Medilife

Καλοκαίρι - Χειμώνας 2013 • **Τεύχος 16**

Υδροκήλη

Τυμπανοπλαστική στα παιδιά

Αλλεργική Πορφύρα

Ρομποτική Κολεκτομή

Επεμβατική αντιμετώπιση της υπέρτασης

Κληρονομούμενος καρκίνος Μαστού

Ανευρύσματα εγκεφάλου

Βρογχικό άσθμα

Your free copy

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 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

Παύλος Τρυποσκιάδης

Διευθύνων Σύμβουλος
Ομίλου Ευρωκλινικής

Αγαπητοί αναγνώστες,

Ο κλάδος της υγείας, εξαιτίας της πρωτοφανούς αρνητικής οικονομικής συγκυρίας, αντιμετωπίζει μία σειρά προκλήσεων και οι ασθενείς υφίστανται στερήσεις στον οικογενειακό τους προϋπολογισμό. Νομοθετικές αλλαγές στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι ακόμα σε εξέλιξη δημιουργώντας ένα ακόμα επίπεδο αβεβαιότητας.
Σε αυτές τις εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες, ο Όμιλος της Ευρωκλινικής επέδειξε εξαιρετική προσαρμοστικότητα επενδύοντας στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό και στην εφαρμογή των καλύτερων κλινικών και διοικητικών πρωτοκόλλων.
Παρακολουθούμε και εφαρμόζουμε στις κλινικές μας τις πλέον σύγχρονες και ασφαλείς μεθόδους πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας στοχεύοντας στην αρτιότερη θεραπεία των ασθενών σε προσιτές για αυτούς τιμές.
Στο τεύχος που κρατάτε στα χέρια σας, θα ενημερωθείτε για τις καινοτόμες λύσεις που προσφέρει η ρομποτική χειρουργική στην ουρολογία, τη γυναικολογία και τη γενική χειρουργική. Θα ενημερωθείτε πώς η επεμβατική νευροακτινολογία, με τη χρήση ενός υπερσύγχρονου ψηφιακού αγγειογράφου, αντιμετωπίζει το εγκεφαλικό επεισόδιο καθώς και τις πλείστες αγγειακές παθήσεις. Θα ενημερωθείτε ακόμα για μία καινοτόμο τεχνική επεμβατικής αντιμετώπισης της υπέρτασης καθώς και για τις νεότερες εξελίξεις στη χειρουργική αντιμετώπιση καλοηθών και κακοηθών δυσπλασιών. Ο καρκίνος του μαστού αφορά ολοένα και περισσότερες γυναίκες. Θα διαβάσετε για την κληρονομικότητα και τη σύγχρονη αντιμετώπιση της πάθησης.Πιστεύουμε ότι θα σας φανούν ενδιαφέροντα τα άρθρα που αφορούν στα πλέον διαδεδομένα θέματα ενδοκρινολογίας, παθολογίας, νευρολογίας, αλλά και οι συμβουλές των ιατρών και διατροφολόγων μας για μία ποιοτικότερη ζωή.
Τέλος, στο Παιδιατρικό ένθετο αναλύονται ορισμένα από τα πιο σημαντικά θέματα που μπορεί να αφορούν τους μικρούς ασθενείς όπως η θυρεοειδοπάθεια, η κυστική ίνωση, οι παθήσεις του τυμπάνου και η αλλεργική πορφύρα.
Η εμπιστοσύνη σας αποτελεί για εμάς κινητήριο δύναμη για να συνεχίσουμε ακατάπαυστα την προσπάθειά μας να σας προσφέρουμε ποιοτική περίθαλψη και φροντίδα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

3 **Editorial**
6 **News**
18 **Εκπαίδευση**

Ιατρική

22 **Ρομποτική κολεκτομή**
Πλεονεκτήματα σε σχέση με τη συμβατική χειρουργική

24 **Ρομποτική χειρουργική**
Νέες μέθοδοι στη γυναικολογία

26 **Ρομποτική Ριζική Προστατεκτομή**
Η απόλυτη ένδειξη

28 **Ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (EVAR)**
Μία σύγχρονη προσέγγιση σε ένα σοβαρό αγγειακό πρόβλημα

32 **Διαχωρισμός αορτής – Διαχωριστικό ανεύρυσμα**

36 **Επεμβατική αντιμετώπιση της υπέρτασης**
Αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης με απονεύρωση νεφρικών αρτηριών

38 **Εφεδρεία ροής στεφανιαίων αγγείων**
Μία αναίμακτη «λειτουργική» στεφανιογραφία

40 **Καλοήθης υπερπλασία του προστάτη**
Σύγχρονες μέθοδοι χειρουργικής αντιμετώπισης

42 **Κληρονομούμενος καρκίνος μαστού**

46 **Απόψεις για τη χειρουργική του ήπατος**

48 **Καρκίνος του Ορθού**
Νεότερες θεραπευτικές απόψεις

50 **Νεότερες εξελίξεις στην αρθροσκόπηση ώμου**

52 **Αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων του εγκεφάλου**
Νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις

56 **Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη:**
- Τι πρέπει να γνωρίζουμε
- Ποιες είναι οι σύγχρονες απόψεις για τη χρησιμότητά της

60 **Θεραπευτική ενδοσκόπηση: Σύγχρονες εξελίξεις και νέες δυνατότητες**
Αποτελεσματική και ασφαλής, ελάχιστα επεμβατική προσέγγιση, με αποφυγή χειρουργικών επεμβάσεων

62 **Ολιγοαναλγησία ή γιατί πρέπει να αλλάξουν πολλά στην αντιμετώπιση του πόνου**

66 **Σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας**

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

Medilife

Quality of Life

68 **Βρογχικό άσθμα**
(συνώνυμα: άσθμα, αλλεργικό άσθμα, εξωγενές άσθμα)

70 **Ταξιδιωτική Ιατρική**
Ταξιδεύω με ασφάλεια

72 **Αιδιοπλαστική-vaginal aesthetic**

74 **Κουίζ «Διατροφή και έλεγχος βάρους»**
Πόσο ενημερωμένοι είστε για τη διατροφή και τη συμβολή της στον έλεγχο του βάρους σας;

Ευρωκλινική Παίδων

78 **Αλλεργική Πορφύρα**

80 **Κυστική ίνωση**
Συμπτώματα και διάγνωση

84 **Χειρουργική αντιμετώπιση παθήσεων του θυρεοειδούς αδένα στα παιδιά**

88 **Εύκαμπτη ενδομυελική ήλωση**
Η πλέον σύγχρονη μέθοδος αντιμετώπισης των καταγμάτων των μακρών οστών στα παιδιά

90 **Η υδροκήλη στα παιδιά**

92 **Τυμπανοπλαστική στα παιδιά**

94 **Συγγενείς καρδιοπάθειες**
Διαχρονική αντιμετώπιση, πορεία και πρόγνωση

Διατροφή

96 **Γεύσεις νόστιμες και υγιεινές**

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ
Λεμεσού 39-41 & Αχαρνών 209, Αθήνα,
τηλ.: 210 869 1900, fax: 210 8691 950

mkt@euroclinic.gr
www.euroclinic.gr

Διευθυντής Έκδοσης
Νίκος Μόσχος
Διευθυντής Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής

Επιμέλεια & Συντονισμός Ύλης
Χριστίνα Κοροβέση, Νάνσυ Χριστοπούλου

Επιστημονική Επιτροπή
Ομότιμος Καθηγητής Ευτύχιος Βορίδης, *Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου Ευρωκλινικής Αθηνών*
Καθηγητής Παύλος Τούτουζας, *Σύμβουλος Καρδιολογικού Τομέα*
Καθηγητής Γεώργιος Αδαμόπουλος, *Διευθυντής ΩΡΛ Κλινικής*
Καθηγητής Δημήτρης Λουκόπουλος, *Διευθυντής Αιματολόγος*
Καθηγητής Ιωάννης Μπράμης, *Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής*
Καθηγητής Εμμανουήλ Μάνεσης, *Διευθυντής Ηπατολόγος*
Αναπλ. Καθηγητής Αριστείδης Καραγιάννης, *Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής*
Δρ. Δημοσθένης Κατρίτσης, *Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής*
Δρ. Αλίκη Τσερκέζογλου, *Γυναικολόγος Ογκολόγος*
Εμμανουήλ Ζαχαριάδης, *Διευθυντής Πνευμονολογικού Τμήματος*
Σπύρος Σπυράτος, *Διευθυντής Νευροχειρουργός*
Ανδρέας Κωνσταντίνου, *Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας*
Παύλος Τρυποσκιάδης, *Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής*

Εκδότης
Όμιλος Ευρωκλινικής

Creative Director
Κώστας Καλαϊτζής

Δημιουργικό
Γιάννης Κανάκης

Επιμέλεια - Διόρθωση
Αντωνία Πατρινού

Εμπορική Διεύθυνση
Νάνσυ Χριστοπούλου
nchristopoulou@euroclinic.gr

Εκτύπωση
Pressious Arvanitidis

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ

Εκδηλώσεις Ομίλου Ευρωκλινικής με Ασφαλιστικές Εταιρίες

Η Διοίκηση του Ομίλου Ευρωκλινικής διοργάνωσε την Πέμπτη 26 Απριλίου 2012 και την Πέμπτη 10 Μαΐου 2012 εκδηλώσεις για τους ασφαλιστικούς συμβούλους της Interamerican και της Εθνικής Ασφαλιστικής στο εστιατόριο του «Villa Mercedes». Η Διοίκηση του Ομίλου Ευρωκλινικής και οι σύμβουλοι των ασφαλιστικών εταιριών είχαν την ευκαιρία να γνωριστούν και να συζητήσουν για ενδιαφέροντα θέματα. Ακολούθησε cocktail party, στο οποίο διασκέδασαν οι παρευρισκόμενοι.

Από αριστερά: οι κ.κ. Δημήτριος Βέλμαχος, Αναπληρωτής Διευθυντής Υγείας Interamerican, Εμμανουήλ Κούτης, Διευθυντής Πωλήσεων Interamerican, Κατερίνα Κουρούτη, Account Manager Εμπορικής Διεύθυνσης Ομίλου Ευρωκλινικής, Ιωάννης Δεμοιράκος, Διευθυντής Υποκαταστήματος Interamerican, Ηλίας Κουρεμένος, Γενικός Διευθυντής Ομίλου Ευρωκλινικής, Γιώργος Πλωμαρίτης, Διευθυντής Ομαδικών Interamerican, Μάρκος Φραγκουλόπουλος, Αναπληρωτής Διευθυντής Marketing & Πωλήσεων Interamerican

Από αριστερά: οι κ.κ. Τζίνα Γιαννοπούλου, Account Manager Εμπορικής Διεύθυνσης Ομίλου Ευρωκλινικής, Θανάσης Χατζής, Ασφαλιστής Εθνικής Ασφαλιστικής, Κώστας Καταγάς, Διευθυντής Επιθεώρησης Εθνικής Ασφαλιστικής, Σοφία Βαρβέρη, Ασφαλίστρια Εθνικής Ασφαλιστικής, Γιώργος Βήχος, Ασφαλιστής Εθνικής Ασφαλιστικής

Νέος Εμπορικός Διευθυντής Ομίλου Ευρωκλινικής

Στο πλαίσιο της περαιτέρω ανάπτυξής του, το Σεπτέμβριο 2012, ο Όμιλος Ευρωκλινικής ενίσχυσε τη Διευθυντική του ομάδα με τον **κ. Βέλη Παππά, ο οποίος ανέλαβε τη νεοσύστατη θέση του Εμπορικού Διευθυντή**. Ο κ. Παππάς, έμπειρο στέλεχος στην ασφαλιστική αγορά, προέρχεται από τη MetLife Alico όπου για περισσότερο από επτά χρόνια είχε την ευθύνη του Κλάδου Υγείας για την περιφέρεια της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, με σημαντική συμμετοχή στην ανάπτυξη της περιοχής αυτής.

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής έδινε πάντα και συνεχίζει να δίνει μεγάλη σημασία στις σχέσεις και συνεργασίες με τις ασφαλιστικές εταιρίες και πλέον με την ένταξη του κου Παππά στο δυναμικό του, στοχεύει να καλύψει ακόμα καλύτερα τις ανάγκες τους για άριστες υπηρεσίες υγείας και υποστήριξης των πελατών τους.

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής βρίσκεται κοντά στον ασφαλιστή

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής, στην προσπάθειά του να ενισχύσει και να παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας σε ασφαλιστικές εταιρίες, συνεχίζει παρουσιάσεις ενημερώσεων στους ασφαλιστικούς συμβούλους με απώτερο σκοπό την εκτενή ενημέρωση για τις παροχές υγείας του Ομίλου Ευρωκλινικής και την επίλυση προβλημάτων για κάθε θέμα που μπορεί να τους απασχολεί (π.χ. χρήση και συνδυασμός συμβολαίων και ασφαλιστικών καλύψεων). Στόχος είναι η καλύτερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων και η αποφυγή χρονοβόρων διαδικασιών. Οι παρουσιάσεις ολοκληρώνονται με ξενάγηση των ασφαλιστών στους χώρους και στα τμήματα της Ευρωκλινικής. Συγκεκριμένα, μέχρι τη στιγμή που γράφονται αυτές οι γραμμές έχουν πραγματοποιηθεί παρουσιάσεις για την Interamerican, την Εθνική Ασφαλιστική, ΑΧΑ Ασφαλιστική, Groupama Ασφαλιστική και την Eurolife ERB Ασφαλιστική καθώς και για ανεξάρτητα γραφεία διαμεσολαβητών ασφάλισης.

Ημερίδα Ομίλου Ευρωκλινικής και Επιθεωρητή Εθνικής Ασφαλιστικής Γ. Φουφόπουλου

Στα πλαίσια της συνεργασίας του Ομίλου Ευρωκλινικής και του Επιθεωρητή της Εθνικής Ασφαλιστικής Γ. Φουφόπουλου και με πρωτοβουλία του Καθηγητή κου Ιωάννη Μπράμη, Διευθυντή Χειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών διοργανώθηκε ανοικτή εκδήλωση με τίτλο **«Το Κοινωνικό Πρόσωπο του Επιμελητηρίου Βοιωτίας»**. Η εκδήλωση πραγματοποιήθηκε την Πέμπτη 22 Νοεμβρίου 2012 στην αίθουσα εκδηλώσεων του Επιμελητηρίου Βοιωτίας και ήταν ανοιχτή προς το κοινό.

Στην εκδήλωση πραγματοποιήθηκαν ενδιαφέρουσες παρουσιάσεις από τον Καθηγητή κο Ιωάννη Μπράμη, Διευθυντή Χειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών και την κα Ελένη Καραφώκα, Επιμελήτρια Γενική Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών. Ο κος Γ. Φουφόπουλος, Επιθεωρητής της Εθνικής Ασφαλιστικής παρουσίασε ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα προληπτικών εξετάσεων αποκλειστικά για τα μέλη του Επιμελητηρίου Βοιωτίας. Τέλος η κα Τζίνα Γιαννοπούλου, Account Manager Εμπορικής Διεύθυνσης Ομίλου Ευρωκλινικής μίλησε για τον Όμιλο της Ευρωκλινικής καθώς και για τις παροχές υγείας της συνεργασίας με την Εθνική Ασφαλιστική.

Ο κ. Βέλης Παππάς, Εμπορικός Διευθυντής Ομίλου Ευρωκλινικής, ο κ. Νίκος Μόσχος, Διευθυντής Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής, και ο κ. Ernesto Di Giorgio, Διευθυντής Ασφαλίσεων Ζωής, ΑΧΑ Ασφαλιστικής με ασφαλιστές της ΑΧΑ Ασφαλιστικής.

Ευρωκλινική Παίδων: 10 χρόνια λειτουργίας

Στιγμιότυπα απο το 10ήμερο της Ευρωκλινικής Παίδων

Στις 10 Ιουλίου 2012, η Ευρωκλινική Παίδων έκλεισε **10 χρόνια λειτουργίας** και γιόρτασε με πλήθος εκδηλώσεων και happenings για 10 συνεχόμενες ημέρες. Συγκεκριμένα, ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό ήταν σε εορταστικό πνεύμα και οι χώροι υποδοχής της Ευρωκλινικής Παίδων καθώς και κάθε νοσηλευτικός όροφος είχαν διακοσμηθεί με μπαλόνια. Τραπέζια με καρέκλες υπήρχαν διαθέσιμα για να ζωγραφίζουν οι μικροί μας φίλοι. Επιπρόσθετα, υπήρχε πρόγραμμα από ανιματέρ που απασχολούσε τα μικρά παιδιά με ομαδικά παιχνίδια, θεατρικό παιχνίδι, face painting, μουσική, χορό, μπαλονοκατασκευές. Τέλος, η Ευρωκλινική Παίδων προσέφερε σημαντικές παροχές υγείας για τα παιδιά, ως ακολούθως:

- 30% έκπτωση στις εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις στα Εξωτερικά Ιατρεία
- 10% έκπτωση στα έξοδα νοσηλείας
- 10 δωρεάν επισκέψεις σε Παιδίατρο, Παιδο-καρδιολόγο, Παιδο-Οφθαλμίατρο, Παιδο-ΩΡΛ, Παιδοδιαιτολόγο, Παιδο-Ορθοπαιδικό, Παιδοχειρουργό, Παιδορευματολόγο, Παιδο-Ενδοκρινολόγο, Παιδο-Ουρολόγο, Παιδοπλαστικό, Παιδοδερματολόγο

Κορυφαία Διάκριση για την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων του Εργαστηρίου της Ευρωκλινικής Παίδων

Το εργαστήριο της Ευρωκλινικής Παίδων κατετάγη 4ο ανάμεσα σε 134 εργαστήρια στην Ελλάδα και 228 από 3123 εργαστήρια που συμμετείχαν διεθνώς στο πρόγραμμα μηνιαίου εξωτερικού ποιοτικού ελέγχου βιοχημικών αναλύσεων EQAS (External Quality Assurance Services) για την περίοδο Ιουλίου 2011-Ιουλίου 2012. **Δηλαδή, βρίσκεται στην κορυφή από πλευράς αξιοπιστίας αποτελεσμάτων (καλύτερο 3% στην Ελλάδα και 7% διεθνώς) των βιοχημικών εργαστηρίων ιδιωτικών και δημοσίων νοσοκομείων.**
Ο κ. Ηλίας Κουρεμένος, Γενικός Διευθυντής του Ομίλου Ευρωκλινικής δήλωσε: «Ευχαριστούμε ιδιαιτέρως τη Διευθύντρια κα Χρονοπούλου και το προσωπικό του εργαστηρίου για την ουσιαστική συμβολή τους σε αυτή την διάκριση».

Α' και Β' Παιδιατρική Κλινική Ευρωκλινικής Παίδων

Το Σεπτέμβριο του 2012 έγινε η σύσταση δύο Παιδιατρικών Κλινικών στην Ευρωκλινική Παίδων προκειμένου να συμβάλλουν σημαντικά στην περαιτέρω αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας. Η **Α' Παιδιατρική Κλινική** λειτουργεί **υπό τη Διεύθυνση της κας Αικατερίνης Αγραφιώτη** με Αναπληρώτρια Διευθύντρια την κα Χριστίνα Κάσσου και η **Β' Παιδιατρική Κλινική** λειτουργεί **υπό τη Διεύθυνση του κου Διαγόρα Ζαργάνη** με Αναπληρωτή Διευθυντή τον κο Άγη Τερζίδη.

Ο κος Παύλος Τρυποσκιάδης δήλωσε ότι: «Θεωρούμε ότι η νέα δομή, η οποία αποτελεί τομή στη λειτουργία της Ευρωκλινικής Παίδων, θα συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτιστοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και στη δυναμική ανάπτυξή μας».

10η Επιστημονική Ημερίδα Ευρωκλινικής Παίδων

Το Σάββατο 9 Μαρτίου 2013, στο Μέγαρο Μουσικής Αθηνών, πραγματοποιήθηκε η ετήσια Επιστημονική Ημερίδα της Ευρωκλινικής Παίδων με θέμα «Σύγχρονα Παιδιατρικά Θέματα», υπό την Αιγίδα του Δήμου Αθηναίων.
Στόχος της ημερίδας ήταν η ενημέρωση για θέματα της παιδιατρικής και παιδο-χειρουργικής επιστήμης, τα οποία αναπτύχθηκαν από διακεκριμένους παιδίατρους και ιατρούς πολλών υποειδικοτήτων. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι μοιράστηκε στους συμμετέχοντες η Επιστημονική Έκδοση της Ευρωκλινικής Παίδων «10 χρόνια Ευρωκλινική Παίδων –Επιστημονικό έργο». Η ημερίδα ήταν ανοιχτή προς το κοινό και στέφθηκε με επιτυχία, καθώς η προσέλευση του κόσμου ήταν μεγάλη.

Σύγχρονα παιδιατρικά θέματα που αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια της ημερίδας:

- Νέα μέθοδος αντιμετώπισης αιμαγγειωμάτων
- Η σημασία της ύπαρξης προγράμματος προληπτικού ελέγχου στην εγκεφαλική παράλυση
- Πρώιμη παρέμβαση σε παιδιά με εγκεφαλική παράλυση
- Σύγχρονοι προβληματισμοί στις παθήσεις του θυρεοειδούς
- Χειρουργική αντιμετώπιση παθήσεων του θυρεοειδούς στα παιδιά
- Συγγενείς παθήσεις ρινοδακρυϊκού συστήματος
- Μηνύματα από διαχρονικές ματιές στην υγεία και τη ζωή των παιδιών μας
- Παθήσεις του τραχήλου
- Ερμηνεία ιολογικών εξετάσεων
- Επίμονη διάρροια στα βρέφη
- Αλλεργία και ψυχικό στρες
- Νέες αναδυόμενες και επανεμφανιζόμενες λοιμώξεις, ένα ζήτημα παγκόσμιας υγείας
- Νόσος Kawasaki – Διαγνωστικοί προβληματισμοί

Από αριστερά: οι κ.κ. Χριστίνα Κοροβέση, Senior Product Manager, Διεύθυνση Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής, Χρήστος Αναστασίου, Γραμματέας Διοίκησης Ομίλου Ευρωκλινικής, Ρίτσα Μπιρζαμάνη, Υπεύθυνη Ιατρικής Ενημέρωσης Ευρωκλινικής Παίδων, Βέλης Παππάς, Εμπορικός Διευθυντής Ομίλου Ευρωκλινικής, Κατερίνα Κουρούτη, Account Manager Εμπορικής Διεύθυνσης Ομίλου Ευρωκλινικής, Νίκος Μόσχος, Διευθυντής Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής, Γιώτα Υφαντή, Διοίκηση Ευρωκλινικής Παίδων, Έλενα Ζαφειροπούλου, Εμπορική Διεύθυνση Ομίλου Ευρωκλινικής, Σοφία Φαραζή, Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού Ομίλου Ευρωκλινικής, Γιώργος Ζελομοσίδης, Διεύθυνση Πληροφορικής Ομίλου Ευρωκλινικής, Νάνσυ Χριστοπούλου, Product Manager, Διεύθυνση Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής

Από αριστερά: οι κ.κ. Δημήτρης Μιχελάκης, Διευθυντής Πλαστικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων, Ευρωκλινική Παίδων, Μιχάλης Σούτης, Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, Γεώργιος Χριστόπουλος, τέως Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος, Ευρωκλινικής Παίδων, Χρύσα Τζουμάκα-Μπακούλα, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Σταμάτης Γκατζώνης, Διευθυντής Οφθαλμολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, Καθ. Στέλιος Αντωνιάδης, Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής και Διευθυντής Παιδοκαρδιολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, Δημήτριος Χιώτης, Διευθυντής Ενδοκρινολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, Ιωάννης Χριστόπουλος, Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, Αρετή Χουντή, Επιμελήτρια Ορθοπεδικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, Μανούσος Πενταράκης, Ορθοπεδικός Χειρουργός, ΕΛΕΠΑΠ Αθηνών

Από αριστερά: οι κ.κ. Ομότιμος Καθ. Ευτύχιος Βορίδης, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου Ευρωκλινικής Αθηνών, Καθ. Στέλιος Αντωνιάδης, Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής και Διευθυντής Παιδοκαρδιολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων

Από αριστερά: οι κ.κ. Ηλίας Κουρεμένος, Γενικός Διευθυντής Ομίλου Ευρωκλινικής, Παύλος Τρυποσκιάδης, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, Κατερίνα Αγραφιώτη, Διευθύντρια Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Ευρωκλινικής Παίδων.

Άποψη της αίθουσας

Κοπή πρωτοχρονιάτικης πίτας

Στις 21 Ιανουαρίου και 13 Φεβρουαρίου 2013 πραγματοποιήθηκαν οι εκδηλώσεις για την κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας της Ευρωκλινικής Αθηνών και της Ευρωκλινικής Παίδων, αντίστοιχα. Ο κ. Παύλος Τρυποσκιάδης, Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής δήλωσε:

«Κατορθώσαμε στην Ευρωκλινική Αθηνών να αυξήσουμε το σύνολο των εισαγόμενων ασθενών, να αυξήσουμε τον αριθμό των χειρουργείων και επεμβατικών πράξεων, και να διατηρήσουμε την πληρότητα σε ικανοποιητικά επίπεδα.

Στην Ευρωκλινική Παίδων πετύχαμε μετά από μία αναδιοργάνωση μαζί με την ενίσχυση του ιατρικού της δυναμικού, τη διατήρηση στο δρόμο της ανάπτυξης.

Το 2013 αναμένεται να είναι μία εξίσου δύσκολη χρονιά και πιστεύω και εύχομαι να είναι και η τελευταία. Η σταθεροποίηση και χρηματοδότηση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. θα είναι καθοριστική παράμετρος για την πορεία του κλάδου της Υγείας.

Είμαι αισιόδοξος ότι μέσα από αυτήν την πρωτοφανή θεσμική και οικονομική κρίση που περνάει η χώρα μας η Ευρωκλινική Αθηνών και η Ευρωκλινική Παίδων θα βγουν ενισχυμένες έχοντας ένα πρωταγωνιστικό ρόλο στο χώρο της ιδιωτικής υγείας.

Τελειώνοντας, θέλω να σας ευχαριστήσω όλους θερμά για την εξαιρετική δουλειά σας, την εμπιστοσύνη σας και την αφοσίωσή σας και να σας δηλώσω ότι είμαι εξαιρετικά περήφανος που είμαι και εγώ μέλος ενός τόσο ζωντανού και κοινωνικά σημαντικού οργανισμού».

Κατά τη διάρκεια της κοπής της πίτας στην Ευρωκλινική Παίδων, η Διοίκηση του Ομίλου Ευρωκλινικής απένειμε τιμητική πλακέτα σε καταξιωμένους ιατρούς οι οποίοι προσέφεραν πολύτιμο έργο με τη γνώση και την εμπειρία τους κατά τη διάρκεια της εργασιακής τους θητείας στην Ευρωκλινική Παίδων. Συγκεκριμένα, τιμήθηκαν ο κ. Χριστόπουλος Γεώργιος, ο οποίος διετέλεσε Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος, ο κ. Δημητρίου Ιωάννης, Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος, ο κ. Ραγκούσης Χαράλαμπος, Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος, ο κ. Μουσάτος Γιώργος, Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος και η κα Τζωρτζάτου Φωτεινή, Διευθύντρια Αιματολόγος Ογκολόγος.

Από αριστερά: οι κ.κ. Ηλίας Κουρεμένος, Γενικός Διευθυντής Ομίλου Ευρωκλινικής, Νικόλαος Πλακόπητας, Partner της Global Finance, Ομότιμος Καθ. Ευτύχιος Βορίδης, Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου Ευρωκλινικής Αθηνών, Σπύρος Καπράλος, Πρόεδρος Ομίλου Ευρωκλινικής, Παύλος Τρυποσκιάδης, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, Άγγελος Πλακόπητας, Managing Partner της Global Finance

Από αριστερά: οι κύριοι Νικόλαος Νικητέας, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Γενικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών, Καθ. Δημήτρης Λουκόπουλος, Διευθυντής Αιματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών,Καθ. Παύλος Τούτουζας, Σύμβουλος Καρδιολογικού Τομέα Ευρωκλινικής Αθηνών

Από αριστερά: οι κ.κ. Ελένη Καραφώκα, Επιμελήτρια Γενική Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών, Καθ. Ιωάννης Μπράμης, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Ιωάννης Χλωρογιάννης, Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Νικόλαος Πλακόπητας, Partner της Global Finance, Άγγελος Πλακόπητας, Managing Partner της Global Finance, Ομότιμος Καθ. Ευτύχιος Βορίδης, Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου Ευρωκλινικής Αθηνών, Αναστάσιος Τσεχπενάκης, Συνεργάτης Γενικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Από αριστερά: οι κ.κ. Γιώργος Βελιώτης, Γενικός Διευθυντής Υγείας και Βοηθείας, Interamerican, Νίκος Μόσχος, Διευθυντής Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής, Βέλης Παππάς, Εμπορικός Διευθυντής Ομίλου Ευρωκλινικής, Διαγόρας Ζαργάνης, Διευθυντής Β' Παιδιατρικής Κλινικής Ευρωκλινικής Παίδων

Από αριστερά: οι κ.κ. Μιχάλης Σούτης, Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, Δήμητρα Ντινοπούλου, Αν. Διευθύντρια ΩΡΛ Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, Άννα Παγούνη-Αυλωνίτη, Δερματολόγος, Ευρωκλινική Παίδων, Γενοβέφα Χρονοπούλου, Διευθύντρια Διαγνωστικών Εργαστηρίων Ομίλου Ευρωκλινικής, Μαρία Κουλούρη, Παιδίατρος, Παιδοαλλεργιολόγος, Ευρωκλινική Παίδων, Αρετή Χουντή, Επιμελήτρια Ορθοπεδικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

Από αριστερά: οι κ.κ. Ηλίας Κουρεμένος, Γενικός Διευθυντής Ομίλου Ευρωκλινικής, Παύλος Τρυποσκιάδης, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, Γιώργος Μουσάτος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, τέως Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων.

Από αριστερά: οι κ.κ. Αρσένιος Γεωργιάδης, Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, Δημήτριος Μιχελάκης, Διευθυντής Τμήματος Πλαστικής Χειρουργικής, Ευρωκλινική Παίδων, Αγγελική Στεργιούλα, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων

Σημαντική διεθνής διάκριση για τη Διευθύντρια Καρδιοχειρουργικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών, Καθηγήτρια κα Μαρία Αρώνη

Στην Διευθύντρια Καρδιοχειρουργικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών, Καρδιοχειρουργό, Επίκουρο Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Cornell, των ΗΠΑ **κα Μαρία Αρώνη**, απονεμήθηκε το παγκοσμίου κύρους βραβείο **"Premio Ipazia – Feminine Excellence in the Mediterranean 2012"** για το εξαίρετο έργο που έχει προσφέρει διεθνώς μέσα από την επιστημονική της δράση.
Η βράβευση πραγματοποιήθηκε στις 23 Νοεμβρίου 2012 στη Γένοβα της Ιταλίας, στο πλαίσιο του φεστιβάλ "Dell' Eccellenza al Femminile", το οποίο έχει λάβει ως τώρα τρία βραβεία από τον πρόεδρο της Ιταλικής Δημοκρατίας κ. Giorgio Napolitano.
Το εν λόγω βραβείο τιμά γυναίκες από τις χώρες της Μεσογείου, που με το έργο τους έχουν συνεισφέρει σε διάφορους τομείς της πολιτικής, οικονομικής, κοινωνικής, πολιτιστικής και επιστημονικής ζωής σε ολόκληρο τον κόσμο.
Ο Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής, κ. Παύλος Τρυποσκιάδης, δήλωσε: «Είναι ιδιαίτερη τιμή για εμάς που συνεργαζόμαστε με ανθρώπους του βελτιστου κόσμου της κας Μαρίας Αρώνη. Συγχαίρουμε την κα Μαρία Αρώνη, για τη σημαντική αυτή διάκριση, η οποία επιβεβαιώνει το κορυφαίο επίπεδο των συνεργαζόμενων ιατρών του Ομίλου Ευρωκλινικής. Ο Καρδιοχειρουργικός Τομέας, μέλος του οποίου είναι η κα Μαρία Αρώνη, παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, αντίστοιχες με εκείνες των κορυφαίων κέντρων του εξωτερικού».

Ο κος Κωνσταντίνος Κουμάκης στο Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Εταιρείας Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων

Ο κος Κωνσταντίνος Κουμάκης εξελέγη στο Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Εταιρείας Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων για τρίτη συνεχή χρονιά.
Η Ελληνική Εταιρεία Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων αποτελεί Επιστημονικό Σωματείο που ιδρύθηκε σύμφωνα με τα άρθρα του Αστικού Κώδικα με έδρα τη Θεσσαλονίκη. Αποτελεί επίσημο εθνικό μέλος της World Stroke Organization (Παγκόσμια Οργάνωση για τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια). Σκοπός της είναι:

α) η προαγωγή της επιστημονικής έρευνας στην προέλευση, την πρόληψη και την θεραπεία των αγγειακών εγκεφαλικών νόσων καθώς και στην κοινωνική αποκατάσταση των πασχόντων

β) η προαγωγή της εκπαίδευσης των ιατρών ειδικοτήτων συναφών με τα Αγγειακά Νοσήματα του Εγκεφάλου, καθώς και η θέσπιση ειδικών προγραμμάτων μεταπτυχιακής εκπαίδευσης

γ) ο εμπλουτισμός των γνώσεων των ιατρών στα νεότερα δεδομένα πρόληψης και θεραπείας των αγγειακών νόσων του εγκεφάλου

δ) η προώθηση της συνεργασίας με εξειδικευμένα κέντρα του εξωτερικού σε θέματα που σχετίζονται με τη νόσο και την αντιμετώπισή της

ε) η δημόσια παράσταση, παρουσία και έκφραση γνώμης για την προώθηση των προαναφερθέντων σκοπών της εταιρίας

Πρόγραμμα διαδερμικής εμφύτευσης αορτικών βαλβίδων, χωρίς καρδιοχειρουργική επέμβαση (Transaortic Valve Implantation-TAVI)

Με τη συνδρομή και συμπαράσταση του καθηγητή Ευτύχιου Βορίδη, πραγματοποιήθηκε στην Ευρωκλινική Αθηνών η έναρξη του προγράμματος διαδερμικής εμφύτευσης αορτικών βαλβίδων (Transaortic Valve Implantation - TAVI), υπό τη διεύθυνση του κ. Δημοσθένη Κατρίτση, Διευθυντή Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής.

Στην ομάδα αυτή συμμετέχουν οι καρδιολόγοι της Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής, και συνεργάζονται όλοι οι καρδιοχειρουργοί της Ευρωκλινικής Αθηνών, υπό το συντονισμό του κ. Δ. Κατρίτση, ο οποίος έχει πολυετή εμπειρία επί του θέματος από το νοσοκομείο St. Thomas' του Λονδίνου. Με τη μέθοδο αυτή προσφέρεται η δυνατότητα αντιμετωπίσεως ασθενών με στένωση αορτικής βαλβίδας οι οποίοι δε δύνανται να υποβληθούν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση λόγω υψηλού κινδύνου.

Ο κ. Παύλος Τρυποσκιάδης, Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής επισήμανε ότι: «Είμαστε υπερήφανοι για το γεγονός ότι με την έναρξη του προγράμματος διαδερμικής εμφύτευσης αορτικών βαλβίδων, χωρίς καρδιοχειρουργική επέμβαση, ο καρδιολογικός Τομέας της Ευρωκλινικής Αθηνών αποτελεί πλέον ένα από τα ελάχιστα κέντρα στην Ελλάδα που είναι σε θέση να παρέχουν πλήρη καρδιολογική κάλυψη με όλες τις επεμβατικές μεθόδους, οι οποίες προσφέρονται διεθνώς. Η εξέλιξη αυτή επιβεβαιώνει τη διαρκή μας προσήλωση στην παροχή υπηρεσιών υγείας ύψιστης ποιότητας».

Οι συμμετέχοντες ιατροί του 4ου Σεμιναρίου Ρομποτικής Γυναικολογικής Χειρουργικής στην Ευρωκλινική Αθηνών

Η κα Βασιλική Χατζηραφήλ, Διευθύντρια Γυναικολογικού – Ρομποτικού Τμήματος Ευρωκλινικής Αθηνών με τους συμμετέχοντες ιατρούς, κατά τη διάρκεια της προβολής των εκπαιδευτικών βίντεο χειρουργείων για ρομποτικό σύστημα Da Vinci® S.

4ο Σεμινάριο Ρομποτικής Γυναικολογικής Χειρουργικής στην Ευρωκλινική Αθηνών

Στα πλαίσια της συνεχούς ενημέρωσης και εκπαίδευσης, η Ευρωκλινική Αθηνών διοργάνωσε το 4ο Σεμινάριο Ρομποτικής Γυναικολογικής Χειρουργικής με πρακτική άσκηση, το οποίο πραγματοποιήθηκε στις 6 και 7 Απριλίου 2013 στην Ευρωκλινική Αθηνών.

Με την πρωτοβουλία της κας Βασιλικής Χατζηραφαήλ, Διευθύντριας του Γυναικολογικού – Ρομποτικού Τμήματος της Ευρωκλινικής Αθηνών, οργανώθηκε αυτό το σεμινάριο με σκοπό να δοθεί η ευκαιρία σε όλους τους γυναικολόγους και γενικούς χειρουργούς να γνωρίσουν το ρομποτικό σύστημα Da Vinci®S και τις δυνατότητές του. Στο πλαίσιο του 4ου σεμιναρίου για τη χρήση του μηχανήματος Da Vinci®S, προβλήθηκαν εκπαιδευτικά βίντεο χειρουργείων με επεξήγηση της τεχνικής αυτής και περιγραφή χειρουργικής εξαίρεσης ινομυωμάτων μήτρας, κύστεων ωοθήκης, ενδομητρίωσης, υστερεκτομής, καρκίνου μήτρας και λεμφαδενικού καθαρισμού. Αναλύθηκε ακόμα η ανατομία της πυέλου ενδοσκοπικά.

Παράλληλα, οι συμμετέχοντες ιατροί είχαν τη δυνατότητα να εκτελέσουν μόνοι τους, από τη χειρουργική κονσόλα του μηχανήματος Da Vinci®S που διαθέτει η Ευρωκλικινή Αθηνών, πολλαπλές ασκήσεις για την εκμάθηση της χρήσης του ρομποτικού συστήματος εφαρμόζοντας λεπτούς χειρισμούς, καθώς και ρομποτική συρραφή σε προπλάσματα σιλικόνης και σε ζωικό ιστό.

Το 4ο Σεμινάριο Ρομποτικής Γυναικολογικής Χειρουργικής χαιρέτισαν ο Καθηγητής κ. Άρις Αντσακλής, Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών και ο κ. Νικόλαος Νικητέας, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Γενικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών. Επίσης, οι κύριοι ομιλητές ήταν η κα Βασιλική Χατζηραφαήλ, MD, Διευθύντρια Γυναικολογικού – Ρομποτικού Τμήματος Ευρωκλινικής Αθηνών, η κα Αλίκη Τσερκέζογλου, Γυναικολόγος-Ογκολόγος, Συνεργάτις Ευρωκλινική Αθηνών και ο κ. Θεόδωρος Μήτσης, MD, Χειρούργος Γυναικολόγος.

Νέος Ιατρικός Διευθυντής στην Ευρωκλινική Αθηνών

Ο κ. Ανδρέας Κωνσταντίνου ανέλαβε τη θέση του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας της Ευρωκλινικής Αθηνών μετά από 12 χρόνια ιδιαίτερα επιτυχούς πορείας στον Όμιλο, ως Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής.

Ο κ. Παύλος Τρυποσκιάδης, Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής, δήλωσε: «Δέσμευσή μας στον Όμιλο Ευρωκλινικής είναι η συνεχής βελτίωση του υψηλού επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ανταποκρινόμενοι πλήρως στις διεθνείς ιατρικές και νοσηλευτικές πρακτικές και ικανοποιώντας όλες τις ανάγκες υγείας των ασθενών μας. Το υψηλό επιστημονικό επίπεδο και η μακρά πείρα του κ. Ανδρέα Κωνσταντίνου αποτελούν κορυφαία εχέγγυα για την υλοποίηση των δεσμεύσεών μας και τη συνέχιση της επιτυχημένης πορείας της Ευρωκλινικής Αθηνών».

Ενέργειες Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης Ομίλου Ευρωκλινικής

Στο πλαίσιο του προγράμματος Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης, ο Όμιλος Ευρωκλινικής πραγματοποίησε δράσεις κοινωνικής υποστήριξης και βοήθειας ως ακολούθως:

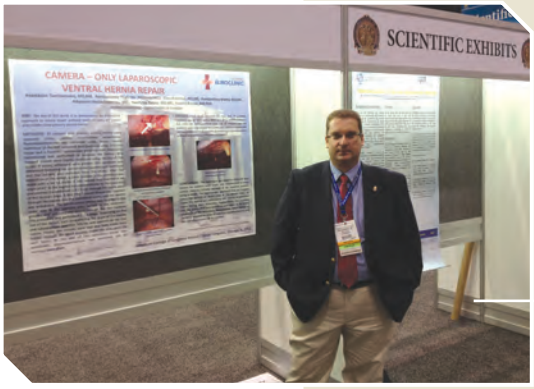
- Παροχές εξετάσεων σε προνομιακή τιμή στις Παγκόσμιες Ημέρες Υγείας
- Παροχές check up σε σχολεία της Αθήνας
- Δωρεά check up και εξετάσεων σε συλλόγους ανά την Ελλάδα και σε μη κυβερνητικούς οργανισμούς
- Δωρεά εκτυπωτών, φωτοαντιγραφικών & λοιπού εξοπλισμού γραφείου σε σχολεία της Αττικής
- Δωρεά αναλώσιμου υλικού και φαρμάκων στο πολυϊατρείο PRAKSIS
- Δωρεά εξετάσεων σε γεωγραφικές περιοχές με δυσκολία στην πρόσβαση
- Δωρεά φαγητού σε ιδρύματα αστέγων
- Άλλες δράσεις

Συμμετοχή Ομίλου Ευρωκλινικής

Συμμετοχές Ευρωκλινικής Αθηνών

Επιστημονική Συγκέντρωση SOS ιατρών, 19 Μαΐου 2012 στο Ηλέκτρα Palace

Στο πλαίσιο των Τακτικών Επιστημονικών Συγκεντρώσεων των SOS ιατρών, η Ευρωκλινική Αθηνών συμμετείχε στην Επιστημονική Συγκέντρωση των SOS ιατρών, το Σάββατο 19 Μαΐου 2012 στο Ηλέκτρα Palace. Μεταξύ των ομιλητών της συγκέντρωσης ήταν η κα Ιουλία Χριστοδουλίδου, Διευθύντρια Τμήματος Απεικόνισης Μαστού, Κέντρου Μαστού Ευρωκλινικής Αθηνών, η οποία παρουσίασε το θέμα «Μικροεπεμβατικές τεχνικές στο μαστό» και η κα Ελένη Ψιάχου, Αιματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών για το θέμα «Μεταγγίσεις εκτός νοσοκομείου».



American College of Surgeons Annual Clinical Congress, στις 30 Σεπτεμβρίου 2012 – 4 Οκτωβρίου 2012 στο Σικάγο

Στο ετήσιο συνέδριο του Αμερικανικού Κολλεγίου Χειρουργών, το οποίο πραγματοποιήθηκε από τις 30 Σεπτεμβρίου 2012 έως 4 Οκτωβρίου 2012 στο Σικάγο, ο κ. Αναστάσιος Τσεχπενάκης, Συνεργάτης Γενικός Χειρουργός της Ευρωκλινικής Αθηνών παρουσίασε μία πρωτότυπη εργασία που αφορά στον εναλλακτικό τρόπο λαπαροσκοπικής αποκατάστασης ομφαλοκηλών (Camera-only laparoscopic ventral hernia repair).

Ο κ. Αναστάσιος Τσεχπενάκης, Συνεργάτης Γενικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

1st SEERS International Congress in Robotic Surgery, στις 30 Νοεμβρίου - 2 Δεκεμβρίου 2012 στη Λεμεσό, Κύπρο

Η Ευρωκλινική Αθηνών συμμετείχε στο 1st SEERS International Congress in Robotic Surgery που πραγματοποιήθηκε στις 30 Νοεμβρίου - 2 Δεκεμβρίου 2012 στη Λεμεσό, Κύπρο. Η 1η Διεθνής Συνάντηση Επιστημονικής Εταιρείας Ρομποτικής Χειρουργικής Νοτιοανατολικής Ευρώπης (SEERSS) κάλυψε ένα ευρύ φάσμα θεμάτων που σχετίζονται με τη Ρομποτική Χειρουργική στην Ευρώπη στον τομέα της Γενικής Χειρουργικής συμπεριλαμβανομένων της Χειρουργικής του θυρεοειδούς, της Καρδιοχειρουργικής, της Γυναικολογίας και της Γυναικολογικής Ογκολογίας, της ΩΡΛ Χειρουργικής και της Ουρολογίας. Συμμετείχαν πάνω από 1.000 ιατροί, εκ των οποίων και ιατροί της Ευρωκλινικής Αθηνών.

Από αριστερά: οι κ.κ. Αθανάσιος Ρήγας, Διευθυντής Ουρολογικής-Ανδρολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Βασιλική Χατζηραφαήλ, Διευθύντρια Γυναικολογικού Τμήματος Ρομποτικής Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής Ευρωκλινικής Αθηνών, Νικόλαος Νικητέας, Διευθυντής Γενικής Χειρουργικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Ιωάννης Ζιούνας, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, Ελένη Καραφώκα, Επιμελήτρια Γενική Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

σε συνέδρια και εκδηλώσεις

1ο Θεματικό Συμπόσιο «Η συμβολή Γονιδιακών Αναλύσεων στην Προδιάθεση, Διάγνωση, Πρόγνωση και Ορθή Φαρμακολογική Προσέγγιση Ασθενειών, στις 2-3 Μαρτίου 2013, στο Συνεδριακό Κέντρο «Αριστοτέλης» Τμήμα Φυσικής στην Πανεπιστημιούπολη Ζωγράφου

Ο κ. Κωνσταντίνος Κουμάκης, Διευθυντής Νευρολόγος στην Ευρωκλινική Αθηνών, μέλος της Οργανωτικής/Επιστημονικής Επιτροπής, προέδρευσε στη θεματική ενότητα «Κεντρικό Νευρικό Σύστημα» στο 1ο Θεματικό Συμπόσιο με θέμα «Η συμβολή Γονιδιακών Αναλύσεων στην Προδιάθεση, Διάγνωση, Πρόγνωση και Ορθή Φαρμακολογική Προσέγγιση Ασθενειών», που πραγματοποιήθηκε στις 2-3 Μαρτίου 2013, στο Συνεδριακό Κέντρο «Αριστοτέλης» του Τμήματος Φυσικής στην Πανεπιστημιούπολη Ζωγράφου. Επίσης, ομιλητής του Συμποσίου ήταν ο κ. Κωνσταντίνος Ξένος, Κλινικός Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, Διευθυντής τμήματος Διατροφογενετικής και Έρευνας Θρέψης Ευρωκλινικής Αθηνών, ο οποίος παρουσίασε το θέμα «Εξατομικευμένη διατροφική αγωγή στην παχυσαρκία: Μεταφράζοντας την έρευνα της διατροφογενετικής και της διατροφογενωμικής σε διατροφικές οδηγίες».

5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων, 8-9 Μαρτίου 2013, στο ξενοδοχείο Grand Hotel Palace στη Θεσσαλονίκη

Το 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων πραγματοποιήθηκε στις 8-9 Μαρτίου 2013, στο ξενοδοχείο Grand Hotel Palace, στη Θεσσαλονίκη. Ο κ. Κωνσταντίνος Κουμάκης, Διευθυντής Νευρολόγος στην Ευρωκλινική Αθηνών και μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Εταιρείας Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων, συντόνισε τις προφορικές ανακοινώσεις της Ζώνης Β΄. Επιπρόσθετα ο κ. Λουκάς Πρέζας, Συνεργάτης ΩΡΛ της Ευρωκλινικής Αθηνών μίλησε για την «Αποτελεσματικότητα της λογοθεραπείας στην αποκατάσταση της φώνησης και κατάποσης σε κεντρικές παραλύσεις των φωνητικών χορδών σε παράμεση θέση».

Ημερίδα στο Δήμο Χαλανδρίου «Η σημασία και η αποτελεσματικότητα της πρώιμης και έγκαιρης διάγνωσης κάθε μορφής καρκίνου»

Στο πλαίσιο της συνεχούς ενημέρωσης για τη σημασία της πρόληψης, ο Δήμος και το Σώμα Εθελοντών Χαλανδρίου διοργάνωσαν ημερίδα με θέμα «Η σημασία και η αποτελεσματικότητα της πρώιμης και έγκαιρης διάγνωσης κάθε μορφής καρκίνου» την Παρασκευή 12 Απριλίου 2013 στο Δήμο Χαλανδρίου. Ο Καθηγητής κος Ιωάννης Μπράμης, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών, ο οποίος ήταν κεντρικός ομιλητής της ημερίδας μίλησε για την έγκαιρη διάγνωση στη μάχη κατά του καρκίνου και τόνισε ότι «Εάν τον βρούμε τον καρκίνο σε στάδιο πρώιμο, όταν ξεκινάει, είναι βέβαιον ότι μπορούμε να τον αντιμετωπίσουμε». Επίσης, η κα Ελένη Καραφώκα, Επιμελήτρια Γενικής Χειρουργικής, Ευρωκλινική Αθηνών μίλησε για τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και την αντιμετώπιση κάθε μορφής καρκίνου

Β' Πανελλήνιο Συνέδριο Επείγουσας και Εξωνοσοκομειακής Ιατρικής, 13 Απριλίου 2013 στην Αίγλη Ζαππείου

Η Ευρωκλινική Αθηνών συμμετείχε στο Β΄ Πανελλήνιο Συνέδριο Επείγουσας και Εξωνοσοκομειακής Ιατρικής με θέμα «Το επείγον στο σπίτι. Ιατρική εκτός νοσοκομείου», που πραγματοποιήθηκε το Σάββατο 13 Απριλίου 2013 στην Αίγλη Ζαππείου. Στο συνέδριο συμμετείχαν ιατροί της Ευρωκλινικής Αθηνών, όπως ο κ Ηλίας Καραμπίνος, Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, ο οποίος ήταν Προεδρείο για τα «Hot topics στην Καρδιολογία». Ο κ. Βασίλης Σπανός ήταν ομιλητής με θέμα «Αγγειοπλαστική στη στεφανιαία νόσο: αποτελεί σίγουρη αξία;». Επίσης, πραγματοποιήθηκαν βραβεύσεις από τον Ομότιμο Καθηγητή κ. Ευτύχιο Βορίδη, Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου Ευρωκλινικής Αθηνών, τον Καθηγητή κ. Παύλο Τούτουζα, Σύμβουλο Καρδιολογικού Τομέα Ευρωκλινικής Αθηνών και τον κ. Γεώργιο Θεοχάρη, Παθολόγο, Υπεύθυνο Ιατρών SOS, Ευρωκλινική Αθηνών. Ο κ. Γεώργιος Θεοχάρης ήταν Προεδρείο για το θέμα «Η Γηριατρική στην πόλη», η κα Ελένη Ψιάχου, Αιματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, μίλησε για την «Αναιμία Ηλικιωμένων» και ο κ. Διονύσιος Ρόδης, Επιμελητής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών για το «Μετανοσοκομειακό Σύνδρομο».

Από αριστερά οι κυρίες Νάνσυ Χριστοπούλου, Product Manager, Διεύθυνση Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής και Αθηνά Μπερδεμπέ από την Οργανωτική Επιτροπή του Β΄ Πανελλήνιου Συνεδρίου Επείγουσας και Εξωνοσοκομειακής Ιατρικής.

Συμμετοχές Ευρωκλινικής Παίδων

50ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, στη 1 και 3 Ιουνίου 2012, στο ξενοδοχείο «Du Lac»

Η Ευρωκλινική Παίδων, ήταν η μόνη παιδιατρική ιδιωτική κλινική που συμμετείχε με stand, στο 50ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, που πραγματοποιήθηκε στη 1 και 3 Ιουνίου 2012 στο ξενοδοχείο «Du Lac» στα Ιωάννινα. Στο συνέδριο συμμετείχαν περισσότεροι από 1.000 ιατροί και διακεκριμένοι ιατροί ομιλητές παρουσίασαν ενδιαφέροντα παιδιατρικά θέματα.

Η κα Νάνσυ Χριστοπούλου, Product Manager, Διεύθυνση Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής και η κα Ρίτσα Μπιρζαμάνη, Υπεύθυνη Ιατρικής Ενημέρωσης Ευρωκλινικής Παίδων

Β' Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Προσχολικής Αγωγής στις 10 Νοεμβρίου 2012 στο ΚΥΒΕ Περιστερίου

Στο Β' Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Προσχολικής Αγωγής συμμετείχε η Ευρωκλινική Παίδων το οποίο πραγματοποιήθηκε στις 10 Νοεμβρίου 2012 στο ΚΥΒΕ Περιστερίου.
Αναπτύχθηκαν ενδιαφέροντα θέματα για την Παιδιατρική, Ψυχοπαιδαγωγική και την Παιδαγωγική από διακεκριμένους εισηγητές. Το συνέδριο τέλεσε υπό την αιγίδα του Δήμου Περιστερίου και η προσέλευση του κοινού ήταν εντυπωσιακή

Από αριστερά: οι κ.κ. Καθ. Στέλιος Αντωνιάδης, Πρόεδρος της Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Προσχολικής Αγωγής, Διευθυντής Παιδοκαρδιολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων, Δρ. Ελισάβετ Διονυσοπούλου, Παιδίατρος, Καθ. Ευάγγελος Παπαγεωργίου, Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής.

32nd Annual Meeting of the European Orthopaedic Society, στις 17-20 Απριλίου 2013, στο ξενοδοχείο «Hilton»

Η Ευρωκλινική Παίδων συμμετείχε στο 32nd Annual Meeting of the European Orthopaedic Society, στις 17-20 Απριλίου 2013, στο ξενοδοχείο «Hilton». Στο συνέδριο παρουσιάστηκαν ενδιαφέροντα θέματα της παιδιατρικής ορθοπεδικής.

Προσδιορισμός ηλεκτρολυτών στον ιδρώτα

Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, τα επεισόδια βήχα και συριγμού αποτελούν ένα συχνό πρόβλημα. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, τα συμπτώματα αντιμετωπίζονται με τη χορήγηση εισπνεόμενων βρογχοδιασταλτικών και κορτικοστεροειδών. Όμως, σε κάποια παιδιά, ο επίμονος και αναίτιος βήχας, σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα, πιθανώς να υποκρύπτουν σοβαρότερα προβλήματα όπως η Κυστική Ίνωση (Ινοκυστική νόσος). Η Κυστική Ίνωση είναι μία γενετική (κληρονομική) πάθηση, που αρχικά επηρεάζει το αναπνευστικό και πεπτικό σύστημα των παιδιών και των νεαρών ενηλίκων και που σταδιακά μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο. (*περισσότερες πληροφορίες για την Ινοκυστική - Κυστική Ίνωση στο σχετικό άρθρο του τεύχους του Medilife που κρατάτε στα χέρια σας)*

Για πάνω από τέσσερις δεκαετίες, η εξέταση προσδιορισμού των ηλεκτρολυτών στον ιδρώτα **("τεστ - ιδρώτα")** είναι η πλέον κατάλληλη εξέταση για τη διάγνωση της Κυστικής Ίνωσης. Πρόκειται για μία απλή, αλλά ουσιαστική, διαγνωστική διαδικασία προσδιορισμού της ποσότητας του χλωρίου (αλάτων) στον ιδρώτα. η οποία περιλαμβάνει μία σειρά από βήματα προκειμένου το αποτέλεσμα να είναι ακριβές. Πραγματοποιείται αποκλειστικά από **εξειδικευμένο** προσωπικό σε περιορισμένο αριθμό τριτοβαθμίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Από το Μάρτιο του 2013, η **Ευρωκλινική Παίδων** αποτελεί το μόνο ιδιωτικό νοσοκομείο που έχει εντάξει στις εργαστηριακές της εξετάσεις τον προσδιορισμό ηλεκτρολυτών στον ιδρώτα προκειμένου να διασφαλίσει τους ασθενείς της από πιθανή παρουσία Κυστικής Ίνωσης. Η εξέταση αυτή, που μπορεί να αποβεί σωτήρια για κάποιους μικρούς ασθενείς, διενεργείται από ειδικά καταρτισμένο προσωπικό και με τον πλέον σύγχρονο και ασφαλή εξοπλισμό, προϋποθέσεις αναγκαίες για την ακρίβεια του αποτελέσματος.

Κέντρο Πρόληψης Ενδοκρινικών-Μεταβολικών Νόσων στην Ευρωκλινική Αθηνών

- Δεν κοιμάστε καλά το βράδυ; Είστε μονίμως κουρασμένοι και τρώτε περισσότερο;
- Έχετε δυσρύθμιστη Υπέρταση που χρειάζεται συνδυασμό πολλών φαρμάκων;
- Είστε στην Εμμηνόπαυση ή την Περιεμμηνόπαυση; Όλα φαίνονται να αλλάζουν στο σώμα σας, στις εξετάσεις και στις συνήθειές σας, στον ύπνο σας; Χρειάζεστε συμβουλές εσείς και ο σύντροφος σας;
- Νοιώθετε αδυναμία στους μυς των κάτω άκρων; Έχετε μικροπονάκια, κράμπες, ή μικροαστάθεια;
- Είστε άνδρας με αραίωση των οστών σε τυχαία ακτινογραφία;
- Πεινάτε συνέχεια χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερος λόγος;
- Αμέσως μετά το γεύμα ή στο 2ωρο περίπου, αποζητάτε γλυκό;
- Είστε Υπέρβαρος/Υπέρβαρη δυσανάλογα με την ποσότητα του φαγητού σας;

Σκοπός του Κέντρου είναι να δώσει λύσεις σε συχνά και καθημερινά ερωτήματα, που μπορεί να κρύβουν την προδιάθεση, γονιδιακή ή μη, για σοβαρές ασθένειες που όμως μπορεί να προληφθούν.

Το Κέντρο λειτουργεί κάθε Τρίτη από 10:00– 13:00 και κάθε Τετάρτη από 14:00 – 16:00. Για ραντεβού καλέστε στο τηλ. 210 6416312.

Ιατρείο Σκλήρυνσης κατά Πλάκας της Ευρωκλινικής Αθηνών

Στην Ευρωκλινική Αθηνών λειτουργεί Ιατρείο Σκλήρυνσης κατά Πλάκας. Στόχος του ιατρείου είναι η κλινική εκτίμηση, η εργαστηριακή διάγνωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση.

Μερικά από τα συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι:

- μούδιασμα
- κόπωση
- θάμβος όρασης
- διπλωπία

Στο ιατρείο μπορούν να εξετασθούν εξωτερικοί ασθενείς, να συνταγογραφηθούν ηλεκτρονικά όλα τα ειδικά φάρμακα για τη νόσο καθώς και να εκδοθούν γνωματεύσεις για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και το Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.). Επίσης, πραγματοποιείται χορήγηση όλων των ενδοφλέβιων θεραπειών στο Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας καθώς και απαραίτητος παρακλινικός έλεγχος (Μαγνητική Τομογραφία, Πρόκλητα Δυναμικά, οσφυνωτιαία παρακέντηση, αιματολογικός, βιοχημικός και ανοσολογικός έλεγχος).

Το Ιατρείο Σκλήρυνσης κατά Πλάκας λειτουργεί κάθε Τετάρτη 16:00-20:00 και Πέμπτη 10:00-14:00. Για να κλείσετε ραντεβού, καλέστε στο τηλ. 210 6416312 (08:00-14:00).

Κριτής στην ημερίδα «Hellenic Startup in BioMed: Uncovering Endless Opportunities» ο κος Νίκος Μόσχος, Διευθυντής Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής

Μέλος 5μελούς κριτικής επιτροπής ήταν ο κος Νίκος Μόσχος, Διευθυντής Ανάπτυξης Ομίλου Ευρωκλινικής σε διαγωνισμό που διεξήχθη κατά τη διάρκεια της ημερίδας. Ο διαγωνισμός είχε θέμα το Biomedical Engineering και το πώς μία ιδέα πάνω σε αυτόν τον τομέα μπορεί να υλοποιηθεί και να γίνει υπηρεσία/προϊόν.

Το «Hellenic Startup in BioMed: Uncovering Endless Opportunities» πραγματοποιήθηκε στις 12 Απριλίου 2013 στο Συνεδριακό & Πολιτιστικό Κέντρο του Πανεπιστημίου Πατρών.

Σκοπός του «Hellenic Startup in BioMed: Uncovering Endless Opportunities» είναι να καθιερωθεί ένας κόμβος συνάντησης και δημιουργίας για φοιτητές, καθηγητές, νέους επιχειρηματίες και επενδυτές, μία δυναμική πλατφόρμα που συνδέει πρωτότυπες ιδέες που γίνονται πράξεις, τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό, με έμφαση στο ελληνικό προϊόν (made in Greece) και την εγχώρια ενίσχυση της επιχειρηματικότητας.

Επιστημονικές συναντήσεις των ιατρών της Ευρωκλινικής

Με μεγάλη επιτυχία συνεχίζονται για πέμπτη χρονιά οι ενημερωτικές και εκπαιδευτικές συναντήσεις των ιατρών της Ευρωκλινικής, οι οποίες διοργανώνονται από τη Διοίκηση και το Επιστημονικό Συμβούλιο του Ομίλου Ευρωκλινικής και πραγματοποιούνται κάθε δεύτερη Πέμπτη στο Αμφιθέατρο του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur.

Ο Ομότιμος Καθηγητής κ. Ευτύχιος Βορίδης, Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου της Ευρωκλινικής δήλωσε: «Η Επιστημονική Επιτροπή της Ευρωκλινικής εξακολουθεί να ενθαρρύνει τη συμμετοχή στις Επιστημονικές της Συγκεντρώσεις όλων των ιατρών και νοσηλευτών της γιατί πιστεύει, ότι μόνο με τη συνεχή αναμόχλευση των ενδιαφερουσών περιπτώσεων των ασθενών μας μπορούμε να συντηρήσουμε και να ανανεώσουμε τις γνώσεις μας εξασφαλίζοντας καλή ποιότητα στην άσκηση της Ιατρικής. Επιπλέον, οι συγκεντρώσεις μας είναι και ο καλύτερος τρόπος δημιουργίας καλών σχέσεων και αλληλο-ενημέρωσης για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες που μπορεί να παράσχει η Ευρωκλινική».

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

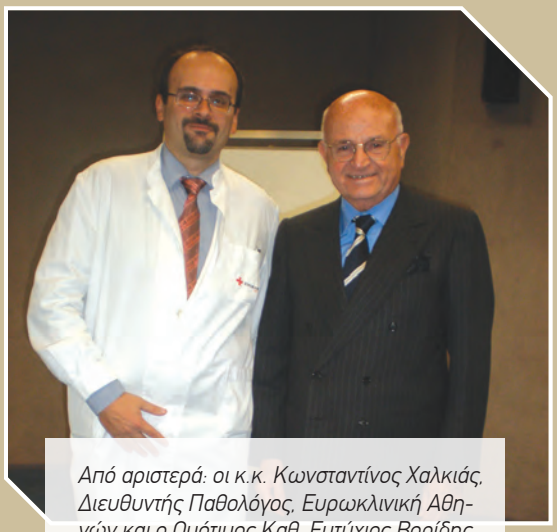
Από αριστερά: οι κ.κ. Κωνσταντίνος Χαλκιάς, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Ιωάννης Βασιλειάδης, Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Γεώργιος Βασιλικός, Επιμελητής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Από αριστερά: οι κ.κ. Βασίλης Σπανός, Α΄ Αναπληρωτής Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Αθηνά Αραπογιάννη, Αναπληρώτρια Διευθύντρια Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Παναγιώτα Κωστάκη, Επιμελήτρια Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Αναστάσιος Παπαδόπουλος, Β΄ Αναπληρωτής Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Ηλίας Καραμπίνος, Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Από αριστερά: η κα Μαρία Γαζούλη, Επίκουρη Καθηγήτρια Βιολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ και Επιστημονικά Υπεύθυνη και ο κ. Νικόλαος Νικητέας, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Γενικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΘΕΜΑ	ΟΜΙΛΗΤΕΣ
22.03.2012	*«Ένας ασθενής με πολλαπλές εκδηλώσεις αυτοανοσίας»*	**Ιωάννης Ζελενίτσας**, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Θεόδωρος Ιγνατιάδης**, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Δημήτριος Παπαβασιλείου**, Επιμελητής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Κατερίνα Χρυσοχού**, Επιμελήτρια Ρευματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
05.04.2012	*«Άνδρας 57 ετών με κολπική μαρμαρυγή και προοδευτικά επιδεινούμενη καρδιακή ανεπάρκεια»*	**Καθηγήτρια Φωτεινή Σκοπούλη**, πρώην Διευθύντρια Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Σοφία Χριστάκη**, Επιμελήτρια Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Φωτεινή Σολιώτη**, Επιμελήτρια Ρευματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
10.05.2012	*«Επεμβάσεις στις νεφρικές αρτηρίες»*	**Νικόλαος Ιωάννου**, τ. Διευθυντής Αγγειοχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών
31.05.2012	*Ασθενής με παρατεινόμενο εμπύρετο και εντερορραγία»*	**Νικόλαος Φαληρέας**, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
18.10.2012	*«θυρεοτοξική κρίση» και «Υπερπαραθυρεοειδισμός και οστεομαλάκυνση»*	**Σπύρος Μέλχερ**, Επιμελητής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Κατερίνα Σαριδάκη**, Διευθύντρια Β΄ Ενδοκρινολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών
08.11.2012	*«Γιατρέ, τα ούρα μου είναι κόκκινα!»*	**Φωτεινή Σολιώτη**, Επιμελήτρια Ρευματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Σοφία Χριστάκη**, Επιμελήτρια Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Γιάννης Σέρελης**, Επιμελητής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
22.11.2012	*«Εμβόλια Ενηλίκων. Νέο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών».*	**Κωνσταντίνος Χαλκιάς**, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
13.12.2012	*«Παρουσίαση Ενδιαφέροντος Περιστατικού»*	**Ιωάννης Ζελενίτσας**, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Δημήτριος Παπαβασιλείου**, Επιμελητής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Κατερίνα Χρυσοχού**, Επιμελήτρια Ρευματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Έλλη Λάκκα-Παπαδόδημα**, Διευθύντρια Κέντρου Ενδοκρινολογίας-Διαβήτη-Μεταβολισμού Ευρωκλινικής Αθηνών
20.12.2012	*«Διάγνωση κοιτώντας τον άρρωστο - Παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού»*	**Νικόλαος Φαληρέας**, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Γενοβέφα Χρονοπούλου**, Διευθύντρια Διαγνωστικών Εργαστηρίων Ομίλου Ευρωκλινικής **Θεόδωρος Φιλιππίδης**, Διευθυντής Παθολογοανατόμος, Συνεργάτης της Ευρωκλινικής Αθηνών
10.01.2013	*«Νεοπλασία μέσα στις καρδιακές κοιλότητες».*	**Θεόδωρος Ιγνατιάδης**, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Παναγιώτης Παναγιωτόπουλος**, Διευθυντής Θωρακοχειρουργός Ευρωκλινικής Αθηνών **Καθ. Δημήτρης Λουκόπουλος**, Διευθυντής Αιματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
07.02.2013	*«Μεταστατικός CA θυρεοειδούς»*	**Έλλη Λάκκα-Παπαδόδημα**, Διευθύντρια Κέντρου Ενδοκρινολογίας-Διαβήτη-Μεταβολισμού Ευρωκλινικής Αθηνών **Σωτήριος Μπεθάνης**, Επιμελητής Κέντρου Ενδοκρινολογίας-Διαβήτη-Μεταβολισμού, Ευρωκλινική Αθηνών **Δανάη Δαλιάνη**, Διευθύντρια Παθολόγος-Ογκολόγος, Ευρωκλινικής Αθηνών **Παναγιώτης Παναγιωτόπουλος**, Διευθυντής Θωρακοχειρουργός Ευρωκλινικής Αθηνών
21.02.2013	*«Ισχαιμία του μυοκαρδίου. Παλαιές και νέες προσεγγίσεις»*	**Ηλίας Καραμπίνος**, Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Βασίλης Σπανός**, Α΄ Αν. Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Αναστάσιος Παπαδόπουλος**, Β΄ Αν. Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Αθηνά Αραπογιάννη**, Αν. Διευθύντρια Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
07.03.2013	*«Ανάπτυξη νανοανιχνευτών για την στοχευμένη μοριακή ανίχνευση και απεικόνιση των μικρομεταστάσεων»*	**Νικόλαος Νικητέας**, Διευθυντής Γενικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών, Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ και συντονιστής του Ερευνητικού Προγράμματος **Μαρία Γαζούλη**, Επίκουρη Καθηγήτρια Βιολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ και Επιστημονικά Υπεύθυνη **Ευστάθιος Ευσταθόπουλος**, Αναπληρωτής Καθηγητής Ακτινοφυσικής και Υπεύθυνος για τα Πειράματα Μοριακής Απεικόνισης
21.03.2013	*«Άλγος επιγαστρίου vs άλγος θώρακα. Τι γίνεται όταν συνυπάρχουν στον ίδιο ασθενή;»*	**Κωνσταντίνος Χαλκιάς**, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Γεώργιος Βασιλικός**, Επιμελητής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
04.04.2013	*«Νεότερα αντιπηκτικά»*	**Δημήτριος Ρίχτερ**, Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
18.04.2013	*«Πυρετός και εξάνθημα»*	**Διονύσιος Ρόδης**, Επιμελητής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών **Βασιλική Μουσάτου**, Δερματολόγος/Αφροδισιολόγος, Συνεργάτις της Ευρωκλινικής Αθηνών

Από αριστερά: οι κ.κ. Δημήτριος Παπαβασιλείου, Επιμελητής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Κατερίνα Χρυσοχού, Επιμελήτρια Ρευματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Έλλη Λάκκα-Παπαδόδημα, Διευθύντρια Κέντρου Ενδοκρινολογίας-Διαβήτη-Μεταβολισμού Ευρωκλινικής Αθηνών, Χρυσάφη Κούλη, Επιμελήτρια Κέντρου Ενδοκρινολογίας-Διαβήτη-Μεταβολισμού, Ευρωκλινική Αθηνών, Ιωάννης Ζελενίτσας, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών



Από αριστερά: οι κ.κ. Κωνσταντίνος Χαλκιάς, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών και ο Ομότιμος Καθ. Ευτύχιος Βορίδης, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου Ευρωκλινικής Αθηνών

Από αριστερά: οι κ.κ. Παναγιώτης Παναγιωτόπουλος, Διευθυντής Θωρακοχειρουργός Ευρωκλινικής Αθηνών, Παναγιώτης Ασημακόπουλος, Συνεργάτης Καρδιοχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών, Θεόδωρος Ιγνατιάδης, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Γρηγόριος Κωτούλας, Διευθυντής Ακτινολογικού Τομέα, Ευρωκλινική Αθηνών, Καθ. Δημήτρης Λουκόπουλος, Διευθυντής Αιματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Από αριστερά: οι κ.κ. Δημήτριος Αθανασιάς, Αν. Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Ιωάννης Χλωρογιάννης, Διευθυντής Καρδιοχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών, Δημήτριος Ρίχτερ, Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Από αριστερά: οι κ.κ. Ιωάννης Σέρελης, Επιμελητής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Φωτεινή Σολιώτη, Επιμελήτρια Ρευματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Σοφία Χριστάκη, Επιμελήτρια Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Καθ. Δημήτρης Λουκόπουλος, Διευθυντής Αιματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Από αριστερά: οι κ.κ. Γρηγόριος Κωτούλας, Διευθυντής Ακτινολογικού Τομέα, Ευρωκλινική Αθηνών, Σωτήριος Μπεθάνης, Επιμελητής Κέντρου Ενδοκρινολογίας-Διαβήτη-Μεταβολισμού, Ευρωκλινική Αθηνών, Ομότιμος Καθ. Ευτύχος Βορίδης, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου Ευρωκλινικής Αθηνών, Έλλη Λάκκα-Παπαδόδημα, Διευθύντρια Κέντρου Ενδοκρινολογίας-Διαβήτη-Μεταβολισμού Ευρωκλινικής Αθηνών, Χρυσάφη Κούλη, Επιμελήτρια Κέντρου Ενδοκρινολογίας-Διαβήτη-Μεταβολισμού, Ευρωκλινική Αθηνών

Από αριστερά: οι κ.κ. Καθ. Δημήτρης Λουκόπουλος, Διευθυντής Αιματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Κατερίνα Σαριδάκη, Διευθύντρια Β΄ Ενδοκρινολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών, Βασιλική Γαραντζιώτη, Διευθύντρια Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Σπύρος Μέλχερ, Επιμελητής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, Νικόλαος Βασιλακάκης, Επιμελητής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

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 email στο

mkt@euroclinic.gr

Ρομποτική κολεκτομή

Πλεονεκτήματα σε σχέση με τη συμβατική χειρουργική

Δρ Ιωάννης
Ζιούνας

MD, PhD, FACS
Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Οι τελευταίες εξελίξεις στις ελάχιστα επεμβατικές χειρουργικές τεχνικές δείχνουν ότι ορισμένοι ασθενείς είναι δυνατόν να ωφεληθούν περισσότερο σε σχέση με τη συμβατική χειρουργική.

Η ρομποτική τεχνολογία και συγκεκριμένα το σύστημα DaVinci, μας ανοίγει τους ορίζοντες, ιδιαίτερα σε καταστάσεις όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου, καρκίνος του ορθού, εκκολπωματίτις και φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ελκώδης κολίτις και Crohn's disease), τραυματισμοί ή απόφραξη του εντέρου.

Παραδοσιακά, η κολεκτομή εκτελείται μέσω μίας κοιλιακής τομής (λαπαροτομία).

Τώρα, πλέον, με τη χρήση του ρομποτικού συστήματος, σε κάποιες περιπτώσεις, είναι δυνατόν να πραγματοποιούμε κολεκτομές (δεξιά, αριστερή σιγμοειδεκτομή και χαμηλή πρόσθια εκτομή) με τα ανάλογα οφέλη, όπως:

- Εξαιρετικά κλινικά αποτελέσματα για τον έλεγχο του καρκίνου
- Ταχύτερη επάνοδος της εντερικής λειτουργίας
- Μειωμένος μετεγχειρητικός πόνος
- Συντομότερη παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο
- Χαμηλότερος κίνδυνος μόλυνσης του ασθενή

Το σύστημα DaVinci είναι ένα ρομποτικό χειρουργικό σύστημα που έχει εγκριθεί για χρήση από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων των Ηνωμένων Πολιτειών (FoodandDrugsAdministration, FDA).

Συνδυάζεται με σταθερό σύστημα κάμερας με δυνατότητα μεγεθύνσεως του χειρουργικού πεδίου, επιτρέποντας στο χειρουργό να χειρουργεί σε δύσκολες ανατομικά περιοχές στην κοιλιακή χώρα. Επιπλέον, η χρήση της τρισδιάστατης όρασης επιτρέπει την αντίληψη του βάθους, εξέλιξη η οποία δεν ήταν δυνατή με άλλες λαπαροσκοπικές χειρουργικές επεμβάσεις.

Οι βραχίονες λειτουργούν ως ένα Ρομποτικό Σύστημα υπό τον έλεγχο του χειρουργού, από μία κονσόλα που βρίσκεται εκτός του αποστειρωμένου πεδίου. Ο χειρουργός μέσα από τα ειδικά χειριστήρια της κονσόλας, τα οποία μεταφέρουν τις ακριβείς κινήσεις του καρπού σε ευρύ φάσμα ρομποτικών κινήσεων, μπορεί με ακρίβεια να πραγματοποιεί τη συρραφή και την παρασκευή ή χειρισμό του ιστού.

Συνολικά, η Ρομποτική Χειρουργική επιτρέπει την πραγματοποίηση της χειρουργικής διαδικασίας με πολύ μεγαλύτερη ακρίβεια από ό,τι στην ανοικτή ή λαπαροσκοπική χειρουργική.

Τηλ. επικοινωνίας 210 6416180-2, mkt@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

Πιο απλά και πιο προσιτά από ποτέ!

Τα νέα προγράμματα ασφάλισης υγείας INTERAMERICAN κάνουν την ασφάλιση πιο απλή και προσιτή σε όλους. Προσφέρουν υψηλή ποιότητα υπηρεσιών και πολλές δυνατότητες επιλογής προγράμματος, ενώ εξασφαλίζουν απλότητα στις διαδικασίες και διαφάνεια στους όρους ασφάλισης.

- **MEDISYSTEM:** Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας που προσφέρει πρόσβαση σε ένα μοναδικό Δίκτυο Υγείας. Η σύγχρονη, ιδιωτική εκδοχή ενός κοινωνικού συστήματος υγείας.
- **MEDIHOSPITAL:** Ένα πρόγραμμα νοσοκομειακής κάλυψης το οποίο εξασφαλίζει τα έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτικές ή κρατικές κλινικές, στην Ελλάδα και το εξωτερικό.
- **MEDICASH:** Ένα πρόγραμμα παροχής ειδικών επιδομάτων υγείας, τα οποία μπορούν να λειτουργήσουν είτε ανεξάρτητα, είτε συμπληρωματικά με άλλα προγράμματα υγείας.

Τα ασφάλιστρα είναι τόσο προσιτά, ώστε ένα υγιές άτομο ηλικίας 35 ετών έχει πολλαπλές επιλογές προγραμμάτων με κόστος που ξεκινά από **€1** την ημέρα!

/interamerican
/interamericangr
/interamericangr
www.interamerican.gr

INTERAMERICAN
PART OF ACHMEA

Ρομποτική χειρουργική

Νέες μέθοδοι στη γυναικολογία

Βασιλική
Χατζηραφαήλ

Μαιευτήρας Χειρουργός
Γυναικολόγος
Διευθύντρια
Γυναικολογικού
Τμήματος Ρομποτικής
Λαπαροσκοπικής
Χειρουργικής
Ευρωκλινικής Αθηνών

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζονται νέες μέθοδοι χειρουργικών επεμβάσεων που στόχο έχουν το καλύτερο χειρουργικό αποτέλεσμα και τη βέλτιστη ανάρρωση του ασθενούς. Το πρώτο βήμα έγινε με τη λαπαροσκόπηση, η οποία εφαρμόζεται τα τελευταία 20 χρόνια. Όμως η εξέλιξη της τεχνολογίας έφερε στα χέρια των χειρουργών το ρομποτικό σύστημα DaVinci και τη ρομποτικά υποβοηθούμενη λαπαροσκοπική χειρουργική. Πρόκειται ουσιαστικά για την εξέλιξη της απλής λαπαροσκόπησης. Είναι μία ελάχιστα τραυματική χειρουργική μέθοδος η οποία δίνει τη δυνατότητα να εκτελούνται τα χειρουργεία με απόλυτη ακρίβεια. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται από το 2000 στην Αμερική. Στην Ελλάδα από το 2006 και έως σήμερα διενεργείται ένα μεγάλο φάσμα χειρουργείων με τη μέθοδο αυτή.

Τα οφέλη είναι μεγάλα τόσο για τον ασθενή όσο και για το χειρουργό.

Στον ασθενή προσφέρει:

1) Ελάχιστη παρέμβαση στο σώμα.
2) Πολύ μικρές οπές στην κοιλιά με άριστο αισθητικό αποτέλεσμα.
3) Ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου.
4) Λιγότερες αναπνευστικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές κατά τη διάρκεια του χειρουργείου.
5) Ελαχιστοποίηση μετεγχειρητικών επιπλοκών που σχετίζονται με το τραύμα.
6) Σημαντική μείωση των μετεγχειρητικών συμφύσεων.
7) Μικρότερη έως μηδενική απώλεια αίματος.

Στο χειρουργό προσφέρει:

1) Τρισδιάστατη απεικόνιση του χειρουργικού πεδίου.
2) Απόλυτη ακρίβεια και ευελιξία των κινήσεων του χειρουργού σε επίπεδο χιλιοστού.

Ρομποτική χειρουργική στη γυναικολογία

Οι χειρουργοί-γυναικολόγοι, έχοντας στα χέρια τους αυτό το μικρό «θαύμα» που αποκαλείται «ρομποτικό σύστημα DaVinci» εκτελούν πλέον τα περισσότερα γυναικολογικά χειρουργεία με τη βοήθειά του. Πολλά γυναικολογικά χειρουργεία που παλαιότερα μπορούσαν να γίνουν μόνο με την ανοιχτή μέθοδο διενεργούνται πλέον με τη μέθοδο της ρομποτικής χειρουργικής.

Ρομποτικά μπορούν να γίνουν:

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

Ρομποτική χειρουργική στην ενδομητρίωση

Τι είναι η ενδομητρίωση;

Είναι από τις πιο συχνές γυναικολογικές παθήσεις. Παρουσιάζεται σε ποσοστό 7-8%. Η ενδομητρίωση αφορά κυρίως σε γυναίκες ηλικίας 22 με 35 ετών.

Είναι μία πάθηση κατά την οποία το ενδομήτριο αναπτύσσεται σε περιοχές έξω από τη μήτρα, δηλαδή στα όργανα της κοιλιάς και της λεκάνης. Στις περιοχές αυτές αναπτύσσονται εστίες ή οζίδια ή κύστεις. Η ενδομητρίωση εμφανίζεται τις περισσότερες φορές:

1) Στις ωοθήκες και ονομάζεται ενδομητρίωμα ή σοκολατοειδής κύστη.
2) Επάνω στους συνδέσμους της μήτρας.
3) Στο έντερο, στην ουροδόχο κύστη, στον κόλπο.
4) Στο περιτόναιο.

Τι συμπτώματα προκαλεί η ενδομητρίωση;

- Το κυριότερο σύμπτωμα είναι ο πόνος ο οποίος μπορεί να είναι κατά την περίοδο με τη μορφή έντονης δυσμηνόρροιας ή κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής ή ακόμα και σε καθημερινή βάση στην κοιλιακή χώρα λόγω συμφύσεων (δηλαδή ένωσης των κοιλιακών οργάνων μεταξύ τους) ή

Τηλ. επικοινωνίας 210 6416180-2, mkt@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

λόγω διείσδυσης των ενδομητριωσικών κυττάρων στα νευρικά πλέγματα της κοιλιάς.

- Μπορεί να παρατηρηθεί μικρή διαφυγή αίματος από τα ούρα ή από το έντερο.
- Υπογονιμότητα: έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες με ενδομητρίωση παρουσιάζουν δυσκολία στην σύλληψη ενός εμβρύου και συγκεκριμένα όσο βαρύτερη είναι η ενδομητρίωση τόσο μεγαλύτερη δυσκολία για τεκνοποίηση παρουσιάζεται.
- Αλλαγές στην ψυχολογία της γυναίκας. Παρουσιάζεται συχνά κατάθλιψη, άγχος, αϋπνία.

Πώς γίνεται η διάγνωση και η θεραπεία της ενδομητρίωσης;

Πολύ σπουδαίο ρόλο παίζει το αναλυτικό ιστορικό που θα δώσει η γυναίκα αλλά και η κλινική εξέταση από το γυναικολόγο. Βασικής σημασίας είναι το διακολπικό ή και το διορθικό υπερηχογράφημα. Πολλές φορές ως συμπληρωματικές εξετάσεις είναι η μαγνητική τομογραφία, ο βαριούχος υποκλυσμός και η πυελογραφία. Η αιματολογική εξέταση που πρέπει να γίνεται είναι ο βιοχημικός δείκτης CA125 όπου στην ενδομητρίωση είναι πολύ συχνά αυξημένος. Αδιαμφισβήτητα ο πιο σίγουρος τρόπος, για να τεθεί η διάγνωση της ενδομητρίωσης είναι η λαπαροσκόπηση ενώ η εξαίρεση της νόσου από την κοιλιά γίνεται με τον καλύτερο τρόπο, με τη ρομποτικά υποβοηθούμενη λαπαροσκόπηση.

Ρομποτική χειρουργική στα ινομυώματα

Τι είναι τα ινομυώματα;

Τα ινομυώματα της μήτρας αποτελούν την πιο συχνή ανωμαλία της μήτρας της γυναίκας. Είναι καλοήθεις όγκοι και απασχολούν συνήθως ηλικίες 22-55 ετών. Το μέγεθός τους μπορεί να είναι από λίγα χιλιοστά μέχρι πολλά εκατοστά, έτσι ώστε είναι δυνατόν να καταλαμβάνουν όλη την κοιλιακή χώρα. Τα αίτια που προκαλούν τα ινομυώματα είναι η κληρονομικότητα σε συνδυασμό με τα αυξημένα επίπεδα ορμονών (οιστρογόνων) στο αίμα της γυναίκας.

Τι συμπτώματα μπορούν να προκαλέσουν;

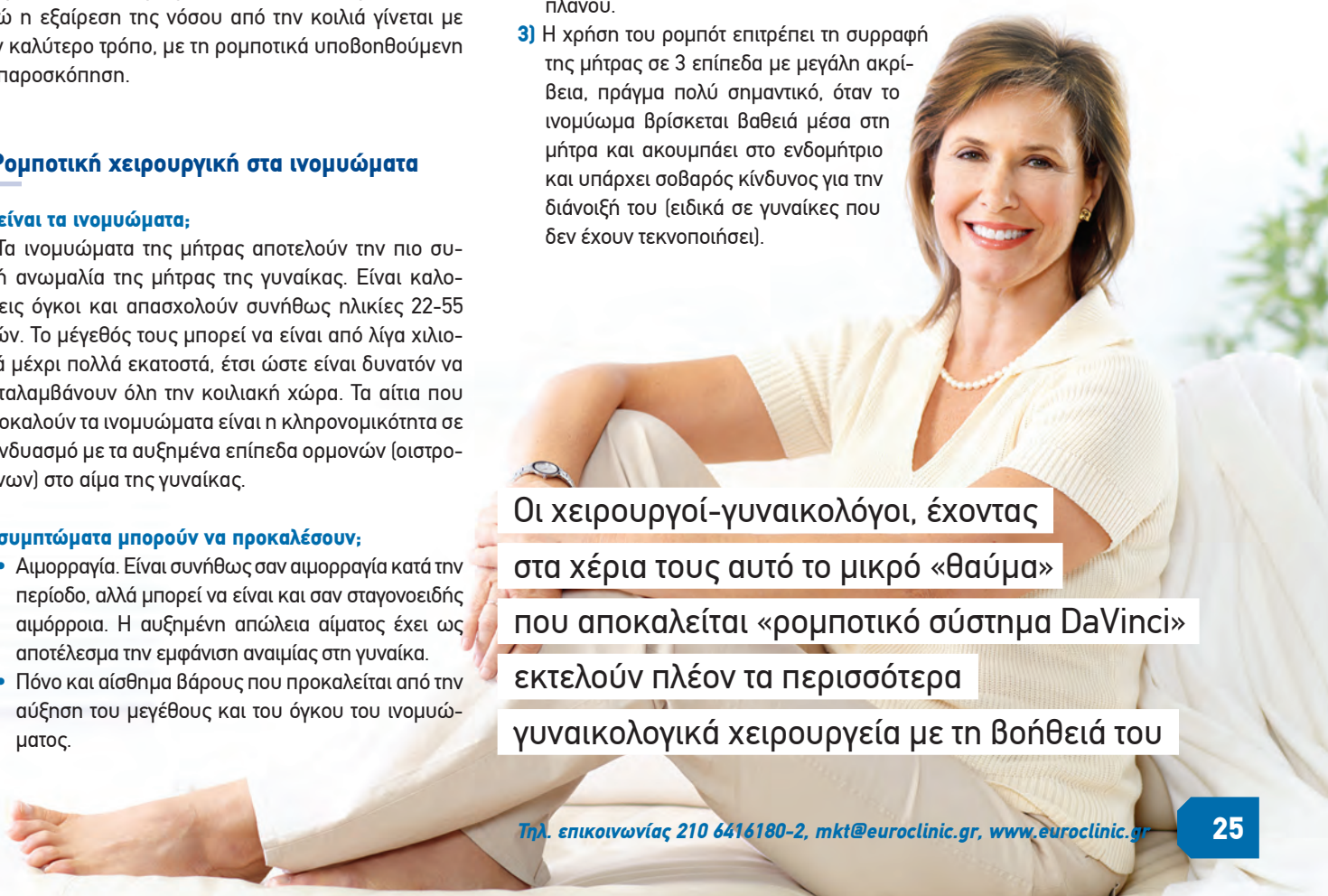
- Αιμορραγία. Είναι συνήθως σαν αιμορραγία κατά την περίοδο, αλλά μπορεί να είναι και σαν σταγονοειδής αιμόρροια. Η αυξημένη απώλεια αίματος έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση αναιμίας στη γυναίκα.
- Πόνο και αίσθημα βάρους που προκαλείται από την αύξηση του μεγέθους και του όγκου του ινομυώματος.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι χειρουργεί πάντα ο γιατρός 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 ως αυτόματος πιλότος, είναι απλά ένα ισχυρό εργαλείο στα χέρια του χειρουργού-γυναικολόγου και χρησιμοποιείται για ένα άριστο, μοναδικό, χειρουργικό αποτέλεσμα στη γυναίκα ασθενή. Η υψηλή τεχνολογία είναι στη διάθεσή μας και όχι μόνο δεν μπορεί να αντικατασταθεί, αλλά αποτελεί το άμεσο μέλλον σε όλες τις γυναικολογικές χειρουργικές επεμβάσεις ώστε να μπορούμε να προσφέρουμε σε κάθε γυναίκα ένα ασφαλές χειρουργείο.

- Πίεση των γύρω οργάνων, όπως των αγγείων, της ουροδόχου κύστης και του εντέρου.
- Προβλήματα υπογονιμότητας.

Ποια είναι τα ιδιαίτερα πλεονεκτήματα που παρέχονται με τη ρομποτική χειρουργική κατά την αφαίρεση ινομυωμάτων της μήτρας;

1) Αυξάνει η ικανότητα του χειρουργού να παρασκευάσει με ιδιαίτερα λεπτές κινήσεις ένα ινομύωμα, όπως και να εκπυρηνίσει (να αφαιρέσει) μεγάλα ινομυώματα από τη μήτρα.
2) Παρέχει καλύτερη απεικόνιση του χειρουργικού πλάνου.
3) Η χρήση του ρομπότ επιτρέπει τη συρραφή της μήτρας σε 3 επίπεδα με μεγάλη ακρίβεια, πράγμα πολύ σημαντικό, όταν το ινομύωμα βρίσκεται βαθειά μέσα στη μήτρα και ακουμπάει στο ενδομήτριο και υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για την διάνοιξή του (ειδικά σε γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει).



Οι χειρουργοί-γυναικολόγοι, έχοντας στα χέρια τους αυτό το μικρό «θαύμα» που αποκαλείται «ρομποτικό σύστημα DaVinci» εκτελούν πλέον τα περισσότερα γυναικολογικά χειρουργεία με τη βοήθειά του

Ρομποτική Ριζική Προστατεκτομή

Η απόλυτη ένδειξη

Αθανάσιος
Ρήγας

MD, FEBU
Χειρουργός Ουρολόγος-Ανδρολόγος
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
Διευθυντής Ουρολογικής-Ανδρολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο καρκίνος του προστάτη είναι ο πρώτος σε συχνότητα καρκίνος στους άνδρες καθώς ένας στους δέκα ηλικίας 45-89 ετών θα αναπτύξει αυτήν την κακοήθεια. Η διάγνωση της κακοήθειας αιφνιδιάζει και σοκάρει τους ασθενείς και το περιβάλλον τους. Συχνότατα αφορά άνδρες χωρίς συμπτωματα και προβλήματα υγείας, πλήρως λειτουργικούς που επιδιώκουν την ίαση και τη διατήρηση της ποιότητας της ζωής τους.

Αυτό που τονίζουμε στους άνδρες είναι ότι σήμερα ο εντοπισμένος καρκίνος προστάτη θεραπεύεται ολοκληρωτικά και ο ασθενής αυτός ακολουθώντας τις ιατρικές οδηγίες θα ζήσει την υπόλοιπη ζωή του όπως και πριν, αφήνοντας τελείως πίσω την κακοήθεια στον προστάτη. Η συχνότερη θεραπευτική παρέμβαση είναι η ριζική προστατεκτομή, η ολική αφαίρεση του προστάτη αδένα και κατά συνέπεια του κακοήθους όγκου.

Γιατί να επιλέξω τη ρομποτική χειρουργική;

Στη ρομποτική χειρουργική χρησιμοποιούμε το σύστημα Da Vinci. Κατευθύνουμε με απόλυτη ακρίβεια μέσω της ρομποτικής κονσόλας μέσα από μικρές οπές του δέρματος τους βραχίονες με τα χειρουργικά εργαλεία (λαβίδες, ψαλίδι, διαθερμία, αναρρόφηση) και αφαιρούμε τον προστάτη αδένα με τον κακοήθη όγκο. Η πολυπλοκότητα, λεπτομέρεια και ακρίβεια χειρισμών των ειδικών ρομποτικών βραχιόνων είναι μοναδική και σε συνδυασμό με την τέλεια οπτική αντίληψη, εξαιρετική ευκρίνεια και απεριόριστη δυνατότητα μεγέθυνσης και προσέγγισης των ιστών μας επιτρέπει να βλέπουμε από κοντά και ξεκάθαρα και να παρεμβαίνουμε με απόλυτη ακρίβεια σε στοιχεία, όπως νεύρα, αγγεία περιτονίες που παλαιότερα μπορούσαμε μόνο να πλησιάσουμε αδρά και κατά προσέγγιση. Αυτοί είναι οι λόγοι που αποφεύγονται επιπλοκές, όπως η αιμορραγία και διαφυλάσοντας τους ιστούς επιτυγχάνεται εξαιρετικό λείτουργικό αποτέλεσμα με ελάχιστη ταλαιπωρία και επιβάρυνση της υγείας του ασθενούς .

Τι να περιμένω από τη ρομποτική ριζική προστατεκτομή;

Καθώς ο προστάτης και η ουρήθρα βρίσκονται βαθειά μέσα στη στενή οστέινη λεκάνη μας (πύελος) με τα νεύρα και τα αγγεία της στύσης και της ούρησης κολλημένα πάνω τους και τον εντερικό σωλήνα σε επαφή, η καλή οπτική και πρόσβαση και η δυνατότητα λεπτών

Τηλ. επικοινωνίας 210 6416180-2, mkt@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

χειρισμών (αφαίρεση σπερματοδόχων κύστεων, εκτομή προστάτη, διαφύλαξη νευραγγειακού δεματίου της στύσης και του σφιγκτήρα, αναστόμωση κύστης – ουρήθρας) σε αυτόν τον περιορισμένο ανατομικό χώρο είναι σε κάθε χειρουργείο πρόκληση. Η ρομποτική μέθοδος είναι η απάντηση στην πρόκληση αυτή.

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.

Ο στόχος μας είναι πρωτίστως η ογκολογική ίαση του ασθενούς αλλά και η επίτευξη καλού λειτουργικού αποτελέσματος, δηλαδή φυσιολογικής ούρησης και διατήρηση της στύσης.

Πώς να επιλέξω πού θα χειρουργηθώ;

Η χρήση του ρομποτικού συστήματος Da Vinci αποτελεί τη μεγαλύτερη πρωτοπορία στη σύγχρονη χειρουργική πρακτική. Οι ρομποτικές επεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα που διαθέτουν τον πολύπλοκο ρομποτικό εξοπλισμό, εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και ειδικευμένους χειρουργούς. Ο ασθενής μπορεί με αντικειμενικό τρόπο, σε όποιο μέρος του κόσμου και εάν βρίσκεται, μέσω μίας «μηχανής αναζήτησης» που λέγεται Da Vinci Surgeon Locator (www.davincisurgery.com/surgeon-locator) και έχει ο οποιοσδήποτε ελεύθερη πρόσβαση στο ίντερνετ, να εντοπίσει το χειρουργό της ειδικότητας που τον ενδιαφέρει, καθώς σε αυτή τη βάση δεδομένων βρίσκονται οι πιστοποιημένοι χειρουργοί που πραγματοποιούν συστηματικά μεγάλο αριθμό τέτοιων επεμβάσεων.

Ποιά είναι τα αποτελέσματά μας;

Η Ευρωκλινική Αθηνών αποτελεί κέντρο Ρομποτικής Χειρουργικής με όλες τις ιατρικές ειδικότητες. Ειδικότερα, στην ουρολογία τα τελευταία χρόνια πραγματοποιούμε μεγάλο αριθμό ρομποτικών επεμβάσεων για καρκίνο του προστάτη και παθήσεις των νεφρών (κύστεις, όγκοι, στενώματα ουρητήρα, πυλοουρητηρικής συμβολής κ.α). Η πλειονότητα των ασθενών μας που έχουν υποβληθεί σε ρομποτικές επεμβάσεις είναι απόλυτα ικανοποιημένοι κυρίως για δύο λόγους: πρώτον γιατί έχουν βιώσει μία σχετικά ομαλή διεγχειρητική και μετεγχειρητική πορεία, χωρίς πόνους, ενοχλήσεις από την τομή στο δέρμα, άμεση κινητοποίηση και έναρξη σίτισης, μέσο χρόνο νοσηλείας 2 ημέρες, χωρίς μετάγγιση αίματος. Δεύτερον, γιατί οι περισσότεροι εμφάνισαν άμεσα μετεγχειρητικά πλήρη έλεγχο της ούρησης, ενώ δεν υπάρχει κανένας ασθενής με κάκωση σφιγκτήρα και πλήρη ακράτεια ούρων. Η πλειοψηφία διατήρησε την προϋπάρχουσα στυτική λειτουργία και σε όλες τις ιστολογικές εξετάσεις τα χειρουργικά όρια ήταν ελεύθερα νόσου, που αποδεικνύει την πλήρη αφαίρεση του όγκου και την ίαση του ασθενούς.

Η καθημερινή κλινική μας εμπειρία, σε συμφωνία με τα διεθνή συσσωρευμένα δεδομένα από τα κέντρα ρομποτικής χειρουργικής, μας επιτρέπουν να πιστεύουμε στο αισιόδοξο μήνυμα ότι στις μέρες μας με την έγκαιρη διάγνωση και τη χρήση της ρομποτικής τεχνολογίας, η κακοήθεια του προστάτη μπορεί να αντιμετωπιστεί ολοκληρωτικά με ελάχιστα παρεμβατικές μεθόδους, χωρίς ανοικτά, μεγάλα και «βαριά» χειρουργεία και με σεβασμό στην ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (EVAR)

Μία σύγχρονη προσέγγιση σε ένα σοβαρό αγγειακό πρόβλημα

Αντώνης
Α. Ψαρουδάκης

Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Χρήστος
Ι. Ρηγόπουλος

Επιμελητής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Τι είναι το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ);

Η αορτή είναι η μεγαλύτερη και σημαντικότερη αρτηρία του ανθρωπίνου σώματος. Ξεκινά από την αριστερή κοιλία της καρδιάς, διασχίζει το θώρακα ως θωρακική αορτή, δίνοντας κλάδους που παρέχουν αίμα στην κεφαλή, τον εγκέφαλο και τα άνω άκρα, διέρχεται το διάφραγμα και πλέον ως κοιλιακή αορτή δίνει κλάδους που διανέμονται στα κοιλιακά σπλάχνα και στους νεφρούς και τελικά διχάζεται στις λαγόνιες αρτηρίες που συνεχίζουν προς τα κάτω άκρα.

Το ανεύρυσμα είναι μία παθολογική, μόνιμη διάταση του τοιχώματος ενός αγγείου, η οποία είναι τουλάχιστον 50% μεγαλύτερη από την αναμενόμενη φυσιολογική διάμετρο του. Ο συχνότερος εντοπισμός ανευρυσμάτων είναι στην κοιλιακή αορτή. Αν και η διάμετρος της φυσιολογικής κοιλιακής αορτής κάτωθεν των νεφρικών αρτηριών εξαρτάται από την ηλικία, το φύλο, τη φυλή και τα σωματομετρικά στοιχεία, η μέση διάμετρος είναι περίπου 2 cm. Έτσι για πρακτικούς λόγους και με βάση τον ορισμό, ως ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής θεωρείται όταν η διάμετρος υπερβεί τα 3 cm.

Πώς μπορώ να μάθω αν έχω ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και πότε χρειάζεται χειρουργείο;

Τα ανευρύσματα είναι συνήθως ασυμπτωματικά και αποτελούν τυχαίο εύρημα σε απεικονιστικό έλεγχο, δηλαδή ανακαλύπτονται τυχαία σε υπέρηχο ή αξονική τομογραφία κοιλίας που γίνεται για άλλο λόγο. Στους άνδρες εμφανίζονται συνήθως μετά τα 50 έτη ενώ στις γυναίκες η εμφάνιση καθυστερεί περίπου μία δεκαετία. Έτσι κρίνεται ίσως σκόπιμος ο προληπτικός έλεγχος με υπέρηχο κοιλιακής αορτής στην ηλικία περίπου των 60 ετών, εκτός αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ανευρύσματος, οπότε ο έλεγχος πρέπει να ξεκινάει νωρίτερα.

Εφόσον λοιπόν διαπιστωθεί η παρουσία ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής, η περαιτέρω αντιμετώπιση εξαρτάται από τη διάμετρο. Για ανευρύσματα διαμέτρου μέχρι 4 εκ., αρκεί συνήθως η παρακολούθηση με triplex κοιλιακής αορτής μία φορά το χρόνο. Μεγαλύτερα όμως ανευρύσματα χρειάζονται μία πιο «στενή» παρακολούθηση, γιατί η ρήξη ενός ανευρύσματος, που είναι η συχνότερη επιπλοκή, έχει καταστροφικές συνέπειες με μεγάλη θνητότητα κι επομένως η έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση είναι επιβεβλημένη. Το όριο διαμέτρου πάνω από το οποίο συνιστάται χειρουργική αντιμετώπιση είναι γενικά τα 5 εκ., διάμετρος πάνω από την οποία ο κίνδυνος ρήξης υπερβαίνει τους κινδύνους του χειρουργείου. Συνιστάται όμως και η αντιμετώπιση ΑΚΑ μικρότερης διαμέτρου εφ'όσον υπάρχει αύξηση της διαμέτρου >1 εκ. σε διαδοχικούς ελέγχους σε διάστημα ενός χρόνου ή όταν εμφανίζουν συμπτωματολογία οξείας διάτασης.

Πώς αντιμετωπίζεται χειρουργικά το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

Η κλασική, ανοικτή, χειρουργική αντιμετώπιση συνίσταται σε εκτομή του ανευρυσματικού σάκου, αφαίρεση δηλαδή του ελαττωματικού τμήματος της κοιλιακής αορτής, και αντικατάστασή του από συνθετικό μόσχευμα. Η επέμβαση απαιτεί διάνοιξη της κοιλιάς και κατά κανόνα μετεγχειρητική παρακολούθηση στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Τα τελευταία 20 χρόνια όμως αναπτύχθηκε μία νέα μέθοδος, η ενδαγγειακή, η οποία είναι λιγότερο επεμβατική και συνεχώς κερδίζει έδαφος στην καθημερινή αγγειοχειρουργική πράξη. Στην ενδαγγειακή αποκατάσταση (endovascular aortic repair, EVAR) δε γίνεται αντικατάσταση του ελαττωματικού τμήματος της αορτής αλλά τοποθετείται στο εσωτερικό του ανευρύσματος ένας ενδονάρθηκας (stent) μέσω του οποίου γίνεται η ροή του αίματος, με αποτέλεσμα το ανεύρυσμα απομονώνεται από την κυκλοφορία, συρρικνώνεται και δε διατρέχει πλέον κίνδυνο ρήξης.

Τηλ. επικοινωνίας 210 6416180-2, mkt@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

gohealth
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η υγεία προηγείται με go από την Εθνική Τράπεζα

Οι πιστωτικές κάρτες go της **Εθνικής Τράπεζας** και το πρόγραμμα go **health** σας εξασφαλίζουν άμεση επιστροφή μετρητών και πολλές ακόμα παροχές στον Όμιλο **Ευρωκλινική**.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

Περισσότερες πληροφορίες για το πρόγραμμα στα:
181818 / www.nbg.gr

ΕΘΝΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Τα ανευρύσματα είναι συνήθως ασυμπτωματικά και αποτελούν τυχαίο εύρημα σε απεικονιστικό έλεγχο, δηλαδή ανακαλύπτονται τυχαία σε υπέρηχο ή αξονική τομογραφία κοιλίας που γίνεται για άλλο λόγο

Τεχνική Ενδαγγειακής Αποκατάστασης

Η επιλογή της ενδαγγειακής μεθόδου βασίζεται στο ιστορικό του ασθενούς και τα ανατομικά στοιχεία της κοιλιακής αορτής, των λαγονίων και των μηριαίων αρτηριών, κατόπιν προεγχειρητικού ελέγχου με αξονική αγγειογραφία (CTA).

Η βασική τεχνική ενδαγγειακής αποκατάστασης ΑΚΑ έχει ως εξής:

Υπό τοπική ή γενική αναισθησία γίνεται χειρουργική προσπέλαση των μηριαίων αρτηριών. Κατόπιν, υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο, γίνεται εισαγωγή και ενδαγγειακή προώθηση της συσκευής που φέρει το ενδομόσχευμα (stent). Το άνω άκρο του μοσχεύματος τοποθετείται και καθηλώνεται, στο άνω όριο του ανευρύσματος και εν συνεχεία απελευθερώνεται σταδιακά το υπόλοιπο τμήμα του ενδομοσχεύματος (stent) από τη συσκευή μέχρι τη λαγόνιο αρτηρία. Η επέμβαση ολοκληρώνεται με τη διενέργεια διεγχειρητικής αγγειογραφίας όπου επιβεβαιώνεται η ορθή τοποθέτηση του μοσχεύματος καθώς και η μη ύπαρξη ενδοδιαφυγής, ότι δηλαδή το μόσχευμα έχει καθηλωθεί σταθερά και δεν υπάρχει διαφυγή αίματος εντός του ανευρυσματικού σάκου.

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση περιλαμβάνει υπερηχογραφικό έλεγχο μετά από 3 μήνες και έλεγχο με CT αγγειογραφία στους 6 και 12 μήνες.

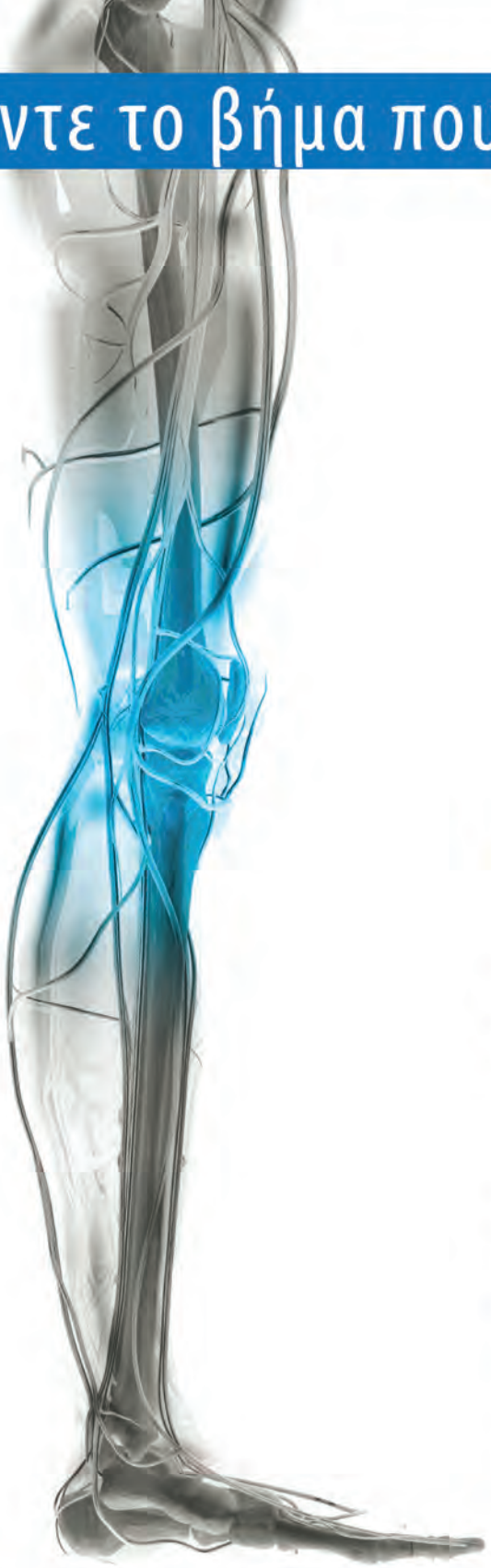
Πλεονεκτήματα

Η ευκολία της προσπέλασης σε συνδυασμό με την ελάχιστα επεμβατική τεχνική αφ' ενός καθιστά την ενδαγγειακή μέθοδο εφικτή σε ασθενείς με επιβαρυμένο καρδιολογικό ή αναπνευστικό ιστορικό, οι οποίοι λόγω υψηλού εγχειρητικού κινδύνου δε θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με την ανοικτή μέθοδο, αφ' ετέρου μειώνει τη βαρύτητα της επέμβασης (διάρκεια νοσηλείας, ανάγκη νοσηλείας σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), απώλεια αίματος, αναπνευστικές - καρδιολογικές επιπλοκές).

Λόγω των πλεονεκτημάτων της, η ενδαγγειακή μέθοδος αποτελεί ήδη σήμερα τη μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής ενώ στο άμεσο μέλλον η πρόοδος της τεχνολογίας των ενδομοσχευμάτων (stents) θα καταστήσει τη μέθοδο εφικτή για το σύνολο των ασθενών παρακάμπτοντας τους ανατομικούς περιορισμούς που υπάρχουν σήμερα.

Στην Ευρωκλινική Αθηνών παρέχεται ολοκληρωμένη αντιμετώπιση ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής τόσο όσον αφορά την έγκαιρη διάγνωση και προεγχειρητικό σχεδιασμό με την υποστήριξη του τμήματος Διαγνωστικής Απεικόνισης όσο και την ενδαγγειακή αντιμετώπιση σε ειδικά διαμορφωμένη χειρουργική αίθουσα με εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας και εξειδικευμένο προσωπικό.

Κάντε το βήμα που θα αλλάξει τη ζωή σας!



Ολική αρθροπλαστική γόνατος με ψηφιακή υποβοήθηση

Η εξέλιξη στην αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας γόνατος.

Η ολική αρθροπλαστική αποτελεί την επέμβαση εκλογής για την εγκατεστημένη οστεοαρθρίτιδα του γόνατος. Πρόκειται για επέμβαση αντικατάστασης των φθαρμένων τμημάτων της άρθρωσης με προθέσεις αποτελούμενες από κράματα μετάλλων και πολυαιθυλένιο, με πολύ καλά αποτελέσματα.

Η ολική αρθροπλαστική γόνατος με ψηφιακή υποβοήθηση αποτελεί εξέλιξη της επέμβασης με τη χρήση ψηφιακής τεχνολογίας η οποία επιτρέπει στον χειρουργό να την εκτελεί με απόλυτη ακρίβεια.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου:

- Άριστο λειτουργικό αποτέλεσμα
- Πλήρες εύρος κίνησης
- Άμεση ορθοστάτηση
- Τέλεια διόρθωση της παραμόρφωσης
- Αύξηση της διάρκειας ζωής της πρόθεσης
- Μικρότερη απώλεια αίματος
- Μείωση του χειρουργικού χρόνου και του χρόνου νοσηλείας
- Ελαχιστοποίηση μετεγχειρητικού πόνου και πιθανότητας επιπλοκών

Το Τμήμα Ψηφιακής Επανορθωτικής Χειρουργικής Γόνατος της Ευρωκλινικής Αθηνών είναι το μοναδικό ιδιωτικό κέντρο αναφοράς στην Ελλάδα για το ερευνητικό πρόγραμμα του Πανεπιστημίου της Μπολόνια.*

*Το διεθνούς φήμης Πανεπιστήμιο της Μπολόνια αποτελεί Πανευρωπαϊκό κέντρο αναφοράς για την Αρθροπλαστική Γόνατος με Ψηφιακή Υποβοήθηση

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

Τμήμα Ψηφιακής Επανορθωτικής Χειρουργικής Γόνατος

Τηλέφωνα επικοινωνίας: 210 6416180-186 • E-mail: mkt@euroclinic.gr • www.euroclinic.gr

Διαχωρισμός αορτής – Διαχωριστικό ανεύρυσμα

Ιωάννης
Χλωρογιάννης

MD
Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο διαχωρισμός της αορτής αποτελεί την πιο επείγουσα καταστροφική πάθηση που μπορεί να αντιμετωπίσει η σύγχρονη Καρδιοχειρουργική και απαιτεί εξειδικευμένη Καρδιοχειρουργική Ομάδα, επειδή παρουσιάζει ιδιαίτερα υψηλή προεγχειρητική αλλά και περιεγχειρητική θνητότητα. Η συχνότητα της νόσου είναι 5-30 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο πληθυσμού ανά έτος.

Ανατομικά η αορτή δεν είναι απλά ένας αγωγός αιματικής ροής αλλά αποτελείται από ένα πολύπλοκο σύστημα χιτώνων: τον έσω χιτώνα, ο οποίος περιλαμβάνει το ενδοθήλιο και τη βασική μεμβράνη, το μέσο χιτώνα και τον έξω χιτώνα ο οποίος περιλαμβάνει τα τροφικά αγγεία και νεύρα. Υπό φυσιολογικές συνθήκες οι χιτώνες αυτοί είναι στερεά συνδεμένοι μεταξύ τους. Όταν όμως επέλθει λύση της συνεχείας του ενδοθηλίου σε κάποιο σημείο (intimal tear) ή συμβεί ενδοτοιχωματική αιμορραγία, τότε μπορεί η απότομη είσοδος του αίματος ανάμεσα στους χιτώνες και κυρίως ανάμεσα στο μέσο και έξω χιτώνα να προκαλέσει ορθόδρομο (σύμφωνα με τη φυσιολογική φορά του αίματος) ή παλίνδρομο διαχωρισμό του αρτηριακού τοιχώματος. Η συνηθέστερη θέση αρχικής ρήξης του έσω χιτώνα εντοπίζεται στην ανιούσα αορτή, περίπου τρία εκατοστά πάνω από τον αορτικό δακτύλιο (57%). Η δεύτερη πιο συχνή εντόπιση της αρχικής ρήξης του έσω χιτώνα είναι αμέσως μετά την έκφυση της αριστεράς υποκλειδίου (28%). Ο διαχωρισμός δημιουργεί δύο αυλούς: τον αληθή και τον ψευδή αορτικό αυλό. Σε μερικές περιπτώσεις μέσα από το ψευδή αυλό μπορεί να προκληθεί και δεύτερη ή και περισσότερες ρήξεις του έσω χιτώνα με αποτέλεσμα την επανείσοδο (reentry) του αίματος από τον ψευδή αυλό στον αληθή με παράλληλη αποκατάσταση της περιφερικής κυκλοφορίας και της αιμάτωσης των αντίστοιχων οργάνων.

Τα περισσότερα εκλυτικά αίτια δημιουργίας των αορτικών ανευρυσμάτων και κυρίως η υπέρταση, μπορεί να προκαλέσουν και το διαχωρισμό της αορτής με αποτέλεσμα την αύξηση της διαμέτρου του αορτικού αυλού και τη δημιουργία διαχωριστικού ανευρύσματος.

Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα των ασθενών με διαχωρισμό της αορτής, σε αντίθεση με την εικόνα των αρτηριακών ανευρυσμάτων πολύ συχνά είναι ιδιαίτερα θορυβώδης και σπανιότερα ήπια. Συνήθως παρατηρείται απότομη εισβολή των συμπτωμάτων με οξύ διαξιφιστικό οπισθοστερνικό άλγος που μπορεί να αντανακλά στην ωμοπλάτη, και να μιμείται το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Όταν ο διαχωρισμός επεκτείνεται προς τη ρίζα της ανιούσης αορτής μπορεί να προκαλέσει οξεία ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας. Η οξεία ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας αποτελεί σημείο επικείμενης ρήξης του ανευρύσματος στην περικαρδιακή κοιλότητα με συνοδό υπογκαιμική καταπληξία, επιπωματισμό ή δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια και γι΄ αυτό πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα με χειρουργική θεραπεία.

Κάθε υπερτασικός ασθενής που προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων με οπισθοστερνικό άλγος και διαστολικό φύσημα αορτής πρέπει να ελέγχεται αμέσως με υπερηχοκαρδιογράφημα, κατά προτίμηση διοισοφάγειο, για να αποκλεισθεί ή να επιβεβαιωθεί η διάγνωση του διαχωρισμού της ανιούσης αορτής. Ας σημειωθεί ότι ακόμη και η ηλεκτροκαρδιογραφική διάγνωση κατωτέρου εμφράγματος του μυοκαρδίου με οξεία ανεπάρκεια της αορτής, όχι μόνο δεν αποκλείει αορτικό διαχωρισμό αλλά μπορεί να είναι και απότοκός του. Στην προκειμένη περίπτωση το κατώτερο έμφραγμα μπορεί να προέρχεται από επέκταση του διαχωρισμού προς το στόμιο της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας. Όταν δε ο διαχωρισμός εκτείνεται προς το στέλεχος της αριστεράς στεφανιαίας τότε συνήθως το έμφραγμα δεν εκδηλώνεται, διότι ο ασθενής καταλήγει σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα από οξύ εκτεταμένο έμφραγμα του μυοκαρδίου, συχνά με κοιλιακή μαρμαρυγή.

Όταν η διάγνωση του διαχωρισμού της αορτής τίθεται μέσα σε χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων από την έναρξη των συμπτωμάτων, τότε ονομάζεται οξύς διαχωρισμός. Αντίθετα ονομάζεται χρόνιος διαχωρισμός όταν η διάγνωση τίθεται τυχαία ή μετά το χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων.

Τηλ. επικοινωνίας 210 6416180-2, mkt@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

Η αρχική διάγνωση σε ασθενείς με χρόνιο διαχωρισμό συνήθως τίθεται τυχαία, ή μετά από φυσική εξέταση κατά την οποία αποκαλύπτεται νέο διαστολικό φύσημα ανεπάρκειας της αορτικής βαλβίδας, είτε μετά από απλή ακτινογραφία θώρακος κατά την οποία προβάλλει προς τα δεξιά η ακτινογραφική σκιά της ανιούσης αορτής, είτε μετά από υπερηχοκαρδιογράφημα καρδιάς κατά το οποίο η ρίζα της ανιούσης αορτής ελέγχεται με διαχωρισμό των αορτικών χιτώνων. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης αλλά και ο καθορισμός του μεγέθους και της έκτασης του διαχωρισμού τίθεται συνήθως με υπολογιστική ή μαγνητική τομογραφία θώρακος ή και με διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα. Όταν οι παραπάνω εξετάσεις αναδεικνύουν μεν ανώμαλη και διατεταμένη αορτή χωρίς να θέτουν τη διάγνωση του διαχωρισμού, τότε υπάρχει ένδειξη αορτογραφίας, η οποία μπορεί να αποκλείσει ή να επιβεβαιώσει τη διάγνωση. Επίσης όλοι οι ασθενείς με υψηλή πιθανότητα στεφανιαίας νόσου πρέπει να υποβάλλονται σε στεφανιογραφία εφόσον βρίσκονται σε καλή αιμοδυναμική κατάσταση.

Ταξινόμηση διαχωρισμού αορτής

Από τις διάφορες ταξινομήσεις των ασθενών με διάγνωση διαχωρισμού της αορτής η πλέον πρακτική και διαδεδομένη είναι η ταξινόμηση κατά Stanford επειδή έχει ιδιαίτερη κλινική αλλά και θεραπευτική συσχέτιση. Σύμφωνα με αυτήν την ταξινόμηση διακρίνουμε δύο τύπους διαχωρισμού της αορτής: το τύπο Α και το τύπο Β. **Στον τύπο Α ανήκουν οι ασθενείς στους οποίους ο διαχωρισμός περιλαμβάνει την ανιούσα αορτή ανεξάρτητα από την έκτασή του. Στον τύπο Β ανήκουν οι ασθενείς, στους οποίους ο διαχωρισμός δεν περιλαμβάνει την ανιούσα αορτή και το αορτικό τόξο αλλά εξορμάται από την κατιούσα θωρακική αορτή μετά την έκφυση της αριστεράς υποκλειδίου αρτηρίας.**

Ο διαχωρισμός τύπου Α παρουσιάζεται με διπλάσια συχνότητα σε σχέση με το διαχωρισμό τύπου Β. Επίσης ο διαχωρισμός τύπου Α παρουσιάζεται σε διπλάσια αναλογία στους άνδρες, οι οποίοι είναι υπερτασικοί σε ποσοστό 50% με μέσο όρο ηλικίας περίπου 50-55 ετών. Αντίστοιχα ο διαχωρισμός τύπου Β παρουσιάζεται σε τριπλάσια αναλογία στους άνδρες, οι οποίοι είναι υπερτασικοί σε ποσοστό 80% με μέσο όρο ηλικίας περίπου 60-70 ετών. Η ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας και το συνοδό διαστολικό φύσημα φθάνει σε ποσοστό περίπου 50% των ασθενών με διαχωρισμό τύπου Α, ενώ συνυπάρχει μόνο στο 10% των ασθενών με διαχωρισμό τύπου Β.

Οι ασθενείς με διαχωρισμό τύπου Α συνήθως παρουσιάζουν οξύ οπισθοστερνικό άλγος, ενώ οι ασθενείς με διαχωρισμό τύπου Β παραπονιούνται για πόνο ανάμεσα στις ωμοπλάτες ο οποίος πολλές φορές μπορεί να συνεχίζεται και προς την κοιλιακή χώρα. Οι ασθενείς με διαχωρισμό τύπου Α κατά τη φυσική εξέταση μπορεί να παρουσιάζουν ασύμμετρες σφίξεις στα άνω άκρα ενώ οι ασθενείς με διαχωρισμό τύπου Β μπορεί να παρουσιάζουν ασύμμετρες σφίξεις στα κάτω άκρα. Από τις επιπλοκές του διαχωρισμού, οι ασθενείς τύπου Α παρουσιάζουν συχνότερα ρήξη στην περικαρδική κοιλότητα, ημιπληγία, συγκοπή, έμφραγμα του μυοκαρδίου ενώ οι ασθενείς με διαχωρισμό τύπου Β, συχνότερα παρουσιάζουν ρήξη στην υπεζωκοτική κοιλότητα, παραπληγία και απόφραξη νεφρικών αρτηριών και λαγονίων. Ας σημειωθεί ότι τη κλινική εικόνα του διαχωρισμού τύπου Β, μπορεί να παρουσιάσουν και ασθενείς με διαχωρισμό τύπου Α, όταν ο διαχωρισμός επεκτείνεται και στην κατιούσα αορτή.

Η ρήξη της αορτής μετά από διαχωρισμό, εξαρτάται και από την εντόπιση της αρχικής ρήξης του αορτικού ενδοθηλίου που προκάλεσε το διαχωρισμό:

- όταν η αρχική ρήξη του αορτικού ενδοθηλίου εντοπίζεται στην ανιούσα αορτή, τότε η αορτή ρήγνυται κατά 70% μέσα στην περικαρδική κοιλότητα,
- όταν η αρχική ρήξη του αορτικού ενδοθηλίου εντοπίζεται στο αορτικό τόξο, τότε η αορτή ρήγνυται

κατά 35% μέσα στην περικαρδική κοιλότητα και κατά 32% μέσα στην υπεζωκοτική κοιλότητα,

- ενώ τέλος όταν η αρχική ρήξη του αορτικού ενδοθηλίου εντοπίζεται στην κατιούσα αορτή, τότε η αορτή ρήγνυται κατά 44% μέσα στην υπεζωκοτική κοιλότητα.

Θεραπεία διαχωρισμού αορτής

Η σημαντικότερη συνεισφορά της κατάταξης του διαχωρισμού κατά Stanford είναι στη θεραπευτική προσέγγιση των δύο τύπων, Α και Β.

Η συντηρητική αντιμετώπιση του διαχωρισμού τύπου Β έχει τα ίδια θεραπευτικά αποτελέσματα με τη χειρουργική, επειδή οι μετεγχειρητικές επιπλοκές της παραπληγίας αλλά και της νεφρικής ανεπάρκειας είναι ιδιαίτερα συχνές σε συνδυασμό με υψηλή μετεγχειρητική θνητότητα. Επομένως **οι ασθενείς με διαχωρισμό της αορτής τύπου Β πρέπει να αντιμετωπίζονται κυρίως με αυστηρό έλεγχο της αρτηριακής υπέρτασης παρά με χειρουργική θεραπεία.** Όταν όμως ο διαχωρισμός έχει προκαλέσει οξεία απόφραξη των περιφερικών αρτηριών με συνοδό ισχαιμία των αντιστοίχων οργάνων, τότε ενδείκνυται η χειρουργική θεραπεία.

Αντίθετα ο διαχωρισμός τύπου Α, με συντηρητική αγωγή έχει πάρα πολύ υψηλή θνητότητα που μπορεί να φθάσει μέχρι και 90%. Επομένως **οι ασθενείς με διαχωρισμό τύπου Α πρέπει να αντιμετωπίζονται με επείγουσα χειρουργική αντικατάσταση του διαχωρισθέντος τμήματος της ανιούσης αορτής ή/και του αορτικού τόξου** εφαρμόζοντας τις ίδιες τεχνικές που περιγράφηκαν ανωτέρω όπως και στα αορτικά ανευρύσματα. Επίσης και για τη χειρουργική προσέγγιση της ανεπαρκούς αορτικής βαλβίδας μπορεί να εφαρμοσθούν οι ίδιες προαναφερθείσες τεχνικές όπου συμπεριλαμβάνεται και η βαλβιδοπλαστική τεχνική της επανάρτησης (resuspension) της αορτικής βαλβίδας. Όλοι οι ασθενείς με τη διάγνωση διαχωρισμού της ανιούσης αορτής τύπου Α πρέπει να οδηγούνται προς άμεση χειρουργική αντιμετώπιση εκτός εάν ο διαχωρισμός έχει επεκταθεί από ώρες προς τα εγκεφαλικά αγγεία και έχει προκαλέσει μη αναστρέψιμες εγκεφαλικές βλάβες.

Αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας του διαχωρισμού της αορτής

Τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας του αορτικού διαχωρισμού εξαρτώνται κυρίως από την έκταση της νόσου, αλλά από τη συνύπαρξη άλλων συνοδών παθολογικών καταστάσεων.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι η πρώιμη θνητότητα κυμαίνεται από 5-21%, ενώ η όψιμη θνητότητα μπορεί να κυμαίνεται από 13-44% και από 40-65% στα πέντε και δέκα έτη μετεγχειρητικής παρακολούθησης, αντίστοιχα.

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση είναι απαραίτητη σε όλους τους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε αντικατάσταση της αορτής, επειδή σε ένα ποσοστό 30% μπορεί να αναπτυχθεί χειρουργική νόσος της αορτής και σε δεύτερο αορτικό τμήμα.

Στην Ευρωκλινική Αθηνών, από το 2000, έχει οργανωθεί το Κέντρο Αντιμετώπισης Ανευρυσμάτων και Διαχωρισμών της Θωρακικής Αορτής και έως σήμερα έχουν χειρουργηθεί εκατοντάδες ασθενών με τις αντίστοιχες διαγνώσεις και με αποτελέσματα εφάμιλλα των αντίστοιχων καλυτέρων Καρδιοχειρουργικών Κέντρων της αλλοδαπής.

Επομένως οι διαχωρισμοί της θωρακικής αορτής, αν και αποτελούν χειρουργικές παθήσεις υψηλής νοσηρότητας και θνησιμότητας, μπορεί σε εξειδικευμένα Καρδιοχειρουργικά Κέντρα, να αντιμετωπισθούν επιτυχώς με υψηλά ποσοστά προσδόκιμου επιβίωσης και με καλή ποιότητα ζωής.

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

Επεμβατική αντιμετώπιση της υπέρτασης

Αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης με απονεύρωση νεφρικών αρτηριών

Δρ. Δημοσθένης **Κατρίτσης**

MD, PhD, FRCP
Επίτιμος Διευθυντής Καρδιολογίας, St. ThomasHospital, London, UK
Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών

Σωκράτης **Κοροβέσης**

Αν. Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Ελευθέριος **Γιαζιτζόγλου**

Αν. Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Η αρτηριακή υπέρταση είναι σήμερα ένας σημαντικά αυξανόμενος παράγοντας κινδύνου που συναντάται στο 25% του γενικού πληθυσμού. Μη κατάλληλη αντιμετώπισή της είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου παγκοσμίως, καθότι είναι υπεύθυνη για το 62% των Αγγειακών εγκεφαλικών και για το 49% των καρδιακών ισχαιμικών επεισοδίων. Η ιατρική έρευνα και οι τεχνολογικές εξελίξεις προσφέρουν σήμερα θεραπευτικές ιδιότητες σε επεμβατικό επίπεδο.

Η αρτηριακή υπέρταση είναι σήμερα ο σημαντικότερος και στατιστικά ο πιο επικίνδυνος παράγοντας που προκαλεί αγγειοπάθεια. Μεγάλο μέρος της νοσηρότητας και της θνητότητας που παρατηρείται στη σύγχρονη κοινωνία οφείλεται σε αγγειακές βλάβες διαφόρων οργάνων (καρδιά, εγκέφαλος, νεφροί, μεγάλα αγγεία).

Ο τρόπος ζωής (καθιστική ζωή με μειωμένο επίπεδο άσκησης, αύξηση σωματικού βάρους, αυξημένο σωματικό ή και ψυχολογικό stress) συμβάλλει στην ανάπτυξη υπερτάσεως σε ασθενείς που διαθέτουν γονιδιακή προδιάθεση (ιδιοπαθής υπέρταση στην οποία ανήκει η πλειοψηφία των υπερτασικών ασθενών). Η μέχρι τώρα αντιμετώπισή της παρά τη χρήση πολλαπλών κατηγοριών αντιυπερτασικών φαρμάκων έχει αποδώσει πτωχά αποτελέσματα, αφού σε μεγάλες σειρές καταγραφής αναφέρεται ικανοποιητική ρύθμιση της πιέσεως σε ποσοστά 25 – 30%. Μεγάλος αριθμός ασθενών παραμένει αρρύθμιστος παρά τη χρήση πολλαπλών αντιυπερτασικών φαρμάκων, δημιουργώντας τη μεγάλη ομάδα των ασθενών με ανθεκτική υπέρταση. **Ανθεκτική υπέρταση ορίζεται σήμερα ως αρτηριακή πίεση η οποία παραμένει αρρύθμιστη παρά τη λήψη τριών ή περισσοτέρων αντιυπερτασικών φαρμάκων στις μέγιστες ανεκτές δοσολογίες εκ των οποίων το ένα είναι διουρητικό.** Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ανθεκτικής υπέρτασης παίζει η **υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος**. Με σκοπό λοιπόν το σημαντικό περιορισμό της διέγερσης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος στην ανθεκτική υπέρταση αναπτύχθηκε μια νέα μέθοδος, **η κατάλυση της συμπαθητικής νεύρωσης του νεφρού** (renal sympathetic denervation-RSD) με τη διαδερμική εισαγωγή με τοπική αναισθησία ειδικού καθετήρα στις νεφρικές αρτηρίες και χρήση υψίσυχνου ρεύματος. **Η διαδικασία είναι σχετικά απλή, ασφαλής και απαιτείται νοσηλεία μίας ημέρας.**Τα αποτελέσματα της μεθόδου είναι αρκετά καλά, αφού στην πλειοψηφία των ασθενών παρατηρείται μέσα στους επόμενους έξι μήνες σημαντική μείωση των τιμών της αρτηριακής πιέσεως που εκφράζεται με μείωση των αναγκαίων χορηγουμένων φαρμάκων.

Ενδείξεις για απονεύρωση νεφρικών αρτηριών

- Ανθεκτική αρτηριακή υπέρταση ≥160 mmHg παρά τη χρήση τουλάχιστον 3 αντιυπερτασικών φαρμάκων συμπεριλαμβανομένου και διουρητικού.
- Αποκλεισμός δευτεροπαθούς υπερτάσεως.
- Απουσία υπέρταση λευκής μπλούζας, με τοποθέτηση Holter Α.Π 24ώρης καταγραφής.

Αντενδείξεις

- Αυξημένη αιμορραγική διάθεση.
- Χρονία νεφρική ανεπάρκεια.
- eGFR ≤45 ml/min/1.73 m^2.
- Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1.
- Προηγηθείσες επεμβάσεις στα νεφρά, ανατομικές ανωμαλίες των νεφρικών αρτηριών.
- Κύηση.
- Ηλικία ≤ 18 ετών.

Τηλ. επικοινωνίας 210 6416180-2, mkt@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

Η νέα μέθοδος

Η εισαγωγή του ασθενούς περιλαμβάνει νοσηλεία μίας ημέρας. Μετά τον κλινικό έλεγχο ο ασθενής υποβάλλεται σε υπερηχογράφημα νεφρών και triplex νεφρικών αρτηριών προς αποκλεισμό στενώσεως νεφρικής αρτηρίας. Η επέμβαση διενεργείται στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο. Υπό τοπική αναισθησία παρακεντείται η μηριαία αρτηρία και απεικονίζονται οι νεφρικές αρτηρίες. Ακολουθεί εισαγωγή στη νεφρική αρτηρία καθετήρα απονεύρωσης (Simplicity, Medronic) ο οποίος είναι συνδεδεμένος εξωτερικά με τη γεννήτρια της κατάλυσης. Χορηγούνται σε έξι θέσεις στο αγγείο, στα σημεία που μετρηθούν αντιστάσεις μεγαλύτερες από 250 Ohm, συνεδρίες θψίσυχνου εναλλασόμενου ρεύματος έως 8 Watts διάρκειας 120 δευτερολέπτων η καθεμία. Η πρώτη θέση χορηγήσεως είναι στο άπω τμήμα της νεφρικής αρτηρίας και διαδοχικά ο καθετήρας αποσύρεται κατά 5 mm και στρέφεται κατά 90 μοίρες προς την επόμενη θέση. Η ίδια διαδικασία επαναλαμβάνεται και στην άλλη νεφρική αρτηρία. Μετά την ολοκλήρωση της πράξεως αφαιρείται ο καθετήρας από τη μηριαία αρτηρία και ο ασθενής μεταφέρεται στο δωμάτιο του κινητοποιούμενος μετά από λίγες ώρες. Εξέρχεται της κλινικής την επομένη.

Αποτελέσματα

Στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο της Ευρωκλινικής Αθηνών εφαρμόσθηκε το Σεπτέμβριο 2011 για πρώτη φορά στην Ελλάδα από τους ιατρούς της Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής η συγκεκριμένη μέθοδος. Από τότε έχει εφαρμοσθεί σε δεκάδες ασθενείς με πολύ καλά αποτελέσματα η συγκεκριμένη μέθοδος. Όλοι οι ασθενείς πληρούσαν τις απαραίτητες ενδείξεις για να υποβληθούν σε απονεύρωση των νεφρικών αρτηριών. Η επέμβαση ολοκληρώθηκε σε όλους με επιτυχία αν και σε ορισμένους παρατηρήθηκε παροδικά σπασμός της νεφρικής αρτηρίας, ο οποίος λύθηκε με χορήγηση νιτρωδών εντός αυτής. **Οι ασθενείς παρουσίασαν τους επόμενους μήνες σταδιακή πτώση της πιέσεως (από 169/96 mmHg κατά μέσο όρο πριν την επέμβαση σε 136/79 mmHg έξι μήνες μετά) με μείωση των λαμβανομένων φαρμάκων από 3,9±0,8 σε2,9±0,8.**

Συμπερασματικά η διενέργεια της μεθόδου για την απονεύρωση των νεφρικών αρτηριών είναι εύκολη , ασφαλής, χωρίς επιπλοκές και με καλά κλινικά αποτελέσματα.

Εφεδρεία ροής στεφανιαίων αγγείων

Μία αναίμακτη «λειτουργική» στεφανιογραφία

Δρ Ηλίας
Κ. Καραμπίνος

MD, PhD (Athens), FESC
Διευθυντής Γ' Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών
Διδάκτωρ Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Τι είναι η ισχαιμία του μυοκαρδίου;

Η αιμάτωση της καρδιάς εξασφαλίζεται από τρείς αρτηρίες τη δεξιά και την αριστερή στεφανιαία αρτηρία, η οποία με τη σειρά της διχάζεται σε δύο αγγεία τον πρόσθιο κατιόντα κλάδο και την περισπώμενη αρτηρία. Όταν τα αγγεία αυτά προσβάλλονται από αθηροσκλήρυνση, ούτως ώστε να αποφράσσεται μέρος του αυλού τους σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% τότε μιλούμε για στεφανιαία νόσο. Όταν όμως υπάρχει στένωση αγγείου σε ποσοστό μεγαλύτερο του 70-80% του αυλού αυτού, τότε ελαττώνεται η αρδευόμενη ποσότητα αίματος σε ένα συγκεκριμμένο τοίχωμα της καρδιάς, άρα και το παρεχόμενο οξυγόνο και κατά επέκταση η αναγκαία ενέργεια. Το γεγονός αυτό είναι η ισχαιμία του μυοκαρδίου.

Τι είναι η στηθάγχη;

Η ελάττωση του οξυγόνου κατά την ισχαιμία του μυοκαρδίου, οδηγεί σε αδυναμία της καρδιάς να συσπασθεί φυσιολογικά, αλλοιώσεις στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και στη συνέχεια πόνο στο στήθος δηλαδή στηθάγχη. Άρα, η στηθάγχη είναι η κλινική έκφραση της ισχαιμίας του μυοκαρδίου. Σημειώνεται ότι υπάρχει και «σιωπηλή» ισχαιμία μυοκαρδίου δηλαδή χωρίς στηθάγχη και αυτός είναι ένας από τους λόγους που στο 25% των περιπτώσεων της στεφανιαίας νόσου η πρώτη εκδήλωση είναι ο αιφνίδιος θάνατος.

Τι είναι το stress echo;

Τα τεστ που χρησιμοποιούμε, για να ελέγξουμε αν υπάρχει ισχαιμίας της καρδιάς είναι το τεστ κόπωσης, η δυναμική ηχωκαρδιογραφία ή αλλιώς stress echo και το σπινθηρογράφημα. Στα τεστ αυτά αυξάνουμε τις απαιτήσεις σε οξυγόνο της καρδιάς είτε με κόπωση ή με φάρμακα και προκαλούμε την έκλυση ισχαιμίας. Στο stress echo η ισχαιμία διαπιστώνεται και διαγιγνώσκεται εύκολα, γρήγορα και χωρίς ακτινοβολία με την ηχωκαρδιογραφία. Σημειώνεται ότι τα τεστ αυτά είναι «λειτουργικές» δοκιμασίες δηλαδή δεν απεικονίζουν τα στεφανιαία αγγεία. «Δείχνουν» αν το χωράφι της καρδιάς «διψά» και όχι αν το δίκτυο των αγωγών είναι αποφραγμένο. Γι' αυτό και μόνο μετά από ένα τεστ θετικό για ισχαιμία του μυοκαρδίου επιβάλλεται η διευκρίνηση της ανατομίας των στεφανιαίων αγγείων με τη διενέργεια στεφανιογραφίας.

Τι είναι η μελέτη εφεδρείας ροής των στεφανιαίων αγγείων;

Τα τελευταία χρόνια είναι δυνατή με τη χρήση νεώτερων ηχωκαρδιογραφικών μηχανών η απεικόνιση τμημάτων των στεφανιαίων αγγείων σε πραγματικό χρόνο. Η ηχωκαρδιογραφική μελέτη της ροής εκάστου εκ των στεφανιαίων αγγείων σε συνθήκες ηρεμίας και μετά από χορήγηση αγγειοδιασταλτικών ουσιών-υπεραιμία, καθορίζει τη στεφανιαία εφεδρεία ροής και κατα επέκταση αν υπάρχει σημαντική στένωση του αγγείου. Η εφεδρεία ροής είναι ο λόγος της ροής σε συνθήκες υπεραιμίας προς τη ροή σε συνθήκες ηρεμίας.

Ποιες είναι οι φυσιολογικές τιμές της εφεδρείας ροής;

Συνήθως σε φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία χωρίς σημαντικές στενώσεις, επί υπεραιμίας υπερτριπλασιάζεται η ροή. Γενικά όμως τιμές εφεδρείας ροής >2 θεωρούνται φυσιολογικές. Ο υπολογισμός της στεφανιαίας εφεδρείας ροής με την διαθωρακική υπερηχογραφία έχει σημαντική αρνητική προγνωστική αξία (>90%) για ύπαρξη σημαντικής στένωσης (>50% του αυλού του αγγείου). Είναι δηλαδή μια εξέταση η οποία αν είναι φυσιολογική αποκλείει την ύπαρξη σημαντικής στένωσης.

Τηλ. επικοινωνίας 210 6416180-2, mkt@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

Πότε χρησιμοποιούμε τη μελέτη της εφεδρείας ροής;

Το πλεονέκτημα της μεθόδου είναι η συντομία της καθώς μπορεί να πραγματοποιηθεί μέχρι και εντός 2-3 λεπτών. Έτσι έχει ιδιαίτερη εφαρμογή σε ασθενείς με θωρακικό πόνο οι οποίοι προσφεύγουν στο Τμήμα Επειγόντων για ανάδειξη ύπαρξης σημαντικής στένωσης, ειδικά στον πρόσθιο κατιόντα.

Συνήθως όμως διενεργείται πριν από ένα stress echo:

1) Ως επιπλέον - συμπληρωματική εξέταση όπου «απεικονίζονται» αναίμακτα τμήματα των στεφανιαίων αγγείων.
2) Για εκτίμηση της λειτουργικής σημασίας μιας γνωστής μέτριας 50-70% στένωσης, ειδικά του πρόσθιου κατιόντα.
3) Ανάδειξη επαναστένωσης στον πρόσθιο κατιόντα μετά από αγγειοπλαστική.
4) Έλεγχος βατότητας μοσχεύματος ή αριστερής έσω μαστικής μετά από by pass στον πρόσθιο κατιόντα.

Ποια είναι η σημασία της μελέτης της εφεδρείας ροής των στεφανιαίων;

Φανταστείτε ότι η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται από χρόνια στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο κατά τη στεφανιογραφία προκειμένου να αποφασισθεί αν μια μέτρια στένωση είναι σημαντική και αν χρειάζεται να γίνει αγγειοπλαστική. Αντιλαμβάνεται κανείς την τεράστια κλινική σημασία από τη μεταφορά της μεθόδου αυτής, στο Ηχωκαρδιογραφικό Εργαστήριο και τον αναίμακτο υπολογισμό της στεφανιαίας εφεδρείας ροής, ειδικά για τον πρόσθιο κατιόντα κλάδο ο οποίος αποτελεί τα θεμέλια της μυοκαρδιακής αιμάτωσης, ήτοι το 65-70% αυτής. Θα λέγαμε απλούστερα ότι αποτελεί ένα είδος «λειτουργικής στεφανιογραφίας».

Η μέθοδος αυτή μπορεί να αντικαταστήσει το stress echo;

Η μέθοδος δεν ανταγωνίζεται το stress echo αλλά το συμπληρώνει. Από κοινού οι δύο εξετάσεις εκτελούμενες στον ίδιο τόπο, τον ίδιο χρόνο και από τον ίδιο γιατρό, αποτελούν ένα πολύ καλό ζευγάρι διαγνωστικών εργαλείων για τη διαχείριση ασθενών με στεφανιαία νόσο. Κλασικά ο υπολογισμός της στεφανιαίας εφεδρείας ροής με τη διαθωρακική υπερηχογραφία έχει επαυξητική διαγνωστική αξία στο stress echo. Δηλαδή, έχει δειχθεί ότι ασθενείς με φυσιολογικό stress echo και εφεδρεία ροής στον πρόσθιο κατιόντα

μεγαλύτερη του 2 έχουν άριστη τριετή επιβίωση 99%, ενώ όταν η εφεδρεία είναι μικρότερη του 2 η επιβίωση πέφτει στο 89% .

Η μέθοδος αυτή είναι διαθέσιμη στην χώρα μας;

Βέβαια! Το Ηχωκαρδιογραφικό Εργαστήριο της Ευρωκλινικής Αθηνών πρωτοπορεί τα τελευταία δώδεκα χρόνια, όντας το μεγαλύτερο κέντρο stress echo στον ιδιωτικό τομέα και εκ των 2-3 μεγαλύτερα στη χώρα. Επιπρόσθετα τα τελευταία 8 χρόνια, εκτελούμε σταθερά υπολογισμό της στεφανιαίας εφεδρείας ροής τουλάχιστον του προσθίου κατιόντα κλάδου σε όλους τους ασθενείς, πριν να ξεκινήσει το stress echo, γιατι αποτελεί μια αναίμακτη λειτουργική και ασφαλή στεφανιογραφία.

Καλοήθης υπερπλασία του προστάτη

Σύγχρονες μέθοδοι χειρουργικής αντιμετώπισης

Δρ. Αριστείδης
Α. Καραγιάννης

Αναπλ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών

Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη (ΚΥΠ) είναι μία από τις συχνότερες παθήσεις του άνδρα και συνήθως προσβάλει άνδρες μέσης ηλικίας και άνω. Σπάνια εμφανίζεται σε άνδρες κάτω των 45 ετών. Με την ηλικία, ο προστάτης διογκώνεται με αποτέλεσμα να πιέζει την ουρήθρα και να δυσκολεύει την ούρηση.

Τα συμπτώματα διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: αποφρακτικά συμπτώματα και ερεθιστικά συμπτώματα, σύμφωνα με τον ακόλουθο πίνακα:

Συμπτώματα υπερπλασίας του προστάτη.

Α. Αποφρακτικά
1. Καθυστέρηση της έναρξης της ούρησης.
2. Επιμήκυνση του χρόνου της ούρησης.
3. Ελάττωση ακτίνας ούρων.
4. Διακεκομμένη ροή.
5. Στάγδην αποβολή ούρων.
6. Επίσχεση ούρων.
7. Ακράτεια από υπερπλήρωση.

Β. Ερεθιστικά
1. Συχνουρία.
2. Επιτακτική ούρηση.
3. Επιτακτική ακράτεια.
4. Καύσος κατά την ούρηση.
5. Υπερηβικός πόνος.

Τα αποφρακτικά συμπτώματα πρέπει να διαχωριστούν με προσοχή από τα ερεθιστικά και αυτό επειδή τα τελευταία, πολύ συχνά, οφείλονται σε φλεγμονές του προστάτη και όχι σε αυτήν καθαυτή την υπερπλασία.

Όσο το υπόλειμμα των ούρων αυξάνει, ο άρρωστος παρουσιάζει αύξηση της συχνουρίας και τέλος, ακράτεια από υπερπλήρωση.

Η κατακράτηση των ούρων στην κύστη ευνοεί τις υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, ενώ ένα άλλο, όχι και τόσο σπάνιο, σύμπτωμα είναι η αιματουρία.

Η σεξουαλική δραστηριότητα δεν επηρεάζεται από την υπερπλασία του προστάτη παρά μόνο ψυχολογικά, λόγω εντόπισης των ενοχλημάτων στη γενετική περιοχή.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας.

1. Οξεία επίσχεση που υποτροπιάζει.
2. Λιθίαση ουροδόχου κύστεως.
3. Αύξηση υπολείμματος ούρων.
4. Συχνές ουρολοιμώξεις
5. Έντονα κλινικά και υποκειμενικά ενοχλήματα.
6. Λοίμωξη που υποτροπιάζει.

Οι σύγχρονες, ελάχιστα ή οι λιγότερο επεμβατικές μέθοδοι χειρουργικής αντιμετώπισης της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη είναι η διουρηθρική εξάχνωση του προστάτη με διπολική διαθερμία (TURIS) και η διουρηθρική εξάχνωση του προστάτη με χρήση ακτίνων laser (green light laser, HOLEP).

1. Διουρηθρική προστατεκτομή (TURIS).

Η διουρηθρική εξάχνωση του προστάτη με τη χρήση της διπολικής διαθερμίας είναι μία νέα μέθοδος αντιμετώπισης της υπερπλασίας του προστάτη.

Γίνεται υπό αναισθησία (γενική ή ραχιαία), η διάρκεια της επέμβασης εξαρτάται από το μέγεθος του προστάτη (20 λεπτά έως 90 λεπτά), έχουμε ελάχιστη απώλεια αίματος, διάρκεια νοσηλείας και παραμονής του καθετήρα (1-2 ημέρες).

2. Διουρηθρική προστατεκτομή (laser)

Το μεγάλο πλεονέκτημα των laser είναι ότι η επέμβαση γίνεται σχεδόν αναίμακτα. Χρειάζεται γενική ή ραχιαία αναισθησία. Η διάρκεια της επέμβασης είναι μεγαλύτερη, η νοσηλεία είναι 1-2 ημέρες. Μειονέκτημα της τεχνικής είναι ότι δεν υπάρχει ιστός για ιστολογική εξέταση, αλλά και το μεγάλο κόστος της ίνας.

Η διουρηθρική προστατεκτομή (εξάχνωση) με TURIS ή LASER έχουν αποδείξει ότι τα αποτελέσματά τους είναι πολύ καλά, με λιγότερες επιπλοκές και με μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο.

Τηλ. επικοινωνίας 210 6416180-2, mkt@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

Με παράδοση ετών και ασύγκριτη εμπειρία στην παραγωγή ενέσιμων σκευασμάτων σε παγκόσμια κλίμακα, η Fresenius Kabi κατέχει ηγετική θέση στην Ευρώπη, σε ότι αφορά ενδοφλέβιες θεραπείες και κλινική διατροφή. Σκοπός μας παραμένει η παραγωγή αξιόπιστων προϊόντων και η παροχή υπηρεσιών υγείας στους βαρέως και χρόνια πάσχοντες ασθενείς.

EN ISO 9001 ΕΚΕΒΥΛ
ISO 13485 ΕΚΕΒΥΛ

Fresenius Kabi Hellas A.E.
Λ. Μεσογείων 354, 153 41 Αγ. Παρασκευή, Τηλ.: 210 6542 909, Fax: 210 6548 909, www.fresenius-kabi.com

FRESENIUS KABI
Φροντίδα για τη Ζωή

Κληρονομούμενος καρκίνος μαστού

Ελένη
Φαλιάκου

MD
Χειρουργός Μαστού
Διευθύντρια Α΄
Χειρουργικής Κλινικής
Μαστού Ευρωκλινικής
Αθηνών

Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού δεν έχουν σχέση με τα γονίδια ή το οικογενειακό ιστορικό. Στην πραγματικότητα, μόνο 5 έως 10% όλων των καρκίνων του μαστού που διαγιγνώσκονται πιστεύεται ότι είναι κληρονομούμενοι.

Κάθε κύτταρο στο σώμα μας περιέχει γονίδια. Τα γονίδια περιέχουν τον γενετικό κώδικα για το σώμα μας. Για παράδειγμα, περιέχουν τις πληροφορίες που καθορίζουν το χρώμα των ματιών μας. Περιέχουν, επίσης, πληροφορίες που επηρεάζουν τις λειτουργίες του σώματός μας. Οι πληροφορίες στα γονίδιά μας περνούν από τους γονείς μας σε εμάς και εμείς με τη σειρά μας, τα μεταφέρουμε στα παιδιά μας.

Ορισμένες μεταβολές στο γενετικό κώδικα που επηρεάζουν τη λειτουργία του γονιδίου ονομάζονται μεταλλάξεις. Οι μεταλλάξεις μπορούν να μεταφερθούν από έναν γονέα στο παιδί του. Πολλές από αυτές τις κληρονομούμενες μεταλλάξεις του γονιδίου δεν έχουν παρά μικρή ή καμία επίδραση στην υγεία. Άλλες όμως, μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο ορισμένων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου.

Έχοντας άμεσους στενούς συγγενείς με καρκίνο του μαστού ή καρκίνο των ωοθηκών μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ακόμα και όταν δεν έχει εντοπιστεί γνωστή γενετική μετάλλαξη στην οικογένεια.

Τα γονίδια του καρκίνου του μαστού 1 και 2 - BRCA1 και BRCA2 - είναι τα πιο γνωστά γονίδια που συνδέονται με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Υπάρχουν και άλλα λιγότερο κοινά γονίδια που αυξάνουν, επίσης, τον κίνδυνο και ακόμα άλλα που είναι υπό μελέτη.

Περίπου το 45% των περιπτώσεων των γυναικών με κληρονομούμενο καρκίνο μαστού αφορούν μη ταυτοποιημένα γονίδια, ή πολλαπλά γονίδια.

Οι BRCA1 και BRCA2 μεταλλάξεις είναι σπάνιες. Στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ περίπου 1 στα 400 άτομα έχουν μία από αυτές τις μεταλλάξεις. Ωστόσο, είναι πιο συχνές μεταξύ ορισμένων εθνικών ομάδων. Για παράδειγμα, μεταξύ των Εσκενάζι (από την Ανατολική Ευρώπη) Εβραίων, περίπου ένας στους 40 έχει μετάλλαξη στο BRCA1 ή BRCA2.

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

Στελεχωμένο από:

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

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
ΚΕΝΤΡΟ
ΜΑΣΤΟΥ
ΠΡΟΛΗΨΗ | ΔΙΑΓΝΩΣΗ | ΘΕΡΑΠΕΙΑ
Κοντά μας νιώθετε 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

Οι γυναίκες στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ έχουν περίπου 8% πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 70 ετών. Οι γυναίκες που έχουν μια μετάλλαξη στο γονιδίο BRCA1, ωστόσο, έχουν 50 με 70% πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 70 ετών. Ενώ οι γυναίκες που έχουν μία μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA2, έχουν 40 έως 60% πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο μαστού μέχρι την ηλικία των 70 ετών.

Παρά το γεγονός ότι οι γυναίκες που έχουν BRCA1 ή BRCA2 μετάλλαξη έχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε αυτές τις γυναίκες δεν είναι 100%. Μερικές γυναίκες με μετάλλαξη δε θα παρουσιάσουν ποτέ καρκίνο μαστού.

Γυναίκες χωρίς μετάλλαξη είναι ακόμα σε κίνδυνο (οι περισσότερες γυναίκες που αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού δεν έχουν μετάλλαξη στα BRCA1 ή BRCA2).

Μεταλλάξεις στο BRCA2 (και πιθανώς μεταλλάξεις στο BRCA1) αυξάνουν επίσης τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού και στους άνδρες κατά 2,5-7 φορές. Στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ, περίπου 1 στους 1.000 άνδρες θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής του. Μεταξύ των ανδρών με μετάλλαξη στο BRCA 2, 65 στους 1.000 θα αναπτύξουν καρκίνο μαστού.

Αν και μόνο 5 έως 10% των γυναικών με καρκίνο του μαστού πιστεύεται ότι οφείλονται σε μεταλλάξεις του γονιδίου, μέχρι 40% των καρκίνων του μαστού σε άντρες μπορεί να σχετίζεται με το BRCA 2.

Αυτό σημαίνει ότι οι άνδρες που αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού είναι πιο πιθανό να έχουν μία κληρονομούμενη μετάλλαξη σε σχέση με τις γυναίκες που αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού.

Ποιος θα πρέπει να υποβληθεί σε γενετικό έλεγχο για BRCA1 και BRCA2 μεταλλάξεις;

Ο γενετικός έλεγχος δίνει στους ανθρώπους την ευκαιρία να μάθουν αν ο καρκίνος του μαστού ή το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού οφείλεται σε μια κληρονομούμενη μετάλλαξη.

Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνός, ενώ οι μεταλλάξεις στα BRCA1 και BRCA2 και στα άλλα γονίδια είναι σπάνιες. Έτσι, έχοντας μόνο ένα στενό συγγενή με καρκίνο του μαστού δε σημαίνει ότι μια μετάλλαξη είναι παρούσα στην οικογένεια.

Ο γενετικός έλεγχος συνιστάται μόνο εάν

- Ένα μέλος της οικογένειας (γονέας, αδελφός, παιδί, παππούς, γιαγιά, εγγόνι, θείος, θεία, ανιψιός, ανιψιά ή πρώτος ξάδελφος) διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού στην ηλικία των 45 ετών ή νεότερος.
- Ένα μέλος της οικογένειας (γονέας, αδελφός, παιδί, παππούς, γιαγιά, εγγόνι, θείος, θεία, ανιψιός, ανιψιά ή πρώτος ξάδελφος) διαγιγνώσκεται με καρκίνο των ωοθηκών σε οποιαδήποτε ηλικία.
- Υπάρχει προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό δύο συγγενών με καρκίνο του μαστού ή/και των ωοθηκών στην ίδια πλευρά της οικογένειας.
- Υπάρχει προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού σε άνδρα.
- Πρόκειται για γυναίκες που ανήκουν σε πληθυσμό υψηλού κινδύνου, όπως γυναίκες εβραϊκής καταγωγής Ashkenazi, με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού ή ωοθηκών ανεξαρτήτως ηλικίας εμφάνισης.
- Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού σε συνδυασμό με ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω στην ίδια πλευρά της οικογένειας: καρκίνο θυρεοειδούς, σάρκωμα, καρκίνο ενδομητρίου, καρκίνο παγκρέατος, εγκεφάλου, στομάχου, λευχαιμία ή μακροκεφαλία.
- Υπάρχει προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό αμφοτερόπλευρου (και στους δύο μαστούς) καρκίνου.

Η εξέταση γίνεται αρχικά στο άτομο που έχει διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Αν δε βρεθεί μετάλλαξη σε αυτό το άτομο, ο καρκίνος πιθανότατα δεν οφείλεται σε γενετική μετάλλαξη και τα άλλα μέλη της οικογενείας δεν χρειάζεται να ελεγχθούν.

Εάν μία μετάλλαξη βρεθεί στο συγγενή με καρκίνο μαστού, τα άλλα μέλη της οικογένειας μπορούν να εξεταστούν για τη συγκεκριμένη BRCA1 ή BRCA2 ή άλλη μετάλλαξη. Δεν είναι πιθανό ότι όλα τα μέλη της οικογένειας θα έχουν κληρονομήσει τη μετάλλαξη. Παρά το γεγονός ότι μια απλή εξέταση αίματος είναι το μόνο που χρειάζεται για να ελέγξουμε εάν υπάρχει μετάλλαξη, τα οφέλη και οι κίνδυνοι που θα μπορούσαν να προκύψουν από το αποτέλεσμα της εξέτασης πρέπει να συζητηθούν πριν να πραγματοποιηθεί.

Συμπερασματικά, αν και μόνο περίπου 5 έως 10% των καρκίνων του μαστού πιστεύεται ότι είναι κληρονομούμενος, για τους ανθρώπους που έχουν μία μετάλλαξη στα BRCA1 ή BRCA2 γονίδια, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται σημαντικά. Αν σκέφτεστε να υποβληθείτε σε γενετικό έλεγχο, είναι σημαντικό να μιλήσετε με το γιατρό σας ή με κλινικό γενετιστή για να αποφασίσετε μαζί εάν πρέπει να υποβληθείτε στον έλεγχο αυτό και πώς θα διαχειριστείτε την πληροφορία που θα αποκτήσετε από την εξέταση αυτή.

Ο γενετικός έλεγχος δίνει στους ανθρώπους την ευκαιρία να μάθουν αν ο καρκίνος του μαστού ή το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού οφείλεται σε μία κληρονομούμενη μετάλλαξη

Απόψεις για τη χειρουργική του ήπατος

Γεώργιος
Πανέτσος

Συνεργάτης Γενικός Χειρουργός-Εντατικολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Δημήτριος
Καλαντζόπουλος

Συνεργάτης Γενικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Θα προσπαθήσουμε, αποφεύγοντας την εκτενή αναφορά σε επιμέρους διαγνώσεις και τεχνικές, να απαντήσουμε στα συνηθέστερα- και κατά τη γνώμη μας σοβαρότερα- προβλήματα, γύρω από τη χειρουργική του ήπατος.

Είναι εφαρμόσιμη η χειρουργική στο ήπαρ και ποια ιδιομορφία έχει το όργανο αυτό;

Εκτός από τα τραύματα, η καθ' αυτό χειρουργική του ήπατος είναι γνωστή από αιώνες. Εκείνο που διαφέρει είναι η έκταση που έλαβε τις τελευταίες δεκαετίες. Η λεπτομερής μελέτη της εσωτερικής ανατομίας του ήπατος έδωσε νέα διάσταση στην εκτομή (αφαίρεση) τμήματός του. Έχοντας τρία συστήματα κυκλοφορίας του αίματος και 1 απεκρίσεως της χολής καθώς και κυρίαρχο ρόλο στο μεταβολισμό παντοειδών χημικών ενώσεων, η ιδιομορφία του συνοψίζεται σε δύο προβλήματα: **i)** Τη σοβαρή αιμορραγία ή χολόρροια και **ii)** Την ηπατική ανεπάρκεια.

Ποιες παθήσεις του ήπατος χειρουργούνται;

Εάν στη χειρουργική του ήπατος συμπεριλάβουμε τη μεταμόσχευση, τότε η απάντηση θα μπορούσε να είναι «όλες!». Η θριαμβευτική όμως αυτή απάντηση περιορίζεται κατά περίπτωση. Η εμπειρία διδάσκει ότι παρ'ότι τεχνικώς όλα είναι εφικτά, το αποτέλεσμα δεν είναι πάντα το αναμενόμενο. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις και αντενδείξεις κατά περίπτωση.

Είναι πράγματι δύσκολη η χειρουργική του ήπατος;

Από τεχνικής πλευράς έχει αποσαφηνισθεί και λυθεί κάθε λεπτομέρεια. Η σωστή απάντηση είναι ότι η χειρουργική του είναι ιδιαίτερα απαιτητική. Όσον αφορά την προετοιμασία, τις ικανότητες του χειρουργού, τη μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Όλοι οι ασθενείς, μπορούν να χειρουργηθούν στο ήπαρ;

Ιδανικά μπορούμε να απαντήσουμε «ναι». Στο κάτω-κάτω, το μεταμοσχεύουμε! Πρακτικά, οι ενδείξεις και ο σχετικός κίνδυνος/όφελος θα καθοριστούν μόνο μετά από λεπτομερή μελέτη του κάθε ασθενούς.

Απαιτείται ιδιαίτερος έλεγχος πριν να αποφασισθεί επέμβαση στο ήπαρ;

Ναι! Πλήρης, λεπτομερής έλεγχος της βαρύτητας / εκτάσεως της ηπατικής νόσου, της γενικής και κατά συστήματα επάρκειας του ασθενούς να υποστεί, να αντέξει την προγραμματισμένη επέμβαση και κυρίως πρέπει να σταθμιστεί ο βαθμός της ηπατικής ανεπάρκειας που θα προκύψει από την αφαίρεση τμήματος του ήπατος.

Απαιτούνται ιδιαίτερα τεχνικά μέσα προκειμένου να γίνει επέμβαση;

Όχι απαραίτητα. Ασφαλώς υπήρξαν τεχνικές εξέλιξης που έκαναν τη χειρουργική του εφικτή και με λαπαροσκοπική μέθοδο. Από την άλλη πλευρά, οι διασημότεροι σήμερα χειρουργοί, χρησιμοποιούν τα κλασικά εργαλεία: λαβίδα και ψαλίδι. Θεωρείται ότι τα τεχνικά μέσα δε βελτίωσαν τη χειρουργική του ήπατος, αλλά την έκαναν προσιτή σε περισσότερους χειρουργούς, ότι και αν αυτό συνεπάγεται.

Ποιός ο ρόλος του ιατρού, προεγχειρητικώς;

Ο έμπειρος ειδικός παθολόγος ή ηπατολόγος θα θέσουν την ένδειξη για το αν χρειάζεται επέμβαση, καθώς και θα εκτιμήσουν τα μακροπρόθεσμα οφέλη από αυτήν.

Ποιος ο ρόλος του χειρουργού;

Σε συνεργασία με τον παθολόγο ή ηπατολόγο, εκτιμά τη σχεδιασμένη επέμβαση. Η καλή θεωρητική και πρακτική του εκπαίδευση, καθιστά ασφαλή την επέμβαση και θέτει τις βάσεις για ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ανάρρωση.

Ποιος ο ρόλος της μετεγχειρητικής παρακολούθησης;

Κεφαλαιώδης. Πέραν των άμεσων μετεγχειρητικών επιπλοκών που είναι κοινοί σε κάθε μείζονα επέμβαση (αιμορραγία- λοίμωξη) η χειρουργική του ήπατος μπορεί να επιπλακεί από σοβαρή ανεπάρκεια. Το απομένον ήπαρ, αδυνατεί -πρόσκαιρα ευτυχώς- να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις αποτέλεσμα διαταραχές στην

Τηλ. επικοινωνίας 210 6416180-2, mkt@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

πήξη του αίματος, εγκεφαλοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια, αναπνευστική, καρδιογενή και άλλα προβλήματα. Προβλήματα ευτυχώς αναστρέψιμα με την υπερπλασία του απομείναντος ήπατος. Ως τότε όμως, πρέπει να προβλεφθούν και να υποστηριχθούν κατάλληλα. Η μετεγχειρητική εγρήγορση και υποστήριξη είναι τόσο σημαντική όσο και η επέμβαση. Είναι κρίμα μία μεγάλη προσπάθεια να ακυρώνεται από ελλιπή υποστήριξη.

Πώς είναι η ζωή του ατόμου μετά την επέμβαση;

Αναλόγως βέβαια της πάθησης και όποιας παρακολούθησης συνεπάγεται, η ζωή του ατόμου είναι καλή έως άριστη. Το ήπαρ έχει τη δυνατότητα υπερπλασόμενο, να καλύψει τις ανάγκες της καθημερινότητας του.

Υπάρχουν δυνατότητες αντιμετώπισης παθήσεων του, χωρίς χειρουργική επέμβαση;

Ναι. Εξελίσσονται μέθοδοι που επιλύουν μόνιμα ή προσωρινά παθήσεις του, αποφεύγοντας την επέμβαση ή αντιμετωπίζοντας καταστάσεις σε περιπτώσεις υπάρχουσας ανεπάρκειας όπου η επέμβαση μπορεί να είναι απαγορευτική. Ενδεικτικά, είναι εφικτή η επί τόπου (in situ) καταστροφή όγκων με χρήση ραδιοσυχνοτήτων (RF) ή κρυοθεραπείας σε ασθενείς με κίρρωση ή υποτροπή στο χειρουργημένο ήπαρ. Οι υπέρηχοι, έχουν διευρύνει τις επεμβάσεις στα χοληφόρα και την αντιμετώπιση κυστικών παθήσεων, η παλίνδρομος χολαγγειογραφία (ERCR) με τοποθέτηση stend που ανακουφίζει και αποτρέπει άλλως εργώδεις επεμβάσεις. Όλα όμως κρίνονται κατά περίπτωση. Αναμένονται εξελίξεις σε τεχνικά ή επί μέρους θέματα. Επίσης, συνεχίζεται η μεγάλη προσπάθεια δημιουργίας τεχνητού (artificial) ήπατος, δεδομένου ότι μέχρι τώρα, ατυχώς, δεν υποκαθίσταται.

Γίνονται στην Ελλάδα, σοβαρές επεμβάσεις ήπατος;

Σε οργανωμένα κέντρα και έμπειρα χέρια, μπορούν να πραγματοποιηθούν επιτυχώς όλες οι επεμβάσεις και παρεμβάσεις που αναφέραμε.

Η Ευρωκλινική Αθηνών είναι ένα σύγχρονο ιατρικό κέντρο με υψηλό επίπεδο υλικοτεχνικής υποδομής και νοσηλευτικής φροντίδας. Διαθέτει το επιστημονικό δυναμικό, το οποίο με επιτυχία φέρει σε πέρας δύσκολες περιπτώσεις ηπατικής χειρουργικής.

Καρκίνος του Ορθού

Νεότερες θεραπευτικές απόψεις

του **Ευάγγελου Αποστολόπουλου**, Διευθυντή Γενικού Χειρουργού, Ευρωκλινική Αθηνών
του **Ιωάννη Καρατσόλη**, Επιμελητή Γενικού Χειρουργού, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου και του ορθού αποτελεί την τρίτη συχνότερη κακοήθη νόσο τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Σήμερα, υπάρχουν πολλές δυνατότητες για την ανεύρεση κατάλληλης λύσης στο δύσκολο αυτό πρόβλημα. Η πολυπαραγοντική αντιμετώπιση του ΚτΟ (Καρκίνος του Ορθού) θεωρείται επιβεβλημένη και θα πρέπει να βασίζεται σε τεκμηριωμένες γνώσεις (evidence-basedmedicine).

Το ορθό είναι το τελευταίο τμήμα του παχέος εντέρου πριν τον πρωκτό. Έχει μήκος περίπου 15 εκ. και η λειτουργία του είναι η αποθήκευση των ήδη σχηματισμένων κοπράνων. Χειρουργικά χωρίζεται σε τρία μέρη:

- Άνω τμήμα 10-15εκ.
- Μέσο τμήμα 5-10 εκ.
- Κάτω τμήμα έως 5 εκ. από τον πρωκτό.

Οι ιδιαιτερότητες του ορθού, σε σχέση με το υπόλοιπο παχύ έντερο είναι:

- Το τοίχωμά του αποτελείται από τρεις στιβάδες (χιτώνες) και όχι τέσσερις, όπως στο υπόλοιπο κόλον.
- Η στενή επαφή του με τα λοιπά όργανα της πυέλου.
- Η άμεση γειτνίασή του με το σύστημα των σφιγκτήρων του πρωκτού.

Στο ορθό εντοπίζεται περίπου το 25% των καρκίνων του παχέος εντέρου με πιο κοινό τύπο το αδενοκαρκίνωμα. Η διαδικασία εμφάνισης του ΚτΟ συνήθως διαρκεί αρκετά χρόνια. Πρώτα αναπτύσσεται σαν πολύποδας. Μερικοί πολύποδες έχουν τη δυνατότητα της εξαλλαγής σε καρκίνο και ξεκινούν να μεγαλώνουν και να διηθούν το τοίχωμα του ορθού.

Παράγοντες κινδύνου

Τα πραγματικά αίτια του ΚτΟ είναι ασαφή. Οτιδήποτε αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης του ΚτΟ ονομάζεται παράγοντας κινδύνου. Έχοντας κάποιον ή κάποιους παράγοντες κινδύνου, δε σημαίνει ότι κάποιος θα πάθει καρκίνο, ομοίως και όποιος δεν έχει κανένα παράγοντα κινδύνου, δε σημαίνει ότι δε θα πάθει καρκίνο. Οι πιθανότεροι παράγοντες είναι οι ακόλουθοι:

- Ηλικία >40 ετών
- Ύπαρξη διαφόρων κληρονομικών καταστάσεων, όπως η συγγενής πολυποδίαση (FAP) και μη πολυποειδικός καρκίνος εντέρου (Lynch Syndrome).
- Ιατρικό ιστορικό:
  - Ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου
  - Ιστορικό πολυπόδων παχέος εντέρου
  - Ιστορικό Ca ωοθηκών–μαστού–μήτρας
  - Οικογενειακό ιστορικό (πατέρας–μητέρα–αδερφός) με καρκίνο του παχέος εντέρου ή πολυπόδων.

Τα συμπτώματα του ΚτΟ μπορεί να εμφανίζονται σε πολλές παθολογικές καταστάσεις. Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν:

- Υπάρχει αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου όπως:
  - Διάρροια
  - Δυσκοιλιότητα
  - Αίσθημα ατελούς κένωσης
  - Λέπτυνση των κοπράνων
  - Αίμα στα κόπρανα
  - Κοιλιακές διαταραχές (κωλικοειδή άλγη–μετεωρισμός)
  - Διαταραχές της όρεξης
  - Απώλεια βάρους
  - Αίσθημα κόπωσης

Διαγνωστικά τεστ

- Κλινική εξέταση – ιστορικό.
- Δακτυλική εξέταση απαραίτητη για να θεωρηθεί πλήρης η κλινική εξέταση.

- Ορθοσκόπηση: ένας λεπτό, σαν άκαμπτος σωλήνας, όργανο με φωτισμό και φακό που εξετάζει το ορθό και διά του οποίου μπορεί να γίνει λήψη βιοψίας.
- Κολονοσκόπηση: ένα λεπτό σαν εύκαμπτος σωλήνας εργαλείο που εξετάζει όλο το έντερο, μετά από κατάλληλη προετοιμασία του – δύναται να αφαιρέσει πολύποδες – λήψη βιοψιών.

Θεραπευτική προσέγγιση στον ΚτΟ

Μετά τη διάγνωση του ΚτΟ, η οποία γίνεται με την κολονοσκόπηση, και λήψη βιοψιών, ακολουθεί μία συγκεκριμένη διαδικασία για την επιλογή της κατάλληλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, θεραπευτικής αντιμετώπισης:

- Σταδιοποίηση: απεικονιστικός έλεγχος με Αξονική Τομογραφία ή Μαγνητική Τομογραφία όλου του σώματος για τον καθορισμό του σταδίου της νόσου προεγχειρητικά. Μέγεθος όγκου–βαθμός διήθησης του τοιχώματος του ορθού ή και των γεννητικών οργάνων–ύπαρξη διηθημένων λεμφαδένων –ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων (ήπαρ- πνεύμονες).
- Έλεγχος με Μαγνητική Τομογραφία ή Ενδοσκοπικό υπέρηχο του βαθμού διήθησης του όγκου ιδίως για βλάβες του κατώτερου και μέσου τμήματος του ορθού. Ύπαρξη διηθημένων λεμφαδένων–διήθηση σφιγκτήρων.
- Βασικός προεγχειρητικός έλεγχος–καρκινικοί δείκτες–καρδιολογικός έλεγχος
- Παραπομπή για συζήτηση του περιστατικού στο Ογκολογικό Συμβούλιο–Λήψη θεραπευτικής απόφασης

Είδη χειρουργικών επεμβάσεων

Πριν από λίγες δεκαετίες οι ασθενείς με ΚτΟ στο κατώτερο και μέσο τριτημόριο ήταν δυστυχώς καταδικασμένοι σε κοιλιοπερινεική εκτομή του ορθού και μόνιμη τελική κολοστομία (μόνιμη παρά φύση έδρα).

Η κατανόηση τα τελευταία χρόνια της χειρουργικής ανατομίας της περιοχής (εμβρυικά πλάνα), η χρήση ειδικών εργαλείων (μηχανήματα αυτόματης διατομής–συρραφής, ειδικές διαθερμίες αιμόστασης, ψαλίδια υπερήχων) έχουν δώσει τη δυνατότητα σε πολλούς ασθενείς να αποφύγουν την κολοστομία και να διατηρήσουν πολύ καλή μετεγχειρητική ποιότητα ζωής.

Α. Τοπική εκτομή. Διαπρωκτική εκτομή (transan-al excision), κοιλιοκοκκυγική εκτομή με συναφαίρεση του ιερού οστού, διά του ιερού εκτομή (kraske).

Β. Η κλασική χειρουργική μέθοδος της χαμηλής πρόσθιας εκτομής (LAR) με διατήρηση του σφιγκτήρα και εκτομή όλου του περί το ορθό λιπώδους και λεμφικού ιστού (TME-total mesorectal excision).

- Διασφιγκτηριακή εκτομή (ISR) και κολοπρωκτική αναστόμωση για την αντιμετώπιση όγκων του κάτω τριτημορίου του ορθού, αφού έχει προηγηθεί η συνήθης χημειοθεραπεία και ακτινοβολία.
- Η τυπική κοιλιοπεριτοναϊκή εκτομή του ορθού και η μόνιμη τελική κολοστομία για όγκους που διηθούν τους σφιγκτήρες.

Συμπεράσματα:

- Ο μύθος ότι ο ασθενής με καρκίνο του ορθού κοντά στον σφιγκτήρα καταλήγει πάντα με μόνιμη παρά φύση έδρα έχει καταρριφθεί.
- Οι ασθενείς σήμερα έχουν περισσότερες θεραπευτικές επιλογές από ότι στο παρελθόν.
- Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται και να αναζητούν χειρουργική αντιμετώπιση από χειρουργό με ανάλογη εξειδίκευση και εμπειρία.
- Η πρώιμη διάγνωση είναι η αποτελεσματικότερη θεραπεία.

Νεότερες εξελίξεις στην αρθροσκόπηση ώμου

Δημήτριος **Αλεξάκης**

Διευθυντής Α΄ Ορθοπαιδικής Κλινικής Αθλητικών Κακώσεων, Ευρωκλινική Αθηνών

Πηνελόπη **Κατσάκου**

Επιμελήτρια Α΄ Ορθοπαιδικής Κλινικής Αθλητικών Κακώσεων, Ευρωκλινική Αθηνών

Κωνσταντίνος **Καραπατάκης**

Συνεργάτης Α΄ Ορθοπαιδικής Κλινικής Αθλητικών Κακώσεων, Ευρωκλινική Αθηνών

Νέες τεχνικές στην αρθροσκόπηση του ώμου, μπορούν σε έμπειρα χέρια να δώσουν λύση στους ασθενείς με τις πλέον σύνθετες βλάβες του ώμου, επιτρέποντάς τους να «ξανακερδίσουν» το χέρι τους και κατά συνέπεια την ποιότητα της ζωής τους.

Στην εποχή μας, ο σημερινός τρόπος ζωής έχει αυξήσει κατά πολύ τη συχνότητα των παθήσεων του ώμου. Οι αθλητικές δραστηριότητες, τα εργατικά και τροχαία ατυχήματα στη νεαρή ηλικία, καθώς και οι συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες, οι μικροτραυματισμοί και η φυσιολογική φθορά των ιστών σε μεγαλύτερες ηλικίες έχουν βάλει την αντιμετώπιση των παθήσεων του ώμου στην καθημερινή πράξη του Ορθοπαιδικού και έχουν κάνει τις λέξεις αστάθεια, εξάρθρημα, στροφικό πέταλο, cuff, οικείες στους ασθενείς.

Το γεγονός αυτό οδήγησε τους Ορθοπαιδικούς που ήθελαν να είναι εναρμονισμένοι με τις απαιτήσεις της εποχής να αντιμετωπίσουν με μεγαλύτερο ενδιαφέρον και επιστημονική συνέπεια το αντικείμενο του ώμου, που μέχρι πρότινος ήταν καταπιεσμένο από το ισχίο και το γόνατο που μονοπωλούσαν το ενδιαφέρον τους. Η άρτια γνώση του αντικειμένου και η πλήρης και ενδελεχής κλινική εξέταση αποτελούν το βασικό και θεμελιώδες βήμα της προσέγγισης του προβλήματος του ασθενούς. Σύγχρονα μέσα, (ακτινογραφίες, υπέρηχοι, μαγνητική τομογραφία, μαγνητικό αρθρογράφημα) συνεπικουρούν στην ασφαλέστερη και ακριβέστερη διάγνωση, απαραίτητη προϋπόθεση για τη στοχευμένη και αποτελεσματική αντιμετώπιση.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η πρώτη προσπάθεια θεραπευτικής προσέγγισης είναι η συντηρητική αντιμετώπιση με φαρμακευτική αγωγή και φυσικοθεραπεία, η οποία κατέχει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των παθήσεων του ώμου. Ωστόσο, σε περιπτώσεις που το χειρουργείο είναι αναπόφευκτο, η αρθροσκοπική χειρουργική έχει ανοίξει νέους ορίζοντες στην πλήρη αποκατάσταση των παθήσεων του ώμου, με πολλά πλεονεκτήματα έναντι της κλασικής «ανοιχτής» χειρουργικής.

Ενδείξεις αρθροσκόπησης ώμου
• Ρήξη ή αποκόλληση επιχειλίου χόνδρου
• Ρήξη συνδέσμων σε αστάθεια
• Παθήσεις τένοντα δικεφάλου
• Ρήξη στροφέων
• Σύνδρομο πρόσκρουσης
• Δυσκαμψία – Παγωμένος ώμος
• Βλάβη χόνδρου
• Ενδαρθρικά κατάγματα
• Αρθρίτιδα – Ξένα σώματα
• Υμενίτιδα σε αρθρίτιδες
• Παθήσεις ακρωμιοκλειδικής άρθρωσης

Η ρήξη του τενοντίου πετάλου του ώμου είναι συνήθως τραυματικής αιτιολογίας μετά από πτώση, εξάρθρημα ή απότομη άρση βάρους. Μπορεί να συμβεί σε όλες τις ηλικίες, είναι όμως πιο συχνή στις μεγαλύτερες ηλικίες, λόγω της συνοδού εκφύλισης των τενόντων. Μπορεί να είναι μερική ή πλήρης, καθώς επίσης να αφορά έναν ή περισσότερους τένοντες, μεταβάλλοντας ανάλογα τα συμπτώματα που είναι πόνος και αδυναμία σε ορισμένες κινήσεις του ώμου. Η αρθροσκόπηση αποτελεί την ιδανική τεχνική για την πλήρη αποκατάσταση ολόκληρης της έκτασης των ρήξεων του στροφικού πετάλου, καθώς επιτρέπει την άμεση ορατότητα της βλάβης τόσο υπακρωμιακά (από πάνω) όσο και δια της άρθρωσης (από κάτω) κάτι που δεν είναι εφικτό με την ανοιχτή μέθοδο.

Τηλ. επικοινωνίας 210 6416180-2, mkt@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

Στην Κλινική μας υπάρχει η δυνατότητα, με τη χρήση σύγχρονης τεχνολογίας (μηχανήματα ραδιοσυχνοτήτων, υλικά στερέωσης – απορροφήσιμες άγκυρες ή peaks) να γίνει αποκατάσταση σε βλάβες που παραδοσιακά δεν μπορούσαν να αντιμετωπιστούν αρθροσκοπικά και πολλές φορές είναι και δύσκολα αντιμετωπίσιμες με ανοιχτό χειρουργείο. Επιπλέον σε ιδιαίτερα δύσκολες περιπτώσεις, εφαρμόζονται και πιο εξειδικευμένες μέθοδοι, όπως τενοντομεταφορές (ιδίως με latissimus dorsi) ή ακόμα και προσθετική αποκατάσταση (με reverse prosthesis) της άρθρωσης του ώμου.

Η **αστάθεια του ώμου** (εξάρθρημα – υπεξάρθρημα) είναι συνήθως τραυματικής αιτιολογίας και είναι πιο συχνή στους νέους ασθενείς, περιορίζοντας σε μεγάλο βαθμό τη λειτουργικότητα της άρθρωσης και μειώνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών. Σ΄ ένα εξάρθρημα του ώμου μπορεί να έχουν τραυματιστεί ποικίλες ανατομικές δομές της άρθρωσης (επιχείλιος χόνδρος, γληνοβραχιόνιοι σύνδεσμοι, θύλακος, κεφαλή του βραχιονίου οστού, ωμογλήνη). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι πιθανότητες υποτροπής του εξαρθρήματος να είναι σημαντικές με τη συντηρητική αντιμετώπιση, οι οποίες αυξάνονται όσο πιο νέος είναι ο ασθενής κατά το πρώτο επεισόδιο εξαρθρήματος. Εδώ και χρόνια εφαρμόζονται αρθροσκοπικές μέθοδοι αποκατάστασης της αστάθειας του ώμου με καλά αποτελέσματα. Πολλές φορές όμως, η αστάθεια συνοδεύεται από οστικές βλάβες (bony Bankart, Hill-Sacks), ή πιο σπάνιες βλάβες του θυλάκου όπως η HAGL. Σε αυτές τις περιπτώσεις, δυστυχώς, η παραδοσιακή αρθροσκοπική αντιμετώπιση συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά αποτυχίας. Στην Ευρωκλινική Αθηνών έχουμε μεγάλη εμπειρία από δύο εξελιγμένες μεθόδους που αντιμετωπίζουν αυτά ακριβώς τα προβλήματα, το Remplissage και τη Latarjet, οι οποίες είναι χρήσιμες και σε περιπτώσεις υποτροπής του εξαρθρήματος μετά από μια πρώτη, μη επιτυχημένη, χειρουργική αποκατάσταση.

Η σύγχρονη Ιατρική εξελίσσεται συνέχεια και χρέος κάθε ιατρού είναι να προσπαθεί να ακολουθήσει τους ρυθμούς της με συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση στις νέες τεχνικές, προς όφελος του ασθενούς. Συμπορευόμενοι με τις εξελίξεις, αυτή τη στιγμή, στην Κλινική μας είμαστε σε θέση να προσφέρουμε στους ασθενείς μας μια αντιμετώπιση ανάλογη με οποιοδήποτε άλλο κέντρο του εξωτερικού, με σύγχρονες τεχνικές, αντίστοιχες μεθόδους και ευτυχώς για τους ασθενείς μας με εφάμιλλα αποτελέσματα. Δεν είναι τυχαίο που η εμπειρία μας και τα αποτελέσματα μας έχουν ανακοινωθεί και έχουν λάβει αναγνώρισης σε πλείστα συνέδρια τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.

Πλεονεκτήματα αρθροσκοπικής χειρουργικής του ώμου
• Μικρές τομές δέρματος - Μικρότερος χειρουργικός τραυματισμός στους υποκείμενους ιστούς.
• Μικρότερος μετεγχειρητικός πόνος.
• Μικρότερος χρόνος νοσηλείας.
• Καλύτερη ορατότητα της βλάβης – Δυνατότητα πλήρους αποκατάστασης.

Αντιμετώπιση των ανευρυσμάτων του εγκεφάλου

Νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις

του **Σπυρίδωνα Τζανή,** Διευθυντή Νευροχειρουργού, Ευρωκλινική Αθηνών

Τα ανευρύσματα εγκεφάλου και το συχνότερο κλινικό τους σύνδρομο, η υπαραχνοειδής αιμορραγία, αποτελούν παραδοσιακά τα δυσκολότερα θεραπευτικά προβλήματα των νευρολόγων και των νευροχειρουργών. Τα τελευταία χρόνια έχουμε γίνει μάρτυρες μίας επιστημονικής εκρήξης τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπεία των εν λόγω αγγειακών βλαβών. Μολονότι η μεγάλη αυτή πρόοδος είναι αναμφισβήτητη, η αντιμετώπιση των ασθενών με υπαραχνοειδή αιμορραγία λόγω ρήξης ανευρύσματος εγκεφάλου παραμένει δύσκολη, πολυδάπανη και με πολλαπλά προβλήματα. Πρόσφατα, η τεχνολογική εξέλιξη στην παρεμβατική νευροακτινολογία έδωσε νέα ώθηση στην ενδοαγγειακή θρόμβωση των ανευρυσμάτων ως συμπληρωματική ή και εναλλακτική θεραπεία στη χειρουργική απολίνωση των ανευρυσμάτων.

Υπολογίσθηκε ότι 2% του γενικού πληθυσμού πάσχουν από ανεύρυσμα εγκεφάλου. Η συχνότητα της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας είναι 10/100.000/έτος, και μόνο το 25% των ασθενών αυτών έχουν καλή πρόγνωση. **Ο πρωταρχικός σκοπός της θεραπείας της ρήξης του ανευρύσματος είναι η πρόληψη από νέα αιμορραγία. Το ανεύρυσμα θα πρέπει να απολινωθεί αμέσως μετά την πρώτη αιμορραγία και να αντιμετωπισθούν οι πιθανές μεθαιμορραγικές επιπλοκές, όπως ο αγγειόσπασμος και η υδροκεφαλία.**

Στην Ευρωκλινική Αθηνών ο ασθενής που πάσχει από υπαραχνοειδή αιμορραγία αντιμετωπίζεται αμέσως από τους ιατρούς της νευροχειρουργικής ομάδας, οι οποίοι μελετούν την κλινική του κατάσταση, πραγματοποιούν τον νευροακτινολογικό του έλεγχο και αποφασίζουν την αντιμετώπισή του. Ο απεικονιστικός έλεγχος περιλαμβάνει την αξονική τομογραφία εγκεφάλου, την αγγειογραφία εγκεφάλου τεσσάρων αγγείων και την τρισδιάστατη αξονική αγγειογραφία για πληρέστερη μελέτη του ανευρύσματος. Ο χρόνος αντιμετώπισης του ανευρύσματος εξαρτάται από το χρόνο αφίξης του ασθενούς στη μονάδα μας. Το ανεύρυσμα μπορεί να αποφραχθεί **1) Με τη χρήση των ηλεκτροαποσπώμενων σπειραμάτων, 2) Με την κλασσική χειρουργική μέθοδο της απολίνωσης του ανευρύσματος με clipping, 3) Με απόφραξη της φέρουσας το ανεύρυσμα αρτηρίας και 4) Με συνδυασμό των παραπάνω μεθόδων.**

Η ομάδα μας αντιμετωπίζει 200 ασθενείς με αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου και του Νωτιαίου Μυελού κατ' έτος. Η πλειοψηφία των ασθενών έχει ανεύρυσμα εγκεφάλου και ακολουθούν σε συχνότητα οι αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες εγκεφάλου, της σκληράς μήνιγγος και του νωτιαίου μυελού. Η στρατηγική αντιμετώπισης των ανευρυσμάτων περιλαμβάνει κατ' αρχάς τον εμβολισμό του ανευρύσματος με τη χρήση

Τηλ. επικοινωνίας 210 6416180-2, mkt@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας - Νευροακτινολογίας

Το Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας-Νευροακτινολογίας της Ευρωκλινικής Αθηνών στελεχώνουν εξειδικευμένοι Επεμβατικοί Ακτινολόγοι-Νευροακτινολόγοι και Νευροχειρουργοί. Διενεργούνται αναίμακτα ενδαγγειακές ή μη, διαγνωστικές εξετάσεις και επεμβάσεις στο Περιφερικό και το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

Το Τμήμα είναι εξοπλισμένο με υπερσύγχρονο Ψηφιακό Αγγειογράφο Allura X-Per FD20 και καλύπτει ένα ευρύτατο φάσμα επεμβατικών αγγειολογικών και διαγνωστικών εφαρμογών:

- **εγκεφάλου**
- **κοιλίας**
- **περιφερικών αγγείων**
- **θώρακος**

Κύρια Πλεονεκτήματα

- **Παρέχει υψηλής ποιότητας τρισδιάστατη εικόνα αγγειακών βλαβών αναγκαία για τον καθορισμό και τη στρατηγική της ενδαγγειακής ή όχι θεραπείας στην αγγειολογική χειρουργική και νευροχειρουργική**
- **Μειώνει το χρόνο εξέτασης και ακτινικής επιβάρυνσης του ασθενούς και του ιατρικού προσωπικού**
- **Διευκολύνει την εκτίμηση μετά τη θεραπεία με χρήση εικόνων παρόμοιων με αυτές του Αξονικού Τομογράφου, που επιτρέπουν τη θέαση συσκευών stents, coils, clips, κ.α.**

Η Ευρωκλινική Αθηνών
έχει σύμβαση με τον **Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

Προσφερόμενες Υπηρεσίες

Διαγνωστικές Περιφερικού Αγγειακού Συστήματος

- Ενδοφλέβιες και Ενδαρτηριακές **ψηφιακές αρτηριογραφίες** του σώματος και των σπλάγχνων
- Ψηφιακές **φλεβογραφίες και πνευμονικές αγγειογραφίες** και λεμφαγγειογραφίες
- **Διππατικές χολαγγειογραφίες**

Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.)

- Όλες οι **αγγειογραφίες του Κ.Ν.Σ.** (Εγκεφάλου και Νωτιαίου Μυελού)
- **Εμβολισμοί** ανευρυσμάτων, δυσπλασιών και όγκων εγκεφάλου και Ν. Μυελού
- **Αγγειοπλαστικές** – Stents αγγείων τραχήλου και ενδοκρανιών κλάδων

Επεμβατικές Περιφερικού Αγγειακού Συστήματος

- **Αγγειοπλαστικές** περιφερικών και σπλαγχνικών αρτηριών και φλεβών
- **Ενδαγγειακή αντιμετώπιση ανευρυσμάτων** θωρακικής - κοιλιακής αορτής και περιφερικών αρτηριών
- **Νεφροστομίες** - STENTS ουρητήρων
- **Παροχετεύσεις και STENTS χοληφόρων**
- **Θρομβόλυση** περιφερικών αγγείων
- **Εμβολισμοί** κάθε τύπου σε οποιοδήποτε όργανο και περιφερική αρτηρία

Άλλες

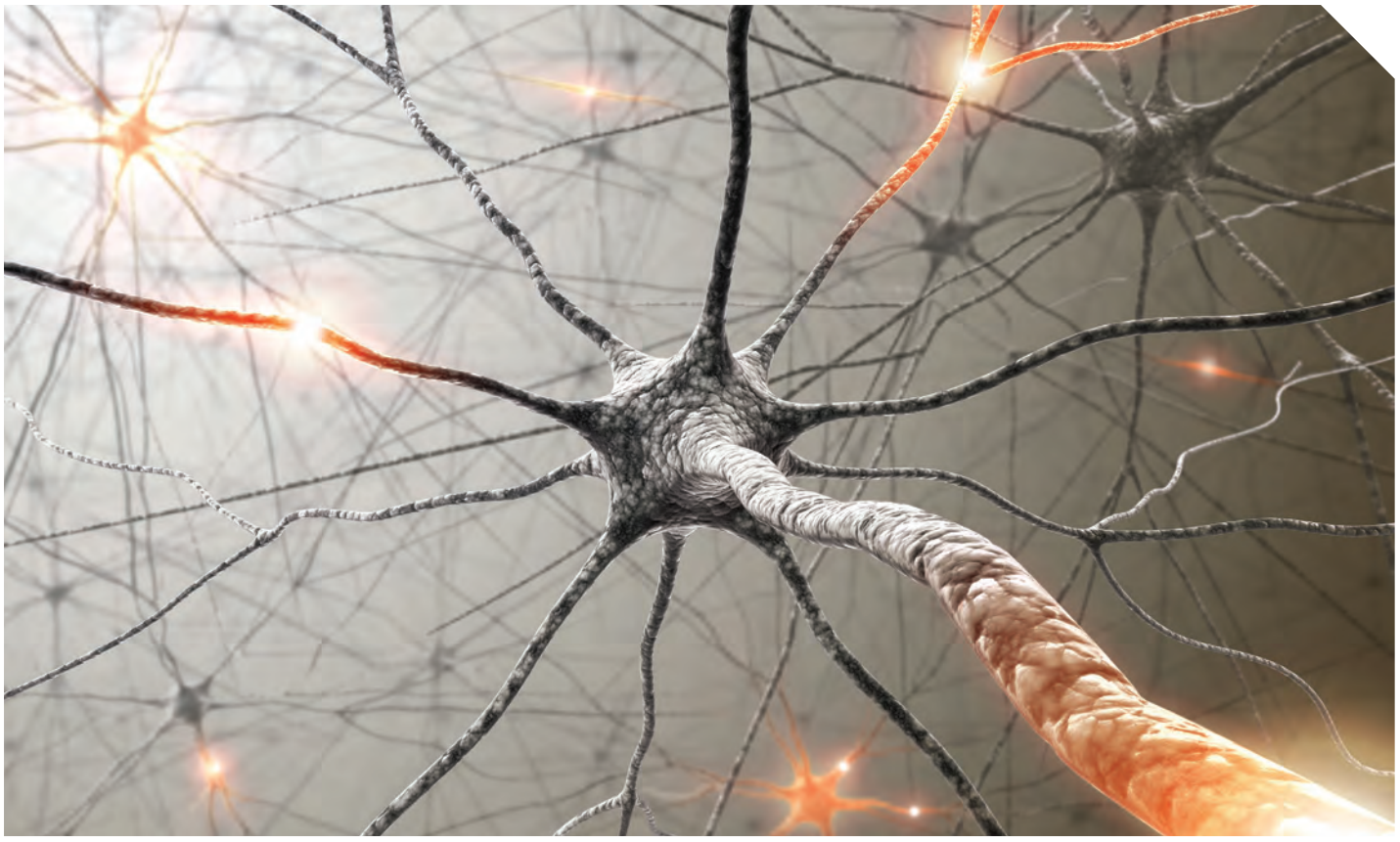
- **Διαδερμικές Σπονδυλοπλαστικές**
- **Παιδιατρικές** αγγειογραφικές εξετάσεις και νευροεπεμβατικές θεραπευτικές πράξεις

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

Το Τμήμα λειτουργεί συνεχώς σε **24ωρη βάση, 365 ημέρες το χρόνο**

Αθανασιάδου 7-9 (πάροδος Δ. Σούτσου), Αθήνα, Τηλ: 210 6416600, Fax: 210 6416555, Τηλ. για ραντεβού: 210 6416825 , 08:00-16:00, Δευτ.-Παρ.
www.euroclinic.gr, e-mail: mkt@euroclinic.gr



των ηλεκτροαποσπώμενων σπειραμάτων χρησιμοποιώντας ως κριτήρια τη μορφολογία, τη θέση, το μέγεθος του ανευρύσματος, την ύπαρξη ή μη ευρέως ή στενού αυχένα και τη σχέση του μεγέθους του ανευρύσματος με το μέγεθος της φέρουσας το ανεύρυσμα αρτηρίας. Τα τελευταία τρία χρόνια έχουμε αντιμετωπίσει με τη μέθοδο του εμβολισμού 150 ανευρύσματα με επιτυχία. Μετά τον εμβολισμό ακολουθεί αγγειογραφικός έλεγχος για αξιολόγηση του αποτελέσματος σε 1 μήνα, 6 μήνες, 1 χρόνο και τέλος σε 5 χρόνια. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί υπόλειμμα ανευρύσματος, ακολουθεί συμπλήρωση του υπολειμματικού ανευρύσματος με ηλεκτροαποσπώμενα σπειράματα.

33 ασθενείς που είχαν 48 ανευρύσματα συνολικά αντιμετωπίσθηκαν με την κλασσική χειρουργική μέθοδο απολίνωσης των ανευρυσμάτων. Μετά από κρανιοτομία έγινε παρασκευή του ανευρύσματος και απολίνωση του από την κυκλοφορία με ειδικά clip. Συνήθως, τα ανευρύσματα που αντιμετωπίσαμε είχαν ευρύ αυχένα, ήταν μεγάλα και γιγαντιαία σε μέγεθος και συνυπήρχαν και 2-3 άλλα ανευρύσματα σε γειτονικά αγγεία που έχρηζαν χειρουργικής απολίνωσης.

Τέλος, τέσσερις ασθενείς που είχαν γιγαντιαία ανευρύσματα στην έσω καρωτίδα αντιμετωπίσθηκαν με συνδυασμό των ανωτέρω μεθόδων στο χειρουργείο.

Απαραίτητα προηγείται αποφρακτική δοκιμασία της έσω καρωτίδας και μελέτη της επιπτώσεως της αποφράξεως επί της εγκεφαλικής λειτουργίας. Ακολουθεί εν συνεχεία τοποθέτηση των συστημάτων BALLONS εντός της έσω καρωτίδας και εν συνεχεία πραγματοποιείται η κρανιοτομία και η χειρουργική απολίνωση του ανευρύσματος με έλεγχο του προσαγωγού αγγείου με το Ballon.

Η βελτίωση των υλικών του εμβολισμού, η εφαρμογή του stent στα αγγεία του εγκεφάλου, η στερεοτακτική-αγγειογραφία, η βελτίωση και η ελαχιστοποίηση του χειρουργικού τραύματος με την εισαγωγή του ενδοσκοπίου και της πλοήγησης κατά τη διάρκεια της επεμβάσεως, αποτελούν τις νέες εξελίξεις στον τομέα της αντιμετώπισης των ανευρυσμάτων εγκεφάλου και υπόσχονται τη βελτίωση της τελικής έκβασης των ασθενών με αγγειακές παθήσεις εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού.

http: //www.eyclub.gr

google - Google Search

+You Search Images Maps Play YouTube News Gmail Drive Calendar More

Google κάρτα υγείας ey club

Ιστός Εικόνες Βίντεο Περισσότερα Εργαλεία αναζήτησης

Περίπου 1.360.000 αποτελέσματα (0,34 δευτερόλεπτα)

eyclub | Eyclub κάρτα υγείας
eyclub.gr/
Η κάρτα Υγείας EYClub καλύπτει τον τομέα της πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας χωρίς καθυστερήσεις, ταλαιπωρία και λίστες αναμονής...

EyClub κάρτα υγείας
Υγεία χωρίς ταλαιπωρία για όλους ανεξαρτήτου ηλικίας και ιατρικού ιστορικού...

EyClub Σύλλογοι
Home / EYclub Σύλλογοι. Ο Εμπορικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης προτείνει στα μέλη του την κάρτα υγείας EYclub...

Faq's
Home / Fag's. Πώς γίνομαι μέλος; Συμπληρώνοντας την ηλεκτρονική φόρμα αιτήσεως ή τηλεφωνώντας ...

EyClub card Γίνε μέλος
Αποκτήστε την οικογενεακή κάρτα υγείας EYclub μόνο με 150 ευρώ, για 4μελή οικογένεια, και διάρκεια για έναν χρόνο...

ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ **EYCLUB**
Home / ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ EYCLUB. Στρατηγικός συνεργάτης του EYclub ο όμιλος ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ...

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ **EYCLUB**
Home / ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ. Υγεία με αξιοπρέπεια, υψηλή ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών, αμεσότητα, μη...

Περισσότερα αποτελέσματα από το eyclub.gr »

Κάρτα Υγείας EYCLUB [HD] 1080p - YouTube

www.youtube.com/watch?v=sqX17EBpalk
5 Απρ 2013 - Μεταφορτώθηκε από ey club
Η **κάρτα υγείας EY Club** εξασφαλίζει στους κατόχους της πρόσβαση σε ένα δίκτυο επιλεγμένων ιδιωτών ιατρών, διαγνωστικών κέντρων και ...

EY Club Κάρτα Υγείας - YouTube

www.youtube.com/watch?v=PHbi1IJ8zPU
24 Ιαν 2013 - Μεταφορτώθηκε από ey club
Η **κάρτα υγείας EY Club** απευθύνεται σε όλους όσους επιθυμούν να έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές, οικονομικές και ταυτόχρονα ανθρώπινες ...

EY Club
ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

23 1500 1500

www.facebook.com/eyclub www.twitter.com/eyclub_Saloniki

Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη:

- Τι πρέπει να γνωρίζουμε
- Ποιες είναι οι σύγχρονες απόψεις για τη χρησιμότητά της

Dr Έλλη
Λάκκα-Παπαδόδημα

Διευθύντρια Κέντρου Ενδοκρινολογίας-Διαβήτη- Μεταβολισμού Ευρωκλινικής Αθηνών

Dr Σωτήριος
Κ. Μπεθάνης

MSc, PhD
Ενδοκρινολόγος-Διαβητολόγος
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
Επιμελητής Κέντρου Ενδοκρινολογίας-Διαβήτη- Μεταβολισμού Ευρωκλινικής Αθηνών

Η εποχή μας χαρακτηρίζεται από την εκρηκτική διάχυση της πληροφορίας, σε βαθμό που ο μέσος άνθρωπος συχνά δεν μπορεί να αφομοιώσει. Όλοι μας βομβαρδιζόμαστε καθημερινά από όρους πολιτικούς, χρηματοοικονομικούς ιατρικούς και άλλους που συχνά δεν μπορούμε να κατανοήσουμε είτε γιατί οι πληροφορίες μας παρέχονται αποσπασματικά είτε με τρόπο και μέσα που δεν γίνονται πάντα κατανοητά. **Για το ένα εκατομμύριο περίπου από τους συνανθρώπους μας οι οποίοι πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη στη χώρα μας και τους συγγενείς τους, ο ιατρικός όρος «γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη» χρησιμοποιείται συχνά στην καθημερινότητά τους** και στην επαφή τους με τους ιατρούς, χωρίς να έχει κατακτηθεί η πλήρης γνώση της χρησιμότητας αυτής της ιατρικής εξέτασης.

Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι με απλό και περιεκτικό τρόπο να βοηθήσει τον αναγνώστη να κάνει το δύσκολο βήμα από την πληροφόρηση, στην κατανόηση και τη γνώση μίας εξέτασης που αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο στην κοινή προσπάθεια ασθενούς-ιατρού για την προαγωγή της υγείας του εξεταζομένου.

Τι είναι η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη;

Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (ή απλά γλυκοζυλιωμένη) είναι μία εργαστηριακή εξέταση η οποία χρησιμοποιείται, για να καθορίσει το μέσο όρο των επιπέδων σακχάρου (γλυκόζης) στο αίμα τους τελευταίους 2-3 μήνες. Ιατρικά συμβολίζεται HbA1C ή απλά A1C.

Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη μετράται μετά από απλή αιμοληψία από φλεβικό αίμα ή με εξέταση τριχοειδικού αίματος (από το δάκτυλο), εφόσον υπάρχει ειδική συσκευή. Καθώς η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη δεν επηρεάζεται από βραχυπρόθεσμες διακυμάνσεις των επιπέδων σακχάρου (για παράδειγμα μετά από γεύμα) η εξέτασή της μπορεί να λάβει χώρα ανεξάρτητα από τη λήψη τροφής. Η αναλογία της τιμής της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης με τα μέσα επίπεδα σακχάρου στο αίμα τους τελευταίους 2-3 μήνες αποτυπώνεται στον πίνακα 1.

Τιμες γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (%)	Μέσος όρος επιπέδων σακχάρου αίματος τους τελευταίους 2-3 μήνες (mg/dL)
5	97
6	126
7	154
8	183
9	212
10	240
11	269
12	298
13	326
14	355

Πίνακας 1. *Αντιστοίχιση επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και μέσων επιπέδων σακχάρου αίματος τους τελευταίους 2-3 μήνες*

Οι διαβητολόγοι χρησιμοποιούμε τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη για δύο λόγους:

- Για να δούμε, αν ένα άτομο πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη.
- Για να εξετάσουμε, αν η αγωγή που χορηγείται σε έναν ασθενή με γνωστό σακχαρώδη διαβήτη αποδίδει.

Ποιά είναι τα επιθυμητά επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης;

Αυτό εξαρτάται από το λόγο για τον οποίο γίνεται η εξέταση.

- **Αν η εξέταση γίνεται, για να διαγνώσουμε αν ένας ασθενής έχει σακχαρώδη διαβήτη, η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης θα πρέπει να είναι κάτω από 6.**
  - Αν η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης είναι ίση ή μεγαλύτερη από 6.5 αυτό σημαίνει πως ο ασθενής μας πιθανότατα έχει σακχαρώδη διαβήτη, αλλά θα πρέπει να επαναλάβει την εξέταση άλλη μία φορά για επιβεβαίωση
  - Αν η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης είναι μεταξύ 5.7 και 6.4, ο ασθενής μας διατρέχει μεγάλο κίνδυνο ανάπτυξης σακχαρώδους διαβήτη και θα πρέπει να ενθαρρυνθεί στην υιοθέτηση συνηθειών που θα τον βοηθήσουν να προλάβει την εμφάνισή του (για παράδειγμα έναρξη άσκησης και προσπάθεια απώλειας βάρους, αν είναι υπέρβαρος).
- **Αν η εξέταση γίνεται, για να ελέγξουμε την επιτυχία της χορηγούμενης αγωγής σε ασθενή με γνωστό σακχαρώδη διαβήτη, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη θα πρέπει να είναι κατά κανόνα κάτω από 7.** Είναι όμως σημαντική η εξατομίκευση του στόχου για την τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης για κάθε ασθενή, καθώς είναι αναγκαίο σε πολλές περιπτώσεις να επιζητούμε χαμηλότερα ή σπανίως υψηλότερα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.

Ποιοί οι περιορισμοί στη μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης;

Καθώς η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη δεν αποτυπώνει άμεσα τις βραχυπρόθεσμες διακυμάνσεις των επιπέδων σακχάρου στο αίμα, δεν είναι δυνατόν να

Η συχνότητα μέτρησης της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης εξαρτάται από το αν ένας συγκεκριμένος ασθενής πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη και από την τιμή της τελευταίας μέτρησης του

αξιοποιηθεί για την παρακολούθηση των οξέως μεταβαλλόμενων επιπέδων σακχάρου, π.χ για τη ρύθμιση της δόσης της χορηγούμενης ινσουλίνης ή για τη διάγνωση υπογλυκαιμικών επεισοδίων.

Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη αυξάνεται ψευδώς σε συγκεκριμένες παθολογικές καταστάσεις, όπως η νεφρική ανεπάρκεια, ο χρόνιος αλκοολισμός και η υπερτριγλυκεριδαιμία, ενώ ψευδώς ελαττωμένα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης παρατηρούμε σε περιπτώσεις οξείας ή χρόνιας απώλειας αίματος, σε δραπανοκυτταρική αναιμία και σε ασθενείς με μεσογειακή αναιμία.

Πόσο συχνά θα πρέπει να γίνεται η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης;

Η συχνότητα μέτρησης της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης εξαρτάται από το αν ένας συγκεκριμένος ασθενής πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη και από την τιμή της τελευταίας μέτρησής του.

- Αν η εξέταση έγινε, για να ελέγξουμε την ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ήταν μικρότερη από 5.7 (που σημαίνει πως ο ασθενής δεν έχει σακχαρώδη διαβήτη), η μέτρηση θα πρέπει να επαναληφθεί μετά από 3 έτη, εκτός αν ο θεράπων ιατρός κρίνει διαφορετικά ή προκύψουν νέα δεδομένα (π.χ σημαντική πρόσληψη βάρους, ακινητοποίηση, λήψη γλυκοκορτικοειδών)
- Αν η εξέταση έγινε, για να ελέγξουμε την ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ήταν μεταξύ 5.7 και 6.4 (που σημαίνει πως ο ασθενής δεν έχει τώρα σακχαρώδη διαβήτη, αλλά βρίσκεται σε σημαντικό κίνδυνο εμφάνισης στο μέλλον) η μέτρηση θα πρέπει να επαναλαμβάνεται ετησίως.
- Αν πρόκειται για ασθενή με γνωστό σακχαρώδη διαβήτη με ικανοποιητική ρύθμιση, η μέτρηση θα πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά εξάμηνο.
- Αν πρόκειται για ασθενή με γνωστό σακχαρώδη διαβήτη χωρίς ικανοποιητική ρύθμιση ή με πρόσφατη αλλαγή της χορηγούμενης αγωγής, η μέτρηση θα πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά τρίμηνο.

Γιατί είναι τόσο σημαντική η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης;

Οι συστάσεις μας βασίζονται σε μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες που απέδειξαν ξεκάθαρα πως η διατήρηση των επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης κοντά στο φυσιολογικό προφυλάσσει τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη από την ανάπτυξη επιπλοκών σχετιζόμενων με τη νόσο τους, όπως:

- Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, μία επιπλοκή από τα μάτια που μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση.
- Νεφρική νόσο.
- Νευροπάθεια (βλάβη του νευρικού συστήματος).

Επίσης, έχει αποδειχθεί πως για τους νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη η ικανοποιητική ρύθμιση των επιπέδων σακχάρου προφυλάσσει από την ανάπτυξη καρδιαγγειακών συμβαμάτων (εμφράγματα ή εγκεφαλικά επεισόδια).

Το ελπιδοφόρο μήνυμα που προκύπτει λοιπόν από τα ανωτέρω για τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη είναι πως με την προσπάθεια τους, την επίβλεψη και συνεργασία του διαβητολόγου τους μπορούν να διατηρήσουν επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης που θα τους χαρίσουν πολλά και καλά χρόνια ζωής.

Viaflo

Σχεδιάσαμε το μέλλον της ενδοφλέβιας χορήγησης

Ασκός πλήρως συρρικνούμενος

- Κλειστό κύκλωμα που δεν απαιτεί αεραγωγό και μηδενίζει τον κίνδυνο επιμόλυνσης του διαλύματος[1, 2]
- Σταθερή ροή έγχυσης με ελάχιστο υπολειπόμενο όγκο[3]
- Ελάχιστος όγκος απορριμμάτων

- **Ασκός υψηλής βιοσυμβατότητας με τα χορηγούμενα φάρμακα. Η Baxter παρέχει τις πιο ενημερωμένες μελέτες συμβατότητας και σταθερότητας**
- **Σύστημα θυρίδων από πολυισοπρένιο ελεύθερο latex, μηδενίζοντας τον κίνδυνο αλλεργικής αντίδρασης**
- **Συνθήκες απόλυτης υγιεινής: ο ασκός αποστειρώνεται μέσα στο εξωτερικό περίβλημα προστατευόμενος από την υγρασία, τη σκόνη κλπ κατά τη μεταφορά και την αποθήκευση**

VIAFLO-ADV 02/04/2013

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rosenthal VD, Maki DG. Prospective study of the impact of open and closed infusion systems on rates of central venous catheter-associated bacteremia. American Journal of Infection Control. May 2004; 32(3): 135-41.
2. Franzetti F, Borghi B, Raimondi F, Rosenthal VD. Impact on rates and time to firtst central vascular-associated bloodstream infection when switching from open to closed intravenous infusion containers in a hospital setting. Epidemiology and Infection. July 2009; 137(7): 1041-8.
3. Gabay M, von Martius K. Comparative evaluation of collapsible versus semi-rigid intravenous containers. Technology in Healthcare. December 2008; 16(6): 429- 35.

Baxter

Baxter Hellas - Μετσόβου 3, 14121 Ν. Ηράκλειο
ΤΗΛ. : 210. 28 80 000 - FAX : 210. 99 68 890 - Τηλ. Παραγγελ.: 210. 99 87 900

Θεραπευτική ενδοσκόπηση: Σύγχρονες εξελίξεις και νέες δυνατότητες

Αποτελεσματική και ασφαλής, ελάχιστα επεμβατική προσέγγιση, με αποφυγή χειρουργικών επεμβάσεων

Γεράσιμος **Στεφανίδης**

Συνεργάτης Γαστρεντερολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής Ν.Ν.Α.
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
Μετεκπαιδευθείς εις BIDMC, Harvard Medical School, Boston MA

Τα τελευταία χρόνια, η πρόοδος της ενδοσκόπησης του πεπτικού συστήματος, έχει προσφέρει στην υγεία νέους ορίζοντες πρακτικών εφαρμογών. Πέραν των καθιερωμένων από παλαιότερα, όπως η γαστροσκόπηση, η κολονοσκόπηση, η λήψη βιοψιών, εκτομή πολυπόδων, έχουν προστεθεί και νέες, όπως η ενδοσκοπική εξάλειψη του οισοφάγου Barrett, η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία καθώς και εξελίξεις στην αντιμετώπιση νοσημάτων της περιοχής χοληφόρων και παγκρέατος με νέες εφαρμογές διαμέσου της ERCP (Endoscopic Retrograde CholangioPancreatography – Ενδοσκοπική Παλίνδρομη ΧολαγγειοΠαγκρεατογραφία).

Εξάλειψη οισοφάγου Barrett και ενδοσκοπική εκτομή προκαρκινικών βλαβών του οισοφάγου ή καρκινικών βλαβών σε αρχόμενο στάδιο

Μια εξαιρετικά συχνή στο γενικό πληθυσμό διαταραχή του ανωτέρου πεπτικού είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, δηλαδή η αναγωγή γαστρικού περιεχομένου από το στομάχι στον οισοφάγο. Αυτή η διαταραχή απαντάται σε ποσοστό 20% περίπου και τα συνήθη συμπτώματα είναι αίσθημα καύσου ή πόνου στο επιγάστριο ή στο θώρακα οπισθοστερνικά ή αίσθημα αναγωγής περιεχομένου προς το στόμα ή και βράγχος φωνής ή ανεξήγητος βήχας. Το όξινο περιεχόμενο του στομάχου είναι ιδιαίτερα βλαπτικό για τον οισοφάγο στον οποίο συνήθως προκαλεί επιμήκη έλκη, που αποκαλούνται ιατρικά οισοφαγίτις, της οποίας η βαρύτητα ποικίλλει. Η οισοφαγίτις είναι σημαντικό πρόβλημα υγείας διότι μπορεί να προκαλέσει μόνιμες αλλοιώσεις ή και καρκινογένεση αν παραμεληθεί και δεν αντιμετωπισθεί όπως κατά περίπτωση απαιτείται, είτε με φαρμακευτική είτε με χειρουργική θεραπεία. Επιπλοκή της γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου είναι ο οισοφάγος Barrett, δηλαδή η αντικατάσταση του πολύστοιβου πλακώδους επιθηλίου του οισοφάγου από εξειδικευμένου τύπου μεταπλαστικό επιθήλιο, ως «προσαρμογή» του οισοφάγου στο όξινο περιβάλλον που προκαλεί η παλινδρόμηση όξινου γαστρικού περιεχομένου.

Σε ποσοστό 0,5 - 1% περίπου ανά έτος, υπόκειται σε κακοήθη εξαλλαγή. Συνήθως, ακολουθείται η εξέλιξη προς χαμηλόβαθμη δυσπλασία, υψηλόβαθμη δυσπλασία και τέλος αδενοκαρκίνωμα. Όταν ανευρίσκεται δυσπλασία ή όταν νέοι ασθενείς παρουσιάζουν οισοφάγο Barrett μεγάλης έκτασης, τότε τίθεται ένδειξη εξάλειψης του μεταπλαστικού επιθηλίου.

Επί πολλά έτη δεν είχε ανευρεθεί τρόπος εξάλειψης του οισοφάγου Barrett, αλλά γίνονταν μόνο χειρουργικές εκτομές του οισοφάγου, όταν είχε ήδη δημιουργηθεί καρκίνος, με συνήθως όχι καλά αποτελέσματα γιατί ήταν στην πλειονότητα των περιπτώσεων πολύ αργά. Από την άλλη πλευρά, η διενέργεια για προληπτικούς και μόνον λόγους, μεγάλων ακρωτηριαστικών επεμβάσεων που ενέχουν μάλιστα και κίνδυνο θνησιμότητας μερικές φορές, είναι ένα βασανιστικό δίλημμα.

Η εξάλειψη του επιθηλίου τύπου Barrett, το οποίο αποτελεί όπως προαναφέρθηκε δυνητική προκαρκινική βλάβη, έχει καταστεί δυνατή τα τελευταία πέντε έτη μόνον, και επιτυγχάνεται σε ποσοστό που υπερβαίνει το 90% με την εφαρμογή ραδιοκυμάτων με τη χρήση κοινού γαστροσκοπίου, χρησιμοποιώντας τη συσκευή HALO 90 ή 360, ανάλογα με την έκταση της βλάβης η οποία πρέπει να εξαλειφθεί. Δεν υπάρχει κανένας άλλος τρόπος εξάλειψης του οισοφάγου Barrett παγκοσμίως που να είναι επιστημονικά παραδεκτός από τη διεθνή ιατρική κοινότητα. Τα υψηλά ποσοστά επιτυχίας αλλά και η απουσία επιπλοκών και κινδύνων καθιέρωσαν τη μέθοδο αυτή ως "gold standard" στη διεθνή ιατρική βιβλιογραφία.

Επίσης σε περιπτώσεις υψηλόβαθμης δυσπλασίας και αρχόμενου καρκίνου μπορεί με τεχνικές βλεννογονεκτομής να αφαιρεθεί ενδοσκοπικά η βλάβη. Μπορεί επίσης να συνδυασθεί εκτομή του βλεννογόνου για εντοπισμένη αρχόμενη καρκινική βλάβη με εξάλειψη όλου του επιθηλίου Barrett με τη συσκευή ραδιοκυμάτων HALO.

Τηλ. επικοινωνίας 210 6416180-2, mkt@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

Διάγνωση και ενδοσκοπική θεραπεία νοσημάτων των χοληφόρων και του παγκρέατος. ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography) και EUS (Endoscopic Ultra Sound)

Τα νοσήματα χοληφόρων – παγκρέατος αποτελούν ένα δύσβατο πεδίο διαγνωστικής προσέγγισης και συχνά δεν επιτυγχάνεται σαφής διάγνωση ακόμη και με τη βοήθεια των πιο εξελιγμένων τεχνικών αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας.

Η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία (EUS – Endoscopic Ultra Sound) με τη δυνατότητα της κατευθυνόμενης λήψης υλικού για κυτταρολογική μελέτη (FNA – Fine Needle Aspiration) είναι εξαιρετικά χρήσιμη και συχνά συμπληρώνει τον απεικονιστικό έλεγχο, ιδιαίτερα σε βλάβες του παγκρέατος. Η προσφορά της μεθόδου είναι ανεκτίμητη στη διαγνωστική αλλά και θεραπευτική προσπέλαση μεγάλου αριθμού νοσημάτων και βλαβών στην περιοχή του οισοφάγου, στομάχου, δωδεκαδακτύλου, παγκρέατος και των πέριξ ανατομικών δομών.

Πρόκειται για ενδοσκόπια τελευταίας τεχνολογίας που στο άκρο τους εκτός από τη video-camera που διαθέτουν τα κοινά γαστροσκόπια, διαθέτουν και κεφαλή υπερήχου. Έτσι με τη βοήθεια της ενδοσκοπικής εικόνας τοποθετείται το άκρο του ενδοσκοπίου στην επιθυμητή θέση εντός του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου και σαρώνεται υπερηχογραφικά η περιοχή που εστιάζεται το ενδιαφέρον μας από εξαιρετικά βραχεία απόσταση, μικρότερη των δύο εκατοστών. Είναι δυνατόν να εντοπιστούν βλάβες μικρού μεγέθους που δεν έχουν αναδειχθεί στην αξονική ή μαγνητική τομογραφία. Αλλά και σε βλάβες που έχουν αναδειχθεί στην αξονική ή μαγνητική τομογραφία είναι δυνατή η κατευθυνόμενη με λεπτή βελόνη υπό υπερηχοτομογραφική καθοδήγηση λήψη υλικού για κυτταρολογική μελέτη.

Τα παλαιότερα χρόνια που δεν ήταν διαθέσιμη η τεχνική αυτή, οι ασθενείς υποβάλλονταν σε ερευνητική λαπαροτομία και μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις με αμφίβολη διάγνωση, με αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας. Στη μεγάλη προσπάθεια για προεγχειρητική διάγνωση η διαδερμική παρακέντηση με βελόνη υπό καθοδήγηση αξονικού τομογράφου είχε πρακτικά εγκαταλειφθεί για τις παγκρεατικές βλάβες λόγω του υψηλού ποσοστού επιπλοκών αλλά και διασποράς καρκινικών κυττάρων στην πορεία της βελόνης αν επρόκειτο για κακοήθεις βλάβες. **Η λήψη δείγματος ιστού υπό ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία παρουσιάζει εξαιρετικά χαμηλά έως μηδαμινά ποσοστά επιπλοκών. Ένα άλλο σημαντικό πλεονέκτημα της μεθόδου, έναντι όλων των άλλων τεχνικών, είναι ότι επί παρουσίας κακοήθους βλάβης αφαιρείται και η περιοχή από την οποία διήλθε η βελόνη και δυνητικά διέσπειρε κακοήθη κύτταρα, αφού η FNA διενεργείται από τμήμα του στομάχου ή δωδεκαδακτύλου το οποίο αφαιρείται και αυτό χειρουργικά, εξασφαλίζοντας έτσι μια ογκολογικά καθαρή εκτομή σε υγιή όρια ιστών. Αυτό δεν θα μπορούσε ποτέ να επιτευχθεί αν η παρακέντηση επιχειρείτο έξωθεν διαδερματικά.**

Στα νοσήματα των χοληφόρων η διαγνωστική αλλά κυρίως και η θεραπευτική προσέγγιση έχουν ως κύριο άξονα την ERCP. Μετά από καθετηριασμό του χοληδόχου ή του παγκρεατικού πόρου, εγχύεται ακτινοσκιερό υγρό και μπορούμε με ακτινοσκόπηση και ακτινογραφίες να απεικονίσουμε το χοληφόρο δένδρο ή τον παγκρεατικό πόρο. Με την ERCP δίνεται η δυνατότητα για πλήθος επεμβατικών πράξεων στην περιοχή, όπως διαστολή στενώσεων, τοποθέτηση ενδοπροσθέσεων (stents) σε καλήθεις ή κακοήθεις αποφράξεις των χοληφόρων, αφαίρεση λίθων από το χοληδόχο ή από τον παγκρεατικό πόρο, θεραπεία μετεγχειρητικών κακώσεων κ.ά. Η προσέγγιση γίνεται εξ ολοκλήρου από το στόμα με ειδικά εύκαμπτα ενδοσκόπια χωρίς καμμία απολύτως χειρουργική τομή.

Οι ασθενείς με τέτοια προβλήματα αποφεύγουν μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις δίνοντας λιγότερο επεμβατικές λύσεις με σημαντικά μικρότερες πιθανότητες επιπλοκών και άριστη θεραπευτική αποκατάσταση. Πολλές φορές μάλιστα με την ERCP αντιμετωπίζονται επιτυχώς επιπλοκές που προκύπτουν από χειρουργικές επεμβάσεις.

Ολιγοαναλγησία ή γιατί πρέπει να αλλάξουν πολλά στην αντιμετώπιση του πόνου

Γεώργιος
Θεοχάρης

Παθολόγος, Υπεύθυνος Ιατρών SOS, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο όρος ολιγοαναλγησία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1989 από τους Wilson και Pendleton σε μία εργασία σχετική με την πλημμελή αντιμετώπιση του πόνου όσων ασθενών προσέρχονταν στα τμήματα των επειγόντων (Τ.Ε.Π). Έκτοτε ο όρος ολιγοαναλγησία, η υποθεραπεία δηλαδή του πόνου, είναι σχετικά γνωστός στους αναισθησιολόγους και στους γιατρούς της Επείγουσας Ιατρικής, αλλά πολύ λιγότερο γνωστός στις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες και στο ευρύ κοινό.

Ο οξύς πόνος αποτελεί το κυρίαρχο σύμπτωμα μεταξύ των συμπτωμάτων που εμφανίζουν οι ασθενείς που προσέρχονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (Τ.Ε.Π.). Κάθε χρόνο, σε κάθε χώρα του κόσμου εκατομμύρια ασθενείς προσέρχονται στα Τ.Ε.Π. για την αντιμετώπιση οξέων επώδυνων συνδρόμων. Σε οικονομικό επίπεδο ο πόνος μεταφράζεται σε εκατομμύρια χαμένες ώρες εργασίας και σε δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως.

Η έγκαιρη και ορθή αντιμετώπιση του πόνου φαίνεται ότι συνοδεύεται από οφέλη, ενώ αντίθετα η μη αντιμετώπισή του έχει πλήθος αρνητικών παθοφυσιολογικών συνεπειών. Στους μετεγχειρητικούς ασθενείς η έγκαιρη αντιμετώπιση του πόνου ελαττώνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές αλλά και τις μέρες παραμονής στη μονάδα του νοσοκομείου. Ο μη θεραπευόμενος πόνος αυξάνει το μεταβολισμό, καταστέλλει την ανοσολογική απόκριση και επιβραδύνει την επαναφορά του οργανισμού στη φυσιολογική του κατάσταση. Ο οξύς πόνος έχει άμεσες ψυχολογικές συνέπειες, ενώ ο χρόνιος πόνος προκαλεί κατάθλιψη ακόμα και αυτοκτονίες.

Δεδομένης της πληθώρας των καταστάσεων των νοσημάτων που συνοδεύονται από πόνο και της ευρείας διαθεσιμότητας φθηνών αναλγητικών θα υπέθετε κανείς ότι η επιθετική αντιμετώπιση του πόνου θα ήταν αυτονόητα επιβεβλημένη. Δυστυχώς, όσον αφορά τον οξύ πόνο οι γιατροί των επειγόντων συχνά αδιαφορούν να αντιμετωπίσουν το σύμπτωμα παρατείνοντας αναίτια τη διάρκειά του. Σε πολλές μελέτες της αντιμετώπισης του πόνου στα Τ.Ε.Π., λιγότερο από το 50% των ασθενών λαμβάνουν αναλγησία και από αυτούς περισσότερο από 50% περιμένουν περισσότερο από μία ώρα, για να λάβουν την 1η δόση της αναλγητικής αγωγής.

Τα αίτια της ολιγοαναλγησίας

Ελλιπής εκπαίδευση των ιατρών

Το πρόβλημα της ολιγοαναλγησίας ξεκινάει με την εκπαίδευση. Η αντιμετώπιση του πόνου δε διδάσκεται επαρκώς και συχνά αγνοείται τόσο στο πανεπιστήμιο, όσο και στα χρόνια της ειδικότητας. Οι γιατροί, κατά τη διάρκεια της ειδικότητας, αποκτούν τις κακές συνήθειες συναδέλφων ή μεντόρων, αλλά και οι νοσηλεύτριες έχουν ανεπαρκή εκπαίδευση στην αξιολόγηση και τη θεραπεία του πόνου.

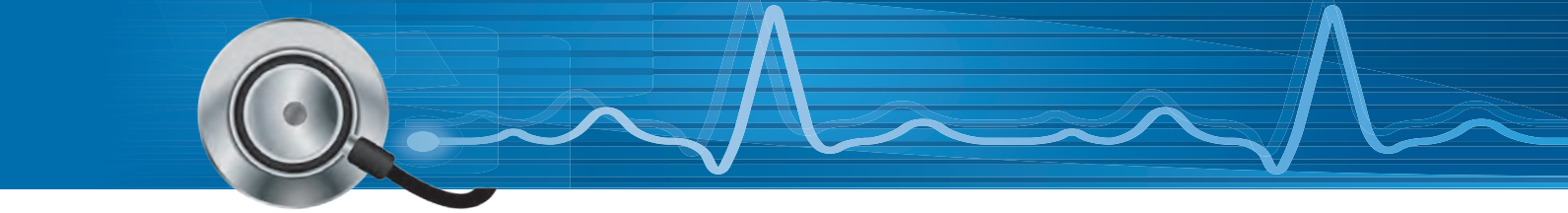
Φόβος κάλυψης της διάγνωσης

Πολλοί γιατροί πιστεύουν ότι πρέπει να έχουν μια επαρκή διάγνωση, πριν να θεραπεύσουν τον πόνο, ειδάλλως η αναλγητική αγωγή θα καλύψει την κλινική εικόνα ενός υποκείμενου νοσήματος. Η εφαρμογή αυτής της δοξασίας συναντάται κατ' εξοχήν στην αξιολόγηση του οξέος κοιλιακού άλγους.

Οι γιατροί κατά τη διάρκεια των πανεπιστημιακών σπουδών αλλά και της ειδικότητας μαθαίνουν ότι η χορήγηση αναλγητικών σε ασθενή με οξύ κοιλιακό άλγος μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση αποκρύπτοντας ένα σοβαρό υποκείμενο νόσημα.

Στην Αμερική αυτό το δόγμα φαίνεται ότι πήγασε από τη μονογραφία του Zachary Cope, που χρονολογείται από το 1921, ο οποίος ανέφερε στο βιβλίο του: «Αν χορηγήσουμε μορφίνη σε ασθενή με κοιλιακό άλγος είναι πιθανό για τον ασθενή να πεθάνει χαρούμενος, πιστεύοντας ότι είναι σε φάση ανάρρωσης, και πολύ συχνά και ο θεράπων ιατρός να συμμερίζεται μαζί του την ίδια απατηλή ελπίδα».

Αυτή η παρατήρηση, που σίγουρα δε βασίστηκε ούτε ελέγχθηκε ποτέ από διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη, έγινε σε μια εποχή όπου οι διαγνωστικές τεχνικές



που υπάρχουν σήμερα δεν υπήρχαν. Ευτυχώς, οι καινούριες εκδόσεις των χειρουργικών βιβλίων θεωρούν θεμιτή τη λογική χορήγηση αναλγητικής αγωγής σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος. Πολλά μάλιστα τονίζουν ότι η μη χορήγηση αναλγησίας είναι μια αμείλικτη πρακτική, αν και τονίζουν ότι μόνο ο υπεύθυνος (χειρουργός) πρέπει να χορηγήσει αναλγητικά και κανείς άλλος. Άλλη μια περίπτωση που η ιατρική κάνει ένα βήμα μπρος, δύο πίσω.

Τέσσερις πρόσφατες μελέτες διαπιστώνουν ότι η χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών σε ασθενείς με κοιλιακό άλγος δεν καθυστερεί τη χειρουργική θεραπεία και δε μειώνει τη διαγνωστική επάρκεια. Αυτές οι μελέτες φυσικά δε συστήνουν ότι ο ασθενής με κοιλιακό άλγος θα πρέπει απλώς να λάβει αναλγητική αγωγή και να εγκαταλειφτεί, αλλά ότι η αναλγησία θα πρέπει χορηγείται, ενώ η αιτία του πόνου συνεχίζει να διερευνάται ενδελεχώς.

Ανακριβής αξιολόγηση και υποεκτίμηση του πόνου

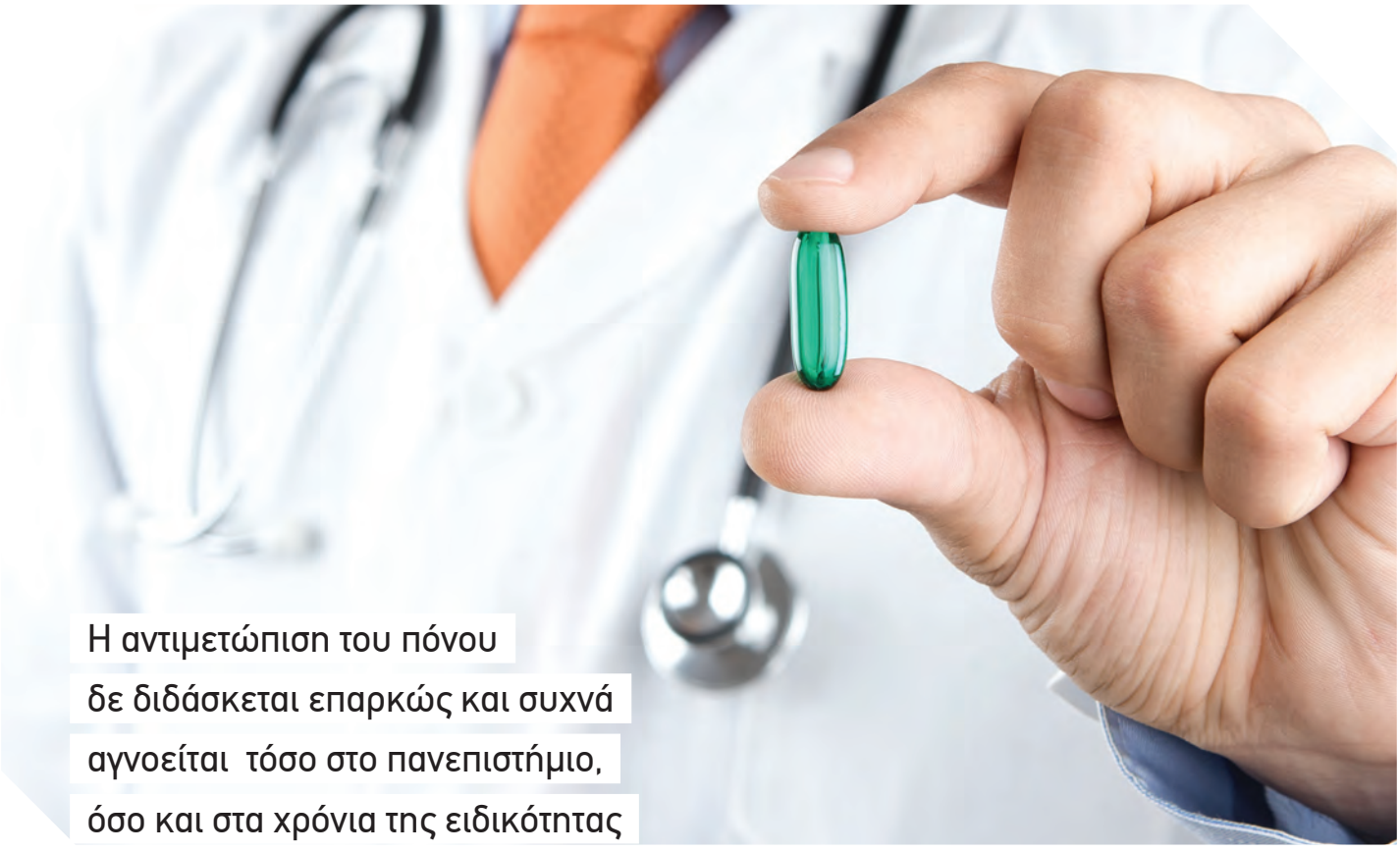
Οι γιατροί συχνά δεν αξιολογούν σωστά τη βαρύτητα του πόνου των ασθενών, ιδιαίτερα στα Τ.Ε.Π., είτε λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας, είτε λόγω ανασφάλειας και ελλιπούς εμπειρίας στη χορήγηση των αναλγητικών, είτε λόγω αδιαφορίας.

Φόβος φαρμακευτικών επιπλοκών

Η χρήση αναλγησίας, όπως και κάθε άλλη αγωγή, μπορεί να έχει παρενέργειες κυρίως σε ασθενείς με πόνο αλλά και αιμοδυναμική αστάθεια, η αναπνευστική ανεπάρκεια. Σε ασθενείς με βαριά προβλήματα υγείας η σταθεροποίησή τους μαζί με την έναρξη αναλγητικής αγωγής αποτελούν τη χρυσή τομή της θεραπείας.

Φόβος εθισμού του ασθενούς στα οπιοειδή που απορρέει συχνά από θυμό έναντι των τοξικομανών

Η χορήγηση οπιοειδών για σύντομο χρονικό διάστημα σπάνια συνοδεύεται από φαρμακευτική εξάρτηση στα οπιοειδή. Είναι όμως εμφανές ότι πολλοί γιατροί πάσχουν από οπιοφοβία. Η οπιοφοβία των γιατρών είναι ευθέως ανάλογη της έλλειψης εκπαίδευσης στην αντιμετώπιση του πόνου και τη θεραπεία του, καθώς και των αρνητικών απόψεων που έχουν για ασθενείς με χρόνιο πόνο. Πολλοί γιατροί υποπτεύονται ότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο είναι τοξικομανείς.



Φόβος εξοργισμένων χειρουργών

Πολλοί γιατροί των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) δεν είναι πρόθυμοι να χορηγήσουν αναλγητική αγωγή σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος, φοβούμενοι την αντίδραση των χειρουργών, οι οποίοι συχνά πιστεύουν ότι μόνο αυτοί μπορούν να αξιολογήσουν ένα τέτοιο περιστατικό.

Γραφειοκρατικοί λόγοι

Συχνά η χορήγηση οπιοειδών συνοδεύεται από γραφειοκρατία (συμπλήρωση ειδικών συνταγολογίων) με αποτέλεσμα τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό των Τ.Ε.Π. να αρνούνται να εμπλακούν σε αυτές τις διαδικασίες. Όσον αφορά την προμήθεια οπιοειδών σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο η λέξη «περιπέτεια» δεν μπορεί να περιγράψει τον τρόπο εφοδιασμού τους αλλά μάλλον η λέξη «Γολγοθάς».

Πολλά πρέπει να αλλάξουν στην αντιμετώπιση του πόνου. Οι γιατροί πρέπει να εκπαιδεύονται συνεχώς, και από τα φοιτητικά τους χρόνια, στις νεώτερες εξελίξεις στην αντιμετώπιση του πόνου και να μη φοβούνται να χορηγούν, όταν χρειάζεται, ναρκωτικά αναλγητικά. Αλλά και η πολιτεία πρέπει να προσαρμόσει την πολιτική χορήγησης ναρκωτικών αναλγητικών, ώστε οι γιατροί χωρίς πολλή γραφειοκρατία να μπορούν να τα χορηγούν στους ασθενείς.

Ας δούμε πώς έβλεπε ο Bernard Kouchner την αντιμετώπιση του πόνου ως Υπουργός Υγείας της Γαλλίας.

«Από κατάσταση αναζήτησης σωτηρίας, από σύμπτωμα συναγερμού ο πόνος κατάντησε αδικία. Και όπως όλες οι αδικίες γίνεται όλο και περισσότερο αβάσταχτη.
Το να φροντίζεις δε σημαίνει μόνο να θεραπεύεις, σημαίνει πρωταρχικά να ανακουφίζεις από τον πόνο.
Στα τμήματα επειγόντων είναι εμφανής η ένταση της πρόκλησης στην αντιμετώπιση των διαφορετικών μορφών του πόνου. Η επείγουσα ιατρική αποκαλύπτει τη συνεχή πάλη ενάντια στον πόνο: αντιμαχόμενοι σε εικοσιτετράωρη βάση κάθε είδους πόνο (οξύ πόνο, χρόνιο που δεν υπακούει στα συνήθη αναλγητικά, ηθικό πόνο) οι ειδικοί των επειγόντων πρέπει να παλεύουν με όπλα κάθε μέρα πιο αποτελεσματικά. Η θέλησή τους να ανακουφίσουν τον πόνο είναι αναγκαία, όπως και η συνεχής εκπαίδευσή τους στη βελτίωση των αναλγητικών τεχνικών.
Η πολιτική μας δέσμευση ήταν να τους βοηθήσουμε και, από το Φεβρουάριο του 1999, να τους προσφέρουμε τα κατάλληλα μέσα, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν ενεργά στο πρώτο τριετές πλάνο της μάχης ενάντια στον πόνο που είδε ποτέ η Γαλλία».

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

Σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας

Στέλιος
Μ. Δωρής

Διευθυντής Νευρολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Αφροδίτη
Γ. Καπώνη

Διευθύντρια Νευρολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣΚΠ) ή Πολλαπλή Σκλήρυνση είναι η πιο συχνή πρωτοπαθής νευρολογική διαταραχή των νεαρών ενηλίκων στο δυτικό κόσμο και **η κύρια αιτία αναπηρίας σε άτομα νεαρής και μέσης ηλικίας.** Εμφανίζεται με διπλάσια συχνότητα σε γυναίκες από ότι σε άνδρες.

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας είναι μία χρόνια, νευρολογική, αυτοάνοση ασθένεια, στην οποία το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται στο κεντρικό νευρικό σύστημα.Το αποτέλεσμα της ανοσολογικής προσβολής είναι η απώλεια μυελίνης σε πολλές περιοχές του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, καθώς και η εκφύλιση των νευρώνων.

Η ΣΚΠ μπορεί να προσβάλλει διάφορα τμήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως τα εγκεφαλικά ημισφαίρια, το εγκεφαλικό στέλεχος, την παρεγκεφαλίδα, το νωτιαίο μυελό και τα οπτικά νεύρα.

Τα πρώτα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται αιφνιδίως και είναι δυνατόν να υποχωρήσουν ακόμη και χωρίς θεραπεία μετά από μερικές ημέρες ή εβδομάδες. Συνήθως, περιλαμβάνουν **αδυναμία, προβλήματα κινητικότητας, μουδιάσματα, έλλειψη συντονισμού των κινήσεων, απώλεια της ισορροπίας, προβλήματα όρασης, ακράτεια ούρων ή κοπράνων κ.α.**

Στην πλειοψηφία των ασθενών τα συμπτώματα εγκαθίστανται αλλά και υφίενται απρόβλεπτα κατά τα αρχικά στάδια, δημιουργώντας τη μορφή της νόσου με εξάρσεις και υφέσεις (υποτροπιάζουσα μορφή).

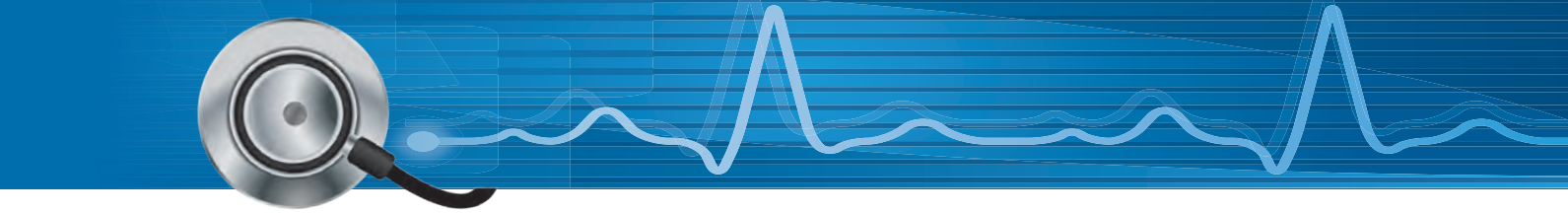
Η υποτροπιάζουσα μορφή της ΣΚΠ (RRMS) είναι η συχνότερη μορφή και εμφανίζεται περίπου στο 85% των ατόμων με ΣΚΠ.

Εάν υπάρχει προοδευτική επιδείνωση της νόσου ανάμεσα στις υποτροπές, τότε η νόσος χαρακτηρίζεται ως δευτεροπαθής προϊούσα ΣΚΠ.

Πριν από τις ανοσοτροποποιητικές θεραπείες της νόσου, σχεδόν το 50% των ασθενών με RRMS ανέπτυσσαν δευτεροπαθή προϊούσα ΣΚΠ μέσα σε 10 χρόνια, με αποτέλεσμα σοβαρή αναπηρία. Όμως οι νέες θεραπείες, επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου και υπόσχονται ένα καλύτερο μέλλον.

Η πρωτοπαθής προϊούσα μορφή της ΣΚΠ εμφανίζεται περίπου στο 10% των ατόμων με ΣΚΠ. Σε αυτήν παρατηρείται σταθερά επιδεινούμενη νευρολογική λειτουργία, χωρίς υποτροπές ή υφέσεις.

Η διάγνωση της ΣΚΠ βασίζεται κυρίως στην κλινική εικόνα, αλλά και σε μια σειρά παρακλινικών εξετάσεων, όπως η μαγνητική τομογραφία (MRI) εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, η μελέτη του εγκεφαλονωτιαίου υγρού



και, σε μερικές περιπτώσεις, τα προκλητά δυναμικά, οπτικά, στελεχιαία ακουστικά και σωματοαισθητικά.

Η θεραπευτική προσέγγιση στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣΚΠ), εκτός από την αντιμετώπιση της οξείας φάσης και των συμπτωμάτων της νόσου, εστιάζεται κυρίως στην τροποποίηση της εξέλιξης της νόσου, στην πρόληψη των υποτροπών και στην καθυστέρηση της εξέλιξης της αναπηρίας.

Για τη θεραπεία μιας υποτροπής, χορηγούνται μεγάλες δόσεις κορτικοειδών ενδοφλεβίως για 3-5 μέρες με σκοπό την ανάσχεση της φλεγμονής και την ύφεση των συμπτωμάτων.

Την τελευταία 20ετία περίπου έχει γίνει επανάσταση στην αντιμετώπιση της νόσου. Σήμερα υπάρχουν αρκετά φάρμακα τα οποία μπορούν να τροποποιήσουν την εξέλιξη της νόσου. Τα φάρμακα αυτά μειώνουν την συχνότητα των υποτροπών, την εκφυλιστική δράση της ΣΚΠ και κατά συνέπεια επιβραδύνουν την εμφάνιση της αναπηρίας.

Οι υπάρχουσες θεραπείες χωρίζονται σε θεραπείες 1ης και 2ης γραμμής.

Οι θεραπείες 1ης γραμμής περιλαμβάνουν τις ιντερφερόνες β και την οξική γλατιραμέρη. Οι ιντερφερόνες χορηγούνται υποδορίως ή ενδομυϊκά και επιτυγχάνουν μείωση της συχνότητας των υποτροπών κατά 30-35% περίπου, ενώ οι παρενέργειές τους είναι κυρίως συμπτώματα γριπώδους συνδρομής, αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης και αιματολογικές ή ηπατικές διαταραχές. Η οξική γλατιραμέρη (Copaxone) χορηγείται υποδορίως κάθε ημέρα. Είναι ένα συνθετικό πολυπεπτίδιο, το οποίο έχει παρόμοια αποτελεσματικότητα με τις ιντερφερόνες αλλά διαφορετικό μηχανισμό δράσης. Οι παρενέργειές της είναι ήσσονος σημασίας.

Οι θεραπείες 2ης γραμμής χορηγούνται εφ΄ όσον αποτύχουν οι θεραπείες 1ης γραμμής ή κατ΄ εξαίρεση σε ιδιαίτερα επιθετικές μορφές υποτροπιάζουσας ΣΚΠ. Οι θεραπείες 2ης γραμμής περιλαμβάνουν τη ναταλιζουμάμπη, τη φινγκολιμόδη και τη μιτοξανδρόνη.

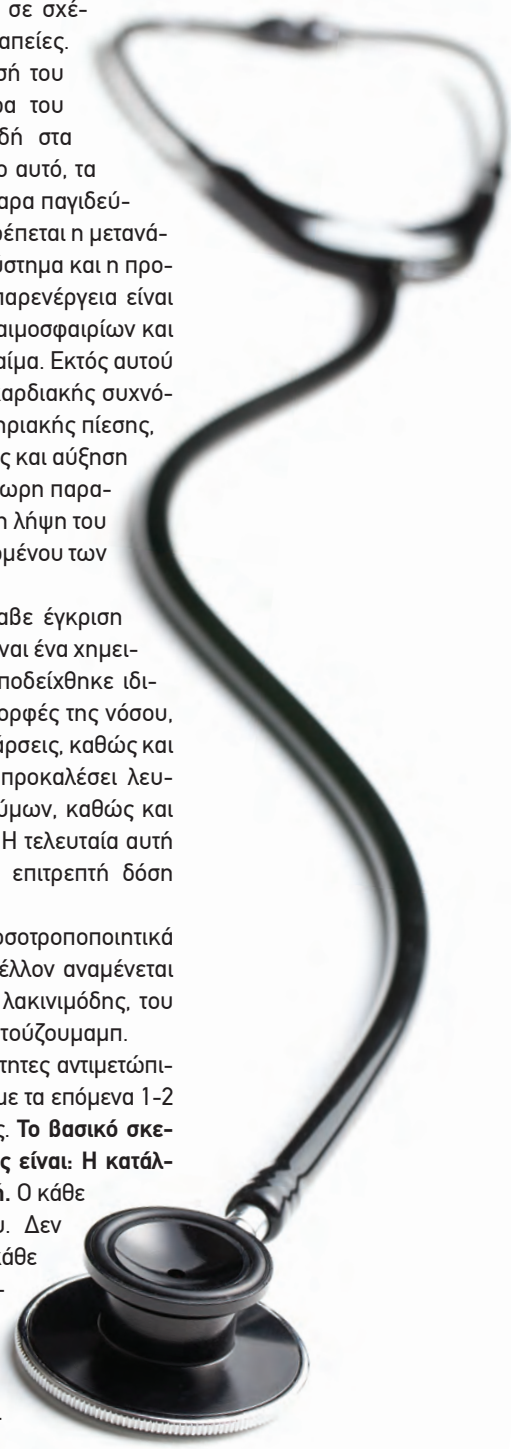
Η ναταλιζουμάμπη (Tysabri) κυκλοφόρησε προ 7ετίας περίπου. Είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα που συνδέεται με ειδικά μόρια στην επιφάνεια των λευκών αιμοσφαιρίων εμποδίζοντάς τα να διαπεράσουν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και να εισχωρήσουν στον εγκέφαλο, προκαλώντας φλεγμονή και απομυελίνωση. Χορηγείται ενδοφλέβια μία φορά το μήνα και η δράση του είναι μακράν η πιο αποτελεσματική. Ωστόσο, οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται στενά, τόσο κλινικά όσο και εργαστηριακά, λόγω του μικρού, αλλά υπαρκτού κινδύνου εμφάνισης προϊούσας πολυεστιακής λευκοεγκεφαλοπάθειας (PML), μιας πολύ σοβαρής εγκεφαλικής λοίμωξης, που οδηγεί στο θάνατο ή σε βαρύτατη αναπηρία. Επιπλέον, μπορεί να προκαλέσει αλλεργίες, καθώς και ευκαιριακές λοιμώξεις.

Η φινγκολιμόδη (Gilenya) κυκλοφορεί στη χώρα μας από τον Αύγουστο 2011. Είναι το πρώτο ανοσοτροποποιητικό φάρμακο νέας γενιάς σε χάπι. Λειτουργεί με εντελώς νέο μηχανισμό δράσης σε σχέση με τις υπάρχουσες γνωστές θεραπείες. Η δράση του συνίσταται στη σύνδεσή του με ειδικούς υποδοχείς στα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, δηλαδή στα λεμφοκύτταρα Β και Τ. Με τον τρόπο αυτό, τα κυκλοφορούντα στο αίμα λεμφοκύτταρα παγιδεύονται στους λεμφαδένες κι έτσι αποτρέπεται η μετανάστευσή τους στο κεντρικό νευρικό σύστημα και η προσβολή της μυελίνης. Η συχνότερη παρενέργεια είναι η μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων και ειδικότερα των λεμφοκυττάρων στο αίμα. Εκτός αυτού μπορεί να προκαλέσει μείωση της καρδιακής συχνότητας και αρρυθμία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, οίδημα της ωχράς κηλίδας, λοιμώξεις και αύξηση των ηπατικών ενζύμων. Απαιτείται 6ωρη παραμονή στο νοσοκομείο κατά την πρώτη λήψη του φαρμάκου ακριβώς λόγω του ενδεχομένου των αρρυθμιών.

Η μιτοξανδρόνη (Novantrone) έλαβε έγκριση στις αρχές της δεκαετίας του 2000. Είναι ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο, το οποίο αποδείχθηκε ιδιαίτερα αποτελεσματικό σε βαριές μορφές της νόσου, όπως αυτή με συχνές και έντονες εξάρσεις, καθώς και στην προϊούσα μορφή. Μπορεί να προκαλέσει λευκοπενία, αύξηση των ηπατικών ενζύμων, καθώς και δοσοεξαρτώμενη καρδιοτοξικότητα. Η τελευταία αυτή παρενέργεια περιορίζει τη μέγιστη επιτρεπτή δόση που μπορεί να λάβει ένας ασθενής.

Εκτός από τα ήδη υπάρχοντα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα για την ΣΚΠ, στο άμεσο μέλλον αναμένεται η κυκλοφορία τεσσάρων νέων: της λακινιμόδης, του BG-12, της λακινιμόδης και του αλεμτούζουμαμπ.

Είναι ευνόητο ότι πλέον, οι δυνατότητες αντιμετώπισης της ΣΚΠ είναι πολύ μεγάλες και με τα επόμενα 1-2 χρόνια θα γίνουν ακόμη μεγαλύτερες. **Το βασικό σκεπτικό της θεραπευτικής προσέγγισης είναι: Η κατάλληλη θεραπεία την κατάλληλη στιγμή.** Ο κάθε ασθενής έχει τις ιδιαιτερότητές του. Δεν ανταποκρίνονται όλοι το ίδιο στην κάθε θεραπεία. Πρέπει ο νευρολόγος να είναι σε ετοιμότητα και να μην αφήσει τη νόσο να εξελίσσεται δεδομένου ότι άπαξ και εγκατασταθεί μόνιμη αναπηρία, οι θεραπευτικές μας δυνατότητες ελαττώνονται κατά πολύ.



Στα πλαίσια της παροχής υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με ΣΚΠ, στην Ευρωκλινική Αθηνών λειτουργεί εξωτερικό ιατρείο εξειδικευμένο στην αντιμετώπιση της νόσου.

Βρογχικό άσθμα

(συνώνυμα: άσθμα, αλλεργικό άσθμα, εξωγενές άσθμα)

Εμμανουήλ
Ζαχαριάδης

Διευθυντής Πνευμονολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Αθηνών

Γεώργιος
Χρυσοχεράκης

Επιμελητής Πνευμονολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Αθηνών

Αν ένας άνθρωπος που δεν πάσχει από άσθμα, εισπνεύσει κάποιο πολύ **ερεθιστικό παράγοντα από το περιβάλλον** (πχ καπνός τσιγάρου), το πιο πιθανό είναι να μην παρουσιάσει κανένα σύμπτωμα από το αναπνευστικό ή το πολύ-πολύ να βήξει μερικές φορές (σαν απάντηση των βρόγχων του στο συγκεκριμένο παράγοντα) και να σταματήσει. Αν όμως κάποιος που είναι γενετικά προδιατεθειμένος, εισπνεύσει ένα ερεθιστικό παράγοντα τότε μπορεί να προκληθεί μια υπερβολική απάντηση των βρόγχων του που μπορεί να οδηγήσει στη φλεγμονή τους και στη στένωση του αυλού τους. Αυτές οι παθολογικές διεργασίες σε επίπεδο βρόγχων, μεταφράζονται σε μια σειρά από συμπτώματα που είναι: **βάρος στο στήθος**, **επίμονος βήχας**, **συριγμός της αναπνοής** και **δυσκολία στην αναπνοή (δύσπνοια)**. Τα συμπτώματα αυτά (που μπορεί να μην εμφανισθούν με τη σειρά που αναφέρθηκαν ή μπορεί να λείπει ένα ή και περισσότερα), αποτελούν την **ασθματική κρίση** και ο άνθρωπος που εμφανίζει αυτές τις υπερβολικές (αλλά και καταστροφικές) εκδηλώσεις των βρόγχων, πάσχει από βρογχικό άσθμα!

Εκτός από τον καπνό του τσιγάρου υπάρχουν και πολλοί άλλοι παράγοντες από το περιβάλλον που είναι ερεθιστικοί για το αναπνευστικό (σκόνη, γύρεις δένδρων ή λουλουδιών, τρίχωμα ζώων, μύκητες της υγρασίας κ.ά.), οι οποίοι μπορούν να πυροδοτήσουν κρίσεις στους ασθενείς με άσθμα. Και άλλοι παράγοντες (ιογενείς λοιμώξεις, φάρμακα ή ακόμη και η άσκηση), μπορούν να προκαλέσουν παροξυσμό άσθματος στους ασθενείς αυτούς.

Υπολογίζεται ότι η **συχνότητα του βρογχικού άσθματος στον κόσμο είναι 7-10%,** δηλ. περίπου 300 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από βρογχικό άσθμα. Το ποσοστό διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα και είναι μεγαλύτερο στο δυτικό κόσμο. Διάφοροι παράγοντες (γενετικοί, κοινωνικοί, περιβαλλοντικοί) παίζουν ρόλο στην εμφάνισή του. Η θνησιμότητά του, παρά τη σύγχρονη και αποτελεσματική θεραπεία, παραμένει αρκετά υψηλή, είναι δε μεγαλύτερη στις χώρες με μέσο και χαμηλό εισόδημα. Υπολογίζεται ότι 250.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από άσθμα. Πάντως, οι θάνατοι από άσθμα μειώνονται διαρκώς (λόγω της αποτελεσματικής θεραπείας), ενώ αντίθετα η συχνότητα του άσθματος και των αλλεργιών αυξάνεται. Στην **Ελλάδα** τα επιδημιολογικά δεδομένα για το άσθμα είναι περιορισμένα. Πρόσφατη πανελλαδική επιδημιολογική μελέτη της Ομάδας Άσθματος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, έδειξε ότι η συχνότητα της νόσου στον γενικό πληθυσμό είναι **8,6%** και ότι οι περιοχές με τα υψηλότερα ποσοστά είναι η Αττική, η Πελοπόννησος και η Κρήτη.

Τα **συμπτώματα** του άσθματος, που έχουν ήδη περιγραφεί, μπορεί να υποχωρήσουν από μόνα τους ή να χρειασθούν θεραπεία. Μερικές φορές η αποφυγή του παράγοντα που προκάλεσε τα συμπτώματα είναι αρκετή για να βελτιωθεί ο ασθενής.

Η βαρύτητα των συμπτωμάτων διαφέρει σημαντικά από ασθενή σε ασθενή: μερικοί εμφανίζουν ελάχιστα συμπτώματα, λίγες φορές στη ζωή τους, ενώ κάποιοι άλλοι εμφανίζουν καθημερινά συμπτώματα με σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινότητά τους.

Έτσι λοιπόν οι «παραξενιές» του άσθματος είναι αρκετές και η κλινική του εικόνα δεν είναι πάντα τόσο απλή όπως περιγράφθηκε. Για παράδειγμα ειδικές γνώσεις και ειδική αντιμετώπιση χρειάζεται το άσθμα μετά από άσκηση, το επαγγελματικό άσθμα, το άσθμα στην εγκυμοσύνη, το βαρύ άσθμα, το «δύσκολο άσθμα» και το παιδικό άσθμα.

Από τις υποκατηγορίες αυτές, το **άσθμα μετά από άσκηση** έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον το οποίο είναι δε συχνό ακόμη και σε ολυμπιονίκες! Η άσκηση είναι ένας από τους πιο γνωστούς παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν συμπτώματα από το αναπνευστικό σε ενήλικες και παιδιά με άσθμα. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να εμφανισθούν στη διάρκεια της άσκησης ή μερικά λεπτά μετά από το τέλος της και είναι σφίξιμο στο στήθος, βήχας, συριγμός, δύσπνοια. Μερικές φορές περνάνε από μόνα τους, άλλες

πάλι είναι απαραίτητη η λήψη κάποιου βρογχοδιασταλτικού φαρμάκου. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να μπερδευτούν με άλλες παθήσεις (π.χ. καρδιολογικές) και γι'αυτό είναι σκόπιμη, σε τέτοιες περιπτώσεις, η επικοινωνία με τον γιατρό σας.

Το άσθμα δεν πρέπει να αποτελεί αιτία στέρησης της άσκησης. Ο Πνευμονολόγος έχει τις γνώσεις και την ικανότητα να κάνει σωστή και έγκαιρη διάγνωση, να εκτιμήσει την βαρύτητα του άσθματος, να χορηγήσει την κατάλληλη θεραπεία και βέβαια να ενθαρρύνει τον ασθενή για άσκηση (ειδικά αν πρόκειται για παιδί ή νέο ενήλικα).

Για τη **διάγνωση** του άσθματος είναι απαραίτητη η ολοκληρωμένη κλινική προσέγγιση του ασθενούς, δηλ. λήψη ιστορικού, κλινική εξέταση, εργαστηριακός έλεγχος (που περιλαμβάνει εξετάσεις αίματος, προσδιορισμό της ολικής IgE του αίματος, σπιρομέτρηση, ακτινογραφία θώρακα, αλλεργικές δερματικές δοκιμασίες και ενδεχομένως δοκιμασία καρδιοπνευμονικής άσκησης με πρωτόκολλο ανίχνευσης Βρογχικού Άσθματος). Όλες αυτές οι εξετάσεις γίνονται και στην Ευρωκλινική Αθηνών.

Όσον αφορά τη **θεραπεία** του άσθματος, έχει αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια μια συγκεκριμένη θεραπευτική στρατηγική που στοχεύει στο να μην έχει, αν είναι δυνατόν, συμπτώματα ο ασθενής. Ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί με την βέλτιστη χρήση των εισπνεόμενων, και μη, φαρμάκων. Τα εισπνεόμενα είναι ίσως τα πιο γνωστά φάρμακα για το άσθμα και χωρίζονται σε αυτά που ανακουφίζουν από τα συμπτώματα (β2-διεγέρτες, πχ Aerolin®) και σε αυτά που προλαμβάνουν τις κρίσεις του άσθματος (εισπνεόμενα κορτικοειδή, πχ Flixotide®). Υπάρχουν και έτοιμοι συνδυασμοί σε ένα σπρέϋ που περιέχουν και τα δυο. Πρέπει να ξέρουμε ακόμη ότι αντιασθματικά δεν είναι μόνο τα γνωστά εισπνεόμενα αλλά και διάφορα άλλα φάρμακα που δίνονται από το στόμα ή είναι ενέσιμα (πχ η γνωστή μας κορτιζόνη που είναι ο ακρογωνιαίος λίθος στη θεραπεία του άσθματος). Τελευταία, προστέθηκαν νέα φάρμακα στη θεραπεία του άσθματος (όπως πχ το Omalizumab), που συμβάλουν και αυτά στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου.

Όσοι επιθυμούν, μπορούν να βρουν περισσότερες πληροφορίες για το άσθμα στο διαδίκτυο. Ένα από τα πιο εξειδικευμένα και έγκυρα sites είναι το http:/ www.myasthma.gr, που επιμελείται η Ομάδα Άσθματος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας.

Ταξιδιωτική Ιατρική

Ταξιδεύω με ασφάλεια

Ιωάννης
Ζελενίτσας

Διευθυντής Α΄
Παθολογικής Κλινικής
Ευρωκλινικής Αθηνών

Εκατομμύρια άνθρωποι καθημερινά ταξιδεύουν σε άλλες πόλεις, σε άλλες χώρες ή σε διαφορετικές ηπείρους. Το ταξίδι μπορεί να έχει ως σκοπό την εργασία, την αναψυχή, την επίσκεψη σε αγαπημένα πρόσωπα. Σε κάθε περίπτωση, η πραγματοποίηση του ταξιδιού πρέπει να γίνεται με ασφαλή τρόπο.

Πόσο μπορεί να επηρεαστεί η υγεία από ένα ταξίδι; Ατυχήματα, μικροοργανισμοί, υψόμετρο και κλιματολογικές συνθήκες είναι παράγοντες που μπορεί να επιβαρύνουν την υγεία κατά τη διάρκεια ή και μετά το ταξίδι. Η ταξιδιωτική ιατρική έχει το ρόλο να συμβουλεύσει και προετοιμάσει τον ταξιδιώτη, ώστε να έχει ένα ασφαλές από πλευράς υγείας ταξίδι.

Ο ιατρός αρχικά ζητά την οργάνωση ενός προγράμματος ταξιδιού. Σε ποια χώρα; Με ποιο μεταφορικό μέσο; Πού θα μείνουμε; Σε πόλη ή χωριό, σε καλό ξενοδοχείο ή αγροικία; Πόσο θα μείνουμε εκεί; Θα ταξιδέψουμε στην ύπαιθρο;

Με βάση τα δεδομένα αυτά, διαμορφώνεται ένα πλαίσιο οδηγιών, ειδικών για κάθε ταξιδιώτη και τα χαρακτηριστικά του (ηλικία, προηγούμενα νοσήματα, κ.λπ.), οι οποίες παρατίθενται με έναν εύληπτο και συστηματικό τρόπο.

Στη συνέχεια, θα δούμε μερικές γενικές συμβουλές για το ταξίδι:

Οργάνωση ενός μικρού φαρμακείου με τα απαραίτητα φάρμακα, όπως αντιπυρετικά, αναλγητικά, αντιϊσταμινικά, φάρμακα για το στομάχι, τη διάρροια και ενδεχομένως ένα ή δύο ήδη αντιβιοτικών. Επίσης, υλικά για την περιποίηση επιπόλαιου τραύματος (γάζα, ψαλίδι, Betadine, λευκοπλάστ).

Παραδείγματα μερικών πόλεων σε μεγάλο υψόμετρο
(μέτρα πάνω από την επιφάνεια της θάλασσας):

Οδηγίες για το ταξίδι με το αεροπλάνο.

Α) Αποφυγή φλεβοθρόμβωσης: Για πτήσεις πάνω από 4 ώρες συνιστάται κίνηση των κάτω άκρων, ανά μισάωρο, και δύο - τρία βήματα στο αεροπλάνο, ανά ώρα.

Β) Χρονική υστέρηση βιολογικού ρολογιού (jetlag): Παρατηρείται συνήθως σε αεροπορικά ταξίδια, όταν ο άνθρωπος διασχίζει πολλές διαδοχικές ωρολογιακές ζώνες, σε σύντομο χρονικό διάστημα.
Τα πράγματα δυσκολεύουν, όταν κινούμαστε προς τα ανατολικά, περισσότερο απ' ότι προς τα δυτικά. Τα συμπτώματα του jetlag είναι αϋπνία, αδιαθεσία, κεφαλαλγία και δυσκολία συγκέντρωσης. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει ξεκούραση, προσαρμογή του ρολογιού, λήψη άφθονων υγρών και αποφυγή του αλκοόλ προ και κατά την πτήση, υπνωτικό αν παρουσιάζεται αϋπνία και καφεΐνη το πρωί.

Γενικές οδηγίες προφύλαξης, ειδικά σε χώρες λιγότερο ανεπτυγμένες, με προβλήματα δικτύου ύδρευσης: Χρησιμοποιούμε πάντα εμφιαλωμένο νερό (όχι βρασμένο), ακόμα και για παγάκια ή για βούρτσισμα δοντιών. Καταναλώνουμε μόνο καλά βρασμένα λαχανικά (όχι ωμές σαλάτες). Αποφυγή ωμών ψαριών και μαλακίων. Εντομοαπωθητική κουνουπιέρα σε όποια μέρη υπάρχουν νοσήματα που μεταδίδονται από κουνούπια.

Πολλές χώρες ή πόλεις βρίσκονται σε υψόμετρο πάνω από 1500 μέτρα. Από τα 1500 έως τα 3500μ., η αντοχή στη φυσική άσκηση ελαττώνεται, ενώ ο ρυθμός αναπνοής αυξάνεται. Ταχεία άνοδος διάρκειας 1-6 ωρών μπορεί να προκαλέσει κεφαλαλγία, ανορεξία, κόπωση, ναυτία. Σε υψόμετρα άνω των 2743 μέτρων, οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται και 6-12 ώρες μετά τη μετάβαση στον τόπο προορισμού. Ακραίες εκδηλώσεις της «νόσου του υψομέτρου» είναι το πνευμονικό ή εγκεφαλικό οίδημα. Επί εμφάνισης των παραπάνω συμπτωμάτων, πρώτη αντιμετώπιση είναι να κατέβουμε γρήγορα σε χαμηλότερο υψόμετρο. Φαρμακευτική προφύλαξη με ακεταζολαμίδη και κορτιζόλη βοηθά.

Εμβολιασμοί: Ισχύει, για τις περισσότερες χώρες, ό,τι και στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών. Εμβόλιο διφθερίτιδας, κοκκίτη, πολιομυελίτιδας, ηπατίτιδας Β και Α στις νότιες χώρες. Εμβόλιο γρίπης τους χειμερινούς μήνες, πνευμονόκοκκου για μικρά παιδιά και ηλικιωμένους, φυματίωσης, κ.λπ.

Εμβολιασμός για συγκεκριμένους προορισμούς, μερικά παραδείγματα:

- Κίτρινου πυρετού: Ξεκινά 15 ημέρες προ του ταξιδιού. Αφορά την τροπική και υποτροπική ζώνη (Αφρική, Αμερική). Μετάδοση: κουνούπια. Συμπτώματα: πυρετός, αιμορραγία.
- Μηνιγγιτιδοκόκκου Α: Αφρική, στη ζώνη από Μάλι ανατολικά έως Αιθιοπία δυτικά. Για τη Σαουδική Αραβία, χρειάζεται πιστοποιητικό. Προκαλεί μηνιγγίτιδα. Τύπος C, Ευρώπη, Αμερική.
- Εγκεφαλίτιδας από κρότωνες: Ευρωπαϊκή Ρωσία και Ασία (Κίνα, Β. Κορέα, Ιαπωνία, Ανατολική Ρωσία). Επίσης, Κεντρική Ευρώπη: Μέλας Δρυμός (Αυστρία και Γερμανία). Σπάνια χρειάζεται εμβολιασμός.
- Ιαπωνική εγκεφαλίτιδα: Τρόπος μετάδοσης: κουνούπια. Αφορά στη Ν.Α., Ασία (Φιλιππίνες έως Ινδία), Αν. Σιβηρία, Νεπάλ έως Ταϊλάνδη. Εμβολιασμός στα παιδιά < 15 ετών και ηλικιωμένους.
- Τυφοειδής πυρετός: Ινδική χερσόνησος 0,3 περιστατικά/1000 άτομα, Ασία, Αφρική, Λατινική Αμερική, Ν. Ευρώπη.
- Χολέρα, Λύσσα: Ειδικές περιπτώσεις.

Χημειοπροφύλαξη για ελονοσία. Το σοβαρότερο παρασιτικό νόσημα, το οποίο συναντάται στις τροπικές περιοχές όλο το χρόνο, ενώ στις εύκρατες περιοχές διακόπτεται τους ψυχρούς μήνες, είναι η ελονοσία. Μεταδίδεται με τσίμπημα κουνουπιών, με βελόνες, με μεταγγίσεις. Ανάλογα με την παρουσία στην περιοχή ανθεκτικών ή όχι πλασμωδίων, συνιστάται προφυλακτική φαρμακευτική αγωγή με χλωροκίνη, η οποία αρχίζει μία εβδομάδα πριν το ταξίδι και συνεχίζεται 1-4 εβδομάδες μετά.

Διάρροια των ταξιδιωτών: Μεγάλος κίνδυνος στις αναπτυσσόμενες χώρες Λ. Αμερικής, Ασίας, Αφρικής. Ενδιάμεσου κινδύνου θεωρούνται η Νότια Ευρώπη, η Καραϊβική και παραθεριστικά κέντρα του Ειρηνικού. Προφύλαξη, όπως έγραψα στις γενικές οδηγίες.

Ειδική κατηγορία αποτελούν τα ανοσοκατεσταλμένα παιδιά.

Παράδειγμα εφαρμογής της ταξιδιωτικής ιατρικής:

- **Τροπική Λατινική Αμερική:** Βενεζουέλα, Βολιβία, Βραζιλία, Γαλλική Γουιάνα, Εκουαδόρ, Κολομβία, Παραγουάη, Περού, Σουρινάμ.
- **Πιθανά νοσήματα:** Διάρροια ταξιδιωτών, ηπατίτιδα Α, λεϊσμανίαση χολέρα, τοξοπλάσμωση, φιλαρίαση (σε μεγάλη παραμονή), σχιστοστομάτωση, λεπτοσπείρωση, γρίπη (όλη τη διάρκεια του έτους), τυφοειδής πυρετός, ελονοσία, κίτρινος πυρετός, δάγγειος πυρετός, ηπατίτιδα Β και C, λύσσα, βρουκέλλωση.

Ας υποθέσουμε ως τόπο προορισμού την Κολομβία: Ενδημεί η ελονοσία (p. Vivax 58%, Falciparum 21%, ανθεκτικά στη χλωροκίνη). Εμφάνιση κυρίως στις αγροτικές περιοχές, ζούγκλα, και περιοχές με υψόμετρο <800μ. Ιδιαίτερο διαμέρισμα η περιοχή Amazonia Orinoquia. Ανθελονοσιακή προφυλακτική αγωγή χρειάζονται μόνο όσοι ταξιδέψουν στην Κολομβία και επισκεφθούν τις περιοχές αυτές. Στην περιοχή του Αμαζονίου απαιτείται προφύλαξη με δοξυκυκλίνη. Στην υπόλοιπη Κολομβία, με χλωροκίνη, προγουανίλη. Εμβόλιο κίτρινου πυρετού δεν απαιτείται για την Κολομβία, εκτός από αυτούς που θα ταξιδέψουν στον ποταμό Magdalena.
Επίσκεψη στη Μπογκοτά (2600μ.), βλέπε οδηγίες για υψόμετρο.

Βλέπετε πόσα δεδομένα πρέπει να έχει κανείς υπόψη του για να μπορέσει να δώσει υπεύθυνα συμβουλές για ένα ταξίδι σε μία συγκεκριμένη χώρα. Για το λόγο αυτό, είναι σκόπιμο πριν από κάθε ταξίδι να συμβουλεύεστε τα κέντρα ταξιδιωτικής ιατρικής.

Καλό ταξίδι!

Αιδιοπλαστική-vaginal aesthetic

Στέφανος
Σταθάκης

Διευθυντής Πλαστικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Η αισθητική αποκατάσταση των έξω γεννητικών οργάνων της γυναίκας είναι ένα σημαντικό κεφάλαιο της ανατομικής, αλλά και ψυχολογικής ισορροπίας της ίδιας αλλά και του συντρόφου της.

Με την αιδιοπλαστική πετυχαίνουμε τη βελτίωση της εμφάνισης και της λειτουργικότητας των εξωτερικών οργάνων της γυναίκας, όπως του μεγέθους, του σχήματος, της έλλειψης ή και της διαμόρφωσης των μικρών και μεγάλων χειλέων του αιδοίου.

Συνίσταται σε όλες τις γυναίκες που λόγω κατασκευής των οργάνων του αιδοίου αντιμετωπίζουν αισθητικά και λειτουργικά προβλήματα, όπως μακριά και χαλαρά χείλη, ερεθισμό, ερυθρότητα, πόνο και δυσφορία κυρίως κατά τη σεξουαλική επαφή.

Αυτές οι επεμβάσεις γίνονται είτε με τοπική είτε με γενική αναισθησία, ανάλογα με το πόσο μικρή ή μεγάλη είναι η αισθητική διόρθωση. Οι επεμβάσεις διαρκούν από μία έως δύο ώρες

Η μετεγχειρητική επούλωση ποικίλει. Συνήθως διαρκεί περίπου μία εβδομάδα, ενώ η ασθενής επιστρέφει κανονικά στις υποχρεώσεις της μετά από δύο έως τρεις ημέρες.

Lipo–filling των μικρών και μεγάλων χειλέων

Είναι μία τεχνική σχετικά εύκολη και γρήγορη. Αποκαθιστά αισθητικά προβλήματα που έχουν να κάνουν με την ηλικιακή τοπική χαλάρωση και ατροφία λόγω σχετικών οργανολογικών ανισορροπιών.

Χρησιμοποιείται λίπος από άλλες περιοχές του σώματος με τοπική νάρκωση. Το λίπος εισάγεται, αφού πρώτα επεξεργαστεί κατάλληλα. Και σε αυτή την περίπτωση η ασθενής επανέρχεται άμεσα στις υποχρεώσεις της (την επόμενη ημέρα) και τα αποτελέσματα είναι εμφανή άμεσα. Ο πόνος είναι ήπιος. Είναι μία μέθοδος εύκολη και γρήγορη, αλλά πρέπει να επαναληφθεί, ώστε να έχουμε όσο το δυνατό μονιμότερα αποτέλεσμα.

Απλασία κόλπου–μεγάλων και μικρών χειλέων

Μία άλλη μεγάλη κατηγορία επεμβάσεων του κόλπου αφορά την εκ γενετή απλασία κόλπου ολικής αλλά και μερικής.

Σε αυτήν την κατηγορία οι επεμβάσεις χαρακτηρίζονται ως μεγάλες και περιλαμβάνουν περιεκτικώς τη χρήση δερματικών μοσχευμάτων ή τοπικών κρημνών δηλ. μετακινουμένων σιτικών τμημάτων.

Επίσης, άλλες τέτοιου είδους δυσμορφικές ανωμαλίες αφορούν τα μικρά χείλη, όπως απλασία μερική ή ολική, μη πλήρης διαχωρισμός αυτών με αποτέλεσμα τη δημιουργία ιστικών «γεφυρών» που προκαλούν σημαντικές λειτουργικές ανωμαλίες.

Στην ίδια κατηγορία κατατάσσονται μία ποικιλία ανατομικών αλλαγών των μεγάλων χειλέων.

Lifting (ανόρθωση) του εφηβαίου

Σημαντικό προβληματισμό έχουν όσες γυναίκες έχουν μικρή ή μεγάλη χαλάρωση όλης της περιοχής του εφηβαίου και των εξωτερικών οργάνων λόγω των πολλαπλών γεννών στις οποίες κερδίζουν και χάνουν γρήγορα πολλά κιλά. Αυτό αφορά και νέα άτομα που χάνουν πολλά κιλά, συνήθως πάνω από 30 κιλά ακόμα και από την ηλικία των 20 χρόνων.

Πώς διορθώνεται; Ο συνδυασμός μικρής κοιλιοπλαστικής με κατάλληλη επέκταση προς τα εξωτερικά όργανα λύνει πλήρως το πρόβλημα. Η μετεγχειρητική πορεία είναι εύκολη, συνήθως χωρίς η ελάχιστο πόνο σε περίπου 7-10 ημέρες.

Επανορθωτική χειρουργική

Μία άλλη μεγάλη κατηγορία αισθητικών ανωμαλιών αφορά αυτές που προκαλούνται ιατρογενώς, δηλαδη από προηγούμενες επεμβάσεις συνήθως γυναικολογικής αιτιολογίας. Σε αυτές τις καταστάσεις η αποκατάσταση επιτυγχάνεται συνήθως με συνδυαστικές αισθητικές επεμβάσεις όπως lipofilling και χρήση Laser.

Και σε αυτές τις περιπτώσεις η ανάρρωση ποικίλει αλλά δεν ξεπέρνα τις δύο εβδομάδες κατά την οποία η ασθενής λαμβάνει από του στόματος προφυλακτικώς αντιβιοτικά και παυσίπονα.

Επίσης ιδιαίτερη μνεία πρέπει να κάνουμε στη συνεχή εξέλιξη και χρήση εξελιγμένων Lasers, στην αισθητική της περιοχής με ιδιαίτερα ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Κουΐζ «Διατροφή και έλεγχος βάρους»

Πόσο ενημερωμένοι είστε για τη διατροφή και τη συμβολή της στον έλεγχο του βάρους σας;

Κωνσταντίνος
Ξένος

Κλινικός Διαιτολόγος
M.Sc.,M.Sc. in Nutritional Medicine – University of Surrey,
Αντιπρόεδρος Ελληνικού Ινστιτούτου Διατροφής,
Διευθυντής Τμήματος Διατροφογενετικής & Έρευνας Θρέψης Ευρωκλινικής Αθηνών

«Γνώση»: Η απάντηση σε όλα τα προβλήματα...

Από τις σημαντικότερες παραμέτρους για την επιτυχημένη αντιμετώπιση προβλημάτων βάρους, αποτελεί η σωστή και έγκυρη ενημέρωση που μπορεί να μετουσιωθεί σε πραγματική γνώση για τον καταναλωτή. Παρόλο που σήμερα κάθε τηλεοπτικό μαγκαζίνο παρουσιάζει και μια ενότητα διατροφής και κάθε περιοδικό ή εφημερίδα, αφιερώνει σελίδες για το «σωστό» αδυνάτισμα, η γνώση του έλληνα καταναλωτή δεν είναι επαρκής ώστε να κάνει τις σωστές επιλογές, να αποφύγει επιτήδειους που «εμπορεύονται» ουσίες με «λιποδιαλυτική» δράση ή να μην την «πατήσει» με εξετάσεις δυσανεξίας που διατείνονται ότι θα του υποδείξουν ποιες τροφές τον παχαίνουν και ποιες τον αδυνατίζουν.

Άλλωστε η διαιώνιση του πολυπαραγοντικού προβλήματος της παχυσαρκίας οφείλεται ακριβώς σε αυτό το γεγονός.

Η καλοπροαίρετη Κυρία δοκιμάζει το «μαγικό» σκεύασμα που θα την αδυνατίσει γρήγορα και εύκολα και μετά από λίγο καιρό, διαπιστώνοντας ότι δεν υπάρχει αποτέλεσμα, ξαναγυρνά απογοητευμένη στις παλιές - κακές συνήθειες της, μέχρι που η καλή της φίλη θα της προτείνει να κάνει την «ειδική» εξέταση για να διαπιστώσει αν τα μανιτάρια την παχαίνουν. Και αφού συμπεράνει ότι και αυτό το θέατρο του παραλόγου δεν καταλήγει πουθενά, θα ψάξει πάλι για συναισθηματικό καταφύγιο σε μια διπλή μερίδα σοκολατένιου παγωτού. Και η ιστορία θα συνεχίζεται, με μοναδικό πραγματικό αποτέλεσμα η καλή μας Κυρία να αυξάνει συνεχώς το βάρος της.

Κουΐζ: ένας ευχάριστος τρόπος να τσεκάρετε τις γνώσεις σας...

Μέσα από το κουΐζ που ακολουθεί, θα μπορέσετε με έναν ευχάριστο και εποικοδομητικό τρόπο, να ελέγξετε το επίπεδο των γνώσεων σας σχετικά με τη διατροφή και το αδυνάτισμα. Παράλληλα θα λύσετε τις απορίες σας, βάζοντας, με λίγες παραπάνω γνώσεις, το λιθαράκι για πιο επιτυχημένη αντιμετώπιση των όποιων προβλημάτων βάρους αντιμετωπίζετε.

Τμήμα «Α»: οι θερμίδες στη διατροφή μας

Α1. Τι αποδίδει περισσότερες θερμίδες: Ένα παξιμάδι «κρητικό» Κριθαρένιο των 75 γραμμαρίων ή 2 φέτες ψωμί του τοστ ολικής αλέσεως;

α. Το παξιμάδι.
β. Οι 2 φέτες ψωμί του τοστ.
γ. Αποδίδουν ίσες θερμίδες.

Α2. Τι αποδίδει περισσότερες θερμίδες: μία κουταλιά σούπας ελαιόλαδο ή μία κουταλιά σούπας ηλιέλαιο;

α. Το ελαιόλαδο.
β. Αποδίδουν τις ίδιες θερμίδες, περίπου 135.
γ. Το ηλιέλαιο.

Α3. Τι αποδίδει περισσότερες θερμίδες: μία κουταλιά του γλυκού ζάχαρη ή η αντίστοιχη ποσότητα της τεχνητής γλυκαντικής ουσίας ασπαρτάμη;

α. Η ζάχαρη φυσικά…η ασπαρτάμη δεν αποδίδει θερμίδες.
β. Αποδίδουν τις ίδιες θερμίδες, απλά η ασπαρτάμη επειδή είναι πιο «γλυκιά» χρησιμοποιείται σε πολύ μικρά ποσά και συνεπώς γλιτώνουμε θερμίδες.
γ. Η ασπαρτάμη.

Α4. Μία άπαχη τροφή σημαίνει τροφή χωρίς θερμίδες. Σωστό ή λάθος;

α. Λάθος. Άπαχη σημαίνει χωρίς «πάχος» - λίπος. Όμως μία άπαχη τροφή μπορεί να εμπεριέχει πρωτεΐνες ή/και υδατάνθρακες, που επίσης αποδίδουν θερμίδες.
β. Σωστό. Άπαχη τροφή σημαίνει και χωρίς θερμίδες.
γ. Δεν υπάρχουν τροφές χωρίς θερμίδες.

Τμήμα «Β»: ο «τελευταίος» γλυκός πειρασμός

Β1. Γιατί τα γλυκά του κουταλιού θεωρούνται ότι μπορούν να εναρμονιστούν καλύτερα με μία δίαιτα αδυνατίσματος;

α. Γιατί δεν έχουν λιπαρά.
β. Γιατί φτιάχνονται από υγιεινά φρούτα ή λαχανικά.
γ. Επειδή βράζονται, μειώνονται οι θερμίδες που αποδίδουν.

Β2. Πιο γλυκό αποδίδει τις λιγότερες θερμίδες;

α. Τα γλυκά που έχουν ανανά, διότι «καίνε» τα λίπη.
β. Το ζελέ χωρίς ζάχαρη.
γ. Το σορμπέ ή η γρανίτα.

Β3. Τα παγωτά τύπου light, μπορούν να καταναλώνονται άφοβα γιατί δεν «παχαίνουν». Σωστό ή λάθος;

α. Σωστό, αφού είναι light δεν επηρεάζουν το βάρος.
β. Λάθος.
γ. Δεν υπάρχουν τρόφιμα που παχαίνουν και τρόφιμα που δεν παχαίνουν. Όλα εξαρτώνται από το μέτρο και τη συχνότητα κατανάλωσης ενός τροφίμου και βέβαια από το συνολικότερο διαιτολόγιο που κάποιος τηρεί.

Β4. Αν τα γλυκά τα τρώμε το βράδυ «παχαίνουν» περισσότερο. Σωστό ή Λάθος;

α. Λάθος. Οι θερμίδες είναι θερμίδες, είτε τις «καταναλώνουμε» μεσημέρι είτε βράδυ. Αυτό που συμβαίνει, αν τρώμε αργά το βράδυ τροφές πλούσιες σε λίπος και ζάχαρη, είναι ότι δυσχεραίνουμε τη διαδικασία της πέψης
β. Σωστό. Μετά τις 8 το βράδυ δεν πρέπει ποτέ να τρώμε γλυκό.
γ. Αν τα «μοιραζόμαστε» με τον σύντροφό μας δεν μας «παχαίνουν».

Τμήμα «Γ»: «μαγικές» δίαιτες και μέθοδοι αδυνατίσματος

Γ1. Πρέπει να τρώμε βάση της ομάδας αίματος που έχει ο καθένας μας. Σωστό ή Λάθος;

α. Σωστό. Η ομάδα αίματος υποδεικνύει τη διατροφή που πρέπει να κάνουμε για άψογη σιλουέτα και υγεία.
β. Λάθος. Η θεωρία αυτή δε στηρίζεται επιστημονικά.
γ. Είναι σημαντική για τη διατροφή μας η ομάδα αίματος, αλλά ακόμα πιο σημαντική είναι η ομάδα ποδοσφαίρου.

Γ2. Τι μας βοηθά περισσότερο ως πρωινό, προκειμένου να χάσουμε βάρος;

α. Ένας φρέσκος χυμός γκρέιπ φρουτ, που «διαλύει» τα λίπη.
β. Μια βάφλα με 2 μπάλες παγωτό.
γ. Ένα ισορροπημένο πρωινό που εμπεριέχει ημιαποβουτυρωμένο γαλακτοκομικό, προϊόντα δημητριακών ολικής αλέσεως, φρούτο και ενίοτε αβγό ή φιλέτο γαλοπούλας.

Γ3. Αν κάνω διάδρομο 30 λεπτά, μπορώ να απολαμβάνω καθημερινά μια σοκολάτα χωρίς να επιβαρύνομαι. Σωστό ή Λάθος;

α. Σωστό
β. Λάθος. Μισή ώρα στατικός διάδρομος σε ταχύτητα 6,5 χλμ/ώρα συνεπάγεται για έναν μέσο ενήλικα δαπάνη 150 θερμίδων, δηλαδή το 1/4 μιας σοκολάτας.
γ. Αν ταυτόχρονα παρακολουθείται αγώνα μπάσκετ, μπορείτε να τρώτε 2 σοκολάτες λόγω των θερμίδων που καίνε και οι καλαθοσφαιριστές.

Γ4. Ποιες εξετάσεις στερούνται επιστημονικής βάσης για το αδυνάτισμα και δεν έχουν κανένα νόημα να υπολογίζονται σε μια ισορροπημένη διατροφή με σκοπό την απώλεια λιπώδους ιστού;

α. Οι εξετάσεις δυσανεξίας των τροφών.
β. Οι εξετάσεις θυρεοειδούς.
γ. Τα τεστ που υποδεικνύουν τον μεταβολικό ρυθμό μας.

Ζωτές απαντήσεις
Τμήμα Α: α, β, β, α
Τμήμα Β: α, β, γ, α
Τμήμα Γ: β, γ, β, α

Φροντίζουμε την υγεία των παιδιών σας με τον καλύτερο τρόπο!

Από το 2002, η Ευρωκλινική Παίδων, μία πρότυπη αμιγώς παιδιατρική κλινική, έχει απαλύνει τον πόνο σε **250.000 παιδιά** και έχει νοσηλεύσει **40.000 παιδιά,** αριθμοί μοναδικοί για τα ελληνικά δεδομένα, όσον αφορά την ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας για το παιδί. Παρέχει άριστη ιατρική φροντίδα από κορυφαίο επιστημονικό προσωπικό, όλων των παιδιατρικών ειδικοτήτων και υποειδικοτήτων, με υψηλού επιπέδου νοσηλευτικό προσωπικό, εξειδικευμένο στη φροντίδα των παιδιών, σε ένα ευχάριστο, φιλικό και ζεστό περιβάλλον για τα παιδιά, στο κέντρο της Αθήνας.

Όραμά μας για το επιστημονικό προσωπικό της Κλινικής όλα αυτά τα χρόνια παραμένει να αποτελεί η Ευρωκλινική Παίδων σημείο αναφοράς για κάθε γονέα.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

Λεμεσού 39-41 & Αχαρνών 209 • Αθήνα • mkt@euroclinic.gr • www.euroclinic.gr

Παιδιατρικό Ένθετο

της Ευρωκλινικής Παίδων

Αλλεργική Πορφύρα

Κατερίνα
Αγραφιώτη

Παιδίατρος – Παιδοπνευμονολόγος, Διευθύντρια Α' Παιδιατρικής Κλινικής Ευρωκλινικής Παίδων

Η Αλλεργική Πορφύρα (ΑΠ) είναι η πιο συχνή συστηματική αγγειίτιδα της παιδικής ηλικίας. Η συχνότητά της είναι 10-20 περιπτώσεις ανά 100.000 παιδιά ετησίως, ηλικίας 5-15 ετών. Σπάνια εμφανίζεται σε βρέφη ή ενήλικες.

Ως αγγειίτιδα προσβάλλει τα μικρά αγγεία (τριχοειδή, φλεβίδια, αρτηριόλια) του δέρματος, των αρθρώσεων, του πεπτικού συστήματος και σπανιότερα των νεφρών. Προσβάλλει, επίσης, όσχεο, εγκέφαλο και πνεύμονες. Χαρακτηρίζεται από εναπόθεση ανοσοσυμπλεγμάτων ανοσοσφαιρίνης Α (IgA) στα τοιχώματα των αγγείων.

Τα αίτια είναι άγνωστα. Προηγείται, σε κάποιες περιπτώσεις, λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού. Η νόσος χαρακτηρίζεται από ψηλαφητό πορφυρικό εξάνθημα, χαρακτηριστικής κατανομής γλουτών και κάτω άκρων (μπορεί να εμφανίζονται στοιχεία στα άνω άκρα και στον κορμό) και συνοδεύεται τουλάχιστον με ένα από τα παρακάτω:

- Διάχυτο κοιλιακό άλγος
- Αρθραλγία ή αρθρίτιδα (κυρίως στην ποδοκνημική)
- Αιματουρία ή λευκωματουρία

Μερικές φορές, συνυπάρχουν: ορχίτιδα (4-10%), κεφαλαλγία (3%), σπασμοί (2%).

Η συμμετοχή από το πεπτικό (65-70%) εκδηλώνεται συνήθως με ναυτία, εμέτους, διάρροια, κωλικοειδές κοιλιακό άλγος και αιμορραγία. Οι παραπάνω εκδηλώσεις μπορεί να προηγούνται των δερματικών εκδηλώσεων και να μιμούνται χειρουργική κοιλία (10-40%). Σημαντική για την διαφορική διάγνωση είναι η προσφορά των υπερήχων.

Οι εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό σύστημα είναι συνήθεις (75-80%), με χαρακτηριστικό την προοδευτική υποχώρησή τους. Η συμμετοχή των νεφρών (40-50%) εμφανίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις από την αρχή της νόσου ή μέσα στους πρώτους 6 μήνες, με αιματουρία (22%) ή ήπια λευκωματουρία (45%). Το υπόλοιπο μικρό ποσοστό παρουσιάζουν νεφριτιδικό σύνδρομο ή νεφρωσικό σύνδρομο. Παράγοντες κινδύνου για τη νεφρική συμμετοχή είναι η ηλικία εμφάνισης της νόσου (> ή = 4 έτη), το επίμονο πορφυρικό εξάνθημα, τα σοβαρά συμπτώματα από το πεπτικό και η χαμηλή δραστικότητα του παράγοντα XIII της πήξης.

Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν είναι διαγνωστικός.

Τηλ. επικοινωνίας 210 6416180-2, mkt@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

Η διάγνωση της αλλεργικής πορφύρας τίθεται από την κλινική εικόνα με το χαρακτηριστικής μορφολογίας και κατανομής εξάνθημα.

Μπορεί να βρεθούν:

- Απώλεια αίματος από το πεπτικό (Mayer κοπράνων θετική).
- Στη γενική ούρων αιματουρία με ή χωρίς λευκωματουρία.
- Στη γενική αίματος πιθανά ήπια λευκοκυττάρωση ή και θρομβοκυττάρωση.
- Στον ανοσολογικό έλεγχο παρατηρούνται μερικές φορές αυξημένες τιμές ανοσοσφαιρίνης IgA και IgM.

Η θεραπεία της νόσου είναι συμπτωματική (ανάπαυση, ενυδάτωση, παυσίπονα). Χορηγούνται στεροειδή για την αγγειίτιδα του εντέρου (μπορεί να επισπεύσουν τη λύση του κοιλιακού άλγους), ενώ αμφιλεγόμενη είναι η προσφορά τους στην πρόληψη των σοβαρών επιπλοκών από το πεπτικό, όπως ο εγκολεασμός, η μαζική αιμορραγία και η ισχαιμική νέκρωση.

Τα στεροειδή δεν ελαττώνουν το ποσοστό εμφάνισης νεφρίτιδας, ελαττώνουν σε μερικές περιπτώσεις τη διάρκεια της ήπιας κλινικής νεφρίτιδας. Απόλυτη ένδειξη έχει η χορήγησή τους στην ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε τελικού σταδίου νεφρική νόσο.

Η νόσος είναι αυτοπεριοριζόμενη σε μεγάλο ποσοστό, σε χρονικό διάστημα περίπου μέχρι 4 εβδομάδων από την έναρξή της. Το 1/3 των ασθενών μπορεί να υποτροπιάσουν, με ηπιότερες και μικρότερης διάρκειας εκδηλώσεις. Η υποτροπή συμπτωμάτων που δε σχετίζονται με τα νεφρά και που συμβαίνει μέχρι και δύο χρόνια από την έναρξη της νόσου, δε συσχετίζεται με κακή πρόγνωση της Αλλεργικής Πορφύρας.

Επίσης, η πρόγνωση της νεφρίτιδας της Αλλεργικής Πορφύρας είναι καλή, με ίαση στο 65-95% των προσβεβλημένων παιδιών. Αντίθετα, το αποτέλεσμα της νεφρικής βιοψίας καθορίζει την πρόγνωση της νόσου, σε όσους πάσχουν από σοβαρή νεφρίτιδα ή νεφρωσικό σύνδρομο. Ασθενείς με μηνοειδείς σχηματισμούς σε περισσότερα από τα μισά σπειράματα (στάδιο IV και V) έχουν κακή πρόγνωση. Μόνο το 1.8% όμως των παιδιών με νεφρίτιδα από Αλλεργική Πορφύρα ανέπτυξαν σοβαρή νεφρική νόσο (τελικό στάδιο).

Υπάρχουν συγκεκριμένα πρωτόκολλα παρακολούθησης των ασθενών με Αλλεργική Πορφύρα, που αφορούν το εξάνθημα, τις εκδηλώσεις από το πεπτικό, αλλά κυρίως τις εκδηλώσεις από τα νεφρά.

Η διάγνωση της αλλεργικής πορφύρας τίθεται από την κλινική εικόνα με το χαρακτηριστικής μορφολογίας και κατανομής εξάνθημα

Κυστική ίνωση

Συμπτώματα και διάγνωση

Διαγόρας
Ζαργάνης

Διευθυντής
Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής
Ευρωκλινικής Παίδων

Γεώργιος
Δρ. Αντωνογεώργος

Παιδίατρος,
Βιοστατιστικός-
Επιδημιολόγος
Επιμελητής
Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής
Ευρωκλινικής Παίδων

Εισαγωγή

Η κυστική ίνωση είναι ένα νόσημα που προσβάλλει κυρίως τους πνεύμονες και το πάγκρεας, καθώς επίσης και άλλα όργανα, όπως το ήπαρ, τη μύτη, τα ιγμόρεια, τους όρχεις στους άνδρες και τις ωοθήκες στις γυναίκες, καθώς και το σύνολο των ιδρωτοποιών αδένων. Το χαρακτηριστικό της φυσιολογικής λειτουργίας των οργάνων αυτών είναι ότι παράγουν είτε βλέννα είτε υδαρείς εκκρίσεις. Στα άτομα που πάσχουν από κυστική ίνωση τα υπεύθυνα κύτταρα για την παραγωγή των εκκρίσεων στα όργανα αυτά δυσλειτουργούν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι εκκρίσεις που παράγουν να είναι παχύτερες από το φυσιολογικό, ώστε το προσβεβλημένο όργανο να μη λειτουργεί φυσιολογικά.

Πόσο συχνή είναι η κυστική ίνωση; Τι την προκαλεί;

Η κυστική ίνωση αποτελεί ένα γενετικό νόσημα. Αυτό σημαίνει ότι στους πάσχοντες από κυστική ίνωση κάποιο γονίδιό τους δε λειτουργεί σωστά. Το γονίδιο αυτό είναι γνωστό, ονομάζεται CFTR και βρίσκεται στο χρωμόσωμα 7. Υπάρχουν διάφορες μεταλλάξεις που μπορούν να συμβούν σε αυτό το γονίδιο που οδηγούν σε διαφορετικές κλινικές εκδηλώσεις της κυστικής ίνωσης. Ο ρόλος του γονιδίου είναι η ρύθμιση του τρόπου, όπου τα κύτταρα του οργανισμού ρυθμίζουν την ισορροπία ανάμεσα στα ιόντα νατρίου και χλωρίου. Η μετάλλαξη στο γονίδιο αυτό οδηγεί το κύτταρο στη μη αποτελεσματική ρύθμισή τους και στη διαταραχή της ισορροπίας τους, ώστε πάρα πολύ νάτριο να εισέρχεται εντός των κυττάρων, το οποίο ακολουθείται από αντίστοιχα μεγάλη είσοδο νερού, και τελικά να καταλήγει στην παραμονή πάρα πολύ μικρής ποσότητας νερού εκτός του κυττάρου. Αν, εκτός του κυττάρου, υπάρχει βλέννα (όπως π.χ. στους αεραγωγούς του πνεύμονα και στη μύτη) αυτή να είναι παχύρρευστη, κολλώδης με μεγάλη δυσκολία στη ροή της.

Η κυστική ίνωση ανήκει στα αυτοσωμικά υπολειπόμενα νοσήματα. Η συχνότητα της νόσου είναι μία στις 3500 γεννήσεις για τον ελληνικό χώρο. Αυτό σημαίνει ότι για να αναπτυχθεί το νόσημα θα πρέπει να κληρονομήσει κάποιος δύο γονίδια κυστικής ίνωσης, ένα από τη μητέρα και ένα από τον πατέρα. Αν κληρονομήσει μόνο ένα γονίδιο, το άτομο ονομάζεται φορέας. Η φορεία του γονιδίου της κυστικής ίνωσης είναι πολύ συχνότερη στην λευκή φυλή ενώ συναντάται σπανιότερα στη μαύρη και την κίτρινη φυλή. Οι φορείς δεν πάσχουν από την νόσο, καθώς έχουν ένα κανονικό γονίδιο που μπορεί να ελέγχει τη μεταφορά άλατος στα κύτταρα τους. Ωστόσο, οι φορείς της νόσου μπορούν να περάσουν το γονίδιο της κυστικής ίνωσης στα παιδιά τους. Ενδεικτικά, δε, στην Ελλάδα οι φορείς υπολογίζονται σε 500.000 άτομα του γενικού πληθυσμού.

Όταν και οι δύο γονείς είναι φορείς του γονιδίου της κυστικής ίνωσης και έχουν ένα παιδί, υπάρχουν οι παρακάτω πιθανότητες:

- 25% πιθανότητα το παιδί θα έχει κυστική ίνωση (θα έχει κληρονομήσει το παθολογικό γονίδιο και από τους δύο γονείς).
- 50% πιθανότητα το παιδί δεν θα έχει κυστική ίνωση, αλλά θα είναι ένας φορέας (θα κληρονομήσει το ένα γονίδιο της κυστικής ίνωσης από τον ένα γονέα και την κανονική μορφή του από τον άλλο γονέα).
- 25% πιθανότητα το παιδί δεν θα έχει κυστική ίνωση, και δεν θα είναι φορέας (θα κληρονομήσει το φυσιολογικό γονίδιο και από τους δύο γονείς).

Ποια είναι τα συμπτώματα της κυστικής ίνωσης;

Τα συμπτώματα της κυστικής ίνωσης εμφανίζονται συνήθως κατά το πρώτο έτος ζωής, αλλά μπορεί να εμφανιστούν και αργότερα στην παιδική ηλικία, ενώ πολύ σπάνια στην εφηβική ηλικία και στην ενήλικο ζωή. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων μπορεί να ποικίλει και εξαρτάται από τον βαθμό προσβολής του κάθε οργάνου.

• Συμπτώματα από τον πνεύμονα

Τα κύτταρα που καλύπτουν τους αεραγωγούς των πνευμόνων παράγουν πτύελα (βλένα), τα οποία είναι περισσότερο παχύρρευστα από το κανονικό και δεν μπορούν να απομακρυνθούν εύκολα από τους πνεύμονες προς το ανώτερο αναπνευστικό. Αυτό μπορεί να παγιδεύσει διάφορα βακτήρια (με κυριότερο την ψευδομονάδα) στους μικρούς αεραγωγούς και να οδηγήσει σε λοίμωξη και φλεγμονή των πνευμόνων. Έτσι, τα συμπτώματα συνήθως είναι:

1. Επίμονος βήχας με μεγάλη παραγωγή πτυέλων
2. Συριγμός
3. Δύσπνοια και δυσκολία στην αναπνοή
4. Επαναλαμβανόμενες πνευμονίες

Οι επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις και η φλεγμονή μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στον πνεύμονα και να οδηγήσουν με την πάροδο των ετών στην κακή λειτουργία του.

• Συμπτώματα από το πάγκρεας

Το πάγκρεας παράγει το παγκρεατικό υγρό, το οποίο περιέχει ειδικές χημικές ουσίες (ένζυμα). Το παγκρεατικό υγρό, υπό φυσιολογικές συνθήκες, μέσω του παγκρεατικού πόρου, καταλήγει στο δωδεκαδάκτυλο με τελικό σκοπό τη συμμετοχή στην πέψη των τροφών. Στα άτομα με κυστική ίνωση, το παγκρεατικό υγρό είναι ιδιαίτερα παχύρευστο με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η κανονική ροή του στον παγκρεατικό πόρο. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε δυσαπορρόφηση (μη ικανοποιητική απορρόφηση) των τροφών και ειδικότερα, των λιπαρών τροφών και των λιποδιαλυτών βιταμινών (βιταμίνες A, D, E και K) με αποτέλεσμα:

1. Δυστροφία που οδηγεί σε ανεπαρκή αύξηση και μειωμένη πρόσληψη βάρους του βρέφους (ακόμα και αν το βρέφος έχει καλή όρεξη και τρώει αυξημένες ποσότητες τροφής, καθώς το πρόβλημα αφορά την απορρόφησή της).
2. Μεγάλες, έντονα δύσοσμες, λιπώδους υφής κενώσεις, που συναντώνται στο ένα τρίτο των περιπτώσεων.
3. Διατεταμένη κοιλία.
4. Δυσκοιλιότητα.

Σε περίπου 3 στις 10 περιπτώσεις, το πάγκρεας έχει φυσιολογική λειτουργία και δεν υπάρχουν καθόλου συμπτώματα από το γαστρεντερικό (ή αν υπάρχουν είναι ελάχιστα), οπότε κυριαρχούν τα συμπτώματα από τους πνεύμονες.

• Συμπτώματα που εμφανίζονται με τη γέννηση

Περίπου 1 στα 10 παιδιά με κυστική ίνωση διαγιγνώσκονται σε σύντομο χρονικό διάστημα από τη γέννησή τους. Αυτό οφείλεται στην εμφάνιση μιας παθολογικής κατάστασης που ονομάζεται ειλεός από μηκώνιο. Το μηκώνιο είναι μια παχιά, σκούρα, κολλώδης ουσία που δημιουργείται στο έντερο του εμβρύου κατά τη διάρκεια της κυήσεως. Μετά τη γέννηση, το νεογνό αδυνατεί να έχει κένωση και να αποβάλλει το μηκώνιο, με αποτέλεσμα πολλές φορές να χρειάζεται επείγουσα χειρουργική επέμβαση.

• Συμπτώματα από άλλα όργανα και επιπλοκές

Η κυστική ίνωση μπορεί να προσβάλλει πολλά όργανα, εκτός των πνευμόνων και του παγκρέατος, με αποτέλεσμα να υπάρχει πληθώρα συμπτωμάτων όπως:

1. Επαναλαμβανόμενες ιγμορίτιδες-παραρρινοκολπίτιδες.
2. Ρινικοί πολύποδες.
3. Στειρότητα (ιδιαίτερα στους άνδρες, καθώς τα σπερματικά σωληνάρια μπορούν να καταστραφούν εντελώς).
4. Ηπατικές βλάβες, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε κίρρωση, η οποία εμφανίζεται περίπου σε 1 από τις 12 περιπτώσεις κυστικής ίνωσης.
5. Σακχαρώδης διαβήτης. Το πάγκρεας μέσω ειδικών κυττάρων παράγει την ινσουλίνη. Κατά τη διάρκεια της νόσου, τα κύτταρα αυτά ατροφούν λόγω της γενικευμένης καταστροφής του παγκρέατος, με αποτέλεσμα τα επίπεδα της ινσουλίνης να πέφτουν και τελικά την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη. Ο σακχαρώδης διαβήτης εμφανίζεται κυρίως στους ενήλικες ασθενείς με κυστική ίνωση.
6. Παγκρεατίτιδα (φλεγμονή του παγκρέατος).
7. Πρόπτωση του ορθού.
8. Οστεοπόρωση (προοδευτική λέπτυνση των οστών), λόγω της κακής απορρόφησης γενικά των τροφών (γαλακτοκομικών), αλλά και θρεπτικών συστατικών και, ειδικότερα, της βιταμίνη D, η οποία είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της καλής υγείας των οστών.
9. Πολύ αλμυρός ιδρώτας.

Ήπιες περιπτώσεις

Ορισμένες μορφές κυστικής ίνωσης προβάλλουν με σχετικά ήπια συμπτωματολογία για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι ορισμένες μεταλλάξεις του γονιδίου της κυστικής ίνωσης δεν είναι τόσο παθολογικές όσο κάποιες άλλες. Ορισμένες φορές το πρώτο σύμπτωμα της νόσου μπορεί να είναι η στειρότητα, ιδιαίτερα στους άνδρες.

Πώς γίνεται η διάγνωση της κυστικής ίνωσης;

Δοκιμή ιδρώτα (sweat test)

Αν τεθεί η υποψία της κυστικής ίνωσης από τα διάφορα συμπτώματα, ο παιδίατρός σας μπορεί να ζητήσει να κάνετε το «τεστ ιδρώτα» (sweat test). Ο έλεγχος αυτός μετρά την ποσότητα του άλατος (χλωριούχου νατρίου) στον ιδρώτα του δέρματος του παιδιού σας. Οι ασθενείς με κυστική ίνωση έχουν παθολογικά υψηλά επίπεδα άλατος στον ιδρώτα τους.

Γενετικός έλεγχος

Ο γενετικός έλεγχος μπορεί να επιβεβαιώσει τη διάγνωση της κυστικής ινώσεως. Αυτός γίνεται με την απόξεση μερικών κυττάρων από το εσωτερικό της παρειάς (μάγουλο) ή με τη χρήση δείγματος αίματος. Και τα δύο βιολογικά υλικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον έλεγχο της ύπαρξης του υπεύθυνου γονιδίου της κυστικής ινώσεως.

Θεραπεία της Κυστικής Ίνωσης

Η θεραπεία της κυστικής ίνωσης διαφέρει ανάλογα με τα προσβεβλημένα όργανα του κάθε ασθενούς. Στόχος της θεραπείας είναι τόσο η ανακούφιση των συμπτωμάτων όσο και η αναστολή της εξέλιξης της νόσου.

- **Η θεραπεία που αφορά το αναπνευστικό σύστημα περιλαμβάνει:**
  1. Τακτική αναπνευστική φυσιοθεραπεία. Αυτή βοηθάει στην απομάκρυνση της παχιάς βλέννης από τους αεραγωγούς. Γίνεται συνήθως δύο φορές ημερησίως, μετά από εκπαίδευση των γονέων από ειδικευμένο φυσιοθεραπευτή, και μπορεί να αυξηθεί η συχνότητά της σε περιπτώσεις λοιμώξεων.
  2. Αντιβιοτική αγωγή. Η αντιβιοτική αγωγή αποτελεί την βάση της θεραπείας. Πολλά παιδιά με κυστική ίνωση χρειάζονται να λαμβάνουν μακροχρόνια αντιβιοτική αγωγή, η οποία αυξάνεται ή αλλάζει σε περίοδο λοιμώξεων του αναπνευστικού, ανάλογα με το είδος του υπεύθυνου βακτηρίου. Η οδός χορήγησης εξαρτάται από την σοβαρότητα της νόσου, και μπορεί να είναι εισπνεόμενη, από του στόματος ή και ενδοφλέβια, σε περίπτωση αποτυχίας της αγωγής με τις δυο πρώτες μεθόδους. Ιδιαίτερα το βακτήριο ψευδομονάδα απομακρύνεται δύσκολα από την παχιά βλέννη και η χρήση εισπνεόμενης αντιβιοτικής αγωγής είναι πολύ συχνή. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι πνεύμονες προσβάλλονται από μύκητες και τότε χορηγείται αντι-μυκητιασική αγωγή.
  3. Βρογχοδιασταλτική αγωγή. Εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά όπως η σαλβουταμόλη χρησιμοποιούνται για να ανοίγουν τους αεραγωγούς. Η αγωγή μοιάζει με την αγωγή που χορηγείται στην θεραπεία του άσθματος.
  4. Οξυγόνο. Ασθενείς με προχωρημένη πνευμονική νόσο βελτιώνονται με την χορήγηση οξυγόνου, κυρίως κατά την διάρκεια της νύχτας.

- **Η θεραπεία για το γαστρεντερικό σύστημα περιλαμβάνει:**
  1. Διατροφικές παρεμβάσεις. Τα ένζυμα που είναι απαραίτητα για την πέψη των τροφών μειώνονται δραστικά στους περισσότερους ασθενείς με κυστική ίνωση. Για αυτό και παιδιά με κυστική ίνωση χρειάζονται διατροφή πλούσια σε λίπη και υδατάνθρακες. Υψηλής ενεργειακής αξίας συμπληρώματα διατροφής και βιταμινούχα σκευάσματα πολλές φορές χρησιμοποιούνται την αναπλήρωση των αυξημένων απωλειών.
  2. Συμπληρώματα παγκρεατικών ενζύμων. Χορηγούνται για να αναπληρώσουν την μειωμένη παραγωγή των ενζύμων της πέψης, που φυσιολογικά εκκρίνονται από το πάγκρεας.

Διαγνωστικός έλεγχος για την Κυστική Ίνωση στην Ευρωκλινική Παίδων

Από το Μάρτιο του 2013, η Ευρωκλινική Παίδων αποτελεί το μόνο ιδιωτικό νοσοκομείο που έχει εντάξει στις εργαστηριακές της εξετάσεις τον προσδιορισμό ηλεκτρολυτών στον ιδρώτα προκειμένου να διασφαλίσει τους ασθενείς της από πιθανή παρουσία Κυστικής Ίνωσης.

Με τη χρήση της πιο σύγχρονης διαγνωστικής τεχνολογίας και με την πείρα του προσωπικού μας, μπορείτε να εμπιστευτείτε την απάντηση της Ευρωκλινικής Παίδων στο σοβαρό ερώτημα «Μήπως το παιδί μου πάσχει από κυστική ίνωση;».

Διατίθεται αποκλειστικά από τα φαρμακεία

Novalac

PREMIUM

Εμπλουτισμένη Διατροφή για Ιδανική Ανάπτυξη Βρεφών

Τα **Novalac PREMIUM 1 & 2** είναι εμπλουτισμένα με

- ✓**ΠΡΕΒΙΟΤΙΚΑ GOS**
- ✓**DHA και ARA**
- ✓**ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΑ**

για Ιδανική Ανάπτυξη των Βρεφών

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

VI-2012-046

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
• ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατοΐου 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111
• E-Mail: mailbox@vianex.gr • INTERNET: http://www.vianex.gr
• ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β.Χατζή 2, Τηλ: 2310 840440

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

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

Χειρουργική αντιμετώπιση παθήσεων του θυρεοειδούς αδένα στα παιδιά

Μιχάλης
Ε. Σούτης

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

Οι παθήσεις του θυρεοειδούς αδένα είναι σπάνιες στην παιδική ηλικία και είναι στην πλειονότητά τους καλοήθεις. Η συχνότητά τους στις ΗΠΑ ανέρχεται περίπου σε ποσοστό 3,5% των παιδιών σχολικής ηλικίας, από το οποίο οι μισές περιπτώσεις αφορούν την απλή βρογχοκήλη, ακολουθούμενη από την θυρεοειδίτιδα, τους όζους και τις λειτουργικές διαταραχές (υπό – και υπερθυρεοειδισμός). Οι κακοήθεις όγκοι είναι πολύ σπανιότεροι και αφορούν κυρίως το διαφοροποιημένο καρκίνωμα του θυρεοειδούς (θηλώδες και θυλακιώδες) και το μυελοειδές καρκίνωμα, που συνδυάζεται με το Σύνδρομο Πολλαπλής Ενδοκρινικής Νεοπλασίας τύπου ΙΙ (MEN IIA & MEN IIB).

Στο παρελθόν η χειρουργική αντιμετώπιση των παθήσεων του θυρεοειδούς στα παιδιά περιοριζόταν μόνο σε περιπτώσεις καρκίνου και σε υπερθυρεοειδισμό που δεν ανταποκρινόταν στη φαρμακευτική αγωγή, λόγω του κινδύνου εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών και κυρίως της κάκωσης των λαρυγγικών νεύρων και της ανάπτυξης μόνιμου υποπαραθυρεοειδισμού. Σήμερα η θυρεοειδεκτομή, μερική ή ολική, αποτελεί την εγχείρηση εκλογής στη θεραπεία τόσο των καλοηθών όσο και των κακοηθών παθήσεων του αδένα στην παιδική και εφηβική ηλικία με άριστα αποτελέσματα και μηδαμινές έως ανύπαρκτες επιπλοκές.

Οι χειρουργικές θυρεοειδοπάθειες της παιδικής και εφηβικής ηλικίας χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, στις **μη νεοπλασματικές** (απλή βρογχοκήλη, θυρεοειδίτις και τοξική βρογχοκήλη ή νόσος του Graves) και στις **νεοπλασματικές** (όζοι και καρκίνος).

Μη νεοπλασματικές παθήσεις

Απλή βρογχοκήλη: Εκδηλώνεται ως διάχυτη ή πολυοζώδης διόγκωση του θυρεοειδούς ο οποίος έχει συνήθως φυσιολογική λειτουργία. Χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται σπάνια και μόνο σε πολύ μεγάλη διόγκωση ή σε υποψία κακοήθειας.

Χρόνια λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτις (Νόσος Hashimoto): Προκαλεί συχνά διάχυτη διόγκωση του αδένα και είναι συχνότερη σε έφηβα κορίτσια. Είναι πάθηση αυτοάνοσης αιτιολογίας και οδηγεί σταδιακά σε υποθυρεοειδισμό. Κατά την ψηλάφηση ο αδένας είναι συνήθως ανώμαλος και ελαφρά επώδυνος. Η διά-

γνωση επιβεβαιώνεται εργαστηριακά από την ύπαρξη αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων, τον υπερηχογραφικό έλεγχο και σπανίως τη βιοψία με βελόνα. Ένδειξη για χειρουργική επέμβαση αποτελεί η αδυναμία διάγνωσης και η υποψία για κακοήθεια.

Οξεία πυώδης θυρεοειδίτις: Οφείλεται συνήθως σε κοινά μικρόβια και στις περιπτώσεις αυτές συχνά συνυπάρχει επικοινωνία με τον φάρυγγα μέσω της οποίας επιμολύνεται ο αδένας. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει φλεγμονή της περιοχής με οίδημα, πόνο και ερυθρότητα, ενώ συνυπάρχει πυρετός και το παιδί είναι σηπτικό. Η λειτουργία του αδένα είναι φυσιολογική και η θεραπεία εκτός από την ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών ενδέχεται να περιλαμβάνει και χειρουργική παροχέτευση, όταν αναπτυχθεί πυώδης συλλογή στον τράχηλο.

Τοξική βρογχοκήλη (N. Graves): Είναι η συχνότερη αιτία υπερθυρεοειδισμού στα παιδιά, έχει αυτοάνοση αιτιολογία και εκτός από τη διάχυτη διόγκωση του αδένα συνυπάρχει αυξημένη παραγωγή και απέκκριση θυρεοειδικών ορμονών με αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτωμάτων, όπως είναι η έντονη νευρικότητα, η συναισθηματική αστάθεια καθώς και η κακή απόδοση στο σχολείο. Με την πάροδο του χρόνου και την εξέλιξη της νόσου προστίθεται απώλεια βάρους, εφιδρώσεις, ταχυπαλμία, εξάψεις και αίσθημα αδυναμίας και κακουχίας. Ο αδένας είναι διογκωμένος συμμετρικά και διάχυτα χωρίς ευαισθησία στη ψηλάφηση.

Η θεραπεία είναι κατά κύριο λόγο συντηρητική με αντιθυρεοειδικά φάρμακα και ραδιενεργό ιώδιο. Η χειρουργική θεραπεία ενδείκνυται, όταν δεν υπάρχει ανταπόκριση στην αγωγή και όταν οι γονείς δε δέχονται τη χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου. Πιο σπάνια θα χρειαστεί χειρουργική επέμβαση σε περιπτώσεις πολύ μεγάλης διόγκωσης που πιέζει την τραχεία και προκαλεί δύσπνοια.

Νεοπλασματικές παθήσεις

Όζοι θυρεοειδούς

Είναι σπανιότεροι στα παιδιά σε σχέση με τους ενήλικες (1,6-1,8%), αλλά έχουν αυξημένη πιθανότητα κακοήθειας που φτάνει περίπου το 26,4% των περιπτώσεων, σε σύγκριση με 5% στους ενήλικες, ενώ η συχνότητά τους είναι διπλάσια στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια και σημαντικό παράγοντα κινδύνου αποτελεί η προεφηβική ηλικία.

Κλινικά, μπορεί να υπάρχει μονήρης όζος, πολυοζώδης βρογχοκήλη, οζώδης βρογχοκήλη σε έδαφος αυτοάνοσων νοσημάτων (Hashimoto, Graves), ή να μην υπάρχει ψηλαφητός όζος. Είναι αδύνατος ο διαχωρισμός μεταξύ καλοήθους και κακοήθους νόσου με την κλινική εξέταση, μολονότι η ψηλάφηση μπορεί να αποκαλύψει την ύπαρξη διογκωμένων λεμφαδένων στον τράχηλο, γεγονός που συνηγορεί για κακοήθεια, ενώ και οι απεικονιστικές εξετάσεις (υπερηχογράφημα, σπινθηρογράφημα), δεν μπορούν να καθορίσουν με ακρίβεια τη φύση των όζων. Η βιοψία των όζων με βελόνη και η κυτταρολογική εξέταση του περιεχομένου έχει προσφέρει σημαντική διαγνωστική και θεραπευτική βοήθεια στους ενήλικες, όπου η ακρίβεια είναι μεγάλη και η ανταπόκριση στη θεραπεία των καλοηθών όζων υψηλή. Στα παιδιά, υπάρχουν τεχνικές δυσκολίες στην εφαρμογή της ειδικά σε ηλικίες κάτω των 10 ετών, όπου η συνεργασία είναι δύσκολη, γι' αυτό και στις περιπτώσεις αυτές είναι προτιμότερη η ανοικτή βιοψία. Παρ' όλα αυτά η βιοψία με βελόνη αποτελεί την πιο αξιόπιστη και ευαίσθητη διαγνωστική μέθοδο αποκλεισμού της κακοήθειας σε όζους της παιδικής ηλικίας.

Ένδειξη χειρουργικής εξαίρεσης του όζου αποτελεί η κακοήθεια ή η αμφίβολη κυτταρολογική εικόνα του περιεχομένου, καθώς επίσης και η σταδιακή αύξηση του μεγέθους του όζου. Άλλες ενδείξεις είναι η επανεμφάνιση του όζου μετά από αναρρόφηση, καθώς και η προεφηβική ηλικία, λόγω του αυξημένου κινδύνου κακοήθειας, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

Καρκίνος θυρεοειδούς

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς αντιπροσωπεύει το 3% περίπου των κακοηθών όγκων της παιδικής ηλικίας με τη μεγαλύτερη επίπτωση στις ηλικίες 10-18 ετών και με διπλάσια συχνότητα στα κορίτσια. Σε αντιδιαστολή με τους ενήλικες, τα παιδιά με θυρεοειδικό καρκίνο προσέρχονται σε πιο προχωρημένο στάδιο και με αυξημένη συχνότητα μεταστάσεων στους λεμφαδένες και στους πνεύμονες, έχουν όμως χαμηλότερη θνησιμότητα. Η συχνότητα γενικά στα παιδιά έχει μειωθεί παγκοσμίως από τα μέσα της δεκαετίας του

'70, λόγω περιορισμού της χρήσης ακτινοβολίας για τη θεραπεία καλοηθών παθήσεων του τραχήλου. Μετά το πυρηνικό ατύχημα του Τσέρνομπιλ το 1986 παρατηρήθηκε στις γειτονικές χώρες μεγάλη αύξηση των κρουσμάτων ύστερα από 4-6 χρόνια από την έκθεση στην ακτινοβολία. Εκτός από την ιονίζουσα ακτινοβολία, άλλος σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου στον θυρεοειδή είναι το ιστορικό άλλου καρκίνου, συχνότερα λεμφώματος (Δεύτερος πρωτοπαθής καρκίνος).

Η πρώτη εκδήλωση της νόσου είναι η παρουσία μάζας στον αδένα που συνοδεύεται πολύ συχνά από διογκωμένους τραχηλικούς λεμφαδένες.

Η διάγνωση είναι αδύνατη μόνο με κλινικές μεθόδους. Στους ενήλικες, η βιοψία με βελόνη έχει βοηθήσει σημαντικά, όπως αναφέραμε παραπάνω, ενώ στα παιδιά η αξία της είναι ακόμα αμφιλεγόμενη.

Η θεραπεία συνίσταται σε χειρουργική αφαίρεση του θυρεοειδούς με συναφαίρεση των περιοχικών λεμφαδένων και χορήγηση μετεγχειρητικά ραδιενεργού ιωδίου για την καταστροφή τυχόν υπολειμματικών εστιών της νόσου, με άριστα αποτελέσματα από πλευράς επιβίωσης και ποιότητας ζωής.

Ιστολογικά συχνότερο είναι το θηλώδες καρκίνωμα, σπανιότερο το θυλακιώδες και πολύ σπάνιο το μυελοειδές (2-5%). Το μυελοειδές καρκίνωμα αναπτύσσεται συχνά στο πλαίσιο του συνδρόμου πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας τύπου ΙΙ (MEN IIA και MEN IIB), είναι συνήθως ο πρώτος όγκος που εμφανίζεται στα πλαίσια του συνδρόμου και η συχνότερη αιτία θανάτου των παιδιών αυτών. Γι' αυτό τα παιδιά που πάσχουν από το σύνδρομο MEN II, πρέπει να υποβάλλονται προληπτικά σε ολική θυρεοειδεκτομή πριν από το 5ο έτος της ηλικίας.

Χειρουργική του θυρεοειδούς

Όπως αναφέρθηκε ήδη, η θυρεοειδεκτομή με τις διάφορες παραλλαγές της αποτελεί την εγχείρηση εκλογής για τη θεραπεία των χειρουργικών παθήσεων του αδένα στην παιδική και εφηβική ηλικία. Για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος και την αποφυγή επιπλοκών, είναι απαραίτητη η συνεργασία έμπειρου παιδοχειρουργού και παιδιάτρου-ενδοκρινολόγου. Η διάγνωση και η προεγχειρητική προετοιμασία του αρρώστου καθώς και η μετεγχειρητική αγωγή με τυχόν συμπληρωματική θεραπεία και υποκατάσταση είναι έργο του Παιδιάτρου-Ενδοκρινολόγου, ενώ η εκτέλεση τεχνικά άψογης θυρεοειδεκτομής ευθύνη του Παιδοχειρουργού. Εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις αυτές το αποτέλεσμα είναι άριστο και οι επιπλοκές πρακτικά ανύπαρκτες.

Το είδος και η έκταση της χειρουργικής επέμβασης θα καθορισθεί με βάση την προεγχειρητική διάγνωση και τα αποτελέσματα της κυτταρολογικής εξέτασης. Ανάλογα λοιπόν με τα δεδομένα αυτά, θα προσδιοριστεί το είδος της θυρεοειδεκτομής. Στην περίπτωση του καρκίνου, η επέμβαση είναι ριζική και αφορά την αφαίρεση όλου του αδένα μαζί με τους γειτονικούς λεμφαδένες (ολική θυρεοειδεκτομή). Επίσης, ολική θυρεοειδεκτομή θα γίνει και στην περίπτωση του μυελοειδούς καρκίνου, όπως και προληπτικά στα παιδιά με Σύνδρομο Πολλαπλής Ενδοκρινικής Νεοπλασίας τύπου ΙΙ (MEN IIA & B). Στις καλοήθεις παθήσεις, η ένδειξη, το είδος της επέμβασης καθορίζεται κυρίως από τον Ενδοκρινολόγο, ο οποίος έχει και την αρμοδιότητα της μετεγχειρητικής δια βίου αγωγής, ενώ η εγχείρηση αποτελεί μέρος μόνο της θεραπείας. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει διεθνώς, αλλά και στη χώρα μας αυξημένη τάση για ριζικές επεμβάσεις σε καλοήθεις παθήσεις. Διεθνείς μελέτες, αλλά και η προσωπική μας εμπειρία δείχνουν ότι τα ποσοστά επιπλοκών δε διαφέρουν πρακτικά μεταξύ των τμηματικών και των ολικών θυρεοειδεκτομών για καλοήθεις παθήσεις και έτσι προτιμώνται οι ριζικές επεμβάσεις που λύνουν οριστικά το πρόβλημα του υπερθυρεοειδισμού ή της πολυοζώδους βρογχοκήλης. Λοβεκτομή, δηλαδή αφαίρεση του ενός λοβού μαζί με τον ισθμό, γίνεται μόνο σε καλοήθεις μονήρεις όζους του αδένα.

Από πλευράς τεχνικής, η χρήση οπτικής μεγέθυνσης και ειδικών χειρουργικών εργαλείων, όπως η λαβίδα ηλεκτροθερμικής διατομής και συγκόλλησης των αγγείων (Ligasure), έχουν βοηθήσει σημαντικά στην ταχύτερη και ασφαλέστερη εκτέλεση της επέμβασης. Με την οπτική μεγέθυνση γίνεται ευκολότερη η αναγνώριση των λαρυγγικών νεύρων,τα οποία προφυλάσσονται από τραυματισμό, και των παραθυρεοειδών αδένων οι οποίοι και διαφυλάσσονται. Έτσι αποφεύγεται η δυσλειτουργία των φωνητικών χορδών και η μόνιμη υπασβεστιαιμία. Η χρήση του Ligasure ουσιαστικά καθιστά την εγχείρηση αναίμακτη και συντομεύει σημαντικά τη διάρκειά της. Η παραμονή του παιδιού στην Κλινική διαρκεί 24-48 ώρες και το αισθητικό αποτέλεσμα είναι άριστο.

Με βάση την εμπειρία μας και σύμφωνα και με τη διεθνή βιβλιογραφία, η χειρουργική αντιμετώπιση των παθήσεων του θυρεοειδούς στα παιδιά είναι μία πολύ καλά ανεκτή και ασφαλής θεραπευτική διαδικασία. Η εμπειρία του χειρουργού στη χειρουργική του τραχήλου σε συνδυασμό με τη χρήση ειδικών εργαλείων και οπτικής μεγέθυνσης, καθιστούν την επέμβαση εύκολη και ασφαλή, ελαχιστοποιώντας την πιθανότητα επιπλοκών. Τέλος η συνεργασία με τον Παιδίατρο-Ενδοκρινολόγο θεωρείται εκ των ουκ άνευ τόσο για τον προεγχειρητικό έλεγχο και την προετοιμασία, όσο και για την μετεγχειρητική παρακολούθηση και θεραπεία των παιδιών αυτών.

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 91 911 & 957** (Δευτέρα – Παρασκευή 08:00 – 21:00)
www.euroclinic.gr • e-mail: mkt@euroclinic.gr

Εύκαμπτη ενδομυελική ήλωση

Η πλέον σύγχρονη μέθοδος αντιμετώπισης των καταγμάτων των μακρών οστών στα παιδιά

Δημήτριος **Πετράτος**

Επιμελήτης Ορθοπεδικής Κλινικής, Ευρωκλινική Παίδων

Έχουν περάσει περίπου πενήντα χρόνια από τότε που ο Walter Blount διατύπωσε την άποψη ότι η εφαρμογή εσωτερικής οστεοσύνθεσης στα παιδιά μετά από αποτυχία της συντηρητικής αντιμετώπισης αποτελεί χαρακτηριστικό βίαιου και ορμητικού χειρουργού. Η δραματική εξέλιξη της τεχνολογίας, οι επιπλοκές της συντηρητικής αντιμετώπισης αλλά και συγκεκριμένοι κοινωνικο-οικονομικοί λόγοι έχουν αλλάξει σημαντικά τη θεραπευτική προσέγγιση των παιδιατρικών καταγμάτων τα τελευταία είκοσι χρόνια. Αυτή η στροφή προς τη χειρουργική αντιμετώπιση εμφανίσθηκε κατά ώσεις εκ των οποίων οι 3 σημαντικότερες ήταν η διαδερμική σταθεροποίηση των υπερκονδυλίων καταγμάτων με K-wires, η εύκαμπτη ενδομυελική ήλωση (ΕΕΗ) των καταγμάτων μηριαίου και η ΕΕΗ των καταγμάτων αντιβραχίου.

Εύκαμπτη ενδομυελική ήλωση

Σταθμός στην αντιμετώπιση του παιδιατρικού τραύματος είναι το 1982, όταν ο Metaizeau και η ομάδα από το Nancy παρουσίασαν, μετά από πολύχρονες μελέτες, την τεχνική της ΕΕΗ με τη χρήση ήλων τιτανίου. Η συγκεκριμένη τεχνική ουσιαστικά αποτελεί ένα είδος συμβιβασμού μεταξύ συντηρητικής και χειρουργικής αντιμετώπισης. Οι ήλοι τιτανίου, αφενός σέβονται τα φυσιολογικά κυρτώματα των οστών, αφετέρου δρούν ως εσωτερικός δυναμικός νάρθηκας διατηρώντας άριστη ανάταξη κατάγματος έως την πώρωσή του. Η τεχνική που αρχικά εφαρμόσθηκε μόνο στο μηριαίο, ακολούθως χρησιμοποιήθηκε για την αντιμετώπιση και άλλων παιδιατρικών καταγμάτων.

Κατάγματα μηριαίου

Η χρήση τραπεζιού πλώσεως και ακτινοσκοπικού μηχανήματος είναι απαραίτητα για μία σωστή ΕΕΗ μηριαίου. Έτσι εξασφαλίζεται η επιθυμητή κλειστή ανάταξη του κατάγματος που είναι απαραίτητη, ώστε αυτό να ηλωθεί. Η διάμετρος των ήλων καθορίζεται από τη διατομή του μηριαίου ενώ η προκύρτωση τους είναι τέτοια, ώστε η μέγιστη απόστασή τους να βρίσκεται στο ύψος της καταγματικής εστίας. Στη συντριπτική πλειοψηφία, οι ήλοι εισάγονται ενδοαυλικά από την περιφέρεια. Τα σημεία εισόδου, ένα έσω και ένα έξω, βρίσκονται 2-3 εκατοστά κεντρικά της αυξητικής πλάκας και οι ήλοι εισάγονται διά μέσω πολύ μικρών δερματικών τομών μήκους το πολύ δύο εκατοστών. Αφού γίνει η κλειστή ανάταξη και ήλωση του κατάγματος μερικές ώρες μετά τον τραυματισμό, δε χρειάζεται καμία μετεγχειρητική ακινητοποίηση με γύψο ή δερματική έλξη και το παιδί έχει τη δυνατότητα να ξαπλώσει άνετα στο κρεβάτι του το ίδιο βράδυ. Η δυνατότητα μερικής ή και πλήρους φόρτισης του πάσχοντος σκέλους είναι άμεση και βασικά εξαρτάται από τη μορφολογία του κατάγματος αλλά και από την ιδιοσυγκρασία του παιδιού. Η άμεση κινητοποίηση του παιδιού οδηγεί σε δραματική μείωση του χρόνου της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Για να καταλάβει κάποιος τη διαφορά αρκεί να δει το κάταγμα στην εικόνα 1. Πρόκειται για ένα κάταγμα μηριαίου το οποίο χειρουργήθηκε άμεσα και έφυγε από το νοσοκομείο την 6η μετεγχειρητική ημέρα. Η συντηρητική αντιμετώπιση αυτού του κατάγματος, που εφαρμοζόταν παλαιότερα, απαιτεί περίπου 4-5 εβδομάδες έλξη στο νοσοκομείο και κατόπιν εφαρμογή ενός τεράστιου γύψου για άλλες 6 εβδομάδες που κάνει τη ζωή του παιδιού και των γονιών σχεδόν αφόρητη, ενώ έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με αρκετές επιπλοκές. Οι υπόλοιπες χειρουργικές μέθοδοι αντιμετώπισης επίσης σχετίζονται με περισσότερες και σοβαρότερες, σε σχέση με την ΕΕΗ, επιπλοκές. Συνεπώς, θεωρώ ότι η ΕΕΗ αποτελεί με βάση τα παρόντα επιστημονικά δεδομένα την καλύτερη μέθοδο αντιμετώπισης των περισσοτέρων καταγμάτων μηριαίου στις ηλικίες από 7 έως 14 ετών.

Κατάγματα κνήμης

Η αντιμετώπιση των καταγμάτων κνήμης στην παιδική ηλικία είναι σχεδόν πάντα συντηρητική με κλειστή ανάταξη και εφαρμογή γύψου. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις όπως σε ανοικτά κατάγματα, ασταθέστατα κατάγματα, κατάγματα με συνοδές υπερκείμενες δερματικές βλάβες (π.χ. έγκαυμα τριβής) και σε παιδιά με ειδικά χαρακτηριστικά ενδείκνυται η χειρουργική αντιμετώπιση. Εδώ η

εφαρμογή των ήλων γίνεται πάντα από το κεντρικό τμήμα της κνήμης και βεβαίως οι αρχές ήλωσης είναι ίδιες με αυτές της ΕΕΗ του μηριαίου. Εδώ δε χρειάζεται τραπέζι ηλώσεως, ενώ μετεγχειρητικά δε χρειάζεται καμία εφαρμογή γύψου. Είναι εντυπωσιακή η άνεση με την οποία τα παιδιά κινούνται πάνω στο κρεβάτι άμεσα μετεγχειρητικά μετά από ΕΕΗ κνήμης (Εικ. 2).

Κατάγματα βραχιονίου

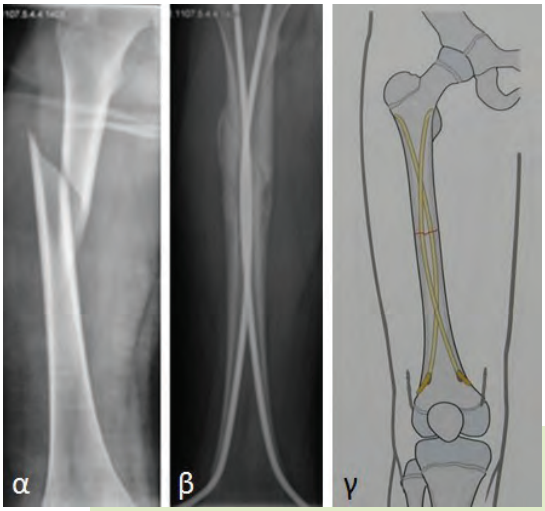
Η αντιμετώπιση των συγκεκριμένων καταγμάτων ως μονήρεις κακώσεις είναι πάντα συντηρητική. Η ΕΕΗ εφαρμόζεται σε περιπτώσεις πολυτραυματία, όπου υπάρχουν συνοδές κακώσεις στο σύστοιχο άνω άκρο, σε ανοικτά κατάγματα και σε συνοδό νευραγγειακή βλάβη. Η είσοδος των ήλων γίνεται από το περιφερικό-έξω άκρο του βραχιονίου και μετεγχειρητικά αρκεί μία απλή ανάρτηση για 2 περίπου εβδομάδες.

Κατάγματα αντιβραχίου

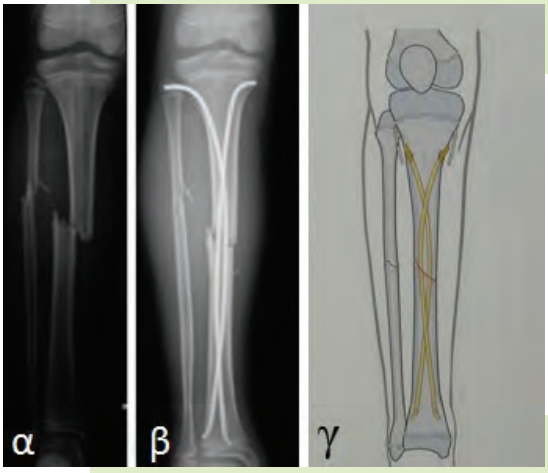
Το αντιβράχιο είναι μία περιοχή που έχει δύο οστά, την κερκίδα και την ωλένη. Για να έχουμε φυσιολογική κίνηση στο αντιβράχιο, πλήρη πρηνισμό και υπτιασμό δηλαδή, πρέπει η ανατομία των οστών αυτών και κατά συνέπεια η μεταξύ τους σχέση να είναι άριστη. Ο θεραπευτικός στόχος λοιπόν σε κάταγμα αντιβραχίου, ειδικά μετά την ηλικία των 6 ετών, είναι η ανάταξη και η συγκράτηση τους σε απόλυτη ανατομική θέση μέχρι και την πώρωση. Η πώρωση των καταγμάτων αυτών σε στροφή, ή/και γωνίωση οδηγεί σε άλλοτε άλλου βαθμού μείωση της κίνησης του αντιβραχίου η οποία δεν αποκαθίσταται ποτέ. Εδώ οι ήλοι εισάγονται από το περιφερικό άκρο των 2 οστών συνήθως, ενώ μετεγχειρητικά η εφαρμογή ενός πηχεοκαρπικού νάρθηκα για μόλις δύο εβδομάδες θεωρείται από κάποιους χειρουργούς ως υπερβολή (Εικ. 3).

Συμπέρασμα

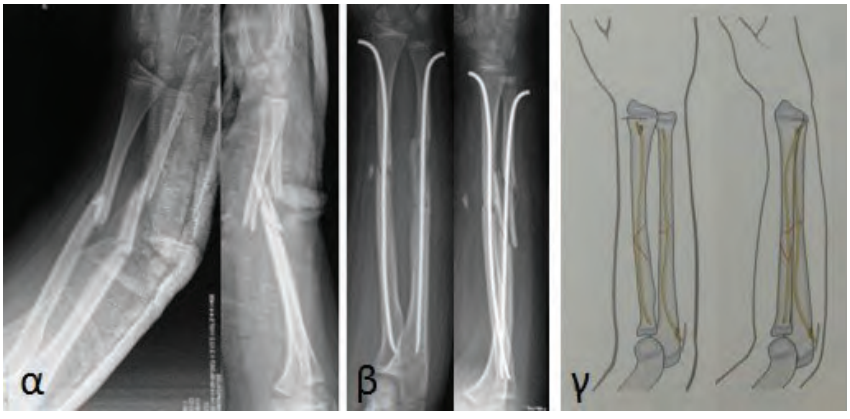
Οι εύκαμπτοι ενδομυελικοί ήλοι δεν είναι άμοιροι επιπλοκών και προβλημάτων. Αν όμως εφαρμόζονται από κατάλληλα εκπαιδευμένους ορθοπαιδικούς αποτελούν κατά τη γνώμη μου τη σημαντικότερη λύση στην αντιμετώπιση των καταγμάτων των μακρών οστών στα παιδιά. Εξασφαλίζουν ανατομική ανάταξη και συγκράτηση που αποτελούν απαραίτητες προυποθέσεις, ιδίως στα κατάγματα αντιβραχίου, για την επίτευξη άριστων λειτουργικών αποτελεσμάτων. Με την τεχνική αυτή επιτυγχάνεται γρήγορη κινητοποίηση του παιδιού, και κατά συνέπεια, μικρή ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Αυτή με τη σειρά της οδηγεί σε σαφή μείωση του συνολικού κόστους και ταχύτερη επαναφορά του παιδιού αλλά και όλης της οικογένειας σε φυσιολογικούς ρυθμούς, που εξάλλου είναι και το ζητούμενο της σύγχρονης θεραπευτικής προσέγγισης του τραύματος στην παιδική ηλικία.



1.α. Σπειροειδές κάταγμα μηριαίου σε παιδί 13 ετών
1.β. Κλειστή ΕΕΗ του κατάγματος
1.γ. Σχηματική παράσταση μιας τεχνικά ικανοποιητικής ΕΕΗ κατάγματος μηριαίου.



2.α. Ασταθές κάταγμα κνήμης-περόνης
2.β. Κλειστή ΕΕΗ του κατάγματος της κνήμης
2γ. Σχηματική παράσταση μιας τεχνικά ικανοποιητικής ΕΕΗ κατάγματος κνήμης.



3.α. Συντριπτικό κάταγμα αντιβραχίου
3.β. Αντιμετώπιση με ΕΕΗ και εφαρμογή πηχεοκαρπικού νάρθηκα για 15 ημέρες
3.γ. Σχηματική παράσταση μίας ΕΕΗ κατάγματος διπλού κατάγματος αντιβραχίου.

Η υδροκήλη στα παιδιά

Αρσένιος
Ι. Γεωργιάδης

Διευθυντής Παιδοχειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Παίδων

Η υδροκήλη είναι μία από τις συχνές αιτίες επίσκεψης στον Παιδίατρο και τον Παιδοχειρουργό. Η εμφάνιση της διόγκωσης του οσχέου, του σάκου δηλαδή μέσα στον οποίο βρίσκονται οι όρχεις, προκαλεί έντονη ανησυχία στους γονείς των αγοριών. Η υδροκήλη μοιάζει με μπαλόνι γεμάτο με νερό και είναι ανώδυνη διόγκωση. Κάνει το όσχεο να φαίνεται πρησμένο, γυαλιστερό και του δίνει μερικές φορές ένα πρασινομπλέ χρώμα. Είναι πιο έντονη προς το τέλος της ημέρας λόγω της ορθοστασίας και συνήθως εξαφανίζεται, όταν τα παιδιά ξαπλώνουν.

Πρόκειται για συλλογή υγρού γύρω από τον όρχι, μέσα στον κοινό ελυτροειδή χιτώνα, που προκαλεί διόγκωση του σύστοιχου ημιοσχέου.

Κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη ο όρχις κατεβαίνει από την αρχική του ανατομική θέση, κάτω από το σύστοιχο νεφρό, προς την τελική του θέση στο όσχεο, στο σάκο δηλαδή που περιέχει τους όρχεις. Η πορεία αυτή γίνεται πίσω από το σάκο (περιτόναιο) μέσα στον οποίο βρίσκονται τα σπλάχνα της κοιλιάς, αλλά σε επαφή με αυτόν. Έτσι τμήμα του περιτοναίου ακολουθεί τον όρχι μέχρι το όσχεο και τελικά γίνεται δύο από τα καλύμματα του ο κοινός και ο ίδιος ελυτροειδής χιτώνας. Στην αρχή έχει τη μορφή σωλήνα (ελυτροπεριτοναϊκός πόρος) που επικοινωνεί με τον χώρο που βρίσκονται τα σπλάχνα, και υγρό που φυσιολογικά υπάρχει στην κοιλιά φτάνει μέχρι τον όρχι. Η φυσιολογική αυτή επικοινωνία υπάρχει σε 80-94% των νεογνών κατά τη γέννηση και κλείνει μέχρι την ηλικία των 12-24 μηνών.

Δεδομένης πια της γνώσης, ότι η παρουσία του υγρού μόνο, δεν επιδρά βλαπτικά στον όρχι, δεν συνίσταται χειρουργική αποκατάσταση πριν από αυτή την ηλικία. Μικρότερο ποσοστό κλείνει μέχρι τα τέσσερα έτη.

Μετά την ηλικία των τεσσάρων ετών αλλά και σε μικρότερη ηλικία όταν η επικοινωνία αυτή είναι ευρύτερη και επιτρέπει τμήμα του εντέρου να περάσει προς το όσχεο δημιουργώντας την κλινική εικόνα της κήλης, είναι απαραίτητη η χειρουργική αποκατάσταση.

Η υδροκήλη δεν επηρεάζει τη γονιμότητα, την κατοπινή σεξουαλική ζωή του παιδιού και δεν κληρονομείται από τους γονείς. Σε μικρό ποσοστό είναι αμφοτερόπλευρη και είναι πιο συχνή στα παιδιά που γεννιούνται πρόωρα.

Υδροκήλη μπορεί να δημιουργηθεί και μετά από κακώσεις ή συστροφή του όρχι. Μπορεί επίσης να είναι αποτέλεσμα άλλης γενικευμένης ασθένειας ή πιο σπάνια νεοπλασίας. Παρατηρείται μετά από χειρουργική επέμβαση για αποκατάσταση κιρσοκήλης. Σε όλες όμως αυτές τις περιπτώσεις υπάρχουν και άλλα συνοδά συμπτώματα, σαφές ιστορικό ή αιφνίδια εμφάνιση σε ηλικίες μεγαλύτερες από αυτές που αναφέρθηκαν.

Η διάγνωση της υδροκήλης είναι συνήθως εύκολη και γίνεται με την κλινική εξέταση. Πιο σπάνια, όταν υπάρχει αμφιβολία ή όταν υπάρχει υποψία ευρύτερης επικοινωνίας, το υπερηχογράφημα είναι η εξέταση εκλογής. Ο Παιδοακτινολόγος μπορεί να μετρήσει τις διαστάσεις του ελυτροπεριτοναϊκού πόρου, του όρχι, να αναδείξει αν υπάρχει επικοινωνία και από την άλλη πλευρά, την εικόνα του άλλου όρχι, δίνοντας διάγνωση αλλά και την ένδειξη για την ανάγκη χειρουργικής διόρθωσης.

Η χειρουργική επέμβαση γίνεται υπό γενική αναισθησία και διαρκεί περίπου 30 λεπτά. Από μία μικρή τομή στην σύστοιχη βουβωνική περιοχή, δηλαδή χαμηλά στην κοιλιά πάνω από την περιοχή που ενώνεται ο κορμός με το αντίστοιχο πόδι, βρίσκεται και κλείνεται η επικοινωνία. Το παιδί παραμένει στο νοσοκομείο για 3-4 ώρες μετά την επέμβαση, ώστε να συνέλθει από την αναισθησία και κατόπιν επιστρέφει στο σπίτι του.

Η αποθεραπεία είναι κατά κανόνα εύκολη και ανώδυνη και τα ποσοστά επιπλοκών σπάνια, κυρίως σαν αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

ΙΑΤΡΕΙΟ ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ

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

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

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

Επίσης διενεργείται:

- Εκπαίδευση της οικογένειας και του αλλεργικού παιδιού για την αντιμετώπιση άσθματος και τροφικών αλλεργιών
- Φαρμακευτική αγωγή για την πρόληψη και αντιμετώπιση των αλλεργιών
- Συμβουλευτική 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 91 911 & 957** (Δευτέρα – Παρασκευή 08:00 – 21:00)
www.euroclinic.gr • e-mail: mkt@euroclinic.gr

StradaMark

Τυμπανοπλαστική στα παιδιά

Ιωάννης
Χριστόπουλος
Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος,
Ευρωκλινική Παίδων

Η οξεία μέση ωτίτιδα είναι μία από τις πιο συχνές (αν όχι η συχνότερη) πάθηση της παιδικής ηλικίας. Υπολογίζεται ότι το 90% των παιδιών έχει περάσει το λιγότερο ένα επεισόδιο οξείας ωτίτιδας μέχρι την ηλικία των 5 ετών. Η θεραπεία της στη μεγάλη πλειοψηφία των περιστατικών είναι απλή και συνήθως οι μικροί ασθενείς δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα. Σπανίως, όμως, η οξεία μέση ωτίτιδα παρά τη θεραπεία, εμφανίζει επιπλοκές οι οποίες είναι ιδιαίτερα σοβαρές έως και απειλητικές για τη ζωή του παιδιού. Η πιο συχνή επιπλοκή είναι η παραμονή μόνιμης τρύπας (διάτρηση) στο τύμπανο του παιδιού.

Αιτίες μόνιμης διάτρησης τυμπάνου

- ρήξη τυμπάνου μετά από οξεία μέση ωτίτιδα
- τραυματισμός του ωτός (π.χ. από μπατονέτα)
- κάκωση και κατάγματα της κεφαλής (τροχαία ατυχήματα)
- συνέπεια χειρουργικών παρεμβάσεων στο αυτί (μετά από τοποθέτηση σωλινίσκων αερισμού)
- κάκωση του ωτός (συνήθως μετά από ξυλοδαρμό)
- όγκοι του μέσου ωτός (χολοστεάτωμα)
- βαροτραυματικές ωτίτιδες (μετά από καταδύσεις) και άλλες πιο σπάνιες παθήσεις

Η θεραπεία της μόνιμης τρύπας του τυμπάνου είναι χειρουργική τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες. Η χειρουργική αποκατάσταση του τυμπάνου ονομάζεται τυμπανοπλαστική. Η επέμβαση κρίνεται αναγκαία τόσο για την αποκατάσταση της ακοής όσο και για την αποκατάσταση της αρχιτεκτονικής του ωτός. Το δεύτερο είναι ιδιαίτερα σοβαρό, γιατί με τη διάτρηση του τυμπάνου έχει διαταραχθεί η αποστείρωση της περιοχής. Το μέσο αυτί (η περιοχή πίσω από το τύμπανο) σε φυσιολογικές συνθήκες είναι μια κλειστή κοιλότητα, η οποία εξασφαλίζεται από ένα ακέραιο τύμπανο. Σε περιπτώσεις διάτρησης, υπάρχει επικοινωνία με αποτέλεσμα ο αέρας και το νερό να εισέρχεται στο μέσο αυτί δημιουργώντας προβλήματα (ωτόρροια, ίλιγγος, πόνος, βουητά κ.λπ.). Είναι μία αρκετά δύσκολη χειρουργική επέμβαση η οποία πραγματοποιείται από εξειδικευμένο Ωτορινολαρυγγολόγο, τον Ωτοχειρουργό. Γίνεται πάντοτε υπό γενική αναισθησία στα παιδιά. Η διάρκεια της επέμβασης εξαρτάται από τον τύπο της τυμπανοπλαστικής, όπως αναφέρεται πιο κάτω και κυμαίνεται μεταξύ 30 λεπτών έως και δύο ωρών. Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι συνήθως μία μέρα. Η επιτυχία της επέμβασης σε έμπειρα χέρια αγγίζει το 80-90% στα παιδιά. Υπάρχουν διάφοροι τύποι τυμπανοπλαστικής που μπορούν να εφαρμοστούν. Η επιλογή του τύπου εξαρτάται από την αιτιολογία της διάτρησης, την ηλικία του παιδιού, τη συχνότητα των λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, τις συν-

θήκες διαβίωσης της οικογένειας και κυρίως, από τη χρονική παρουσία της διάτρησης.

Κατ' επέκταση, σε μία διάτρηση που οφείλεται σε κάκωση ή και τραυματισμό του ωτός, η χειρουργική παρέμβαση συνιστάται σε σύντομο χρονικό διάστημα και ανεξάρτητα της ηλικίας του παιδιού. Ωστόσο, σε μικρά παιδιά που εκτίθενται σε πολλές λοιμώξεις (για παράδειγμα τα παιδιά που πηγαίνουν παιδικό σταθμό) θα χρειαστεί και φαρμακευτική θεραπεία μετά την επέμβαση. Στις περιπτώσεις αυτές, η τυμπανοπλαστική γίνεται μέσα από το αυτί χωρίς τομές εξωτερικά και συνήθως χρησιμοποιούνται τεχνητά μοσχεύματα ή/και λίπος από το ίδιο το παιδί. Η μετεγχειρητική πορεία απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και από τον ιατρό, αλλά ιδίως από τους γονείς. Τα αποτελέσματα είναι πολύ ικανοποιητικά και ο μικρός ασθενής σε 3-6 μήνες επανέρχεται σε όλες τις δραστηριότητές του (π.χ. κολυμβητήριο).

Αντιθέτως, στις περιπτώσεις εκείνες όπου η διάτρηση οφείλεται σε ρήξη του τυμπάνου, λόγω πολλών ωτίτιδων, η επέμβαση θα πρέπει να πραγματοποιείται σε ηλικίες άνω των 7-8 ετών, όπου στατιστικά οι λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος έχουν ελαττωθεί σημαντικά. Ο λόγος είναι ότι αν το παιδί πάθει μια οξεία μέση πυώδη ωτίτιδα άμεσα (εντός των πρώτων μηνών) μετά από την τυμπανοπλαστική ενδεχομένως το μόσχευμα που έχει χρησιμοποιηθεί να καταστραφεί, με αποτέλεσμα πάλι μόνιμη διάτρηση με ό,τι αυτό συνεπάγεται. Η επιλογή του τύπου της τυμπανοπλαστικής σε αυτές τις περιπτώσεις και ειδικά η επιλογή του μοσχεύματος, εξαρτάται από την εμπειρία του Ωτοχειρουργού. Θεωρείται ότι η χρησιμοποίηση μοσχεύματος από το ίδιο το παιδί (λαμβάνεται κατά τη διάρκεια της επέμβασης) αποτελεί την ιδανικότερη επιλογή. Η μετεγχειρητική θεραπεία απαιτεί προσοχή από το ίδιο το παιδί, αλλά και από τους γονείς και πάντα σε άμεση συνεργασία με το γιατρό.

Αρχικά, το αυτί είναι κλειστό με γάζες και μετά από 10 μέρες αφαιρούνται τα ράμματα στην τομή, πίσω από το αυτί, όπου έχει γίνει η επέμβαση. Το αυτί παραμένει βουλωμένο έως και 2 μήνες μετά την επέμβαση από ένα ειδικό υλικό που τοποθετείται στον έξω ακουστικό πόρο. Το παιδί επανέρχεται σταδιακά στις δραστηριότητές του, σχολείο μετά από 7 μέρες και αθλητικές δραστηριότητες μετά από 2 μήνες (εκτός κολύμβησης). Το χειρουργημένο αυτί δε θα πρέπει να βρέχεται το λιγότερο για 4-6 μήνες.

Τέλος, σε περιπτώσεις όπου υπάρχει υποτροπή της διάτρησης (π.χ. αποτυχία επέμβασης) δύναται να γίνει δεύτερο χειρουργείο, το λιγότερο μετά από 6 μήνες και συνήθως με διαφορετικό μόσχευμα. Δυστυχώς, όμως, τα ποσοστά επιτυχίας της δεύτερης επέμβασης είναι αρκετά μικρότερα από τα αντίστοιχα της πρώτης.

Γίνεται κατ' επέκταση κατανοητό ότι η απόφαση για το πότε και πώς θα πραγματοποιηθεί η τυμπανοπλαστική είναι κρίσιμη. Θα πρέπει ο Ωτοχειρουργός να λάβει όλους εκείνους τους παράγοντες υπόψη του, έτσι ώστε η πρώτη επέμβαση να είναι και η τελευταία.

Συγγενείς καρδιοπάθειες

Διαχρονική αντιμετώπιση, πορεία και πρόγνωση

Στέλιος
Αντωνιάδης

Καθηγητής ΤΕΙ Αθηνών, Διευθυντής Παιδοκαρδιολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

Πριν από τριάντα περίπου χρόνια, όταν γεννιόταν ένα παιδί με βαριά σύμπλοκη καρδιοπάθεια, επειδή δεν υπήρχε τρόπος αντιμετώπισης της πάθησής του, αφηνόταν στην τύχη του. Κάπου εκεί, όμως, λόγω των εξελίξεων της τεχνολογίας και των εφαρμογών τους στην ιατρική, έγινε η μεγάλη αλλαγή. Με την εισαγωγή του υπερηχογραφήματος δύο διαστάσεων και τη βελτιωμένη απεικονιστική δυνατότητα της κινηματοαγγειοκαρδιογραφίας, η διάγνωση πλέον ήταν δυνατό να γίνει με σαφώς μεγαλύτερη προσέγγιση στην πραγματικότητα. Στην περίοδο εκείνη άρχισε να καθιερώνεται διεθνώς και η ειδικότητα του Παιδοκαρδιολόγου. Δεν ήταν όμως μόνο το γεγονός ότι η διάγνωση έμπαινε τώρα με μεγαλύτερη ακρίβεια, αλλά άρχισαν να εφαρμόζονται και νέες μέθοδοι χειρουργικής αντιμετώπισης ακόμα και στις πιο σύμπλοκες συγγενείς καρδιοπάθειες.

Στην αρχή, η θνησιμότητα ήταν αυξημένη. Όμως, με την πάροδο του χρόνου και την αναγνώριση των λαθών, οι τεχνικές βελτιώθηκαν, εφαρμόστηκαν παραλλαγές των αρχικών επεμβάσεων και καθιερώθηκαν αυτές που είχαν το καλύτερο αναμενόμενο αποτέλεσμα με τη μικρότερη δυνατή θνησιμότητα.

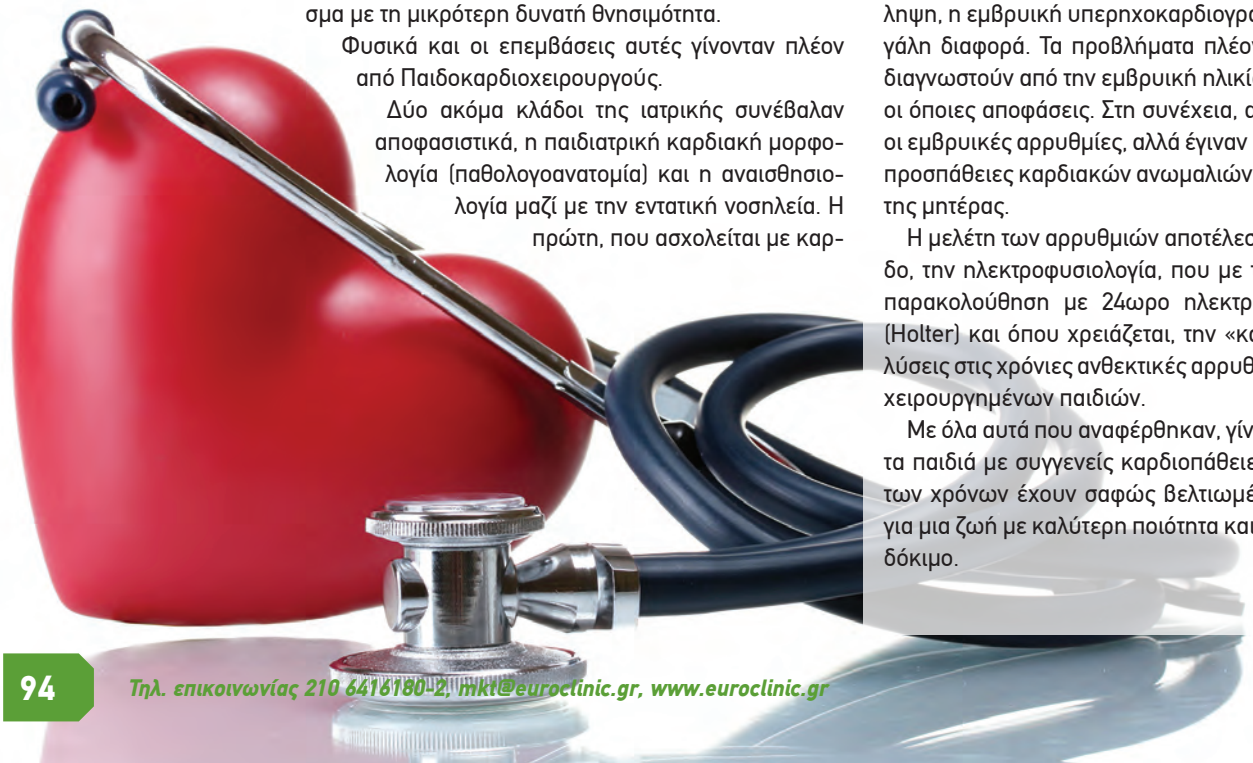
Φυσικά και οι επεμβάσεις αυτές γίνονταν πλέον από Παιδοκαρδιοχειρουργούς.

Δύο ακόμα κλάδοι της ιατρικής συνέβαλαν αποφασιστικά, η παιδιατρική καρδιακή μορφολογία (παθολογοανατομία) και η αναισθησιολογία μαζί με την εντατική νοσηλεία. Η πρώτη, που ασχολείται με καρδιές παιδιών που είχαν χαθεί, χειρουργημένα ή μη, δημιούργησε συλλογές από τις καρδιές των παιδιών αυτών, των οποίων η μελέτη βοήθησε σε πολύ μεγάλο βαθμό τους Παιδοκαρδιολόγους και τους Παιδοκαρδιοχειρουργούς στο να μπορέσουν να καταλάβουν τι είχε πάει στραβά. Η αναισθησία που είναι απαραίτητη τόσο στους καθετηριασμούς των μικρών παιδιών όσο και στα χειρουργεία, όπως είναι ευνόητο, έπαιζε το δικό της σημαντικό ρόλο τον οποίο χειριζόταν πλέον Αναισθησιολόγοι εξειδικευμένοι στην παιδική αναισθησία. Και επειδή τίποτα δεν μπορεί να γίνει χωρίς μονάδα εντατικής νοσηλείας, που στα παιδιά διαφέρει από αυτή των νεογνών ή ακόμα και των πρόωρων νεογνών από τα μεγαλύτερα παιδιά, η εξειδίκευση παιδιάτρων και η αποκλειστική απασχόλησή τους στις μονάδες εντατικής νοσηλείας ήταν το εκ των ων ουκ άνευ.

Στην αντιμετώπιση των καρδιοπαθειών της παιδικής ηλικίας, στα μετέπειτα χρόνια, καθοριστικό ρόλο έπαιξε η επεμβατική καρδιολογία. Το «μπαλονάκι» και η «ομπρελίτσα» έδωσαν λύσεις σε ένα μεγάλο αριθμό ασθενών που απέφευγε πλέον τη χειρουργική επέμβαση. Επειδή, όμως, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση και στην πρόληψη, η εμβρυική υπερηχοκαρδιογραφία έκανε τη μεγάλη διαφορά. Τα προβλήματα πλέον μπορούσαν, να διαγνωστούν από την εμβρυική ηλικία και να παρθούν οι όποιες αποφάσεις. Στη συνέχεια, αντιμετωπίστηκαν οι εμβρυικές αρρυθμίες, αλλά έγιναν και θεραπευτικές προσπάθειες καρδιακών ανωμαλιών μέσα στην κοιλιά της μητέρας.

Η μελέτη των αρρυθμιών αποτέλεσε έναν άλλο κλάδο, την ηλεκτροφυσιολογία, που με τη διάγνωση, την παρακολούθηση με 24ωρο ηλεκτροκαρδιογράφημα (Holter) και όπου χρειάζεται, την «κατάλυση», έδωσε λύσεις στις χρόνιες ανθεκτικές αρρυθμίες, κυρίως των χειρουργημένων παιδιών.

Με όλα αυτά που αναφέρθηκαν, γίνεται αντιληπτό ότι τα παιδιά με συγγενείς καρδιοπάθειες με το πέρασμα των χρόνων έχουν σαφώς βελτιωμένη αντιμετώπιση για μια ζωή με καλύτερη ποιότητα και αυξημένο προσδόκιμο.



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!

StrAdMark

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

Νικήτας
Παπαδάκης

Υπεύθυνος Κουζίνας
Ευρωκλινικής Αθηνών

Μοσχάρι Στρογγανόφ

Υλικά

600 γρ. μοσχαρίσιο φιλέτο
κομμένο λωρίδες
100γρ βούτυρο
1 μέτριο ξερό κρεμμύδι ψιλοκομμένο
200 γρ. μανιτάρια σε φέτες champignon
φρέσκα
150γρ. λευκό ξηρό κρασί
100γρ. μουστάρδα πικάντικη
400 γρ. ζωμό από κοτόπουλο ή μοσχάρι
αλάτι, πιπέρι Καγιέν, πάπρικα
λίγο ψιλοκομμένο μαϊντανό
150 γρ. γιαούρτι στραγγιστό
50γρ κονιάκ
50γρ. κρέμα γάλακτος

Εκτέλεση

Κόβουμε το κρέας ζουλιέν & το σοτάρουμε με το βούτυρο σε μια κατσαρόλα με βαρύ πάτο. Σοτάρουμε ομοιόμορφα τα κομμάτια του κρέατος, μέχρι να ροδίσουν από όλες τις πλευρές. Τα βγάζουμε από την κατσαρόλα και σοτάρουμε το κρεμμύδι με τα μανιτάρια για 10' περίπου. Σβήνουμε με το κρασί και κονιάκ αφήνουμε λίγη ώρα να μαγειρευτεί, ούτως ώστε να εξατμιστεί το αλκοόλ. Προσθέτουμε επίσης το ζωμό και τη μουστάρδα. Ξαναβάζουμε τα κομμάτια του κρέατος στην κατσαρόλα, τη σκεπάζουμε και αφήνουμε το φαγητό να μαγειρευτεί σε μέτρια φωτιά για 30 λεπτά περίπου. Λίγο πριν να αποσύρουμε από τη φωτιά ρίχνουμε τα μπαχαρικά, προσθέτουμε το γιαούρτι με την κρέμα γάλακτος. Ανακατεύουμε ελαφρά και σερβίρουμε.

Pavlova με φρέσκιες φράουλες

Υλικά

Για τη μαρέγκα
120γρ. ασπράδια
10γρ. κορν φλάουρ
155γρ. λεύκη ζάχαρη
72γρ. καστανή ζάχαρη

Για τη sause
350γρ. πολτοποιημένες φράουλες
70γρ. ζάχαρη
15γρ. κονιάκ

Για τη χέμιση
500γρ. κρεμά γάλακτος
350γρ. φράουλες

Εκτέλεση

Μαρέγκα
Χτυπάμε τα ασπράδια μαρέγκα στη μεσαία ταχύτητα του μίξερ και μόλις αφρατέψει προσθέτουμε σταδιακά την άσπρη και την καστανή ζάχαρη. Συνεχίζουμε το χτύπημα μέχρι να γίνει πηκτή μαρέγκα. Έπειτα προσθέτουμε το κορν φλάουρ και ανακατεύουμε απαλά με το χέρι με κυκλικές κινήσεις. Σε ένα ταψάκι που έχουμε στρώσει λαδόκολλα απλώνουμε τη μαρέγκα σε κύκλο με βάθος και φτιάχνουμε φωλιές. Την ψήνουμε σε προθερμασμένο φούρνο στους 115°C για 2 ώρες κλείνουμε το φούρνο και την αφήνουμε μέσα στο φούρνο να κρυώσει.

Για τη sause φράουλας
Βάζουμε τις φράουλες στη ζάχαρη και το κονιάκ σε ένα κατσαρόλι και τις βράζουμε για 4 λεπτά σε μέτρια φωτιά την αποσύρουμε από το μάτι και την αφήνουμε να κρυώσει εντελώς. Μόλις κρυώσει εντελώς η μαρέγκα χτυπάμε τη σαντιγί και τη βάζουμε πάνω στην μαρέγκα. Κόβουμε τις φράουλες και περιχύνουμε από πάνω τη sauce.

Τηλ. επικοινωνίας 210 6416180-2, mkt@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

Σαλάτα εποχής

Μαριάννα **Τσιούγκου**

Υπεύθυνη Κουζίνας Ευρωκλινικής Παίδων

Υλικά

½ μαρούλι
½ γαλλική σαλάτα
½ αγγούρι κομμένο σε κύβους
1 φρέσκο κρεμμύδι
6 τοματίνια κομμένα στα τέσσερα
½ καρότο ψιλοκομμένο
3 κουταλιές της σούπας ελαιόλαδο
2 κουταλιές της σούπας balsamico
φλούδες παρμεζάνας
αλάτι, φρεσκοτριμμένο πιπέρι

Εκτέλεση

Πλένετε και στραγγίζετε όλες τις σαλάτες και το φρέσκο κρεμμύδι. Τοποθετείτε σε ένα μπολ τα κομμένα τοματίνια, το αγγουράκι σε κύβους και το καρότο. Προσθέτετε αλάτι, φρεσκοτριμμένο πιπέρι, ελαιόλαδο και balsamico. Ανακατεύεται πολύ καλά και αφήνετε τα λαχανικά να μαριναριστούν το λιγότερο 15 λεπτά. Στη συνέχεια, παίρνετε ένα κόκκινο λάχανο και βγάζετε προσεκτικά το εξωτερικό φύλλο, το πλένετε και το αφήνετε να στραγγίσει (το σχήμα του θα είναι όπως ένα μπολ). Βάζετε όλα τα λαχανικά μέσα στο κόκκινο λάχανο (σε σχήμα μπολ) μαριναρισμένα, έτοιμα. Στο τέλος ρίχνουμε από πάνω φλούδες παρμεζάνας.

Παγωτίνι με μπισκότα πτίμπερ

Υλικά

1 συσκευασία μους σοκολάτας σε σκόνη
200 γρ γάλα
2 πακέτα μπισκότα πτίμπερ
τριμμένο μπισκότο για την επικάλυψη

Εκτέλεση

Χτυπάμε τη μους σοκολάτας με το γάλα, στρώνουμε μια λαδόκολλα σε ένα ταψί και βάζουμε μια στρώση μπισκότα και με μια στρώση μους σοκολάτας και τελειώνουμε με μπισκότα. Βάζουμε το γλυκό στην κατάψυξη και το αφήνουμε να παγώσει για 4 ώρες.

Μπιφτέκι γαλοπούλας με πατάτες παριζιέν

Εκτέλεση

Ρίχνουμε τον κιμά σε ένα μπολ με τη φρυγανιά και όλα τα υπόλοιπα υλικά και το ζυμώνουμε πολύ καλά και το αφήνουμε στο ψυγείο για μισή ώρα. Πλάθουμε τα μπιφτέκια και τα ψήνουμε σε προθερμασμένο φούρνο στους 160°C για μισή ώρα περίπου.

Για τη γαρνιτούρα
Κόβουμε στρογγυλές πατάτες, καρότο και μια φέτα τυρί και την τοποθετούμε στο μπιφτέκι.

Υλικά (για 4 μερίδες)

1 κιλό κιμάς γαλοπούλας
1 φλιτζάνι τριμμένη φρυγανιά
2 μεγάλα κρεμμύδια
1 μικρή ντομάτα
2 κουταλιές της σούπας ελαιόλαδο
Λίγο μαϊντανό
Λίγο φρέσκο δυόσμο
Αλάτι

Η ενημέρωση σώζει, η άποψή σας βοηθά!

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

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 ◯ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ◯ 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 που σας ενδιαφέρει):

ΙΑΤΡΙΚΑ (ΕΝΗΛΙΚΩΝ): _____

ΟΜΟΡΦΙΑ: _____

ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ: _____

ΔΙΑΤΡΟΦΗ: _____

ΝΕΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ: _____

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ: _____

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

ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΣΤΟ E-MAIL ΣΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΙΣ ΠΡΟΣΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ; ◯ ΝΑΙ ◯ ΟΧΙ

E-MAIL: _____

ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ/ΣΧΟΛΙΑ: _____

Όνομα: _____

Επίθετο: _____

Επάγγελμα: _____

Παιδιά: 1 ◯ 2 ◯ 3 και άνω ◯

Διεύθυνση: _____ Τ.Κ.: _____

Περιοχή: _____

Ημερομηνία γέννησης: _____

Τηλέφωνο: _____

Υπογραφή: _____

Σας ευχαριστούμε πολύ

Νίκος Μόσχος
Διευθυντής Ανάπτυξης
Ομίλου Ευρωκλινικής

Μπορείτε να στείλετε το ερωτηματολόγιο στην παρακάτω διεύθυνση:
Ευρωκλινική Αθηνών, Τσόχα 21 & Δημ. Σούτσου, Αθήνα
Υπόψη κυρίας Νάνσυ Χριστοπούλου, τηλέφωνο επικοινωνίας: 210 64 16 182
(Αν βρίσκεστε στον χώρο της κλινικής, μπορείτε να αφήσετε το ερωτηματολόγιο στη ρεσεψιόν)

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ

ΤΜΗΜΑ	ΙΑΤΡΟΙ	ΔΕΥΤΕΡΑ	ΤΡΙΤΗ	ΤΕΤΑΡΤΗ	ΠΕΜΠΤΗ	ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	Ψιάχου Ελένη	11:00-13:00				
ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΟ	Κουλούρη-Βακαλοπούλου Μαρία		15:00-16:30			
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ	Σοφιανού Κατερίνα				14:00-18:00*	
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	Καφρίτσα Παναγιώτα		09:30-13:00		09:30-13:00	
	Χουλιάρας Γεώργιος			17:00-19:00		11:00-13:00
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	Αλεξόπουλος Αλέξιος		14:30-16:30		17:00-19:00*	
	Μουσάτου Βασιλική					18:30-20:30
	Παγούνη-Αυλωνίτη Αννα			10:00-12:00		
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	Μανιάτη - Χρηστίδη Μαρία				09:30-14:00*	
	Παπάζογλου Θάλεια					
	Χρύσου Ιωάννης					
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΟ	Χρύσου Ιωάννης	12:00-17:00				
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	Μανιάτη - Χρηστίδη Μαρία				09:20-13:40	
	Παπάζογλου Θάλεια		16:00-19:00	11:00-13:00	16:00-19:00	
	Χιώτης Δημήτριος	09:20-13:40				
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	Αντωνιάδης Στυλιανός		11:00-13:30	17:30-19:30*		
	Παϊλόπουλος Βασίλειος					11:00-13:30
ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	Βαλιούλης Πέτρος	13:00-15:00				
	Πετρόπουλος Παναγιώτης				17:00-19:00	
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	Βάρτζελης Γεώργιος					19:00-20:00*
	Γκίκα Άρτεμις				16:00-19:00*	
	Καπετανάκης Μηνάς	17:00-19:00				
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	Αδαμάκης Γρηγόριος		08:30-14:30 18:00-20:00		08:30-14:30	
	Διακομανώλη Άλκηστις (Πελματογράφημα)				14:30-16:30*	
	Πετράτος Δημήτριος				17:00-20:00	
	Χουντή Αρετή	08:30-14:30		08:30-14:30		08:30-14:30 18:00-20:00
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	Μιχαήλ Βασίλειος			12:00-14:00		
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	Γκατζώνης Σταμάτιος		10:00-11:45 18:00-19:45		10:00-11:45	
	Καμπέση Ουρανία				*	*
	Καλλίνικου Χρυσούλα			10:00-13:00*		
	Κατσούνης Αντώνιος			10:00-13:00*		
	Καρκάνης Γεώργιος					10:00-13:00
	Παπαχαραλάμπους Ευδοκία	10:00-13:00*				18:00-20:00*
	Φωλλίδη Βασιλική	10:00-13:00* 18:00-20:00				
ΠΑΙΔΙΚΗΣ & ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ	Αναστασιάδου Βασιλική		*			
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	Πάλλης Ευστράτιος	*				
ΠΑΙΔΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ	Γιουρούκου Ελενα			09:00-13:00*		
	Λαγκαδιανού Βίκυ			12:00-16:00*		
ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	Μιχελάκης Δημήτριος		10:00-12:00*	10:00-12:00* 17:00-19:00	10:00-12:00*	
	Μπουφούνου-Αργυροπούλου Σταυρούλα			17:00-19:00		
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	Αγραφιώτου Αικατερίνη			09:30-14:00		
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	Σμέρλα Ρουμπίνη			11:00-13:00		
ΤΜΗΜΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	Λαγκαδιανού Βίκυ	*				
	Χιώτης Δημήτριος					
	Χρύσου Ιωάννης					
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	Βαλιούλης Πέτρος	10:00-12:00	10:00-12:00 18:00-20:00	10:00-12:00	10:00-12:00	10:00-12:00 18:00-20:00
	Γεωργιάδης Αρσένιος					
	Μαράντος Άγγελος					
	Πετρίδης Αγάπιος					
	Σούτης Μιχαήλ					
ΩΡΛ	Βέλλης Παντελής					*
	Μισυρλής Παναγιώτης					10:00-13:00* 15:00-17:00*
	Ντινοπούλου Δήμητρα	10:00-13:00	10:00-13:00	10:00-13:00 16:00-19:00	10:00-13:00	10:00-13:00*
	Χριστόπουλος Ιωάννης	11:00-12:00	11:00-13:30 18:00-20:00	11:00-12:00	11:00-13:30	

* ΚΑΤΟΠΙΝ ΣΥΝΕΝΝΟΗΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ

Για περισσότερες πληροφορίες ή για να κλείσετε ραντεβού παρακαλούμε επικοινωνήστε μαζί μας στα τηλέφωνα **210 86 91 911 & 957**, Δευτ. - Παρ. (08:00-21:00)
Λεμεσού 39-41 & Αχαρνών 209, 104 46 Αθήνα • Τηλ.: 210 8691900, Fax: 210 8691950
www.euroclinic.gr • e-mail: mkt@euroclinic.gr

Ρομποτική Χειρουργική

- Ουρολογία
- Γυναικολογία
- Γενική Χειρουργική

Ο νέος φίλος του ασθενή. Ο νέος σύμμαχος του ιατρού!

Η Ρομποτική Χειρουργική έχει εκτεταμένη χρήση στα μεγαλύτερα νοσοκομειακά κέντρα του εξωτερικού, εξαιτίας των πλεονεκτημάτων που παρέχει στην ίαση, την ταχύτερη ανάρρωση και την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών.

Ο όμιλος Ευρωκλινικής ίδρυσε το 2008 το Τμήμα Ρομποτικής Χειρουργικής, ένα από τα ελάχιστα στην Ελλάδα με Διευθυντές χειρουργούς πιστοποιημένους και στις τρεις βασικές ειδικότητες που εφαρμόζεται, δηλαδή την Ουρολογία, τη Γυναικολογία και τη Γενική χειρουργική.

Ουρολογία

- Ριζική Προστατεκτομή για καρκίνο του προστάτη
- Πυελοπλαστική
- Κύστεις - όγκοι νεφρών
- Ριζική κυστεκτομή
- Επεμβάσεις για ακράτεια ούρων
- Αμφοτερόπλευρη κιρσοκήλη

Γυναικολογία

- Αφαίρεση ινομυωμάτων
- Ενδομητρίωση
- Αφαίρεση λεμφαδένων
- Κύστεις ωοθηκών
- Αφαίρεση μήτρας-ολική ή μερική υστερεκτομή
- Υδροσάλπιγγα
- Εξωμήτριος κύηση
- Πτώση μήτρας
- Ακράτεια ούρων
- Λύση συμφύσεων μεταξύ μήτρας-σαλπίγγων-ωοθηκών-εντέρου
- Κακοήθεις όγκοι της μήτρας και του τραχήλου της μήτρας

Γενική Χειρουργική

- Χολολιθίαση
- Επεμβάσεις για παχυσαρκία
- Διαφραγματοκήλη
- Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ)
- Αχαλασία
- Καρκίνος στομάχου και καρδιοοισοφαγικής συμβολής
- Διάτρηση 12δακτυλικού έλκους
- Παχύ έντερο
- Σπληνεκτομή
- Επεμβάσεις στο πάγκρεας
- Επινεφριδεκτομή
- Επεμβάσεις στο ήπαρ
- Κήλες

Οφέλη για τον ασθενή

- Ελαχιστοποίηση των επιπλοκών & του μετεγχειρητικού πόνου
- Μείωση του χρόνου νοσηλείας & γρήγορη επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες
- Εξαιρετικό αισθητικό αποτέλεσμα
- Ελάχιστη απώλεια αίματος
- Συνήθης ένδειξη σε:
  - Α. επαναχειρουργημένους ασθενείς
  - Β. ασθενείς με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα
  - Γ. ασθενείς με υψηλό δείκτη μάζας σώματος, BMI

Πλεονεκτήματα για το χειρουργό

- Τέλεια οπτική αντίληψη
- Απεριόριστη δυνατότητα προσέγγισης των ιστών
- Πλήρης ακρίβεια χειρισμών
- Έλλειψη τρόμου χεριών

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

Τηλέφωνα επικοινωνίας: 210 6416180-185 • E-mail: mkt@euroclinic.gr • www.euroclinic.gr

Αθανασιάδου 9, πάροδος Δ. Σούτσου, 11521 Αθήνα