και οι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να προφυλάσσουν τα παιδιά από την αναίτια έκθεση στην ακτινοβολία.

υπερηχογράφημα θα συμβάλει στην ανάδειξη τυχόν υπεζωκοτικής συλλογής (υγρού που περιβάλλει τον πνεύμονα), η οποία συχνά συνοδεύει τις πνευμονίες, και στην παρακολούθηση της μετέπειτα εξέλιξής της.

- Η διερεύνηση παθήσεων από το πεπτικό σύστημα απαιτεί ακτινολογικό έλεγχο όταν υπάρχουν σοβαρές υποψίες συγγενών ανωμαλιών από τον οισοφάγο, τον στόμαχο και το έντερο, οι οποίες εκδηλώνονται στα νεογνά, στα βρέφη και στα παιδιά με εμέτους ή δυσκοιλιότητα.
- Για τη διάγνωση παθήσεων από το ουροποιητικό σύστημα η εφαρμογή του υπερηχογραφήματος έχει σημαντικά περιορίσει τον ακτινολογικό έλεγχο. Είναι αναγκαία όμως η ακτινογραφία για να αναδείξουμε την κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση και άλλες συγγενείς ανωμαλίες του ουροποιητικού συστήματος.

Σεβόμενοι τα όρια της ακτινοπροστασίας και την αναγκαιότητα των ακτινολογικών εξετάσεων κατά περίσταση, οι κλινικοί ιατροί σε συνεργασία με τους ακτινολόγους προτείνουν τις κατάλληλες μεθόδους. Αυτό χρειάζεται να λαμβάνεται υπόψη από τους γονείς - συνοδούς, οι οποίοι για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία πρέπει να απευθύνονται στους ειδικούς.

Εκκριτική ωτίτιδα
Μία συνηθισμένη, «σιωπηλή» πάθηση

Η εκκριτική ωτίτιδα είναι μία συχνή νόσος στην παιδική και στην προσχολική ηλικία και οφείλεται στη συλλογή άσηπτου υγρού στην κοιλότητα του μέσου ωτός. Η αντιμετώπισή της ποικίλλει ανάλογα με το χρονικό διάστημα παρουσίας του υγρού στο αφτί, καθώς και με την ηλικία του παιδιού.

Ιωάννης Χριστόπουλος
Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

Εκκριτική ωτίτιδα (υγρό στο μέσο αφτί) είναι η συλλογή άσηπτου υγρού στην κοιλότητα του μέσου ωτός (ο χώρος πίσω από το τύμπανο). Ο λόγος για τον οποίο το υγρό αυτό συσσωρεύεται στο αφτί είναι η απόφραξη της ευσταχιανής σάλπιγγας (είναι μία οπή μέσω της οποίας το αφτί επικοινωνεί με το πίσω μέρος της μύτης, εκεί όπου βρίσκονται τα κρεατάκια). Είναι μία πολύ συχνή νόσος, ιδίως στην παιδική και στην προσχολική ηλικία.

Οι βασικές αιτίες για την εκκριτική ωτίτιδα είναι:

- Υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος (ρινίτιδες, λοιμώξεις από τα κρεατάκια, αμυγδαλίτιδες).
- Υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων (κρεατάκια).
- Ανατομικοί λόγοι λόγω της μικρής ηλικίας του παιδιού.
- Υποτροπιάζουσες οξείες ωτίτιδες (μικροβιακές ή ιογενείς).
- Αλλεργική ρινίτιδα (σπανιότερα).

Συμπτώματα

Τα συμπτώματα της εκκριτικής ωτίτιδας σχετίζονται με την ηλικία του παιδιού:

- Μέχρι την ηλικία των 3 ετών περίπου, η πάθηση μπορεί να μην έχει ιδιαίτερα συμπτώματα. Συνήθως τα παιδιά τραβούν τα αφτιά τους γιατί τα αισθάνονται βουλωμένα. Σπανίως προκαλεί ανησυχία ή/και πόνο (με μορφή σουβλιάς που διαρκεί λίγα λεπτά) και ποτέ πυρετό, εκτός αν συνδυάζεται με λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος. Συνήθως αποτελεί τυχαίο εύρημα σε μια προγραμματισμένη παιδιατρική επίσκεψη.
- Σε μεγαλύτερα παιδιά (όπου και υπάρχει καλύτερη επικοινωνία με τους γονείς ή το σχολείο) το πιο σταθερό εύρημα είναι η βαρηκοΐα (μερική απώλεια ακοής) και το αίσθημα πληρότητας (βούλωμα) που προκαλεί στο αφτί. Η βαρηκοΐα γίνεται εύκολα αντιληπτή γιατί το παιδί ζητάει να του επαναλάβουν τι του είπαν, ρωτάει συνέχεια «τι;» και «ε;», βάζει πιο δυνατά την τηλεόραση και τη μουσική. Αυτό μπερδεύει αρκετά τους γονείς, που νομίζουν ότι το παιδί αδιαφορεί, αλλά στην πραγματικότητα δεν τους ακούει καλά. Πρέπει να σημειωθεί ότι η βαρηκοΐα αυτή είναι μετρίου βαθμού και είναι πλήρως ανατάξιμη σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις, μόλις επανέλθουν στη φυσιολογική κατάσταση τα αφτιά.

Τέλος, σπανίως η εκκριτική ωτίτιδα μπορεί να προκαλεί πόνο, ο οποίος είναι παροδικός και τις περισσότερες φορές εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση ποικίλλει ανάλογα με το χρονικό διάστημα παρουσίας του υγρού στο αφτί, καθώς και με την ηλικία του παιδιού.

Οι ρινοπλύσεις με φυσιολογικό ορό (με σωστό τρόπο, το κεφάλι πρέπει να είναι σε όρθια θέση και λίγο σκυμμένο προς τα μπροστά) πρέπει να αποτελούν την καθημερινή περιποίηση της μύτης έτσι ώστε να μην παραμένουν μύξες.

Αν το παιδί έχει πυώδη ρινίτιδα (πηχτές κίτρινες ή/και πράσινες μύξες), τότε συνιστώνται τοπικές αντισηπτικές ή/και αντιβιοτικές σταγόνες στη μύτη. Η αναμονή και η επανεκτίμηση από τον παιδίατρο ή τον παιδο-ΩΡΛ τις περισσότερες φορές αρκούν για τη θεραπεία της νόσου.

Η χρήση τοπικών ρινικών σπρέι είναι μία σημαντική επιλογή σε παιδιά που έχουν υγρό στο αφτί περισσότερους από 2 μήνες. Σημαντικό είναι να αποφεύγεται η άσκοπη χρήση φαρμάκων, ιδιαιτέρα των αντιβιοτικών και των αντισταμινικών, εκτός αν υπάρχει απόλυτη ένδειξη για να χορηγηθούν. Αν, για παράδειγμα, η εκκριτική ωτίτιδα είναι αποτέλεσμα αλλεργικής ρινίτιδας, τότε χρειάζεται να χορηγούνται αντισταμινικά, αλλιώς θα πρέπει να αποφεύγονται. Επίσης, αν συνυπάρχει μικροβιακή λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος, θα πρέπει να χορηγούνται αντιβιοτικά για τη λοίμωξη και όχι για το υγρό στο αφτί.

Τα βλεννολυτικά, τα αποσυμφορητικά και τα νεότερα αντιφλεγμονώδη έχουν θέση στη θεραπεία της νόσου ανάλογα με την εκτίμηση του θεράποντος ιατρού.

Τέλος, η χορήγηση κορτιζόνης από το στόμα για μακροχρόνιες περιπτώσεις (συνεχόμενη παρουσία υγρού άνω των 3 - 4 μηνών) θα πρέπει να είναι η τελευταία θεραπευτική αγωγή πριν από τη χειρουργική αντιμετώπιση. Σημαντική θέση στη θεραπευτική αγωγή κατέχουν οι αναπνευστικές ασκήσεις. **Το μάσημα τσίχλας** (χωρίς ζάχαρη, προς αποφυγή οδοντικών προβλημάτων), **το φούσκωμα μπαλονιών, η χρήση μιας ειδικής συσκευής** (μπαλόνι που φουσκώνεται με τη μύτη) **και η εξίσωση** (για τα μεγαλύτερα παιδιά) **αρκούν σε αρκετές περιπτώσεις για τη θεραπεία της νόσου.**

Οι φαρμακευτικές αγωγές στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων είναι αρκετές για την πλήρη ίαση της εκκριτικής ωτίτιδας. Σπανίως το υγρό παραμένει παρά τις θεραπείες, οπότε και η χειρουργική αφαίρεση του υγρού κρίνεται απαραίτητη (δεν συνιστάται χειρουργική παρέμβαση σε περιπτώσεις όπου το υγρό βρίσκεται στο αφτί για λιγότερο από 5 - 6 μήνες, εκτός αν συνυπάρχει άλλη ένδειξη χειρουργείου, όπως η υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων).

Οι επεμβάσεις που συνήθως γίνονται είναι η μυριγγοτομή (παρακέντηση του τυμπάνου και αναρρόφηση του υγρού) με ή χωρίς τοποθέτηση σωληνίσκων αερισμού (καλό είναι να αποφεύγονται όποτε είναι δυνατό), η αδενοτομή (αφαίρεση των αδενοειδών εκβλαστήσεων) και σπάνια η αμυγδαλεκτομή.

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι επεμβάσεις θα πρέπει να αποφεύγονται προ του καλοκαιριού (αν αυτό είναι εφικτό), γιατί οι λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος είναι πολύ ελαττωμένες. Επίσης, τα μπάνια στη θάλασσα (με το κεφάλι μέσα στο νερό) βοηθούν στη θεραπεία της νόσου.

Η αναμονή και η καθησύχαση του γονιού για την υγεία του παιδιού τις περισσότερες φορές αποφέρουν τα καλύτερα αποτελέσματα στην ίαση της νόσου.

Αιματολογικές εξετάσεις
Όλα όσα πρέπει να γνωρίζουν οι γονείς για τον έλεγχο της υγείας του παιδιού τους

Ο αιματολογικός έλεγχος του παιδιού ξεκινά με τη γέννησή του και πρέπει να γίνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, για να εξετάζονται συγκεκριμένοι παράγοντες. Έτσι, ο παιδίατρος θα μπορεί να αξιολογεί την πρόοδο και την υγεία του παιδιού.

Γενοβέφα Χρονοπούλου
Διευθύντρια
Διαγνωστικών
Εργαστηρίων
Ομίλου Ευρωκλινικής

Η ανάγκη για αιματολογικές εξετάσεις στα παιδιά υπαγορεύεται πάντα από την κλινική κατάστασή τους, την οποία εκτιμά ο παιδίατρος, και από τις ιδιαιτερότητες που μπορεί να έχει κάθε οργανισμός. Συνήθως, μετά τη γέννηση του βρέφους και κατά την παραμονή του στο μαιευτήριο, γίνεται η πρώτη αιμοληψία για να ελεγχθεί η τιμή της χολερυθρίνης. Παράλληλα, δείγμα στέλνεται σε ειδικό κέντρο ώστε να πραγματοποιηθεί έλεγχος για τον συγγενή υποθυρεοειδισμό, την έλλειψη του ενζύμου G-6-PD και για τη φαινυλκαιτονουρία. Ο επόμενος αιματολογικός έλεγχος που χρειάζεται είναι στην ηλικία των δύο ετών περίπου, εφόσον μέχρι τότε η ανάπτυξή του είναι φυσιολογική και δεν προβληματίσει τον παιδίατρο η κλινική του κατάσταση. Ο έλεγχος αυτός θα πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω εξετάσεις:

- **Γενική αίματος** για την εκτίμηση της λευκής και της ερυθράς σειράς των αιμοσφαιρίων, τον προσδιορισμό των αιμοπεταλίων, της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη.
- **Σίδηρος και φερριτίνη.** Ο προσδιορισμός της φερριτίνης είναι μεγαλύτερης αξίας ακόμα και από αυτόν του σιδήρου, διότι δίνει μία εκτίμηση των αποθηκών του σιδήρου.

Με τις παραπάνω εξετάσεις αξιολογείται αν υπάρχει αναιμία, οπότε προχωράμε σε περαιτέρω αιματολογικό έλεγχο με ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης κ.λπ.

- **Γλυκόζη ορού** για τον προσδιορισμό του σακχάρου στο αίμα.
- **Ουρία και κρεατινίνη** για την εκτίμηση της καλής λειτουργίας των νεφρών.
- **Ηλεκτρολύτες (κάλιο, νάτριο, χλώριο)** για την εκτίμηση της οξεοβασικής ισορροπίας.
- **Ασβέστιο, φώσφορος, μαγνήσιο.**
- **Τρανσαμινάσες (SGOT,SGPT)** για την εκτίμηση της καλής λειτουργίας του ήπατος.
- **γ-GT και αλκαλική φωσφατάση.**
- **Λιπιδιόγραμμα (ολική χοληστερόλη, HDL, LDL, τριγλυκερίδια).** Είναι πολύ σημαντικός ο προσδιορισμός των λιπιδίων, διότι από την αξιολόγησή τους προκύπτει αν χρειάζεται να αλλάξουν οι διατροφικές συνήθειες του παιδιού ή ακόμα και αν υπάρχει προδιάθεση για οικογενή υπερλιπιδαιμία, οπότε θα πρέπει να γίνει εξειδικευμένος έλεγχος σε όλη την οικογένεια με μοριακές τεχνικές.
- **Έλεγχος θυρεοειδικών ορμονών (T3, T4, FT3, FT4, TSH, αντιθυρεοειδικά αντισώματα),** για την εκτίμηση της ομαλής λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένα, απαραίτητη προϋπόθεση για την καλή ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού.
- **Γενική εξέταση ούρων και καλλιέργεια.** Είναι απαραίτητες σε κάθε check up, διότι μπορεί να αναδείξουν λανθάνουσες καταστάσεις, όπως μικροσκοπική αιματουρία, ασυμπτωματική κυστίτιδα κ.λπ., που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης.

Να σημειωθεί ότι οι φυσιολογικές τιμές στις περισσότερες εξετάσεις διαφέρουν στα παιδιά απ΄ ό,τι στους ενήλικες, γι΄ αυτό οι γονείς όταν πάρουν στα χέρια τους τα αποτελέσματα του ελέγχου θα πρέπει να επικοινωνήσουν αμέσως με τον παιδίατρο για να τα αξιολογήσει. Εφόσον δεν έχει προκύψει κάτι παθολογικό, καλό είναι ο παραπάνω εργαστηριακός έλεγχος να επαναλαμβάνεται κάθε 2 - 3 χρόνια και πιθανότατα να εμπλουτίζεται ανάλογα με την ηλικία του παιδιού με έλεγχο ανάπτυξης ήβης, εμβολιαστικής κάλυψης κ.λπ. όπου κρίνεται απαραίτητο.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ

ΤΜΗΜΑ	ΙΑΤΡΟΙ	ΔΕΥΤΕΡΑ	ΤΡΙΤΗ	ΤΕΤΑΡΤΗ	ΠΕΜΠΤΗ	ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Τζωρτζάτου Φωτεινή				12:00 -14:00*	
ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΟ	Κουλούρη - Βακαλοπούλου Μαρία			09:30-11:30		
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ	Αντωνιάδου - Κουμάτου Ιωάννα				*	
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	Καφρίτσα Παναγιώτα	09:30-11:30				
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	Παγούνη - Αυλωνίτη Άννα			10:00-12:00		
	Μουσάτου Βασιλική					19:00-21:00
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΟ	Βιώνης Παντελής		10:00-13:00		10:00-13:00	
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	Μανιάτη - Χρηστίδη Μαρία, Παπάζογλου Θάλεια, Βιώνης Παντελής				09:30-14:00	
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	Χιώτης Δημήτριος	9:20-13:40				
	Μανιάτη - Χρηστίδη Μαρία				09:20-13:40	
	Παπάζογλου Θάλεια		16:00-19:00		16:00-19:00	
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	Αντωνιάδης Στέλιος		11:00-13:30			
	Παϊλόπουλος Βασίλειος					10:00-15:00*
ΤΜΗΜΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	Χιώτης Δημήτριος		*			
	Βιώνης Παντελής					
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	Δαμιανός Δημοσθένης		12:30-13:30***			
	Γκίκα Άρτεμις				16:00-19:00*	11:00-13:00*
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	Δημητρίου Ιωάννης	08:30-11:30 17:30-19:30	08:30-11:30			
	Ντουντουλάκης Ιάσων			18:00-20:00		09:30-12:30
	Αδαμάκης Γρηγόρης	8:30-14:30	18:00-20:00		08:30-14:30	
	Χουντή Αρετή		08:30-14:30	08:30-14:30	18:00-20:00	08:30-14:30
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	Μιχαήλ Βασίλειος			12:00-14:00		
ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ	Αναστασιάδου Βασιλική		17:00-19:00*			
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	Γκατζώνης Σταμάτης		10:00-11:45 18:00-19:45		10:00-11:45	
	Καστραντά Αθηνά	10:00-13:00				
	Καρκάνης Γεώργιος					10:00-13:00
	Καλλίνικου Χρυσούλα Κατσούνης Αντώνης			10:00-13:00		
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	Αγραφιώτη Αικατερίνη			09:30-14:00		
ΠΑΙΔΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ	Λαγκαδιανού Βίκυ				11:00 – 15:00*	
	Γιουρούκου Έλενα			09:00-13:00*		
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	Πάλλης Ευστράτιος	*				
ΚΕΝΤΡΟ ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ & ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ	Μαραθεύτης Νικόλαος					09:30-13:00*
ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	Μπουφούνου - Αργυροπούλου Σταυρούλα			17:00-19:00		
	Μιχελάκης Δημήτριος		10:00-12:00*	10:00-12:00*	10:00-12:00*	
ΩΡΛ	Ραγκούσης Χαράλαμπος	11:00-13:00		11:00-13:00 18:00-20:00*		
	Χριστόπουλος Γεώργιος		11:00-13:30		11:00-13:30	
	Ντινοπούλου Δήμητρα	10:00-13:00 13:30-18:00*		10:00-13:00		10:00-13:00
	Χριστόπουλος Ιωάννης		11:00-13:30		11:00-13:30	
	Μισυρλής Παναγιώτης					13:30-17:00**

* ΚΑΤΟΠΙΝ ΣΥΝΕΝΝΟΗΣΕΩΣ ΜΕ ΤΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ

** ΚΑΘΕ 2η & 4η ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΜΗΝΑ

*** Κάθε 2η Τρίτη

Για περισσότερες πληροφορίες ή για να κλείσετε ραντεβού παρακαλούμε επικοινωνήστε μαζί μας στα τηλέφωνα **210 86 91 956** (9:00-15:00) & **210 86 91 911** (15:00-21:00) Δευτ. - Παρ.

Λεμεσού 39-41 & Αχαρνών 209, 104 46 Αθήνα • Τηλ.: 210 86 91 900, Fax: 210 86 91 950

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

StrAdMark

Νικήτας Παπαδάκης
Υπεύθυνος Κουζίνας
Ευρωκλινικής Αθηνών

Τάρτα σοκολάτας

Υλικά

Για τη ζύμη:
400 γρ. αλεύρι
140 γρ. βούτυρο ανάλατο
160 γρ. ζάχαρη άχνη
2 αβγά ελαφρά χτυπημένα
2 κουταλιές του γλυκού αλάτι
1 κλωναράκι βανίλιας

Για τη γέμιση:
300 γρ. κουβερτούρα
300 γρ. ανάλατο βούτυρο
150 γρ. αλεύρι
400 γρ. ζάχαρη κρυσταλλική
8 αβγά
κακάο για πασπάλισμα

Εκτέλεση

Για να φτιάξουμε τη ζύμη, κοσκινίζουμε το αλεύρι και το ανακατεύουμε με το αλάτι, τη ζάχαρη άχνη και το βούτυρο. Τα ανακατεύουμε μέχρι να γίνουν τρίμματα και προσθέτουμε τα αβγά. Δουλεύουμε μέχρι να γίνει ζύμη. Αν χρειαστεί προσθέτουμε ελάχιστο νερό. Με τον πλάστη σχηματίζουμε έναν δίσκο ζύμης τον οποίο τυλίγουμε με μεμβράνη και τον αφήνουμε στο ψυγείο για 20 λεπτά. Βγάζουμε τη ζύμη από το ψυγείο, ανοίγουμε και στρώνουμε σε ταρτιέρα 26 εκ. και βάθους 2,5 εκ. Τρυπάμε με πιρούνι την τάρτα σε πολλά σημεία και τη βάζουμε ξανά στο ψυγείο για 10 λεπτά. Ψήνουμε την τάρτα μόνη της για 10 - 15 λεπτά σε προθερμασμένο φούρνο στους 200°C (αφού πρώτα στρώσουμε μία λαδόκολλα και ρίξουμε πάνω κάποιο όσπριο ή ρύζι, ώστε να μη φουσκώσει το ζυμάρι) και στη συνέχεια αφαιρούμε τη λαδόκολλα και την ψήνουμε σκέτη για άλλα 5 λεπτά.

Για να φτιάξουμε τη γέμιση, βάζουμε τη σοκολάτα με το βούτυρο σε μπεν μαρί για να λιώσουν. Χτυπάμε τα αβγά με τη ζάχαρη για να αφρατέψουν. Στη συνέχεια, προσθέτουμε και χτυπάμε πολύ καλά το αλεύρι. Στο μίγμα των αβγών προσθέτουμε σιγά-σιγά και τη λιωμένη σοκολάτα. Στρώνουμε το μίγμα πάνω στη ζύμη και ψήνουμε στους 180°C για 20 - 25 λεπτά. Πασπαλίζουμε με το κακάο και σερβίρουμε με φαντασία!

Ριζότο με μανιτάρια Porcini και γαρίδες Μεσογείου με τσιπς προσούτο

Υλικά

6 τεμ. γαρίδες
100 γρ. κρεμμύδι
300 γρ. ρύζι arborio
180 γρ. μανιτάρια porcini
100 γρ. προσούτο
2 γρ. τζίντζερ
1 λίτρο ζωμό γαρίδας, μανιταριών
2 φυλλαράκια δάφνη
3 γρ. σκόρδο
1 λεμόνι
50 γρ. ελαιόλαδο
αλάτι, πιπέρι

Εκτέλεση

Αρχίζουμε με τα μανιτάρια, που είναι ξερά, οπότε προσθέτουμε νερό για να υγρανθούν. Το νερό που θα προκύψει το θέλουμε για το ριζότο. Αφήνουμε τα μανιτάρια στο νερό μισή ώρα και μετά τα σουρώνουμε κρατώντας το νερό που έχει μείνει. Οι γαρίδες που χρησιμοποιούμε είναι μέτριες προς μεγάλες και βέβαια πρέπει να είναι φρέσκες. Βάζουμε τα κεφάλια σε αρκετό νερό για να πάρουν μερικές βράσεις, με δύο - τρία φυλλαράκια δάφνης και λίγο αλάτι.

Ρίχνουμε σε ένα βαθύ τηγάνι λίγο ελαιόλαδο και σε μέτρια φωτιά αφήνουμε ένα ή δύο ψιλοκομμένα κρεμμύδια να «ιδρώσουν». Προσθέτουμε μετά το ρύζι (arborio), το ανακατεύουμε με τα κρεμμύδια και αφού κάνει μία με δύο βόλτες αρχίζουμε να προσθέτουμε λίγο ζωμό από τα κεφάλια και λίγο από τα μανιτάρια. Η θερμοκρασία πρέπει να είναι τέτοια ώστε να βγαίνουν μικρές φουσκάλες από το μίγμα, όχι ατμοί έντονου βρασμού. Πρέπει να ανακατεύουμε συνέχεια.

Συνεχίζουμε έτσι για περίπου 20 λεπτά και στο τέλος προσθέτουμε τα μανιτάρια, τα οποία στο μεταξύ έχουμε σουρώσει, και λίγο κρόκο Κοζάνης για να πάρει κι άλλο χρώμα το ριζότο. Βγάζουμε από τη φωτιά και αφήνουμε να ξεκουραστεί. Το πετυχημένο ριζότο είναι μελωμένο και από το ρύζι και από τα κρεμμύδια και από τις ουσίες με τις οποίες το περιχύσαμε. Τελευταία γίνεται το σοτάρισμα των γαρίδων. Προσθέτουμε λίγη πιπερόριζα και σκόρδο μαζί με χυμό από ένα λεμόνι στις καθαρισμένες γαρίδες, ανακατεύουμε καλά και τούμπα σε ένα τηγάνι με ελαιόλαδο και δυνατή φωτιά. Σοτάρουμε για δύο λεπτά και βγάζουμε αμέσως. Σερβίρουμε τις γαρίδες με βάση από ριζότο και βάζουμε τσιπς από προσούτο.

Παναγιώτης Καβακλιώτης
Υπεύθυνος Κουζίνας
Ευρωκλινικής Παίδων

Τραγανό κοτόπουλο με λαχανικά

Υλικά (για 4 μερίδες)

2 αβγά
4 κομμάτια κοτόπουλο
(μπούτι ή στήθος με κόκαλο και πέτσα)
1 φλιτζάνι corn flakes (ή φρυγανιά)
μέλι
150 γρ. ντοματίνια ολόκληρα
150 γρ. μανιτάρια σε φέτες
150 γρ. καλαμπόκι baby
150 γρ. φασολάκια βρασμένα
150 γρ. πατάτες baby βρασμένες

Εκτέλεση

Για το κοτόπουλο

Προθερμαίνουμε τον φούρνο στους 180°C. Σπάμε τα αβγά σε ένα ρηχό μπολάκι και τα χτυπάμε με πιρούνι. Βάζουμε τα corn flakes σε άλλο μπολ και τα θρυμματίζουμε.
Ξεπλένουμε και στεγνώνουμε τα κομμάτια του κοτόπουλου με απορροφητικό χαρτί. Τα παίρνουμε ένα-ένα και τα βουτάμε μέσα στο αβγό. Στη συνέχεια τα περνάμε από τα corn flakes και τα τοποθετούμε σε ταψάκι.
Ρίχνουμε σε κάθε κομμάτι λίγο μέλι και ψήνουμε στον φούρνο για 1 ώρα ή ώσπου να ψηθούν καλά, ανάλογα με το μέγεθος.

Για τη γαρνιτούρα

Ξεπλένουμε πολύ καλά τα λαχανικά και τα τσιγαρίζουμε σε καυτό ελαιόλαδο μέχρι να πάρουν χρώμα.
Αλατοπιπερώνουμε και σερβίρουμε.

Κορμός σοκολάτας

Εκτέλεση

Χτυπάμε το βούτυρο με τη ζάχαρη. Αφού αφρατέψει το μείγμα μας, προσθέτουμε το κακάο και το κονιάκ και ανακατεύουμε. Σπάμε τα μπισκότα σ΄ ένα μπολ, τα ραντίζουμε με λίγο γάλα και ανακατεύουμε με τα υπόλοιπα υλικά.
Στρώνουμε το μείγμα σ΄ ένα φύλλο αλουμινόχαρτο και το τυλίγουμε σε σχήμα κορμού. Το αφήνουμε στην κατάψυξη για περίπου μία ώρα και είναι έτοιμο για σερβίρισμα!

Υλικά

3 πακέτα μπισκότα (πτι-μπερ)
500 γρ. βούτυρο
300 γρ. ζάχαρη άχνη
3 κουταλιές της σούπας κακάο
λίγο κονιάκ

Δροσερή σαλάτα ζυμαρικών

Υλικά (για 4 μερίδες)

500 γρ. πένες
200 γρ. ντοματίνια κομμένα στα δύο
50 γρ. κάπαρη (την οποία έχουμε αφήσει για 2 - 3 ώρες σε νερό που το αλλάζουμε κατά διαστήματα)
Μισό αγγουράκι κομμένο στα τέσσερα
60 γρ. μαύρες ελιές χωρίς κουκούτσια και κομμένες σε ροδέλες
10 - 12 φύλλα βασιλικού
2 τμχ. μοτσαρέλα στραγγισμένη και κομμένη σε λεπτές φέτες
50 ml αγνό παρθένο ελαιόλαδο
20 ml ξίδι balsamiko
Αλάτι, πιπέρι

Εκτέλεση

Βράζουμε τις πένες σε 1lt νερό με 20 γρ. αλάτι για περίπου 10 λεπτά. Αφού τις στραγγίξουμε και τις κρυώσουμε, ανακατεύουμε με λίγο ελαιόλαδο και τις βάζουμε στο ψυγείο για να μην κολλήσουν. Σε ένα μπολ ρίχνουμε όλα τα άλλα υλικά εκτός από τον βασιλικό. Ανακατεύουμε καλά, προσθέτουμε τα ζυμαρικά, τα φύλλα βασιλικού και σερβίρουμε!

ΛΑΒΕΤΕ ΔΩΡΕΑΝ ΤΟ Medilife

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.

ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

Τ.Κ.:

ΠΕΡΙΟΧΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

E-MAIL:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΔΕΛΤΙΟ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΔΩΡΟ

ΔΩΡΟ ΑΠΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΠΡΟΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

Τ.Κ.:

ΠΕΡΙΟΧΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

E-MAIL:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Medilife

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

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

Επιλογή Ζωής

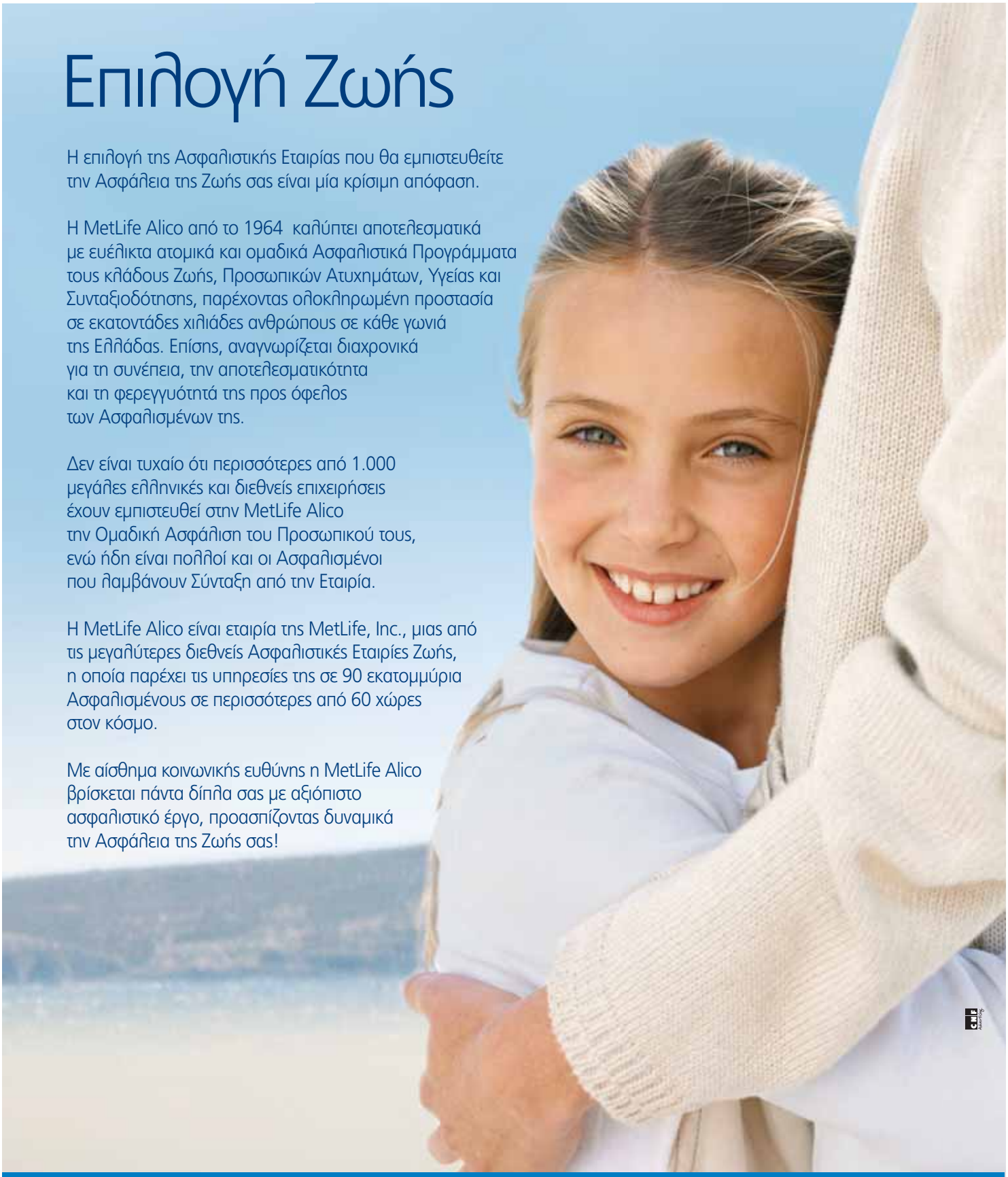
Η επιλογή της Ασφαλιστικής Εταιρίας που θα εμπιστευθείτε την Ασφάλεια της Ζωής σας είναι μία κρίσιμη απόφαση.

Η MetLife Alico από το 1964 καλύπτει αποτελεσματικά με ευέλικτα ατομικά και ομαδικά Ασφαλιστικά Προγράμματα τους κλάδους Ζωής, Προσωπικών Ατυχημάτων, Υγείας και Συνταξιοδότησης, παρέχοντας ολοκληρωμένη προστασία σε εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους σε κάθε γωνιά της Ελλάδας. Επίσης, αναγνωρίζεται διαχρονικά για τη συνέπεια, την αποτελεσματικότητα και τη φερεγγυότητά της προς όφελος των Ασφαλισμένων της.

Δεν είναι τυχαίο ότι περισσότερες από 1.000 μεγάλες ελληνικές και διεθνείς επιχειρήσεις έχουν εμπιστευθεί στην MetLife Alico την Ομαδική Ασφάλιση του Προσωπικού τους, ενώ ήδη είναι πολλοί και οι Ασφαλισμένοι που λαμβάνουν Σύνταξη από την Εταιρία.

Η MetLife Alico είναι εταιρία της MetLife, Inc., μιας από τις μεγαλύτερες διεθνείς Ασφαλιστικές Εταιρίες Ζωής, η οποία παρέχει τις υπηρεσίες της σε 90 εκατομμύρια Ασφαλισμένους σε περισσότερες από 60 χώρες στον κόσμο.

Με αίσθημα κοινωνικής ευθύνης η MetLife Alico βρίσκεται πάντα δίπλα σας με αξιόπιστο ασφαλιστικό έργο, προασπίζοντας δυναμικά την Ασφάλεια της Ζωής σας!



ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΔΥΝΑΜΗ ΣΤΙΣ ΑΣΦΑΛΕΙΕΣ ΖΩΗΣ

MetLife Alico℠

American Life Insurance Company
Λεωφ. Κηφισίας 119, 151 24 Μαρούσι, Αθήνα, Τηλ.: 210 8787.000, Fax: 210 6123.722
e-mail: contact@alico.gr • www.metlifealico.gr

Η American Life Insurance Company είναι εταιρία της MetLife, Inc.

Όταν θέλεις περισσότερα για την οικογένειά σου, τη φέρνεις στην COSMOTE!

Οικογενειακό Πακέτο COSMOTE

Τώρα με το Οικογενειακό Πακέτο COSMOTE, κάθε μέλος της οικογένειάς σου και μιλάει απεριόριστα με όλη την COSMOTE, και κερδίζει έως **20€** έκπτωση στο πάγιο κάθε μήνα για πάντα!

Έλα τώρα στο Δίκτυο Καταστημάτων COSMOTE και ενεργοποίησε το Οικογενειακό σου Πακέτο!

COSMOTE ΓΕΡΜΑΝΟΣ .SHOP

COSMOTE ο κόσμος μας, εσύ.

www.cosmote.gr

1500' και 1500 SMS προς COSMOTE.