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

ΔΩΡΕΑΝ

Medilife

ΤΕΥΧΟΣ 19, ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2016
ISSN: 2459-4032

VIP Services

Νέα υπηρεσία της Ευρωκλινικής:
Από την εισαγωγή μέχρι το εξιτήριο
ένας οδηγός για κάθε ασθενή

υγεία για όλους | γυναίκα | παιδί | ευ ζην

Πιο απλά και πιο προσιτά από ποτέ!

Τα προγράμματα ασφάλισης υγείας INTERAMERICAN κάνουν την ασφάλιση 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 περίθαλψης το οποίο καλύπτει 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.
- **MEDICARE:** Ένα πρόγραμμα πρωτοβάθμιας φροντίδας, που καλύπτει απεριόριστες επισκέψεις σε γιατρούς, ιατρικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις.

Τα ασφάλιστρα είναι ιδιαίτερα προσιτά και ξεκινούν από €0,50 την ημέρα!

/interamerican
/interamericangr
/interamericangr
www.interamerican.gr

INTERAMERICAN
PART OF ACHMEA

sprint

Medilife
ΤΕΥΧΟΣ 19, ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2016

Editorial

Αντώνης Βουκλαρής
Διευθύνων Σύμβουλος
Ομίλου Ευρωκλινικής

Η **εξυπηρέτηση του ασθενή**... στο κέντρο

Το 2016 βρήκε τον όμιλο της Ευρωκλινικής έτοιμο να ανταποκριθεί στις προκλήσεις των καιρών.

Η συγκυρία απαιτεί πράξεις και όχι λόγια.

Έχοντας στο κέντρο της προσοχής μας την υγεία του ασθενή και την εξυπηρέτησή του βελτιώνουμε τις υπάρχουσες και παρουσιάζουμε νέες υπηρεσίες που μπορούν να κάνουν τη διαφορά.

Ξεκινήσαμε τη λειτουργία του **Σημείου Ε.Ν.Α.** (Σημείο Εξυπηρέτησης Νοσηλευόμενων Ασθενών), το σημείο όπου ο κάθε ασθενής συναντά τον **Προσωπικό του Οδηγό**. Ο προσωπικός οδηγός βρίσκεται δίπλα στον ασθενή από τη στιγμή που θα κλείσει το ραντεβού του μέχρι το εξιτήριό του. Ο κάθε ασθενής ξέρει πλέον ότι στην Ευρωκλινική, για οτιδήποτε χρειαστεί, θα έχει έναν άνθρωπο δίπλα του να τον βοηθήσει, να τον κατευθύνει και να διαχειριστεί όλες τις απρόσωπες και τυπικές διαδικασίες του νοσοκομείου με ανθρωπιά, ευελιξία και κατανόηση.

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε ένα νοσοκομείο έχουν ανάγκη να αισθάνονται ασφάλεια και οικειότητα. Αυτό τους το παρέχουμε απλόχερα μειώνοντας το άγχος και την εγρήγορση που δημιουργείται στον καθένα που αγωνιά για την υγεία του.

Για να βελτιώσουμε την εξυπηρέτηση στα εξωτερικά ιατρεία δημιουργήσαμε τη θέση του **Συντονιστή Εξυπηρέτησης**, ώστε οι εξωτερικοί ασθενείς να έχουν το δικό τους άτομο που τους καθοδηγεί, φροντίζει για την γρήγορη εξυπηρέτησή τους και επιλύει άμεσα τυχόν προβλήματα που παρουσιάζονται.

Παρέχουμε Valet Parking στους ασθενείς και τους επισκέπτες μας που μπορούν να αφήσουν το αυτοκίνητό τους στην είσοδο της Ευρωκλινικής για όσο χρειαστεί με ασφάλεια, αξιοπιστία και χωρίς ταλαιπωρία.

Προχωρήσαμε σε μία σειρά από σημαντικές συμφωνίες με τις ασφαλιστικές εταιρείες, παρέχοντας σημαντικά προνόμια και εκπτώσεις ώστε οι κλινικές του Ομίλου Ευρωκλινικής να είναι ευκολότερα προσβάσιμες στους ιδιωτικά ασφαλισμένους.

Σε ένα εξωτερικό περιβάλλον που επικρατεί ο αρνητισμός και η απαισιοδοξία εμείς εργαζόμαστε κάθε μέρα για να υλοποιούμε νέες υπηρεσίες, να εφαρμόζουμε καινοτομίες και να φέρνουμε την Ευρωκλινική στο κέντρο των Εξελίξεων.

Groupama

Ασφαλιστική

Σίγουρα Δίπλα σας

Με **88 χρόνια** παρουσίας στην ελληνική αγορά
και τη δύναμη του διεθνούς **Ομίλου Groupama**
ασφαλίζει με σιγουριά εσάς και ό, τι αγαπάτε στη ζωή.

Θυγατρική ενός εκατονταετούς ομίλου διεθνούς εμβέλειας

✔ Παρουσία σε **12** χώρες ✔ **13 εκατομμύρια** πελάτες

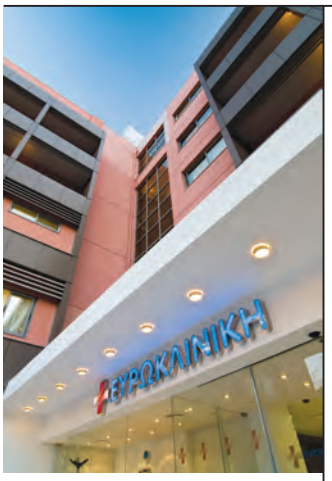
✔ **€ 13,6 δις.** κύκλος εργασιών ✔ **253%** περιθώριο φερεγγυότητας

Λεωφ. Συγγρού 213-215, 171 21 Νέα Σμύρνη
T +30 210 329 5111, **F** +30 210 323 9135
Call Center: 800 11 93 800 **email:** info@groupama.gr
www.groupama.gr

ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΠΕΛΑΤΩΝ
800 11 93 800
210 32 95 111

Medilife Contents

ΤΕΥΧΟΣ 19, ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2016



ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο Κέντρο!

ΤΑ ΝΕΑ ΜΑΣ

5 Επιστημονικές συναντήσεις
6-10 Ιατρικά Νέα
11 Εκπαιδευτικές δραστηριότητες για το νοσηλευτικό προσωπικό
12,13 Ιατρικά επιτεύγματα
14 Αισθητική δερματολογία
15 Τα νέα μας
16 Στηρίζουμε ενεργά τον ελληνικό αθλητισμό
17 Η Ευρωκλινική κοντά στην κοινωνία
18,19 Ο ασθενής στο κέντρο
20 Τμήμα εξυπηρέτησης διεθνών ασθενών
87,88 Εκπτωτικά κουπόνια

ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

22 Το στρες και τα αυτοάνοσα νοσήματα
24 Σύγχρονες εξελίξεις στις ολικές αρθροπλαστικές
26 Ηλεκτρονικό τσιγάρο
29 Καρδιακή ανεπάρκεια
32 Καρκίνος του παχέος εντέρου και προληπτική κολονοσκόπηση
34 Λοίμωξη στους ηλικιωμένους
36 Ολική αρτηριακή επαναιμάτωση μυοκαρδίου
38 Ελάχιστα επεμβατική χειρουργική πρόσθιου ποδός
40 Λαπαροσκοπική αποκατάσταση κηλών κοιλιακού τοιχώματος
42 Ελεύθερη ρινική αναπνοή - αισθητικά όμορφη μύτη
44 Ανοσοθεραπεία
48 10 συμπτώματα - καμπανάκι που δεν πρέπει να αγνοούμε γιατί μπορεί να υποδηλώνουν καρκίνο
50 Τροφιμογενή και υδατογενή νοσήματα
52 Από τη λαπαροσκοπική χειρουργική στη ρομποτική χειρουργική του σήμερα και την τηλερομποτική χειρουργική του αύριο
54 Ώρα για check up

ΓΥΝΑΙΚΑ

58 Η συχνότερη ενδοκρινοπάθεια για όλες τις γυναίκες
60 Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη στον καρκίνο του μαστού
62 Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις

ΕΥ ΖΗΝ

66 Ψυχοσωματικά συμπτώματα
68 Διατροφή στο γραφείο

ΠΑΙΔΙ

72 Τι πρέπει να γνωρίζω για την ουρολοίμωξη των παιδιών μου;
75 Αμυγδαλεκτομή και δενοειδεκτομή
76 Πόνος στην κοιλιά - Ένα συχνό πρόβλημα στην παιδική ηλικία
78 Απεικονιστικός έλεγχος Κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης
80 Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 στα παιδιά
82 Η αξιολόγηση της σχολικής ετοιμότητας
84 Αιδοιοκολπίτιδα στην παιδική και προεφηβική ηλικία

Medilife

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

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ
Λεμεσού 39-41 & Αχαρνών 209, 104 46, Αθήνα
Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 8691 900
Fax: 210 8691 950

mkt@euroclinic.gr
www.euroclinic.gr
www.facefook.com/euroclinicgroup

Επιστημονικό Συμβούλιο Ευρωκλινικής Αθηνών
Αναπλ. Καθηγητής Αριστείδης Καραγιάννης
Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου, Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής
Ευάγγελος Γκόβας
Διευθυντής Τμήματος Υπερήχων
Δανάη Δαλιάνη
Διευθύντρια Ογκολογικής Κλινικής
Εμμανουήλ Ζαχαριάδης
Διευθυντής Πνευμονολογικού Τμήματος
Ανδρέας Κωνσταντίνου
Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Αθηνών, Διευθυντής Παθολόγος
Αντώνης Βουκλαρής
Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής

Επιστημονικό Συμβούλιο Ευρωκλινικής Παίδων
Μαρία Κατσικάρη
Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου
Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος
Αικατερίνη Αγραφίωτου
Διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής
Μιχαήλ Σούτης
Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας και Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος
Νικόλαος Πέττας
Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος
Παναγιώτης Μισυρλής
Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος
Σταμάτης Γκατζώνης
Διευθυντής Οφθαλμολογικού Τμήματος
Ελένη Τσάπρα
Διευθύντρια Παιδιατρικού Τομέα
Αντώνης Βουκλαρής
Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής
Πέτρος Λούκας
Γενικός και Διοικητικός Διευθυντής Ευρωκλινικής Παίδων

Υπεύθυνη έκδοσης
Εύα Τσιλίκουνα
Διευθύντρια Μάρκετινγκ & Επικοινωνίας Ομίλου Ευρωκλινικής

Σχεδιασμός - Επιμέλεια έκδοσης:
ZITA MEDICAL MANAGEMENT
Creative Director: Τάσσου Τάνια

Εκτύπωση - Βιβλιοδεσία: **IRIS AEBE**

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

Το περιοδικό διανέμεται δωρεάν

Αυτό το ξέρατε;

Η Ευρωκλινική **σέβεται το περιβάλλον**

Στρατηγικός στόχος και διαρκής δέσμευση του Ομίλου Ευρωκλινικής είναι η **διατήρηση και η προστασία των φυσικών πόρων και του περιβάλλοντος** μέσα από τη συνεχή προσπάθεια μείωσης των περιβαλλοντικών αποτυπωμάτων. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται με συνεχείς αποτιμήσεις και εφαρμογή συγκεκριμένων περιβαλλοντικών πολιτικών, μία από τις οποίες είναι και η ανακύκλωση υλικών και απορριμμάτων. Στην Ευρωκλινική είμαστε στην ευχάριστη θέση να ανακοινώσουμε ότι για το 2015, χάρη στις προσπάθειες όλων και σε συνεργασία με την εταιρεία Alter Ego, καταφέραμε να συλλέξουμε περισσότερους από 26 τόνους ανακυκλώσιμων υλικών, με τους οποίους:

- *Σώζουμε 463 δέντρα*
- *Γλιτώνουμε 1.047.020,55 Lt νερού*
- *Εξοικονομούμε 49,6 βαρέλια πετρελαίου*
- *Εξοικονομούμε 118.831,54 kwh ηλεκτρικού ρεύματος, ικανού να καλύπτει τις ανάγκες ενός σπιτιού για 124 μήνες*
- *Αποκλείουμε 11.392,88 kg διοξειδίου του άνθρακα στην ατμόσφαιρα*
- *Σώζουμε 87,3 τόνους ξύλα που προορίζονται για την παραγωγή χαρτιού.*

Επιστημονικές συναντήσεις Ευρωκλινικής Αθηνών

Οι ομιλητές και τα μέλη της Επιτροπής Εκπαίδευσης της Ευρωκλινικής Αθηνών

Με μεγάλη επιτυχία συνεχίζονται, για όγδοη συνεχή χρονιά, οι επιστημονικές συναντήσεις του ιατρικού προσωπικού της Ευρωκλινικής, οι οποίες διοργανώνονται από την Επιτροπή Εκπαίδευσης της Ευρωκλινικής Αθηνών, αποτελούμενη από τους καθηγητές *Δημήτριο Λουκόπουλο, Φωτεινή Σκοπούλη, Ευανθία Διαμάντη-Κανδαράκη και Ιωάννη Μπράμη.*

Διαρκής στόχος των επιστημονικών συναντήσεων είναι **η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η ενημέρωση των ιατρών της Ευρωκλινικής, αλλά και της ευρύτερης ιατρικής κοινότητας.** Οι επιστημονικές συναντήσεις της Ευρωκλινικής δίνουν στους συμμετέχοντες ιατρούς τη δυνατότητα να ανανεώσουν τις γνώσεις τους και να ενημερωθούν από τους ειδικούς για τις προόδους της ιατρικής επιστήμης. Επιπλέον, μέσω του γόνιμου διαλόγου και της ανταλλαγής απόψεων, προάγονται η γνωριμία και η συνεργασία μεταξύ των ιατρών των διαφορετικών ειδικοτήτων αλλά και η πληρέστερη ενημέρωσή τους για το υψηλό επίπεδο υπηρεσιών υγείας που προσφέρει η Ευρωκλινική.

Ιδιαιτέρως σημαντική ήταν φέτος η **συμμετοχή διακεκριμένων προσκεκλημένων ομιλητών**, όπως αυτή του κυρίου *Χαράλαμπου Μουτσόπουλου*, ομότιμου καθηγητή ΕΚΠΑ, και της κυρίας *Χαράς Σπηλιοπούλου*, καθηγήτριας ΕΚΠΑ, οι οποίοι συνεισέφεραν στην περαιτέρω αναβάθμιση του επιστημονικού επιπέδου και του κύρους των επιστημονικών συναντήσεων της Ευρωκλινικής.

με την υποστήριξη
της Ευρωκλινικής Αθηνών

Ημερίδα

Ορθοπεδική και ψηφιακή τεχνολογία

Νεότερες μέθοδοι αντιμετώπισης οστεοαρθρίτιδας γόνατος

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε η ιατρική ημερίδα «Ορθοπεδική και ψηφιακή τεχνολογία - Νεότερες μέθοδοι αντιμετώπισης οστεοαρθρίτιδας γόνατος», η οποία διοργανώθηκε από το Τμήμα Ψηφιακής Επανορθωτικής Χειρουργικής Γόνατος της Ευρωκλινικής Αθηνών και πραγματοποιήθηκε στις 26 Σεπτεμβρίου 2015, στην αίθουσα διαλέξεων του Μουσείου Ιστορίας του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Στην ημερίδα παρουσιάστηκαν, μεταξύ άλλων, η μέθοδος της ολικής αρθροπλαστικής γόνατος με τη χρήση ψηφιακού συστήματος πλοηγού, που εφαρμόζεται με μεγάλη επιτυχία στην Ευρωκλινική Αθηνών, τα προγράμματα αποκατάστασης έπειτα από χειρουργικές παρεμβάσεις και η επίπτωση της χρήσης της εν λόγω τεχνολογίας σε οικονομοτεχνικό επίπεδο.

Όπως δήλωσε ο κύριος *Στέφανος Αναστασόπουλος*, διευθυντής Ορθοπεδικός στην Ευρωκλινική Αθηνών, «η ολική αρθροπλαστική γόνατος με τη χρήση ψηφιακού συστήματος πλοήγησης αποτελεί την πλέον εξελιγμένη μέθοδο για την αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας γόνατος. Στη σημερινή εποχή στον χώρο της ιατρικής είναι επιβεβλημένη η χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας με τις απίστευτες δυνατότητές της, αλλά με την προϋπόθεση ότι αποτελεί ένα καλό εργαλείο, ότι δεν καταργεί και δεν ακυρώνει τον ιατρό και δεν τον καθιστά χειριστή ενός μηχανήματος».

Διοργάνωση του 3ου Διεθνούς ENDO COMBO COURSE από την Καθηγήτρια Ε. Διαμάντη - Κανδαράκη

Από την Καθηγήτρια Ε. Διαμάντη-Κανδαράκη, διευθύντρια Πρότυπης Μονάδας Ενδοκρινολογίας και Σακχαρώδη Διαβήτη της Ευρωκλινικής Αθηνών, διοργανώθηκε το **3ο Διεθνές ENDO COMBO COURSE, με θέμα «Sports Endocrinology»** από τις 1 έως τις 3 Οκτωβρίου στο Eden Beach Hotel στην Ανάβυσσο.

Το σεμινάριο πραγματοποιήθηκε **υπό την αιγίδα της Ευρωκλινικής Αθηνών και της Ευρωπαϊκής και Ελληνικής Ενδοκρινολογικής εταιρείας**. Στο σεμινάριο παρευρέθηκαν αρκετοί διεθνείς ομιλητές και ιατροί οι οποίοι συμμετείχαν στα διαδραστικά εργαστήρια - interactive workshops. Η Καθηγήτρια Διαμάντη-Κανδαράκη δήλωσε: «Για πρώτη φορά, εντός αλλά και εκτός Ελλάδος, δόθηκε η δυνατότητα διεύρυνσης των οριζόντων της ενδοκρινολογίας και γενικότερα της σύγχρονης ιατρικής στον τομέα των ορμονικών διαταραχών κατά τον πρωταθλητισμό, αλλά και της σωστής προσέγγισης και ενδεδειγμένης άσκησης σε παθολογικές καταστάσεις π.χ., οστεοπόρωση, στεφανιαία νόσο, σακχαρώδης διαβήτης και υπογοναδισμός». Με πολύ ενδιαφέρον αναμένεται η αναγγελία του θέματος του 4ου Διεθνούς ENDO COMBO COURSE, που θα πραγματοποιηθεί στην Αθήνα από τις 6 έως τις 8 Οκτωβρίου 2016, με την υποστήριξη και πάλι της Ευρωκλινικής Αθηνών.

Διοργάνωση της 3ης Επιστημονικής Διημερίδας Γενετική του Καρκίνου από τον κ. Χρήστο Πανόπουλο

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε στις **27 & 28 Νοεμβρίου 2015 στο ξενοδοχείο Divani Caravel η Επιστημονική Διημερίδα «Γενετική του καρκίνου και εκτίμηση του κινδύνου. Η κατανόηση και η γνώση της καθορίζει το μέλλον;»**. Η Διημερίδα πραγματοποιήθηκε από την Εταιρεία Μελέτης Νέων Φαρμάκων στην Ογκολογία, με πρόεδρο τον κο. Χρήστο Πανόπουλο, Διευθυντή Παθολόγο - Ογκολόγο στην Ευρωκλινική Αθηνών. Στη Διημερίδα, η οποία διοργανώνεται επί τρία συναπτά έτη, υπήρχε μεγάλη συμμετοχή έμπειρων αλλά και νέων ιατρών οι οποίοι είχαν την ευκαιρία να ανταλλάξουν απόψεις και να μοιραστούν τις γνώσεις και την εμπειρία τους γύρω από τα πολύ επίκαιρα θέματα της γενετικής, της επιγενετικής και της κληρονομικότητας, καθώς και της σχέσης που μπορεί αυτές να έχουν με την πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου.

Ο Dr. Κωνσταντίνος Κουμάκης στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων

Ο Dr. Κωνσταντίνος Κουμάκης, Διευθυντής Νευρολόγος στην Ευρωκλινική Αθηνών, προήδρευσε σε μια συνεδρία προφορικών ανακοινώσεων και σε μία στρογγυλή τράπεζα στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων, το οποίο πραγματοποιήθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Αγγειακών Εγκεφαλικών Παθήσεων από τις 4 έως τις 6 Μαρτίου 2016 στη Θεσσαλονίκη. Σκοπός του συνεδρίου ήταν η παρουσίαση και ανταλλαγή απόψεων που αφορούν τη διάγνωση, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την αποκατάσταση στην εγκεφαλική ισχαιμία, την αιμορραγία και τις αγγειακές εγκεφαλικές νόσους γενικότερα. Επιπλέον ο κος Κουμάκης επανεξελέγη εκτελεστικό μέλος (Εξελεγκτική Επιτροπή) της Ελληνικής Εταιρείας Αγγειακών Εγκεφαλικών Παθήσεων.

Συμμετοχή της κυρίας Καβαρνού Γαρυφαλλιάς στο WHO OBSERVERSHIP

Η κυρία Καβαρνού Γαρυφαλλιά, επιμελήτρια του εργαστηρίου Βιοπαθολογίας της Ευρωκλινικής Παίδων, συμμετείχε στο πρόγραμμα WHO OBSERVERSHIP, που πραγματοποιήθηκε από τις 6 έως τις 8 Οκτωβρίου 2015 στην Κοπεγχάγη. Ήταν μέλος δεκαμελούς ομάδας εκπροσώπων διάφορων χωρών, η οποία παρακολούθησε ένα τριήμερο πρόγραμμα στα γραφεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στη Δανία. Κεντρικά θέματα αποτέλεσαν η αντιμικροβιακή αντοχή, η αντιμετώπιση εθνικών επειγουσών καταστάσεων, ο ιός της γρίπης και άλλα αναπνευστικά παθογόνα, η ελονοσία και άλλες παρασιτικές λοιμώξεις, καθώς και ο ιός HIV/AIDS. Οι χώρες που συμμετείχαν ήταν οι Σουηδία, Ισπανία, Ελλάδα, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Αυστρία, Ην. Βασίλειο, Αυστραλία και η Ινδία.

Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής του 5ου Συνεδρίου Καρκίνου του Μαστού 2016, η κυρία **Φιορίτα Πουλακάκη**

Με μεγάλη επιτυχία διοργανώθηκε το **5ο Επιστημονικό Συνέδριο με θέμα «Καρκίνος του Μαστού 2015 - Τι άλλαξε, τι αλλάζει», το οποίο διοργανώθηκε από τις τρεις πανεπιστημιακές κλινικές του ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», την Α' Ογκολογική Κλινική του Νοσοκομείου Μετροπόλιταν και τη Χειρουργική Κλινική Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών**, από τις 4 έως τις 6 Φεβρουαρίου 2016 στο ξενοδοχείο «Hilton» και στις 7 Φεβρουαρίου 2016 στην Ευρωκλινική Αθηνών.

Στο συνέδριο, στο οποίο προήδρευσε και η κυρία Πουλακάκη, συζητήθηκαν όλα τα νεότερα δεδομένα για την πιο συχνή νεοπλασματική ασθένεια των γυναικών, τον καρκίνο του μαστού.

Επιπλέον, στο πλαίσιο του συνεδρίου, διοργανώθηκε από την κυρία Φιορίτα Πουλακάκη, διευθύντρια Χειρουργικής Κλινικής Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών, ξεχωριστό σεμινάριο (workshop) με θεωρητικό και πρακτικό μέρος, με τη χρήση ειδικών εξομοιωτών (hands on)

για την τεχνική εντοπισμού και βιοψίας του λεμφαδένα φρουρού, το οποίο πραγματοποιήθηκε στους χώρους της Ευρωκλινικής Αθηνών.

Πρόκειται για τη μέθοδο που, σύμφωνα με τα διεθνή στάνταρ, πρέπει να εφαρμόζεται για τη σταδιοποίηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων αντί για το λεμφαδενικό καθαρισμό που γινόταν παλαιότερα. Στο σεμινάριο εκπαιδεύτηκαν 20 νέοι χειρουργοί στη μέθοδο αυτή. Υπεύθυνοι του εκπαιδευτικού σεμιναρίου (workshop) ήταν οι πρόεδροι του συνεδρίου, ο κύριος Νικόλαος Αρκαδόπουλος και η κυρία Φιορίτα Πουλακάκη.

Σημαντικές διακρίσεις για τους ιατρούς της Ευρωκλινικής

Τιμητική διάκριση για τον δρα **Δημοσθένη Κατρίτση**

Ο δρ Δημοσθένης Κατρίτσης, διευθυντής του Τμήματος Επεμβατικής Καρδιολογίας και Ηλεκτροφυσιολογίας της Ευρωκλινικής Αθηνών, εξελέγη **μέλος του Faculty της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Harvard (Harvard Medical School), με τίτλο Lecturer on Medicine**. Καθήκοντά του είναι η διδασκαλία φοιτητών ιατρικής και ειδικευομένων καρδιολογίας, καθώς και η διενέργεια ερευνητικών προγραμμάτων. Η Harvard Medical School παραμένει σταθερά στις τελευταίες δεκαετίες η No 1 ιατρική σχολή παγκοσμίως, σύμφωνα με όλες τις διεθνείς κατατάξεις αξιολογήσεως των πανεπιστημίων.

HARVARD MEDICAL SCHOOL

Ο δρ Κατρίτσης, MD, PhD, FRCP, FESC, FACC, είναι διδάκτωρ των Πανεπιστημίων Αθηνών και Λονδίνου, μέλος του Βρετανικού Κολλεγίου Παθολόγων, επίτιμος διευθυντής Καρδιολογίας στο St Thomas' Hospital, London και επισκέπτης καθηγητής του City University του Λονδίνου. Στην Ευρωκλινική διευθύνει το Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας και Ηλεκτροφυσιολογίας, το οποίο, σε 24ωρη βάση, παρέχει πλήρες φάσμα επεμβατικών καρδιολογικών πράξεων, όπως στεφανιογραφιών και αγγειοπλαστικών, ablation αρρυθμιών και εμφύτευση βηματοδοτών και απινιδωτών, βαλβιδοπλαστικών, εμφύτευση αορτικών βαλβίδων και άλλων επεμβάσεων σε δομικές καρδιολογικές παθήσεις. Το τμήμα είναι διεθνώς γνωστό για την ερευνητική του δραστηριότητα, με πλήθος δημοσιεύσεων στα μεγαλύτερα διεθνή καρδιολογικά περιοδικά. Η ανάδειξη ενός μέλους του επιστημονικού μας προσωπικού σε μία τέτοια περίοπτη θέση είναι εξαιρετικά τιμητική και ενδεικτική της ποιότητος των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών στην Ευρωκλινική.

Τιμητική διάκριση για τον Καθηγητή **Νικόλαο Νικητέα**

Ο Καθηγητής Νικόλαος Νικητέας, διευθυντής χειρουργός στην Ευρωκλινική Αθηνών, εξελέγη **πρόεδρος της Εταιρείας Ρομποτικής Χειρουργικής Νοτιοανατολικής Ευρώπης**, κατά τη διάρκεια του 4ου Διεθνούς Συνεδρίου Ρομποτικής Χειρουργικής, που πραγματοποιήθηκε στο Βουκουρέστι από 29 έως 31 Οκτωβρίου.

Στο εν λόγω συνέδριο συμμετείχαν πολλοί καταξιωμένοι επιστήμονες από όλο τον κόσμο και από όλες τις χειρουργικές ειδικότητες, όπως αυτές της Γενικής Χειρουργικής, της Ουρολογίας, της Γυναικολογίας, της Θωρακοχειρουργικής, της Καρδιοχειρουργικής, της Παιδοχειρουργικής κ.λπ.

Ιδιαίτερα σημαντική υπήρξε η παρουσίαση των πεπραγμένων της ελληνικής ομάδας μελέτης για το πρόγραμμα FRS, καθώς και των πρώτων συμπερασμάτων μετά το πέρας των πρακτικών ασκήσεων σε εξομοιωτές. Πρόκειται για μια κοινή προσπάθεια διεθνών κέντρων ρομποτικής χειρουργικής, υπό τον συντονισμό του Αμερικανικού Κολλεγίου Χειρουργών. Στο πρόγραμμα αυτό συμμετέχει το Πανεπιστήμιο Αθηνών, το οποίο και εκπροσωπήθηκε από τον καθηγητή Ν. Νικητέα, διευθυντή χειρουργό στην Ευρωκλινική Αθηνών και διευθυντή του ΜΠΣ «Λαπαροσκοπική και Ρομποτική Χειρουργική», καθώς και του Χειρουργικού Προγράμματος του Κέντρου Ιατρικής Προσομοίωσης του Εργαστηρίου Ιατρικής Φυσικής.

Νέα διευθύντρια στην Ευρωκλινική Παίδων η κυρία Ελένη Τσάπρα

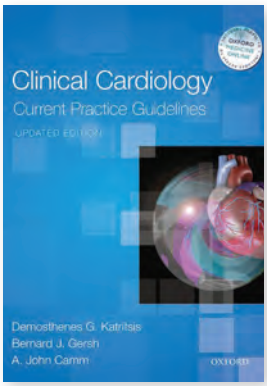
Η Ευρωκλινική Παίδων καλωσορίζει την κυρία Ελένη Τσάπρα, η οποία αναλαμβάνει καθήκοντα διευθύντριας Παιδιατρικού Τομέα της Ευρωκλινικής Παίδων, με ευθύνη τον συντονισμό της Παιδιατρικής Κλινικής και των Κλινικών Ειδικοτήτων.

Η κυρία Τσάπρα διαθέτει τριακονταπενταετή εμπειρία στα Νοσοκομεία Παίδων και έχει διατελέσει από το 2005 διευθύντρια της Β' Παιδιατρικής Κλινικής στο Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», ενώ από το 2014 ήταν συντονίστρια διευθύντρια.

Στο πλούσιο συγγραφικό της έργο περιλαμβάνονται πλήθος δημοσιεύσεων στον ελληνικό και διεθνή ιατρικό Τύπο και περισσότερες από 50 ανακοινώσεις σε ελληνικά και διεθνή συνέδρια, ενώ έχει διατελέσει, επί σειρά ετών, εκπαιδεύτρια τελειόφοιτων φοιτητών της Ιατρικής αλλά και ειδικευόμενων ιατρών στη Β' Παιδιατρική Κλινική του Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. Κυριακού».

Η κυρία Τσάπρα, σε συνεργασία με το ήδη καταξιωμένο επιστημονικό προσωπικό της Ευρωκλινικής Παίδων, θα βοηθήσει στο να βελτιωθούν και να αναδειχθούν ακόμα περισσότερο οι κορυφαίες υπηρεσίες υγείας που προσφέρει από το 2002 η Ευρωκλινική Παίδων.

Κυκλοφορία πρωτοποριακού **βιβλίου Κλινικής Καρδιολογίας** από τον δρα **Δημοσθένη Κατρίτση**



Η δεύτερη έκδοση του βιβλίου κυκλοφορεί από τις εκδόσεις Oxford University Press

Πρόσφατα κυκλοφόρησε η δεύτερη έκδοση του βιβλίου κλινικής καρδιολογίας «Clinical Cardiology: Current Practice Guidelines» από τον Διευθυντή Α' Καρδιολογικής Κλινικής της Ευρωκλινικής Αθηνών, και Καθηγητη Καρδιολογιας στο Harvard Medical School, Δρ Δημοσθένη Κατρίτση, σε συνεργασία με τους καρδιολόγους Bernard Gersh, Καθηγητή Καρδιολογίας στη Mayo Clinic, USA, και τον John Camm, Καθηγητή Καρδιολογίας στο St. George's University Hospital of London. Το βιβλίο αποτελεί ένα σύγχρονο σύγγραμμα κλινικής καρδιολογίας που προσφέρει ενημερωμένη και πρακτική γνώση σε κάθε θέμα που απασχολεί τον κλινικό και επεμβατικό καρδιολόγο. Επιπλέον έχει συνοψίσει όλες τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας και του Αμερικανικού Κολλεγίου Καρδιολογίας. Ο διάσημος καρδιολόγος Dr Valentin Fuster που προλογίζει το βιβλίο, το έχει χαρακτηρίσει ως «..το πλέον χρήσιμο καρδιολογικό εγχειρίδιο που έχει γραφτεί τα τελευταία 20 χρόνια». Ήδη αποτελεί best-seller του εκδοτικού οίκου Oxford University Press και μεταφράζεται σε τρεις γλώσσες.

Νέο **Διαβητολογικό Κέντρο** στην Ευρωκλινική Παίδων

Η Ευρωκλινική Παίδων ανταποκρινόμενη στις ανάγκες των σύγχρονων γονέων και στη ραγδαία αύξηση της επίπτωσης του σακχαρώδους διαβήτη στα παιδιά δημιούργησε ένα πλήρως οργανωμένο Διαβητολογικό Κέντρο. Το Κέντρο διαθέτει όλα τα σύγχρονα μέσα, εφαρμόζει τις πλέον εξελιγμένες θεραπείες και παράλληλα παρέχει όλες τις ιατρικές ειδικότητες που σχετίζονται με την αντιμετώπιση της χρόνιας νόσου του παιδικού σακχαρώδη διαβήτη (παιδίατρο - παιδοενδοκρινολόγο - διαβητολόγο, ακτινολόγο, μικροβιολόγο, καρδιολόγο, οφθαλμίατρο, νευρολόγο, εξειδικευμένους παιδοχειρουργούς στις επιπλοκές του διαβήτη). Στο Διαβητολογικό Κέντρο της Ευρωκλινικής Παίδων αντιμετωπίζεται το σύνολο των αναγκών των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη, από το στάδιο της διάγνωσης έως την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας, ενώ παράλληλα παρέχεται συνεχή εκπαίδευση και ενημέρωση για τις τελευταίες εξελίξεις στη νόσο (ινσουλινοθεραπεία, αντλίες ινσουλίνης, διαιτολόγια εξατομικευμένα στις ανάγκες του κάθε παιδιού, εκπαίδευση γονέων και παιδιού).

Οι ιατροί του Κέντρου είναι διαθέσιμοι 24 ώρες το 24ωρο, προκειμένου να παρέχουν υπηρεσίες υγείας και συμβουλές

Ιατρείο μητρικού θηλασμού στην Ευρωκλινική Παίδων

Η Ευρωκλινική Παίδων επενδύει στην υγεία των παιδιών και στην εκπαίδευση των μητέρων δημιουργώντας το Τακτικό Ιατρείο Μητρικού Θηλασμού.

Η κυρία Κάτια Σοφιανού, διεθνώς πιστοποιημένη σύμβουλος γαλουχίας, θα συμβουλεύει τις νέες μητέρες για ότι αφορά τον θηλασμό αλλά και τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν από αυτόν. Οι μέλλουσες μαμάδες θα έχουν τη δυνατότητα να ενημερωθούν για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού και τα οφέλη του για την υγεία του μωρού και της δικής τους, να γνωρίσουν δεξιότητες και τεχνικές που θα διευκολύνουν τον θηλασμό και την παραγωγή γάλακτος, να συζητήσουν για το πώς διατηρείται ο θηλασμός μετά την επιστροφή στην εργασία αλλά και πώς να θηλάζουν ταυτόχρονα ένα νέο μωρό και ένα μεγαλύτερο παιδί.

Στο πλαίσιο της έναρξης του Ιατρείου, την εβδομάδα 1-7 Νοεμβρίου 2015, πραγματοποιήθηκαν δωρεάν σεμινάρια θηλασμού, με ομιλήτρια την κυρία Σοφιανού.

Ιδρύεται το πρώτο Ιδιωτικό Ιατρείο για την πρόληψη και την έγκαιρη αντιμετώπιση της εγκεφαλικής παράλυσης

Η Ευρωκλινική Παίδων επενδύει στην προσφορά ξεχωριστών και πρωτοποριακών υπηρεσιών υγείας στους μικρούς ασθενείς, ιδρύοντας το πρώτο Ιδιωτικό Ιατρείο προληπτικού ελέγχου και έγκαιρης αντιμετώπισης της εγκεφαλικής παράλυσης, σε συνεργασία με το Lund University Hospital της Σουηδίας.

Πρόκειται για μια νέα πρωτοποριακή υπηρεσία, της οποίας στόχος είναι η στενή παρακολούθηση των παιδιών και η έγκαιρη ανίχνευση των επιπλοκών της νόσου μέσα από την προγραμματισμένη και συνεχή καταγραφή όλων των στοιχείων που αφορούν το καθένα από αυτά, από ομάδα εξειδικευμένων επιστημόνων, όπως ορθοπεδικοί χειρουργοί, παιδονευρολόγοι και φυσικοθεραπευτές.

Στο Ιατρείο θα παρακολουθούνται παιδιά που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση ή πιθανή εγκεφαλική παράλυση και εμφανίζουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στο μυοσκελετικό τους σύστημα κυρίως λόγω της σπαστικότητας.

Το CPUP είναι μια επαναστατική διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση και αποτελεί το μέλλον για τον τρόπο χειρισμού της εγκεφαλικής παράλυσης

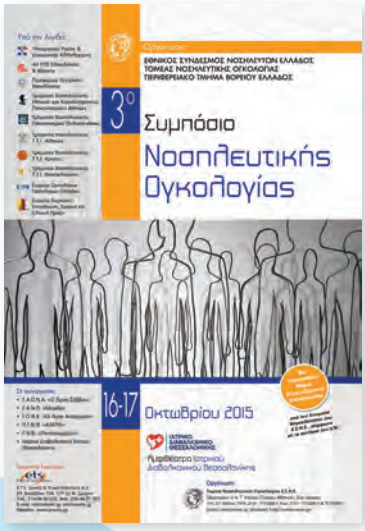
Η δυνατότητα πρόληψης αυτών των επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους σε πρώιμο και ελεγχόμενο στάδιο είναι ζωτικής σημασίας στο πλαίσιο της θεραπευτικής προσέγγισης ενός παιδιού με εγκεφαλική παράλυση.

Το Ιατρείο ταξινομεί και εντάσσει τα παιδιά στο πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου και αντιμετώπισης CPUP -Cerebral Pares Uppfoljnings Program-Follow up- για την εγκεφαλική παράλυση, που εφαρμόζεται στη Σουηδία από το 1994. Το CPUP είναι μια επαναστατική διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση και αποτελεί το μέλλον για τον τρόπο χειρισμού της εγκεφαλικής παράλυσης.

Εκπαιδευτικές δραστηριότητες για το νοσηλευτικό προσωπικό της Ευρωκλινικής Αθηνών

Το νοσηλευτικό προσωπικό της Ευρωκλινικής Αθηνών εκπαιδεύεται συνεχώς, ώστε να είναι σε θέση να παρέχει εξειδικευμένες και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες φροντίδας στους ασθενείς. Στο πλαίσιο αυτό, το Τμήμα Εκπαίδευσης της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης, πάντα με την καθοδήγηση της διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κυρίας Αγγελικής Στεργιούλα, διοργάνωσε και συμμετείχε σε μια σειρά στοχευμένων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων τόσο το έτος 2015 όσο και το 2016.

Σημαντικές εκπαιδευτικές δρασατηριότητες για το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής με επίκεντρο τις εξειδικευμένες και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες φροντίδας στους ασθενείς



Συμμετοχή στο Γ' Συμπόσιο Νοσηλευτικής Ογκολογίας

Η Ευρωκλινική συμμετείχε στο Γ' Συμπόσιο Νοσηλευτικής Ογκολογίας, το οποίο πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβριο του 2015 στη Θεσσαλονίκη και στο οποίο συμμετείχαν περίπου 600 νοσηλευτές από όλη την Ελλάδα. Στο Συμπόσιο, η Ευρωκλινική είχε μια πολύ δυνατή παρουσία, καθώς πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής ήταν ο προϊστάμενος του Ογκολογικού Τμήματος, ο κύριος Δημήτριος Παπαγεωργίου, ενώ συμμετείχαν και αρκετοί νοσηλευτές. Επιπλέον, η νοσηλεύτρια του Ογκολογικού Τμήματος κυρία Στέβη Σγούρου παρουσίασε ένα πολύ σημαντικό κλινικό φροντιστήριο για τη διαχείριση της στοματίτιδας σε ογκολογικούς ασθενείς και δύο νοσηλεύτριες του Τμήματος Ημερήσιας Νοσηλείας (Ξυγκάκη Ελένη, Φωτοπούλου Χαρά) ανήρτησαν ηλεκτρονικό πόστερ με θέμα τις αντιδράσεις υπερευαισθησίας σε ασθενείς υπό χημειοθεραπεία.

Κέντρο εκπαίδευσης για τη πιστοποίηση νοσηλευτών στη χημειοθεραπεία

Τον Φεβρουάριο του 2016 ο Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος άρχισε το δεύτερο πρόγραμμα πιστοποίησης νοσηλευτών στη χημειοθεραπεία σε συνεργασία με την Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδος. Το πρόγραμμα τελεί υπό την αιγίδα του ΕΚΠΑ, του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και του ΤΕΙ Αθήνας και περιλαμβάνει 30 ώρες θεωρητικού μαθήματος και 30 ώρες κλινικής άσκησης. Η Ευρωκλινική Αθηνών θα αποτελέσει το μοναδικό (ως ιδιωτικό νοσοκομείο) κέντρο εκπαίδευσης για το εν λόγω πρόγραμμα, έχοντας μάλιστα πολύ μεγάλη ζήτηση για συμμετέχοντες. Στα θεωρητικά μαθήματα θα συμμετέχουν, επίσης, ως ομιλητές η κυρία Κατωπόδη (διευθύντρια Ογκολόγος Παθολόγος στην Ευρωκλινική Αθηνών) και ο κύριος Δημήτριος Παπαγεωργίου (προϊστάμενος Ογκολογικού Τμήματος).

Εκπαίδευση στη διαχείριση έκτακτων περιστατικών

Τον Μάρτιο του 2016 πραγματοποιήθηκε στην Ευρωκλινική παρουσίαση, σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο, εκπαίδευση για τη διαχείριση επειγόντων περιστατικών. Η παρουσίαση πραγματοποιήθηκε από τρεις εξειδικευμένους νοσηλευτές ΤΕΠ από το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου της Θεσσαλονίκης, το οποίο είναι ένα πιστοποιημένο νοσοκομείο που ακολουθεί αμερικανικά πρότυπα διαχείρισης ασθενών στα επείγοντα.

Συνεχιζόμενη εκπαίδευση

Στην Ευρωκλινική λειτουργούν 3 επίσημες ομάδες εργασίας: (α) Ομάδα εκπαίδευσης, (β) ομάδα πρόληψης και ελέγχου λοιμώξεων και (γ) ομάδα διαχείρισης νοσοκομειακών αποβλήτων, με σκοπό την αρτιότερη λειτουργία των σημαντικών τομέων (εκπαίδευση, λοιμώξεις, νοσοκομειακά απόβλητα) και την διάχυση και μετάδοση των κατευθυντήριων γραμμών και των αποφάσεων στους εργαζομένους του νοσοκομείου.

Πρωτοποριακή μέθοδος αφαίρεσης πολυποειδούς μορφώματος στο παχύ έντερο

Για πρώτη φορά στην Ελλάδα, στην Ευρωκλινική Αθηνών, αφαιρέθηκε επιτυχώς πολυποειδές μόρφωμα στο ανιόν κόλον με πλήρως διατοιχωματική αφαίρεση και σύγκλιση της περιοχής της εκτομής ενδοσκοπικά. Τη μέθοδο εφάρμοσε ο κύριος Γεράσιμος Στεφανίδης, συνεργάτης της Ευρωκλινικής Αθηνών, ειδικός σε ενδοσκοπικές τεχνικές.

Στη συνήθη ιατρική πρακτική, ενδοσκοπικά διενεργούνται επεμβατικές πράξεις στον αυλό του πεπτικού, σε βλάβες που συνήθως αφορούν τον βλεννογόνο, ενώ χειρουργικά προσεγγίζονται βλάβες διατοιχωματικές ή εξωαυλικές του πεπτικού σωλήνα.

Το πρωτοπόρο σύστημα FTRD εφάρμοσε ο κύριος Γεράσιμος Στεφανίδης, συνεργάτης της Ευρωκλινικής Αθηνών, ειδικός σε ενδοσκοπικές τεχνικές

Το **πρωτοπόρο σύστημα FTRD (Full Thickness Resection Device) της Ovesco** δίνει τη δυνατότητα να ξεπεραστούν τα μέχρι τώρα υπάρχοντα όρια. Προσαρμόζεται στο άκρο ενός συνήθους κολονοσκοπίου και προσφέρει τη δυνατότητα να εκτέμνει διατοιχωματικά χωρίς διάτρηση και όχι μόνο βλεννογονικές βλάβες, όπως μέχρι τώρα. Η συγκεκριμένη μέθοδος είναι εξαιρετικά σημαντική, διότι προσφέρει τη δυνατότητα να αφαιρεθούν με ενδοσκοπική προσέγγιση όγκοι που μέχρι σήμερα απαιτούσαν χειρουργική προσέγγιση.

Λιθοτριψία στα ενδοηπατικά χοληφόρα υπό άμεση ενδοσκοπική όραση

Για πρώτη φορά στην Αθήνα, στην Ευρωκλινική Αθηνών, **διενεργήθηκε επιτυχώς χολαγγειοσκόπηση σε ασθενή με ενδοηπατική λιθίαση, με το καινοτόμο παγκοσμίως σύστημα SpyGlass Digital της Boston Scientific.** Υπό άμεση χολαγγειοσκοπική όραση επιτεύχθηκε λιθοθρυψία με EHL (Electro Hydraulic Lithotripsy) σε ευμεγέθη λίθο σε ενδοηπατικό χοληφόρο.

Ο κύριος Γεράσιμος Στεφανίδης, γαστρεντερολόγος συνεργάτης στην Ευρωκλινική Αθηνών, ειδικός σε ενδοσκοπικές τεχνικές, περιέγραψε τη νέα μέθοδο: «Με την κλασική ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography)

Ο κ. Γεράσιμος Στεφανίδης, γαστρεντερολόγος συνεργάτης στην Ευρωκλινική Αθηνών, ειδικός σε ενδοσκοπικές τεχνικές εφάρμοσε το καινοτόμο παγκοσμίως σύστημα SpyGlass Digital της Boston Scientific

επιτυγχάνεται ο καθετηριασμός του χοληδόχου πόρου, διαμέσου του αυλού του δωδεκαδακτύλου με είσοδο του ενδοσκοπίου από το στόμα.

Ακολούθως, το πολύ μικρής διαμέτρου (3,3χιλ.) video χολαγγειοσκόπιο, από τον ίδιο ενδοσκόπο χειριστή, εισέρχεται μέσα από το κανάλι εργασίας του ενδοσκοπίου μέσα στο χοληφόρο δένδρο του ασθενούς και προσφέρει άμεση ενδοσκοπική εικόνα του αυλού τους. Διαθέτει χειριστήρια κατεύθυνσης του άκρου του, καθώς και δικό του κανάλι εργασίας διαμέτρου 1,2 χιλ. για τη διέλευση μικροεργαλείων λήψης βιοψίας ή ηλεκτροδίων εφαρμογής Laser ή EHL».

Επιτυχής χειρουργική επέμβαση για τη **διόρθωση παραμόρφωσης άκρου ποδός** σε αγοράκι με συγγενή ραιβοϊποποδία

Με επιτυχία χειρουργήθηκε στην Ευρωκλινική Παίδων αγόρι 4 μηνών με μονόπλευρη συγγενή ραιβοϊποποδία (ΡΙΠ). **Την επέμβαση πραγματοποίησε ο κύριος Νικόλαος Πέττας, διευθυντής της Ορθοπεδικής Κλινικής της Ευρωκλινικής Παίδων.** Το αποτέλεσμα διόρθωσης της παραμόρφωσης ήταν πολύ καλό και θα διατηρηθεί καθ' όλη την ανάπτυξη του αγοριού, το οποίο και θα παρακολουθείται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Η συγγενής ΡΙΠ είναι μία σοβαρή και σύνθετη παραμόρφωση του άκρου ποδός, που δημιουργείται κατά την ενδομήτριο ζωή. Είναι νόσος αγνώστου αιτιολογίας, με πιθανή επίδραση γενετικών και εξωτερικών παραγόντων που δρουν κατά την ενδομήτριο ζωή και η συχνότητά της είναι 1-2 τις χιλίοις. Σε ποσοστό 33% είναι αμφοτερόπλευρη και παρουσιάζεται με ραιβότητα, υπτιασμό και ιπποποδία, ενώ συνυπάρχει προσαγωγή του πρόσθιου τμήματος του άκρου ποδός, που αρκετές φορές συνοδεύεται με εσωτερική στροφή της κνήμης.

Ευρωκλινική Αθηνών: Πρωτοποριακή Μέθοδος προσπέλασης όγκων βάσεως κρανίου **«Four Hands Technic»**

Η συνεργασία χειρουργών μέσω αυτής της τεχνικής επιτυγχάνει ένα ασφαλές αποτέλεσμα, αφού διασφαλίζει λόγω της ενδοσκοπικής εικόνας, κοντινή απόσταση εργασίας, ακρίβεια χειρισμού, υψηλή ευκρίνεια και οπτική προς όλες τις γωνίες

Με απόλυτη επιτυχία πραγματοποιήθηκε στην Ευρωκλινική Αθηνών πρωτοποριακή επέμβαση αφαίρεσης όγκου από τη βάση κρανίου (μακροαδένωμα υπόφυσης), με την τεχνική της ενδοσκοπικής **«Four Hands Technic».**

Αρχικά διενεργήθηκε ενδορρινική - διασφηνοειδική προσπέλαση από τον ενδοσκόπο ρινοχειρουργό, μέσω των φυσιολογικών στομίων φτάνοντας στη βάση του κρανίου με ασφάλεια, χωρίς καταστροφές στο βλεννογόνο, τα αγγεία και τα νεύρα της μύτης.

Στη συνέχεια, εφαρμόζοντας την «four hands» τεχνική και δουλεύοντας παράλληλα με τον ενδοσκόπο ρινοχειρουργό, ο νευροχειρουργός αφαίρεσε με επιτυχία τον όγκο της υπόφυσης.

Την επέμβαση πραγματοποίησαν από κοινού ο κύριος **Σπύρος Σπυράτος**, διευθυντής Νευροχειρουργός της Ευρωκλινικής Αθηνών, και ο κύριος **Γεώργιος Βοΐλας**, διευθυντής Ωτορινολαρυγγολόγος της κλινικής.

Η συγκεκριμένη τεχνική απαιτεί τη συνεργασία των δύο παραπάνω ειδικοτήτων, επιτυγχάνοντας ένα ασφαλές αποτέλεσμα, αφού διασφαλίζεται μέσω της ενδοσκοπικής εικόνας κοντινή απόσταση εργασίας, ακρίβεια χειρισμού, υψηλή ευκρίνεια και οπτική προς όλες τις γωνίες. Επιπλέον, με την εν λόγω μέθοδο, ο όγκος αφαιρείται εξ ολοκλήρου χωρίς επιπλοκές, όπως ροή ΕΝΥ ή τραυματισμοί μεγάλων αγγείων και νεύρων της βάσης του κρανίου. Έτσι ο ασθενής μετά το χειρουργείο δεν εισάγεται στη ΜΕΘ, ενώ η παρακολούθησή του γίνεται για 24 ώρες στο κρεβάτι νοσηλείας από εξειδικευμένη ομάδα ιατρών - νοσηλευτών, με αποτέλεσμα τη γρήγορη έξοδό του, αλλά και τη μείωση του συνολικού κόστους νοσηλείας του.

SOPRANO ICE: *Η καλύτερη αποτρίχωση που είχατε ποτέ!*

Η Ευρωκλινική διαθέτει το καινοτόμο σύστημα Soprano ICE, το νεότερης γενιάς laser αποτρίχωσης, το οποίο κατασκευάστηκε για να απαλλάξει από την ανεπιθύμητη τριχοφυΐα εύκολα, αποτελεσματικά και με το δυνατόν λιγότερες συνεδρίες.

Η αποτρίχωση με το Soprano Ice υπερτερεί γιατί είναι:

- **ΑΝΩΔΥΝΗ**: Με τη βοήθεια της μοναδικής τεχνολογίας ice tech cold saphire, η κεφαλή «κινείται» εξ επαφής πάνω στο δέρμα, μεταδίδοντας πολύ αποτελεσματικά την ψύξη, με αποτέλεσμα να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος εγκαύματος και η διαδικασία να είναι εντελώς ανώδυνη.
- **ΑΣΦΑΛΗΣ**: Εφαρμόζεται σε όλους τους τύπους δέρματος, ακόμα και σε σκουρόχρωμα δέρματα, με την εγγύηση του αμερικανικού FDA. Μπορεί να εφαρμοστεί με ασφάλεια και κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού αλλά και σε ήδη μαυρισμένα δέρματα.
- **ΓΡΗΓΟΡΗ**: Λόγω της νέας τεχνολογίας Super Hair Removal αλλά και των υψηλών ταχυτήτων, οι συνεδρίες ολοκληρώνονται σχεδόν στο μισό χρόνο από αυτόν του κλασικού Αλεξανδρίτη.
- **ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ**: Η εξ επαφής εφαρμογή δίνει τη δυνατότητα της ανώδυνης αποτρίχωσης χωρίς τη χαρακτηριστική δύσοσμη μυρωδιά που παράγεται κατά τη διάρκεια εξάχνωσης της τρίχας.
- **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ**: Με την τεχνολογία ice tech/cold sapphire ακόμα και οι πιο λεπτές και καστανές τρίχες, που υπολείπονται με τον κλασικό Αλεξανδρίτη, αντιμετωπίζονται ανώδυνα και αποτελεσματικά.

ΚΡΥΟΛΙΠΟΛΥΣΗ: *Αντιμετώπιση του τοπικού λίπους με μία μόνο θεραπεία*

Η Ευρωκλινική διαθέτει το καινοτόμο σύστημα CRYOLIPO II, παρέχοντας αποτελεσματική λύση στο θέμα του εντοπισμένου λίπους, προσφέροντας σε συνεργασία με άλλα τμήματα της κλινικής όπως το Ενδοκρινολογικό, το Διατροφολογικό κ.ά. μια ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του προβλήματος.

Τι είναι η Κρυολιπόλυση ;

Πρόκειται για μη-επεμβατική θεραπεία μόνιμης αντιμετώπισης του τοπικού πάχους, μέσω της παρατεταμένης έκθεσης των λιποκυττάρων σε ελεγχόμενη ψύξη (για 1 ώρα και στους -9ο C). Η παρατεταμένη ψύξη οδηγεί σε απόπτωση (καταστροφή) των λιποκυττάρων και τα προϊόντα μεταβολισμού τους αποβάλλονται σταδιακά από τον οργανισμό σε διάστημα 3 μηνών, όπου και διαπιστώνεται το μέγιστο αποτέλεσμα.

Πού εφαρμόζεται;

Μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε περιοχή όπου διαπιστώνεται εντοπισμένη και επαρκής συσσώρευση λιποκυττάρων, π.χ. κοιλιά, μηροί κ.λπ.

Ποιοί αποκλείονται;

Η μέθοδος αντενδείκνυται σε εγκύους, θηλάζουσες γυναίκες, άτομα με ιστορικό αλλεργίας στο ψύχος, κρυοσφαιριναιμία,αυτοάνοσα νοσήματα, ιστορικό κακοήθειας, δερματικά νοσήματα, προβλήματα πηκτικότητας αίματος, τοπικά προβλήματα (κιρσοί, κήλες, κ.λπ.). Η καταλληλότητα του περιστατικού σημειώνεται μετά την εξέταση από τον θεράποντα ιατρό ώστε να υπάρξει το μεγαλύτερο όφελος με εγγυημένη ασφάλεια.

Είναι επώδυνο;

Πρόκειται για μια διαδικασία καλά ανεκτή. Ο ασθενής ίσως νιώσει ένα αίσθημα «τραβήγματος» το πρώτο 10λεπτο της εφαρμογής, που παρέρχεται, και στη συνέχεια μπορεί να διαβάσει ένα βιβλίο ή ακόμα και να κοιμηθεί (!) έως το τέλος της θεραπείας.

Πότε επαναλαμβάνεται η θεραπεία;

Χάρη στη καινοτόμα τεχνολογία του CRYOLIPO το μέγιστο αποτέλεσμα ανά περιοχή επιτυγχάνεται με μία μόνο συνεδρία.

Η **"Euroclinic Running Team"** έτρεξε για τα παιδιά στον Γύρο της Αθήνας

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής στήριξε την κοινωνική προσπάθεια του Οργανισμού Πολιτισμού, Αθλητισμού και Νεολαίας Αθηναίων και συμμετείχε ενεργά στον 29ο Γύρο της Αθήνας, ο οποίος πραγματοποιήθηκε την Κυριακή 18 Οκτωβρίου 2015. Ο συγκεκριμένος αγώνας είχε ιδιαίτερη σημασία, καθώς με κάθε συμμετοχή προσφερόταν 1 ευρώ για την **αγορά ενός ηλεκτροεγκεφαλογράφου για το Νευρολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία»**. Οι δρομείς της Ευρωκλινικής έκαναν αισθητή την παρουσία τους σε όλες τις διαδρομές 10, 5 και 3 χιλιόμετρα και ξεχώρισαν για το πάθος και τον δυναμισμό τους, ενώ απέδειξαν, με την ευρεία συμμετοχή τους, πως η προσφορά προς την κοινωνία και η αλληλεγγύη αποτελούν διαρκή αξία του προσωπικού της Ευρωκλινικής. Η συμμετοχή και ο ενθουσιασμός των δρομέων της «Euroclinic Running Team» ήταν μεγάλος, ανανεώνοντας το ραντεβού τους για μελλοντικές αθλητικές διοργανώσεις.

Συμμετέχουμε στην Ολοκληρωμένη Διαχείριση Ανακυκλώσιμων Υλικών

Η εταιρεία Alter Ego, η εταιρεία η οποία έχει αναλάβει τον συντονισμό και τη διεκπεραίωση του έργου της Διαχείρισης Ανακυκλώσιμων Υλικών στην Ευρωκλινική Αθηνών, **έλαβε το ασημένιο μετάλλιο στα Facilities Management Awards 2015.** Τα βραβεία, τα οποία διοργανώνει το Plant Management της Boussias Communications, αναδεικνύουν και επιβραβεύουν τις βέλτιστες πρακτικές στη διαχείριση εγκαταστάσεων από επιχειρήσεις, οργανισμούς, φορείς και παρόχους υπηρεσιών. Το εν λόγω βραβείο αποτελεί μια σημαντική επιβράβευση για το προσωπικό και τους συνεργάτες της Ευρωκλινικής Αθηνών, οι οποίοι συνέβαλαν ενεργά στην ανακύκλωση και την προστασία του περιβάλλοντος. Επιπλέον, κατατάσσει την Ευρωκλινική Αθηνών και τα συστήματα Υγιεινής και Ασφάλειας που διαθέτει στα καλύτερα της χώρας, αποδεικνύοντας ότι η προστασία του περιβάλλοντος και της αειφόρου ανάπτυξης δεν αποτελεί μόνο θεωρητική αξία αλλά καθημερινή πράξη.

Η Ευρωκλινική Παίδων στηρίζει το **«Χαμόγελο του Παιδιού»**

Για 3η συνεχόμενη χρονιά η Ευρωκλινική Παίδων συνεχίζει το κοινωνικό της έργο, στηρίζοντας το σπουδαίο έργο του μη κερδοσκοπικού οργανισμού «Το Χαμόγελο του Παιδιού», προσφέροντας δωρεάν εξετάσεις σε παιδιά που έχουν ανάγκη.

Με τη συνεισφορά της αυτή, η Ευρωκλινική Παίδων βοήθησε έμπρακτα το «Τμήμα Στήριξης Παιδιών με Προβλήματα Υγείας», που υποστηρίζει παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα με την υγεία τους. Έτσι δόθηκε η δυνατότητα σε 13 παιδιά που οι οικογένειές τους αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα να πραγματοποιήσουν δωρεάν καρδιολογικές εξετάσεις. Το εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της Ευρωκλινικής Παίδων «αγκαλιάζει» σταθερά τα τελευταία χρόνια τα παιδιά που βρίσκονται σε ανάγκη και «Το Χαμόγελο του Παιδιού» προσφέροντας ελπίδα, στήριξη αισιοδοξία και χαμόγελο στους μικρούς μας φίλους.

Στηρίζουμε ενεργά τον ελληνικό αθλητισμό

Βραβείο για την υποστήριξη της Ελληνικής Ολυμπιακής Ομάδας

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής, στο πλαίσιο των ενεργειών εταιρικής κοινωνικής ευθύνης, ανέλαβε τη δωρεάν κάλυψη των υγειονομικών αναγκών της Ελληνικής Ολυμπιακής Ομάδας έως τη διεξαγωγή των Ολυμπιακών Αγώνων του Ρίο 2016 και απέκτησε τον τίτλο του Υποστηρικτή της.

Συγκεκριμένα, η Ευρωκλινική θα προσφέρει στους αθλητές **δωρεάν πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων και δωρεάν νοσηλεία και επεμβάσεις σε περίπτωση ασθένειας ή ατυχήματος.**

Η συνεργασία του Ομίλου Ευρωκλινικής με την Ελληνική Ολυμπιακή Επιτροπή εξασφάλισε, εντελώς δωρεάν για πρώτη φορά στην ιστορία, την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των μελών της Ελληνικής Ολυμπιακής Ομάδας έως τους Ολυμπιακούς Αγώνες «Ρίο 2016», χωρίς να επιβαρύνεται το Δημόσιο, καθώς μέχρι τώρα τα χρήματα για τις υποχρεωτικές αυτές καλύψεις έβγαιναν από τα ταμεία του κράτους.

Η Ελληνική Ολυμπιακή Επιτροπή αναγνώρισε αυτή τη σημαντική, μοναδική για τα ελληνικά χρονικά και δεδομένα, πρωτοβουλία του Ομίλου Ευρωκλινικής απονέμοντας στον όμιλο αντίστοιχο βραβείο για την υποστήριξη της Ελληνικής Ολυμπιακής Ομάδας, στην εκδήλωση που έλαβε χώρα στο αμφιθέατρο της Ελληνικής Ολυμπιακής Επιτροπής στις 27 Ιανουαρίου 2016.

Ο κ. Αντώνιος Βουκλαρής, Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής παραλαμβάνει το βραβείο για την υποστήριξη της Ελληνικής Ολυμπιακής Ομάδας «Ρίο 2016»

Στη λαμπερή εκδήλωση παρέστησαν εξέχουσες προσωπικότητες του ολυμπιακού και αθλητικού κινήματος, όπως ο πρόεδρος της Διεθνούς Ολυμπιακής Επιτροπής Τόμας Μπαχ, ο πρόεδρος των Ευρωπαϊκών Ολυμπιακών Επιτροπών Πάτρικ Χίκεϊ και ο επίτιμος πρόεδρος της Διεθνούς Ολυμπιακής Επιτροπής Ζακ Ρογκ. Επίσης, βραβεύτηκαν οι αθλητές που κατέκτησαν μετάλλια το 2015 μαζί με τους προπονητές τους, οι αθλητές που έχουν προκριθεί μέχρι σήμερα στους Ολυμπιακούς Αγώνες «Ρίο 2016», καθώς και οι υποστηρικτές της Ελληνικής Ολυμπιακής Ομάδας «Ρίο 2016».

Επίσημος ιατρικός υποστηρικτής, της ΑΕΚ

Η Ευρωκλινική Αθηνών αποτελεί τον επίσημο ιατρικό υποστηρικτή της ομάδας καλαθοσφαίρισης της ΑΕΚ για την αγωνιστική περίοδο 2015-2016. Το αγωνιστικό και προπονητικό team της ομάδας καλαθοσφαίρισης της ΑΕΚ έχουν πρόσβαση, μέσω αυτής της συνεργασίας, στις υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας που προσφέρει η Ευρωκλινική Αθηνών μέσω των έμπειρων ιατρών της και της ιατρικής τεχνολογίας αιχμής που διαθέτει.

Επικεφαλής του ιατρικού επιτελείου της «Βασίλισσας» ανέλαβε ο κύριος Ηρακλής Ι. Πατσόπουλος, χειρουργός πρθοπεδικός, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κολωνίας, διευθυντής Β' Ορθοπεδικής Κλινικής και Αθλητικών Κακώσεων της Ευρωκλινικής Αθηνών.

Διοργάνωση εθελοντικής αιμοδοσίας
σε συνεργασία με το Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών και το Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ

Πιστό στο ραντεβού του και φέτος το προσωπικό της Ευρωκλινικής έδωσε δυναμικά το «παρών» στην εθελοντική αιμοδοσία που διοργάνωσε ο Όμιλος Ευρωκλινικής, σε συνεργασία με το Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών και το Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ. Το προσωπικό της Ευρωκλινικής Αθηνών, της Ευρωκλινικής Παίδων και του Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ συμμετείχε μαζικά, με τους εθελοντές αιμοδότες να προσφέρουν 67 φυάλες αίμα και ταυτόχρονα ελπίδα ζωής στους συνανθρώπους μας που το έχουν ανάγκη. Η συγκεκριμένη πρωτοβουλία αποτελεί ένα ακόμα παράδειγμα της ανιδιοτελούς προσφοράς και της αλληλεγγύης προς την κοινωνία που χαρακτηρίζει το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού της Ευρωκλινικής.

Στηρίζουμε τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού
Κάλυψη επέμβασης αποκατάστασης έπειτα από μαστεκτομή

E-Volunteer Forum

COSMOS of culture

Φεστιβάλ Εθελοντισμού & Πολιτισμού Χωρίς Σύνορα -2016
Σάββατο 9 & Κυριακή 10 Ιανουαρίου 2016 - Hilton

Η Ευρωκλινική Αθηνών ανέλαβε την πλήρη κάλυψη του κόστους νοσηλείας, των υλικών επέμβασης και του κόστους επέμβασης αποκατάστασης έπειτα από μαστεκτομή γυναίκας μέλους του Πανελλήνιου Συλλόγου Γυναικών με καρκίνο μαστού «Άλμα Ζωής». Η συγκεκριμένη ασθενής είχε διαγνωσθεί με καρκίνο στο μαστό και στους λεμφαδένες και η οικονομική της κατάσταση δεν της επέτρεπε να προβεί στην εν λόγω επέμβαση. Η ιατρική ομάδα, με επικεφαλής τον πλαστικό επανορθωτικό χειρουργό κύριο Νεκτάριο Ντουντουλάκη, ανέλαβε δωρεάν τη χειρουργική αποκατάσταση και παρακολούθηση της ασθενούς. Ιδιαίτερη μνεία σε αυτή την πρωτοβουλία της Ευρωκλινικής έγινε στην εκδήλωση που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του «Φεστιβάλ Εθελοντισμού & Πολιτισμού χωρίς Σύνορα» το Σάββατο 9 Ιανουαρίου 2016 στο Hilton. Η εκδήλωση είχε διπλό φιλανθρωπικό σκοπό: Την ευαισθητοποίηση μέσω της τέχνης για τον «Καρκίνο Μαστού Γυναικών & Ανδρών», καθώς και στην αποκατάσταση γυναικών που έχουν υποστεί μαστεκτομή και αδυνατούν να προβούν σε αποκατάσταση λόγω οικονομικών και ασφαλιστικών δυσκολιών.

Εκπρόσωποι συλλόγων συγκίνησαν με τους χαιρετισμούς τους, ιδιαίτερα η αντιπρόεδρος του Δ.Σ. του Πανελλήνιου Συλλόγου Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής» Ελευθερία Κούτελα, όπου ανακοίνωσε ότι επιλέχθηκε από τον σύλλογό τους το πρώτο περιστατικό που αδυνατεί οικονομικά να προβεί στην αποκατάσταση αυτή. Η πρωτοβουλία είχε αρχίσει έναν χρόνο πριν, με τη θεατρική παράσταση «Η άμυαλη Βιολέτα». Συγγραφέας ήταν ο κύριος Νεκτάριος Ντουντουλάκης και υποστηρικτές 33 φορείς και σύλλογοι ασθενών, το θέατρο Αλκμήνη και οι συντελεστές του.

Ο ασθενής στο κέντρο

Προσωποκεντρική εξυπηρέτηση

Στην Ευρωκλινική κέντρο μας είναι ο ασθενής, γι' αυτό και δημιουργήσαμε σειρά από υπηρεσίες με στόχο να σας προσφέρουμε την ιδιαίτερη φροντίδα που σας αξίζει.

Γνωρίστε το Σημείο Ε.Ν.Α. και την ομάδα των οδηγών μας

Στην Ευρωκλινική είμαστε δίπλα σας και σας καθοδηγούμε από την αρχή. Γι' αυτό δημιουργήσαμε το **Σημείο Εξυπηρέτησης Νοσηλευόμενων Ασθενών (Ε.Ν.Α.),** το σημείο όπου ο κάθε ασθενής συναντά τον προσωπικό του Οδηγό μέσα στην κλινική. Ο προσωπικός Οδηγός βρίσκεται δίπλα στον ασθενή σε ό,τι χρειαστεί, τον κατευθύνει και τον οδηγεί όπου είναι απαραίτητο. Στόχος είναι η προσωποποιημένη και η εξατομικευμένη εξυπηρέτηση των ασθενών μας από τη στιγμή που θα προγραμματιστεί το ραντεβού τους έως την ώρα που θα λάβουν το εξιτήριό τους.

Υπηρεσίες προσωπικού Οδηγού

Προεγχειρητικός έλεγχος

Το Σημείο Ε.Ν.Α. είναι το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς με την Ευρωκλινική και «ενεργοποιείται» από τον προγραμματισμό του προεγχειρητικού ελέγχου. Ο Οδηγός του Σημείου ΕΝΑ επικοινωνεί με τον ασθενή, ώστε να γίνει ενημέρωση για την ημέρα και την ώρα πραγματοποίησης του προεγχειρητικού ελέγχου.

Κατά την άφιξή του στο Σημείο Ε.Ν.Α. της κλινικής κάθε ασθενής συναντά τον προσωπικό του Οδηγό, ο οποίος θα τον ενημερώσει για όλες τις διαδικασίες που προηγούνται της εισαγωγής και είναι σχετικές με την ασφαλιστική του κάλυψη και τη νοσηλεία του. Ο Οδηγός φροντίζει να κατευθύνει τον ασθενή στα αρμόδια τμήματα για την πραγματοποίηση των εξετάσεών του χωρίς αναμονή και καθυστερήσεις.

Με την ολοκλήρωση του προεγχειρητικού σας ελέγχου θα σας δώσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την εισαγωγή σας.

Προγραμματισμένη εισαγωγή για νοσηλεία

Την ημέρα της εισαγωγής, ο Οδηγός σας θα σας καλωσορίσει στην κλινική και, εφόσον έχει ολοκληρωθεί ο προεγχειρητικός έλεγχος, θα φροντίσει για την άμεση εισαγωγή σας, χωρίς χρονοβόρες διαδικασίες και άσκοπες μετακινή-

σεις, και θα σας συνοδεύσει στο δωμάτιό σας. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, για οτιδήποτε χρειαστεί, μπορείτε να απευθύνεστε στον προσωπικό σας Οδηγό, ο οποίος θα επικοινωνεί μαζί σας ανά τακτά χρονικά διαστήματα για να βεβαιωθεί ότι όλα πάνε καλά.

Εξιτήριο

Ο προσωπικός Οδηγός είναι δίπλα στον ασθενή και κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του εξιτηρίου. Την ημέρα εκείνη επικοινωνεί με τον ασθενή στο δωμάτιο νοσηλείας, προκειμένου να τον ενημερώσει για το κόστος και τη διαδικασία τακτοποίησης των οικονομικών υποχρεώσεών του. Στη συνέχεια, θα σας ειδοποιήσει να προσέλθετε για την εξόφληση του λογαριασμού σας στο Σημείο Ε.Ν.Α., όπου θα παραλάβετε και το εξιτήριό σας.

Άλλα ζητήματα

Μπορείτε να απευθύνεστε στον Οδηγό για όλα τα ζητήματα εκτός από τα ιατρικά.

Δηλαδή, για οικονομικά θέματα (τιμές, αναβαθμίσεις δωματίων νοσηλείας, πληρωμές), πληροφορίες για την ιδιωτική ασφάλιση, επισκεπτήριο, παροχή αποκλειστικής νοσοκόμας, παροχές κλινικής προς νοσηλευόμενους ασθενείς και συγγενείς, ασθενοφόρο, εξιτήριο.

Στόχος μας είναι η προσωποποιημένη και η εξατομικευμένη εξυπηρέτηση των ασθενών μας από τη στιγμή που θα προγραμματιστεί το ραντεβού τους έως την ώρα που θα λάβουν το εξιτήριό τους

Συντονιστής Εξυπηρέτησης Εξωτερικών Ασθενών

Η εμπειρία εξυπηρέτησης και η φροντίδα υγείας που απολαμβάνουν στην Ευρωκλινική Αθηνών οι εξωτερικοί ασθενείς αναβαθμίζεται σημαντικά. Ο Συντονιστής Εξυπηρέτησης Εξωτερικών Ασθενών βρίσκεται δίπλα στους εξωτερικούς ασθενείς για να τους καθοδηγεί, να φροντίζει για τη γρήγορη και καλύτερη εξυπηρέτησή τους, να διαχειρίζεται τυχόν παράπονα και να επιλύει οποιοδήποτε θέμα μπορεί να προκύψει.

Η Ευρωκλινική σας υποδέχεται στη νέα της ιστοσελίδα!

Η Ευρωκλινική απέκτησε καινούργια ιστοσελίδα! Η νέα μας ιστοσελίδα είναι σύγχρονη, εύκολη στη χρήση, διαδραστική, ελκυστική και ταυτόχρονα κατατοπιστική για όλους τους εν δυνάμει επισκέπτες της.

Στη σελίδα της Ευρωκλινικής μπορείτε πλέον να γνωρίσετε τις υπηρεσίες, τα τμήματα και τους ιατρούς της Ευρωκλινικής Αθηνών και της Ευρωκλινικής Παίδων και να ενημερωθείτε μέσω των άρθρων των ιατρών της Ευρωκλινικής για ενδιαφέροντα θέματα σχετικά με την υγεία, το ευ ζην, το παιδί και την ομορφιά. Επιπλέον, μπορείτε να κατατοπιστείτε για οτιδήποτε αφορά τη νοσηλεία σας και να βρείτε χρήσιμες πληροφορίες για ασθενείς και επισκέπτες των δύο κλινικών του Ομίλου Ευρωκλινικής. Τέλος, μη ξεχνάτε να επισκέπτεστε συχνά την ιστοσελίδα μας, ώστε να ενημερωνόσαστε για τις προσφορές για ιατρικές υπηρεσίες και προληπτικούς ελέγχους υγείας, οι οποίες ανανεώνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

VIP υπηρεσίες

Valet parking

Η Ευρωκλινική Αθηνών, εγκαινίασε τη νέα διακεκριμένη υπηρεσία στάθμευσης οχημάτων «Valet Parking», η οποία προσφέρει **ταχύτητα, αξιόπιστη εξυπηρέτηση και άνεση**. Η υπηρεσία απαλλάσσει ασθενείς, συνοδούς, επισκέπτες και ιατρούς από τη χρονοβόρα και επίπονη διαδικασία στάθμευσης, καθώς όσοι το επιθυμούν μπορούν να παραδίδουν το όχημά τους στο προσωπικό με την ένδειξη «Parking Ευρωκλινικής», το οποίο αναλαμβάνει τη μεταφορά και τη στάθμευση-φύλαξη του οχήματος σε ειδικό χώρο parking και την επιστροφή του στον κάτοχο σε μόλις 10 λεπτά από τη στιγμή που θα ειδοποιηθεί να επιστρέψει το όχημα. Η υπηρεσία προσφέρεται με πολύ χαμηλή χρέωση και λειτουργεί από τις 7.00 π.μ. έως τις 22.00 μ.μ.

Δωρεάν WiFi

Στην Ευρωκλινική Αθηνών λειτουργεί από τον Νοέμβριο του 2015 δωρεάν Wi-Fi σε όλους τους χώρους της κλινικής. Μέσω της νέας, εξελιγμένης Wi-Fi υποδομής, εξασφαλίζεται η πλέον αξιόπιστη, **γρήγορη και δωρεάν πρόσβαση στο Internet**. Έτσι, εσωτερικοί ασθενείς και συνοδοί, εξωτερικοί ασθενείς, επισκέπτες αλλά και εργαζόμενοι μπορούν πλέον εύκολα και απλά να απολαμβάνουν δωρεάν απεριόριστο Internet στο κινητό, στο laptop ή στο tablet τους.

Τμήμα Εξυπηρέτησης Διεθνών Ασθενών - IPS

Στον Όμιλο Ευρωκλινικής δίνουμε μεγάλη σημασία στην εξυπηρέτηση των αναγκών των διεθνών ασθενών μας. Για τον λόγο αυτό, δημιουργήσαμε ειδικό Τμήμα Εξυπηρέτησης Διεθνών Ασθενών, το οποίο προσφέρει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σε ασθενείς και επισκέπτες από όλο τον κόσμο, καθιστώντας τον Όμιλο Ευρωκλινικής έναν μοναδικό προορισμό για οποιαδήποτε είδους θεραπευτική αντιμετώπιση.

Όλες οι ιατρικές και προσωπικές ανάγκες των διεθνών ασθενών αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερο σεβασμό σε σχέση με την προσωπικότητα και την κουλτούρα του κάθε ασθενούς, αλλά και οποιαδήποτε άλλο θέμα προκύψει πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη νοσηλεία συντονίζεται από την ειδική Ομάδα Εξυπηρέτησης Διεθνών Ασθενών.

*Το τμήμα εξυπηρέτησης διεθνών ασθενών **σε μια ματιά***

- Ανταποκρίνεται σε όλα τα αιτήματα ασθενών από όλο τον κόσμο.
- Προγραμματίζει ραντεβού για όλες τις ιατρικές ειδικότητες του Ομίλου Ευρωκλινικής.
- Συντονίζει τις διαδικασίες νοσηλείας πριν, κατά τη διάρκεια και κατά το εξιτήριο.
- Προσφέρει υπηρεσίες μετάφρασης στα αγγλικά.
- Οργανώνει διακομιδές προς και από το νοσοκομείο.
- Μεσολαβεί για διευκόλυνση οικονομικών θεμάτων.
- Συντονίζει διαδικασίες επικοινωνίας μεταξύ του ασθενούς και του νοσοκομείου προς άλλους φορείς, όπως ασφαλιστικές εταιρείες, πρεσβείες και άλλοι οργανισμοί.

υγεία για όλους

- Το στρες και τα αυτοάνοσα νοσήματα
- Σύγχρονες εξελίξεις στις ολικές αρθροπλαστικές
- Ηλεκτρονικό τσιγάρο
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Καρκίνος του παχέος εντέρου και προληπτική κολονοσκόπηση
- Λοιμώξεις στους ηλικιωμένους
- Ολική αρτηριακή επαναιμάτωση μυοκαρδίου
- Ελάχιστα επεμβατική χειρουργική πρόσθιου ποδός
- Λαπαροσκοπική αποκατάσταση κηλών κοιλιακού τοιχώματος
- Ελεύθερη ρινική αναπνοή - αισθητικά όμορφη μύτη
- Ανοσοθεραπεία
- 10 Συμπτώματα - καμπανάκι διάγνωσης καρκίνου
- Τροφιμογενή και υδατογενή νοσήματα
- Η εξέλιξη της χειρουργικής
- Ώρα για Check up

Το στρες & τα αυτοάνοσα νοσήματα

Τα αυτοάνοσα νοσήματα είναι παθολογικές καταστάσεις που αναπτύσσονται λόγω του ότι το αμυντικό μας σύστημα στρέφεται εναντίον του ίδιου του οργανισμού και βλάπτει τα όργανα του σώματός μας. Έχουν περιγραφεί πάνω από 200 αυτοάνοσα νοσήματα. Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα, το σύνδρομο του Sjogren, η μυασθένεια, η σκλήρυνση κατά πλάκας και άλλα είναι μόνο μερικά από αυτά τα νοσήματα. Οι παράγοντες που οδηγούν το ανοσολογικό σύστημα να αναγνωρίζει δικά του στοιχεία σαν ξένα φαίνεται ότι είναι πολλοί και μη καλά τεκμηριωμένοι μέχρι σήμερα. Μπορούμε, όμως, να τους κατατάξουμε σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

1 Σε παράγοντες που αφορούν το γενετικό υπόστρωμα του καθένα. Διάφορα αυτοάνοσα νοσήματα εμφανίζονται σε άτομα μιας οικογένειας.

Φωτεινή Ν. Σκοπούλη, MD, FRCP (London, UK)

Ομότιμη Καθηγήτρια στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής και Τμήματος Αυτοάνοσων Νοσημάτων, Ευρωκλινική Αθηνών

2 Στο ορμονικό περιβάλλον του οργανισμού. Τα περισσότερα αυτοάνοσα νοσήματα εκδηλώνονται σε γυναίκες, ορισμένα κατά την αναπαραγωγική ηλικία και άλλα στην εμμηνόπαυση.

3 Σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, είτε αυτοί είναι λοιμώδεις, δηλαδή μικροβιακές ή ιογενείς λοιμώξεις, είτε είναι το στρες. Όλοι αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και οδηγούν στην εμφάνιση των αυτοάνοσων νοσημάτων.

Το στρες μπορεί να είναι χρόνιο λόγω ψυχολογικής ή οικονομικής ανασφάλειας, διακρίσεων, κακής γειτονίας ή να προκληθεί από μείζονα γεγονότα στη ζωή, όπως ο θάνατος προσφιλούς ατόμου, ο χωρισμός, η κακοποίηση, ή από καθημερινά γεγονότα, όπως η ασθένεια, η εργασιακή πίεση, οι καβγάδες. Σε ορισμένα, όμως, άτομα υπάρχει η αντίληψη ότι βρίσκονται συνεχώς υπό πίεση. Το πώς αντιδρά ένα άτομο, ψυχολογικά και οργανικά, στους διάφορους τύπους της ψυχολογικής καταπόνησης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως το γενετικό υπόστρωμα, η ωρίμανση της προσωπικότητας, η έκθεση σε προηγούμενες εμπειρίες, οι νοσηρές καταστάσεις του οργανισμού κ.ά.

Η επίδραση του στρες στη νοσηρότητα του πληθυσμού δεν αμφισβητείται. Έχει τεκμηριωμένα ενοχοποιηθεί στην εμφάνιση υπέρτασης, θρομβώσεων, καρδιαγγειακών παθήσεων, νευροψυχιατρικών διαταραχών, όπως άγχος, κατάθλιψη, έκπτωση της γνωσιακής λειτουργίας, ακόμη και νεοπλασιών. Τα ποσοστά αυτών των νοσηρών καταστάσεων αυξάνονται δραματικά.

Τόσο από καλά τεκμηριωμένες επιστημονικές μελέτες όσο και από ατομικές παρατηρήσεις φαίνεται ότι πολλά αυτοάνοσα νοσήματα, όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, το σύνδρομο Sjogren και τα αυτοάνοσα νοσή-

ματα του θυρεοειδούς αδένα, αρχίζουν ή επιδεινώνονται έπειτα από στρες. Σε ποσοστό μεγαλύτερο του 80% των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα, έχει παρατηρηθεί ότι έχουν προηγηθεί της εμφάνισης των εκδηλώσεων της νόσου γεγονότα μεγάλης ή μικρότερης ψυχικής έντασης.

Επίσης, σε ένα ποσοστό γύρω στα 60% των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα, ενώ βρίσκονται υπό φαρμακευτική αγωγή σε ύφεση, γεγονότα της καθημερινής ζωής που προκαλούν μικρή ψυχική ένταση ή αρνητική διάθεση, όπως, π.χ., πίεση στις εργασιακές σχέσεις, βίωση της προσπάθειας των εξετάσεων των παιδιών κ.λπ., μπορεί να προκαλέσουν έξαρση των εκδηλώσεων της νόσου.

Πώς μπορεί να εξηγηθεί αυτή η οφθαλμοφανής επίδραση του στρες στην παθογένεση των αυτοάνοσων νοσημάτων;

Θα επιχειρήσω να εξηγήσω τα επιστημονικά δεδομένα που έχουμε από μια αυτοάνοση νόσο που λέγεται σύνδρομο Sjogren. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται κατά κανόνα από ξηρά μάτια και ξηρό στόμα, γιατί το ανοσολογικό σύστημα στρέφεται εναντίον των κυττάρων που παράγουν δάκρυα και σάλιο και τα καταστρέφει. Για να εναντιωθεί το ανοσολογικό σύστημα απέναντι στα δικά του στοιχεία πρέπει να τα δει σαν ξένα.

Τα περισσότερα κύτταρα του οργανισμού ζουν ένα χρονικό διάστημα και στη συνέχεια αθόρυβα πεθαίνουν, χωρίς να προκαλούν αντίδραση στον οργανισμό. Αυτός ο θάνατος των κυττάρων λέγεται προγραμματισμένος κυτταρικός θάνατος και η διαδικασία μέχρι να πεθάνουν λέγεται απόπτωση. Με τέτοιου είδος θάνατο πεθαίνουν κάθε χρόνο τα φύλλα από τα φυλλοβόλα δένδρα. Με τον ίδιο τρόπο, αλλά πιο θορυβώδη, μπορεί τα κύτταρα να πεθάνουν, όταν βρεθούν κάτω από ειδικές συνθήκες. Τέτοιες συνθήκες είναι η είσοδος στο εσωτερικό του κυττάρου ενός ιού, η έλλειψη θρεπτικών συστατικών, η απαίτηση για πολλή δουλειά, π.χ., παραγωγή πρωτεϊνών και η αδυναμία ελέγχου της ποιότητας του προϊόντος που παράγουν. Όταν αυτά τα κύτταρα αποπίπτουν βγάζουν στην επιφάνειά τους στοιχεία από τον εσωτερικό τους κόσμο και κυρίως πρωτεΐνες που συμμετέχουν στην προσπάθεια επιβίωσής τους. Τέτοιες πρωτεΐνες είναι αυτές τις οποίες αναγνωρίζει το ανοσολογικό μας σύστημα σαν ξένες και φτιάχνει αντισώματα απέναντί τους. Στη συνέχεια, η αναγνώριση αυτή κινητοποιεί ειδικά κύτταρα του ανοσολογικού συστήματος που ενεργοποιούνται και προκαλούν ιστική καταστροφή.

Το στρες αποδεδειγμένα προκαλεί απόπτωση σε κύτταρα του εγκεφάλου, αφού πρώτα τα ζορίσει πολύ. Η διέγερση των υποδοχέων του στρες στην καρδιά προκαλεί με τον ίδιο τρόπο απόπτωση στα κύτταρα του μυοκαρδίου και αυτοάνοση μυοκαρδιοπάθεια.

Η επίδραση του στρες στη νοσηρότητα του πληθυσμού δεν αμφισβητείται. Έχει τεκμηριωμένα ενοχοποιηθεί στην εμφάνιση υπέρτασης, θρομβώσεων και καρδιαγγειακών παθήσεων

Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η θυρεοειδίτιδα, το σύνδρομο του Sjogren, η μυασθένεια, η σκλήρυνση κατά πλάκας και άλλα είναι μόνο μερικά από αυτά τα αυτοάνοσα νοσήματα

Στους ασθενείς με σύνδρομο Sjogren έχουν μελετηθεί οι ορμόνες που εκκρίνονται με το στρες. Με βάση τα αποτελέσματα των μελετών φαίνεται ότι οι ασθενείς αυτοί βρίσκονται σε κατάσταση χρόνιου στρες.

Τα επιθηλιακά κύτταρα των σιελογόνων αδένων, που εκκρίνουν σάλιο, έχουν πάρα πολλούς υποδοχείς του στρες όπως ακριβώς και η καρδιά. Επειδή τα κύτταρα αυτά παράγουν συνεχώς πρωτεΐνες που εκκρίνονται στο σάλιο, με την επίδραση του στρες ζορίζονται έντονα και πολλές φορές δεν καταφέρνουν να επιβιώσουν και πεθαίνουν με τη διαδικασία της απόπτωσης, απελευθερώνοντας προς τα έξω τα δικά τους στοιχεία. Έτσι, γίνονται τόσο υποκινητές μιας αυτοάνοσης απάντησης όσο και στόχος της. Σιγά σιγά το ανοσολογικό σύστημα καταστρέφει τα κύτταρα των σιελογόνων αδένων που ήδη βρίσκονται σε δύσκολη κατάσταση και μειώνεται η παραγωγή σάλιου.

Αυτά τα νέα επιστημονικά δεδομένα που έχουμε για τον τρόπο με τον οποίο το στρες μπορεί να προκαλέσει αυτοάνοση νόσο δίνουν μια διέξοδο στην κατανόηση της παθογένειας της επίδρασης του στρες στην πρόκληση και συντήρηση της αυτοάνοσης διεργασίας. Περαιτέρω κατανόηση της επίδρασης του στρες στην ανάπτυξη των αυτοάνοσων νοσημάτων θα οδηγήσει σε παρεμβάσεις πρόληψης, αλλά και θα κρούσει τον κώδωνα του κινδύνου για τη δραματική αύξηση της νοσηρότητας στις κοινωνίες που ζούμε.

Δ. Αλεξάκης
Διεθυντής Ορθοπεδικής Κλινικής και Κλινικής Αθλητικών Κακώσεων, Ευρωκλινική Αθηνών

Π. Κατσάκου
Επιμελήτρια Ορθοπεδικής Κλινικής και Κλινικής Αθλητικών Κακώσεων, Ευρωκλινική Αθηνών

Κ. Καραπατάκης
Επιμελητής Ορθοπεδικής Κλινικής και Κλινικής Αθλητικών Κακώσεων, Ευρωκλινική Αθηνών

Σ. Βασιλόπουλος
Επιμελητής Ορθοπεδικής Κλινικής και Κλινικής Αθλητικών Κακώσεων, Ευρωκλινική Αθηνών

Σύγχρονες εξελίξεις στις ολικές αρθροπλαστικές

Η αντιμετώπιση της αρθρίτιδας είναι ένα από τα κύρια προβλήματα στην ορθοπεδική πράξη σήμερα. Αυτό περιλαμβάνει τη συντηρητική θεραπεία (φάρμακα, φυσικοθεραπείες κ.λπ.), αλλά και ενδαρθρικές εγχύσεις με υαλουρονικό οξύ, βιολογικές θεραπείες (χρήση PRP και βλαστοκυττάρων) που μπορούν να εφαρμοστούν αυτόνομα ή σε συνδυασμό με μια αρθροσκοπική παρέμβαση που έχει σαν σκοπό την κατά το δυνατό βελτίωση των μηχανικών συνθηκών της άρθρωσης (μερικές μηνισκεκτομές, αφαίρεση οστεοφύτων αλλά και χονδοπλαστικές). Υπάρχουν ακόμη πιο εξελιγμένες μέθοδοι, όπως οι καλλιέργειες χονδροκυττάρων, που όμως, η εφαρμογή τους αφορά εξειδικευμένες περιπτώσεις.

Όταν τίποτα από τα παραπάνω δεν καταφέρει να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών, τότε έχει θέση η αντικατάσταση της άρθρωσης με ολική αρθροπλαστική.

Στο **γόνατο**, κατ' αρχήν, παραδοσιακά η τοποθέτηση της ενδοπρόθεσης γίνεται με τη χρήση διεγχειρητικά ειδικών οδηγών, που επιτρέπουν στον χειρουργό να τοποθετήσει με ακρίβεια σε καλή θέση την ολική αρθροπλαστική. Αυτό στα χέρια ενός έμπειρου χειρουργού λειτουργεί καλά στο σύνολο σχεδόν των περιπτώσεων. Παρ' όλα αυτά, η προσπάθεια για βελτίωση αυτής της διαδικασίας έφερε στο προσκήνιο καινούργιες χειρουργικές μεθόδους. Η πρώτη είναι η χρήση **navigation**, κατά την οποία

Καλό είναι να επιλέγεται η κατάλληλη προσέγγιση του ασθενούς, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητές του (βαρύτητα αρθρίτιδας, ανατομία της πάσχουσας άρθρωσης, τυχόν παλαιότερα χειρουργεία κ.λπ.)

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΓΟΝΑΤΟΣ	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ MIS ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΣΤΟ ΙΣΧΙΟ
Μικρότερη τομή	Μικρότερη τομή
Μικρότερη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης	Βραχύτερη νοσηλεία
Βραχύτερη νοσηλεία	Μειωμένη απώλεια αίματος - μικρότερη ανάγκη μεταγγίσεων
Μικρότερη απώλεια αίματος, λόγω αποφυγής χρήσης ενδομυελικών οδηγών	Μείωση κινδύνου μετεγχειρητικού εξαρθρήματος
Λιγότερη απώλεια οστού	Ομαλό τρόπο βάδισης λόγω διατήρησης ανέπαφων των λειτουργικών
Τέλεια ευθυγράμμιση στην τοποθέτηση της πρόθεσης, με συνέπεια πιο καλό λειτουργικό αποτέλεσμα και μακροβιότερη επιβίωση των υλικών	Ταχύτερη μετεγχειρητική αποκατάσταση - γρηγορότερη επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες

με τη χρήση υλικών αισθητήρων και ηλεκτρονικού υπολογιστή διεγχειρητικά γίνεται η προσπάθεια για πιο ακριβή τοποθέτηση της πρόθεσης. Μια πιο σύγχρονη μέθοδος ακόμη είναι η χρήση της ε**ξατομικευμένης ολικής γόνατος (PSI - Patient Specific Instruments)**. Σε αυτή την περίπτωση πριν από το χειρουργείο λαμβάνεται μια αξονική ή μαγνητική τομογραφία με ειδικές προδιαγραφές, στην οποία γίνεται επεξεργασία με πρόγραμμα Η/Υ από την κατασκευάστρια εταιρεία στο εξωτερικό. Τα αποτελέσματα της επεξεργασίας αποστέλλονται στον χειρουργό, ο οποίος αποφασίζει, διορθώνει και βρίσκει την ιδανική θέση τοποθέτησης της πρόθεσης. Η εταιρεία, κατόπιν, παράγει εξατομικευμένους (Custom made) οδηγούς, με τη βοήθεια των οποίων το χειρουργείο πραγματοποιείται με απόλυτη ακρίβεια. Η τελευταία τεχνική σε συνδυασμό με τη χρήση των νεότερων MIS προσπελάσεων επιτρέπει πια η ολική αρθροπλαστική γόνατος να τοποθετείται ταχύτερα, με μικρότερη αιμορραγία και πιο γρήγορη αποκατάσταση.

Στο **ισχίο**, προτού φτάσουμε στην ολική αρθροπλαστική, έχουμε πιθανώς τη δυνατότητα μιας αρθροσκοπικής παρέμβασης σε συνδυασμό με βιολογικές θεραπείες που μπορούν να αναβάλουν προσωρινά ή ακόμα και οριστικά την ολική αρθροπλαστική. Η ολική του ισχίου γίνεται σήμερα πιο εύκολα με λιγότερες αιμορραγίες πιο ανώδυνα για τον ασθενή και με γρηγορότερη αποκατάσταση. Οι παραδοσιακές προσπελάσεις δίνουν αξιόπιστα, καλά αποτελέσματα και έχουν πάντα τη θέση τους αναλόγως με την περίπτωση. Οι πιο συνήθεις χρησιμοποιούμενες μικρής παρεμβατικότητας - MIS προσπελάσεις είναι **η AMIS, η MIS - anterolateral (ALMIS) ή και η mini-posterior**. Καθεμία από αυτές έχει επιμέρους διαφορές ανάλογα με το υλικό που χρησιμοποιείται, άλλα πρακτικά όλες επιτρέπουν το ελάχιστο χειρουργικό τραύμα, τη λιγότερη διεχγειρητική αιμορραγία και τη γρηγορότερη αποκατάσταση.

Οι **αρθροπλαστικές του ώμου** δεν έχουν τη διάδοση των υπόλοιπων αρθροπλαστικών και παραδοσιακά στην Ελλάδα χρησιμοποιούνταν κυρίως για την αντιμετώπιση καταγμάτων. Βέβαια, στον ώμο η μεγάλη εξέλιξη της αρθροσκοπικής χειρουργικής μάς επιτρέπει την αντιμετώπιση των περισσότερων προβλημάτων του ώμου αρθροσκοπικά. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν καταστάσεις που απαιτείται η χρήση ολικής αρθροπλαστικής. Σε περιπτώσεις αρθρίτιδας υπάρχει δυνατότητα χρήσης **αρθροπλαστικών επιφανείας** με μικρότερη χειρουργική παρεμβατικότητα ή της **κλασικής ανατομικής αρθροπλαστικής του ώμου**. Σε περιπτώσεις, βέβαια, που συνυπάρχει μαζική ρήξη του στροφικού πετάλου, η οποία δεν μπορεί να επιδιορθωθεί, ή σε άλλους ιδιαίτερα επιβαρυμένους ώμους, συνεπεία καταγμάτων ή άλλων καταστάσεων, κρίνεται αναγκαία η τοποθέτηση μιας **ανάστροφης αρθροπλαστικής (Reverse)**. Ειδικά στις μαζικές ρήξεις του τενοντίου πετάλου η αρθροσκόπηση έχει δώσει σχετικά πρόσφατα μια νέα λύση, το **inspace ballon**, που προσφέρει πολύ καλά αποτελέσματα με ελάχιστη παρεμβατικότητα.

Η εξέλιξη της τεχνολογίας και των βιοϋλικών, η πρόοδος στις χειρουργικές τεχνικές και στις προσπελάσεις, οι σύγχρονες μέθοδοι περιοχικής αναισθησίας σε συνδυασμό με την αυξανόμενη εμπειρία των χειρουργών έχουν καταστήσει την ολική αρθροπλαστική σε ένα χειρουργείο με άριστα αποτελέσματα

Η εξέλιξη της τεχνολογίας και των βιοϋλικών, η πρόοδος στις χειρουργικές τεχνικές και στις προσπελάσεις, οι σύγχρονες μέθοδοι περιοχικής αναισθησίας (επισκληρίδιος, νευρικοί αποκλεισμοί - blocks) και η εμπειρία των χειρουργών έχουν καταστήσει την ολική αρθροπλαστική σε ένα χειρουργείο, που μπορεί να δώσει οριστική λύση στην αρθρίτιδα των μεγάλων αρθρώσεων με άριστα αποτελέσματα όσον αφορά την ασφάλεια, την κίνηση, τη μακροβιότητα των ενθεμάτων, την ταχύτητα αποκατάστασης και κυρίως τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Ηλεκτρονικό τσιγάρο

μπορεί πράγματι να βοηθήσει στη διακοπή του καπνίσματος;

Εμμανουήλ Ζαχαριάδης
Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Γεώργιος Χρυσοχεράκης
Αναπληρωτής Διευθυντής Πνευμονολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Ιατρείο διακοπής καπνίσματος, Πνευμονολογική κλινική, Ευρωκλινική Αθηνών

Ίσως φαίνεται υπερβολικό, αλλά κάποια στιγμή στο μέλλον δεν θα υπάρχουν πια τσιγάρα! Αυτό το ***φουτουριστικό σενάριο*** βασίζεται στο γεγονός ότι σήμερα διαμορφώνεται ***μια νέα τάση, δηλαδή να σταματήσουμε να καπνίζουμε και να αρχίσουμε να «ατμίζουμε»!*** Βέβαια, οφείλουμε να πούμε ότι αυτή η τάση στην Ελλάδα είναι ακόμη πολύ μικρή, ενώ εκτός Ελλάδος αποτελεί ήδη μια πραγματικότητα. Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση αυτής της νέας πραγματικότητας έπαιξαν η παγκόσμια ιατρική κοινότητα με την πίεση που άσκησε για τη διακοπή του καπνίσματος -αφού έχει αποδειχθεί με αναρίθμητες μελέτες ότι το κάπνισμα σκοτώνει- αλλά και η ευκολία με την οποία σήμερα μπορεί να σχεδιαστεί και να παραχθεί μια μικρού μεγέθους, πολύπλοκη ηλεκτρονικο-μηχανική συσκευή.

Το ηλεκτρονικό τσιγάρο (από εδώ και εμπρός θα το αναφέρουμε ως ΗΤ) λειτουργεί με μπαταρία, μπορεί να έχει μορφή τσιγάρου, πούρου, πίπας ή άλλη και η αρχική ιδέα ήταν να «μιμηθεί» το κανονικό τσιγάρο δίνοντας στον καπνιστή την ***ψευδαίσθηση του νέφους και του αρώματος του καπνού.*** Με αυτόν τον τρόπο «υποκαθιστά» το κλασικό τσιγάρο, και μάλιστα χωρίς να βλάπτει την υγεία, όπως υποστηρίζεται. Από δω και μετά, η διαφήμιση ανέλαβε τα υπόλοιπα, επιστρατεύοντας ακόμη και αστέρες του Hollywood για τη διαφήμισή του. Κατάφερε έτσι να δημιουργήσει ένα νέο ***life style,*** ανάλογο με αυτό που είχε επιβάλει το κλασικό τσιγάρο στην εποχή του και οι χρήστες του (ειδικά οι νέοι) να θεωρούν ότι τους προσδίνει ένα ξεχωριστό ***image***. Επ' ευκαιρία, οι αναφορές λένε ότι η χρήση του ΗΤ τριπλασιάστηκε από το 2013 στο 2014 μεταξύ των νέων στις ΗΠΑ. Το στοιχείο αυτό, όπως υποστηρίζουν μερικοί (αλλά αμφισβητείται από άλλους), δίνει το δικαίωμα να θεωρείται ότι το ΗΤ χρησιμεύει ***σαν προθάλαμος*** για να αρχίσει ο έφηβος το κάπνισμα.

Η εμφάνιση του ΗΤ το 2004 συμπίπτει με την έναρξη της

ισχύος του ***άρθρου 8 της ΠΟΥ*** που εισάγει την έννοια ***«του χώρου ελεύθερου καπνού»***. Από τότε η βιομηχανία που δραστηριοποιείται γύρω από το ΗΤ παρουσιάζει μεγάλη ανάπτυξη και σήμερα υπάρχουν στον χώρο πάνω από 250 εταιρείες και συνεχώς πολλαπλασιάζονται. Σύμφωνα με το Euromonitor, το ΗΤ απέδωσε κέρδη 1,5 δισεκατομμυρίων δολαρίων το 2013 και για τα επόμενα χρόνια προβλέπεται να αυξάνονται συνεχώς έως το 2028, οπότε θα φτάσουν τα 48 δισεκατομμύρια δολάρια! Επίσης, σύμφωνα με το Bloomberg, προβλέπεται ότι το 2028 οι πωλήσεις των ΗΤ θα ξεπεράσουν αυτές των κλασικών! Άλλο ενδιαφέρον στοιχείο: Το 2011 δαπανήθηκαν στις ΗΠΑ 6,4 εκατομμύρια δολάρια για τη διαφήμισή του και το 2014 έφτασαν τα 120 εκατομμύρια δολάρια.

Πώς λειτουργεί το ΗΤ; Όταν ο καπνιστής πάρει μια ρουφηξιά, ενεργοποιείται ένας μηχανισμός που ζεσταίνει (με τη βοήθεια της μπαταρίας) και εκνεφώνει ένα υγρό που περιέχεται σε προγεμισμένες φύσιγγες. Έτσι παράγεται ***ατμός***. Το υγρό αυτό, ανάλογα με τις μάρκες και τους διάφορους τύπους, μπορεί να περιέχει παράγωγα καπνού, αρωματοποιητές, προωθητικά και νικοτίνη σε διάφορες συγκεντρώσεις. Ένας από τους λόγους για τον οποίο διαδόθηκε τόσο γρήγορα ήταν ακριβώς αυτός: Δηλαδή, ότι δίνει τη δυνατότητα στον καπνιστή να πάρει τη νικοτίνη που ζητά ο εθισμένος σε αυτήν οργανισμός του, σε χώρους όπου δεν θα μπορούσε να καπνίσει! Τα ΗΤ με τα οποία μπορεί κανείς να εισπνεύσει νικοτίνη αναφέρονται και σαν ***«ηλεκτρονικά συστήματα χορήγησης νικοτίνης (electronic nicotine delivery systems ή ENDS)»***.

Το ενδιαφέρον των ερευνητών εστιάζεται ***στις ουσίες που περιέχει το εκνεφούμενο υγρό (μερικές από τις οποίες είναι τοξικές ή καρκινογόνες)***. Οι αναφορές για βλάβες σε επίπεδο βρογχικών κυττάρων ή για συστηματικές παρενέργειες είναι άφθονες (μεταλλάξεις στο γονιδίωμα των κυττάρων, χημική πνευμονίτιδα, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, υπόταση κ.ά.). Επειδή κυκλοφορεί στην αγορά μόνο έντεκα ή δώδεκα χρόνια, θα πρέπει να είμαστε εξαιρετικά επιφυλακτικοί και να περιμένουμε και άλλες μελέτες για να μάθουμε αν προκαλεί βλάβες, πού τις προκαλεί και πόσο σοβαρές είναι. Γεγονός είναι ότι οι περισσότερες μέχρι τώρα μελέτες υποστηρίζουν ότι το ηλεκτρονικό τσιγάρο ***δεν είναι ασφαλές για την υγεία και ότι δεν μπορεί να βοηθήσει στη διακοπή του καπνίσματος.*** Μια πολύ πρόσφατη μεγάλη μετα-ανάλυση (δηλαδή μια μελέτη που αναλύει πολλές μελέτες μαζί), που δημοσιεύτηκε τον Ιανουάριο 2016 στο περιοδικό «Lancet Respiratory Medicine» (ένα έγκριτο ιατρικό περιοδικό), καταλήγει στο εξής συμπέρασμα: ***«Το ΗΤ δεν βοήθησε ενήλικες καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα»***. Η μελέτη αυτή δέχθηκε πολλές κριτικές από ερευνητές που υποστηρίζουν το αντίθετο.

Μερίδα επιστημόνων υποστηρίζει ότι ορισμένα ΗΤ, που πληρούν συγκεκριμένες προϋποθέσεις, θα μπορούσαν να πάρουν θέση στην εκστρατεία διακοπής του καπνίσματος. Με αυτή την άποψη φαίνεται ότι συντάχθηκε και η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (PHE) αποφασίζοντας, πριν από μερικούς μήνες, ότι ***«ορισμένα ηλεκτρονικά τσιγάρα να αναγνωριστούν ως εφόδια διακοπής του καπνίσματος και να καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα»***. Η απόφαση αυτή βασίστηκε στο σκεπτικό της ***Ann McNeill*** του Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience του National Addiction Centre, του King's College του Λονδίνου και

Σήμερα υπάρχουν στον χώρο πάνω από **250** *εταιρείες στην βιομηχανία του ηλεκτρονικού τσιγάρου*

Το 2011 δαπανήθηκαν στις ΗΠΑ **6,4** *εκατομμύρια δολάρια για τη διαφήμισή του και το 2014 έφτασαν τα* **120** *εκατομμύρια δολάρια*

του *Peter Hajek* του Wolfson Institute of Preventive Medicine του Πανεπιστήμιου του Λονδίνου πως υπάρχουν ***«αποδεικτικά στοιχεία για την εκτίμηση ότι η χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου είναι περίπου 95% πιο ασφαλής από το κάπνισμα».*** Το πλήρες κείμενο (113 σελίδων) του PHE, που έγινε αιτία σφοδρότατης κριτικής από έγκριτους επιστήμονες, κυκλοφορεί στο διαδίκτυο και έχει τίτλο ***«E-cigarettes: An evidence update. A report commissioned by Public Health England».*** Η απόφαση του PHE ήταν πολύ τολμηρή και σίγουρα τάραξε τα νερά στον χώρο του ΗΤ. Είναι πιθανό το παράδειγμα του Ηνωμένου Βασίλειου να το ακολουθήσουν και άλλες χώρες της Κοινοπολιτείας. Ήδη ο ιατρικός κόσμος της Αυστραλίας προτείνει να απελευθερωθεί η πώληση των ΗΤ (εκεί η πώλησή τους είναι αυστηρά ελεγχόμενη), ***«για να δοθεί στους καπνιστές η δυνατότητα να επωφεληθούν από τη χρήση τους»***, όπως αναφέρει σε σχετικό άρθρο τον Ιανουάριο του 2016 το περιοδικό «*The Medical Journal of Australia*».

Μια άλλη πρόσφατη είδηση έρχεται από τις ΗΠΑ, όπου ο Αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων (Food and Drugs Administration-FDA) δίνει τη δυνατότητα σε ορισμένα ΗΤ, που πληρούν τις προϋποθέσεις, να αναγνωριστούν ως βοηθήματα διακοπής καπνίσματος. Καλεί δε εταιρίες που ανήκουν στον Σύνδεσμο Ηλεκτρονικών Τσιγάρων (Electronic Cigarette Association) να συνεργαστούν με τον οργανισμό, ούτως ώστε να διασφαλιστεί ότι τα ηλεκτρονικά τσιγάρα θα διατίθενται νόμιμα στις ΗΠΑ. Ταυτόχρονα, όμως, διευκρινίζει ότι : «*Ο οργανισμός προτίθεται να ρυθμίσει τα ηλεκτρονικά τσιγάρα και τα συναφή προϊόντα κατά τρόπο σύμφωνο με την αποστολή του για την προστασία της δημόσιας υγείας*». Από το κείμενο αυτό διαφαίνονται οι προθέσεις του FDA να βάλει τάξη στο χάος των ΗΤ στις ΗΠΑ.

> **Δεν καπνίζουμε και δεν ατμίζουμε για το καλό της υγείας μας**

> *Η μόνη ασφαλής και καταξιωμένη μέθοδος για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αυτή που εφαρμόζεται στα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος ή από τους μεμονωμένους πνευμονολόγους*

Αυτές είναι σε γενικές γραμμές οι ***αντικρουόμενες*** τρέχουσες απόψεις για το ΗΤ. Όσον αφορά τους καπνιστές που επιθυμούν να κόψουν το κάπνισμα, είναι κατανοητή η επιθυμία τους να τους δοθεί η ευκαιρία να δοκιμάσουν και με το ΗΤ, αλλά θα πρέπει να ξέρουν ότι α) οι μέχρι τώρα μελέτες δεν είναι καθόλου βέβαιες για το πόσο ασφαλές και αποτελεσματικό είναι και β) ότι θα χρειαστούν ακόμη και άλλες για να απαντηθούν αυτά τα ερωτήματα.

Έτσι, λοιπόν, στην αρχική ερώτηση ***«αν το ΗΤ μπορεί πράγματι να βοηθήσει στη διακοπή του καπνίσματος»,*** η απάντηση είναι: ***Είμαστε εξαιρετικά επιφυλακτικοί σε αυτό το θέμα! Ίσως ορισμένα ΗΤ, που θα πάρουν έγκριση από κρατικούς φορείς φαρμάκων, να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο στη διακοπή καπνίσματος. Θα το δούμε αυτό. Αλλά σαν μαζικό, καταναλωτικό, κοινωνικό φαινόμενο δεν πιστεύουμε ότι το ΗΤ μπορεί να παίξει ουσιώδη ρόλο στη μάχη κατά του καπνίσματος! Επειδή, όμως, η διάδοσή του είναι ραγδαία και ανεξέλεγκτη, επιβάλλονται άμεσες κανονιστικές ρυθμίσεις σε πολλά επίπεδα και, απ' ό,τι μαθαίνουμε, η Ε.Ε. ετοιμάζει να εκδώσει σχετική οδηγία.***

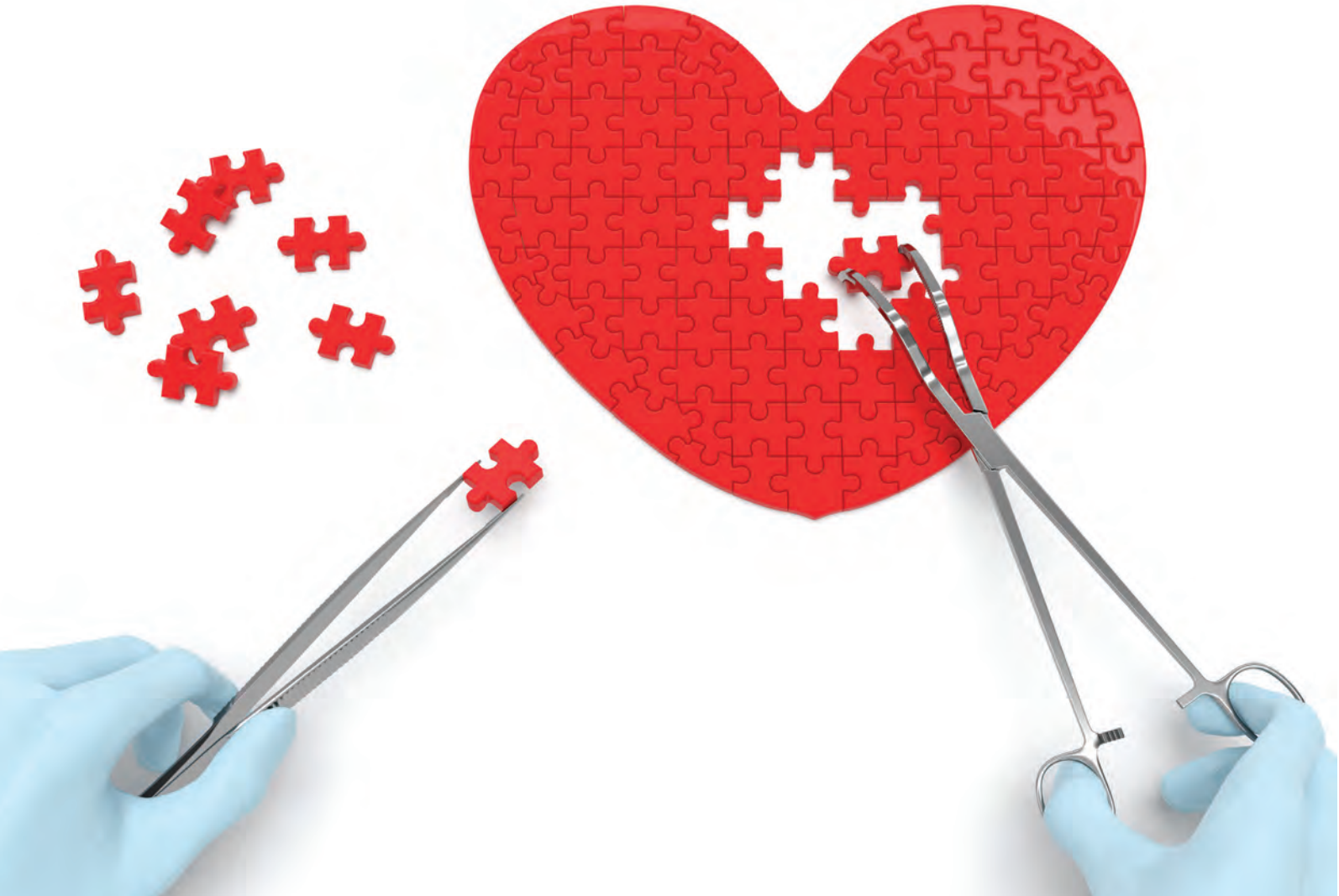
Οι πνευμονολόγοι του Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος της Ευρωκλινικής Αθηνών παρακολουθούν και ενημερώνονται για οποιαδήποτε εξέλιξη σχετικά με το ΗΤ, υπενθυμίζουν, όμως, ότι, στην παρούσα φάση, ***η μόνη ασφαλής και καταξιωμένη μέθοδος για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αυτή που εφαρμόζεται στα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος ή από τους μεμονωμένους πνευμονολόγους.*** Αυτές τις δύο επιλογές έχει ο καπνιστής που θέλει να κόψει το τσιγάρο!

Για ραντεβού στο ***Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος της Ευρωκλινικής Αθηνών τηλεφωνήστε στο 210-6416345*** (γραμματέας κυρία Ρούλα Ράπτη).

Ηλίας Κ. Καραμπίνος
Δ/ντής Γ' Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Καρδιακή ανεπάρκεια

Μια συχνή κακοήθεια
Τι πρέπει να γνωρίζει ο ασθενής



Όπως παραπέμπει ο όρος, καρδιακή ανεπάρκεια είναι η ανικανότητα-ανεπάρκεια της καρδιάς να επιτελέσει τη λειτουργία της ως διπλής αντλίας. Κατά συνέπεια, πρόκειται για την αδυναμία της καρδιάς να εφοδιάσει τους ιστούς του σώματος με την απαραίτητη ποσότητα αίματος, λόγω μείωσης της λειτουργικότητάς (δύναμης) της. Τα κυριότερα αίτια τα οποία «καταστρέφουν» την καρδιά είναι: Η στεφανιαία νόσος, δηλαδή η χρόνια απόφραξη ή στένωση των αρτηριών που τροφοδοτούν με αίμα την ίδια την καρδιά, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, δηλαδή η νέκρωση κάποιου τμήματος της καρδιάς, η αυξημένη αρτηριακή πίεση, οι βαλβιδοπάθειες, δηλαδή η δυσλειτουργία των βαλβίδων της καρδιάς, οι μυοκαρδιοπάθειες που οφείλονται σε γενετικά αίτια, λοιμώξεις των βαλβίδων (ενδοκαρδίτιδα) ή του καρδιακού μυός (μυοκαρδίτιδα) κ.λπ. Συνεπώς, οι ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από κάποιο από τα παραπάνω νοσήματα θα πρέπει να ακολουθούν πιστά τις οδηγίες των γιατρών τους, γιατί ελλοχεύει πάντα ο κίνδυνος της εξέλιξης της νόσου τους σε καρδιακή ανεπάρκεια.

Πόσο συχνή είναι η καρδιακή ανεπάρκεια; Επιδημιολογία καρδιακής ανεπάρκειας

Ο αριθμός όλων των περιπτώσεων καρδιακής ανεπάρκειας στον γενικό πληθυσμό υπολογίζεται σε 3-20 ανά 1.000 άτομα. Ο επιπολασμός αυξάνει με την ηλικία, ώστε να υπάρχουν 30-130 ασθενείς ανά 1.000 άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα πιθανότατα υπάρχουν 200.000 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και 30.000 περίπου νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο. Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι μια κακοήθης νόσος, πολλές φορές με χειρότερη πρόγνωση ακόμη και από τον καρκίνο. Αρκεί να σκεφθεί κανείς ότι η επιβίωση των ασθενών με τελικού σταδίου καρδιακή ανεπάρκεια στα 4 έτη είναι μόλις 50%. Η απορρύθμιση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια είναι πολύ σημαντική, καθότι ξεκινά μια κλινική «κατηφόρα» του ασθενούς με ενδονοσοκομειακή θνητότητα 3%-7% και θνητότητα 3 μηνών περί το 25%. Από τους ασθενείς αυτούς σε διάστημα ενός χρόνου το 40% είτε πεθαίνει είτε επανεισάγεται με επιδείνωση των συμπτωμάτων και της νόσου.

Ποια είναι τα συμπτώματα της νόσου;

Το βασικό σύμπτωμα της καρδιακής ανεπάρκειας είναι η μειωμένη ανοχή στην κόπωση, ένεκα είτε δύσπνοιας (επειδή το αίμα λιμνάζει στους πνεύμονες) είτε καταβολής και αδυναμίας (επειδή η οξυγόνωση των μυών είναι ανεπαρκής). Ο ασθενής αισθάνεται λαχάνιασμα, το οποίο είναι ένα σύμπτωμα που παρατηρείται αρχικά κατά την άσκηση και εν συνεχεία και κατά την ηρεμία. Πολλές φορές η δύσπνοια μπορεί να προσλαμβάνει τον χαρακτήρα της ορθόπνοιας, δηλαδή αδυναμία του ασθενούς να ξαπλώσει και ανακούφισή του όταν ανασηκώνεται και κάθεται. Μερικές φορές η δύσπνοια παρατηρείται αιφνίδια το βράδυ, γίνεται πολύ σοβαρή και ο ασθενής συνήθως χρησιμοποιεί πολλά μαξιλάρια για να κοιμηθεί ή μπορεί να σηκώνεται το βράδυ και να κάθεται καθιστός στο κρεβάτι του. Συνυπάρχοντα συμπτώματα μπορεί να είναι πόνος στο στήθος-στηθάγχη, κόπωση και αίσθημα αδυναμίας. Το χαρακτηριστικότερο σημείο της καρδιακής ανεπάρκειας είναι η κατακράτηση υγρών, η οποία εκδηλώνεται με οιδήματα στα κάτω άκρα (πρησμένα πόδια), ασκίτη (πρησμένη με υγρό κοιλιά) και απότομη και αδικαιολόγητη αύξηση βάρους.

Καρδιακή ανεπάρκεια είναι η ανικανότητα της καρδιάς να επιτελέσει τη λειτουργία της ως διπλής αντλίας. Πρόκειται για την αδυναμία της καρδιάς να εφοδιάσει τους ιστούς του σώματος με την απαραίτητη ποσότητα αίματος, λόγω μείωσης της δύναμης της

Πώς γίνονται η διάγνωση και η παρακολούθηση της καρδιακής ανεπάρκειας;

Με την κλινική εξέταση ο γιατρός θα υποψιασθεί την παρουσία καρδιακής ανεπάρκειας, θα χρειασθούν, όμως, και κάποιες εξετάσεις προκειμένου να επιβεβαιωθεί η διάγνωση και να καθορισθούν η πρόγνωση και οι θεραπευτικές δυνατότητες. Το **ηλεκτροκαρδιογράφημα** μπορεί να συμβάλει στη διάγνωση, μολονότι πολλές φορές είναι σχεδόν φυσιολογικό. Η **ακτινογραφία θώρακος** μπορεί να αποκαλύψει μια διατεταμένη καρδιά ή την παρουσία υγρού στους πνεύμονες ή και πνευμο-

Υγιεινοδιαιτητικά μέτρα: Ο δεκάλογος της καρδιακής ανεπάρκειας

1. Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι για την κατάστασή τους, καθώς και για τη φαρμακευτική αγωγή τους (τη δράση των φαρμάκων, τις δόσεις και τις παρενέργειές τους).
2. Το κάπνισμα φυσικά θα πρέπει να απαγορεύεται αυστηρά.
3. Οι παχύσαρκοι ασθενείς θα πρέπει να μειώσουν το βάρος τους. Θα πρέπει να ζυγίζονται καθημερινά και να συμβουλεύονται τον γιατρό τους σε κάθε περίπτωση αύξησης του βάρους του πάνω από 1,5-2 κιλά σε μία εβδομάδα.
4. Η κατανάλωση άλατος θα πρέπει να είναι αυστηρά μειωμένη στα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια.
5. Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια λόγω στεφανιαίας νόσου θα πρέπει να ακολουθούν υπολιπιδαιμική δίαιτα.
6. Αποφυγή σωματικής κοπώσεως σε αρρώστους που έχουν καρδιακή κάμψη. Οι ασθενείς με μετρίου βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια θα πρέπει να ενθαρρύνονται να ασκούνται, πάντα, όμως, έπειτα από συνεννόηση με τον γιατρό.
7. Έλεγχος και σωστή ρύθμιση της αρτηριακής πιέσεως. Σε οιαδήποτε μορφή καρδιακής ανεπάρκειας, είναι απολύτως απαραίτητη η αντιμετώπιση της συνυπάρχουσας αρτηριακής υπερτάσεως, η οποία πολλές φορές μπορεί να είναι η αιτία της ανεπάρκειας.
8. Έλεγχος και ρύθμιση αυξημένης καρδιακής συχνότητας ή αρρυθμιών.
9. Η κατανάλωση αλκοόλ θα πρέπει να αποφεύγεται.
10. Θα πρέπει να γίνεται πρόληψη λοιμώξεων οι οποίες προκαλούν απορρύθμιση της νόσου. Υπάρχει ένδειξη για εμβολιασμό με το ισόβιο εμβόλιο για τον πνευμονιόκοκκο και κατά έτος με το αντιγριπικό εμβόλιο.

νικό οίδημα. Ο προσδιορισμός στο αίμα ενός **νατριουρητικού πεπτιδίου -του BNP-** μπορεί να βοηθήσει στη διαφορική διάγνωση μιας δύσπνοιας, αν, δηλαδή, είναι καρδιακής ή αναπνευστικής αρχής. Τιμές BNP<80pg/ml πρακτικά αποκλείουν την παρουσία καρδιακής ανεπάρκειας. Τέλος, με το **υπερηχογράφημα καρδιάς (triplex καρδιάς)** μπορούμε να «δούμε» σε πραγματικό χρόνο-live πώς ακριβώς λειτουργεί η καρδιά και σήμερα αποτελεί την κατεξοχήν αποδεικτική εξέταση της καρδιακής ανεπάρκειας. Με τη μέθοδο αυτή τίθεται η διάγνωση και παρακολουθείται η ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή.

Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια θα πρέπει, επίσης, να εξετάζονται με το stress echo ή το σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου ή τη Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς για παρουσία ζωντανών τμημάτων στην καρδιά τα οποία χρειάζονται επαναιμάτωση **(μελέτη βιωσιμότητας ή και ισχαιμίας).** Αν διαπιστωθεί ισχαιμία, ο ασθενής θα πρέπει να υποβάλλεται σε **στεφανιογραφία** με την προοπτική της επαναιμάτωσης είτε με αγγειοπλαστική (μπαλονάκι) είτε με αορτοστεφανιαία παράκαμψη (bypass). Τέλος, οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και συμπτωματολογία ζάλης ή απώλειας των αισθήσεων θα πρέπει να εξετάζονται με **Holter 24ωρης καταγραφής του ρυθμού** για ενδεχόμενη παρουσία κακοήθων αρρυθμιών, οπότε απαιτείται η εμφύτευση απινιδιστή, δηλαδή μιας συσκευής η οποία εμφυτεύεται σαν τον βηματοδότη και «ρίχνει ρεύμα» στην καρδιά, όταν χρειασθεί αποτρέποντας έτσι τον αιφνίδιο θάνατο.

Η σωστή θεραπεία θα μειώσει το αίσθημα αδυναμίας και τη δύσπνοια, θα βελτιώσει την ικανότητα προς άσκηση, θα επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου και θα αυξήσει την επιβίωση

Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια θα πρέπει να εξετάζονται σε τακτά διαστήματα με **βιοχημικές αναλύσεις** ούτως ώστε να ελέγχονται ο αιματοκρίτης, καθότι η αναιμία επιδεινώνει την καρδιακή ανεπάρκεια, το κάλιο και το νάτριο, αφού η υποκαλιαιμία από τα διουρητικά αποτελεί συνήθη αιτία για αιφνίδιο θάνατο, και η νεφρική λειτουργία με την ουρία και την κρεατινίνη, οι οποίες δεικνύουν αν υπάρχει αφυδάτωση ή υπερφόρτωση σε υγρά, ώστε να κατευθύνεται η χορήγηση διουρητικών, ακόμη και σε εξωνοσοκομειακή βάση.

Θεραπεία καρδιακής ανεπάρκειας

Κατά πρώτον, βασικό μέλημα θα πρέπει να είναι η ανεύρεση της αιτίας της καρδιακής ανεπάρκειας, ώστε να υπάρξει αιτιολογική θεραπεία. Ανεξάρτητα, όμως, από την αιτία της καρδιακής ανεπάρκειας, οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και να εκπαιδεύονται στις κατάλληλες υγιεινοδιαιτητικές συνήθειες. Η θεραπεία θα μειώσει το αίσθημα αδυναμίας και τη δύσπνοια, θα βελτιώσει την ικανότητα προς άσκηση, θα επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου και θα αυξήσει την επιβίωση.

Καρκίνος του παχέος εντέρου & προληπτική κολονοσκόπηση

Νικόλαος Νασιακόπουλος
Διευθυντής Γαστρεντερολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Πέτρος Τζαφέστας
Επιμελητής Γαστρεντερολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου (ΚΠΕ) αποτελεί παγκοσμίως σημαντικό πρόβλημα υγείας. Στις δυτικές κοινωνίες αποτελεί τον τρίτο σε συχνότητα καρκίνο σε άνδρες και γυναίκες και τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο. Στην Ευρώπη, η υψηλότερη θνησιμότητα παρατηρείται σε άνδρες και γυναίκες των ανατολικών και βορειοδυτικών χωρών. Χαμηλότερη είναι η θνησιμότητα στις χώρες της νότιας Ευρώπης. Παρά το γεγονός ότι η θνησιμότητα από ΚΠΕ στην Ελλάδα είναι η μικρότερη ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε., ο ΚΠΕ αποτελεί και στη χώρα μας σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας (8,7 θάνατοι/100.000) και είναι η τρίτη σε σειρά αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλάσματα. Η επίπτωση του ΚΠΕ αυξάνεται σταθερά με την ηλικία, η συχνότητα στα δύο φύλα είναι παρόμοια, ενώ ειδικά ο καρκίνος του ορθού εμφανίζεται συχνότερα

στους άνδρες. Η πιθανότητα ενός ατόμου χωρίς συμπτώματα να αναπτύξει στη διάρκεια της ζωής του τη νόσο πλησιάζει το 6% και για τα δύο φύλα. Στη δημιουργία του καρκίνου του παχέος εντέρου συμμετέχουν γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η πλειονότητα των ΚΠΕ προέρχεται από προκαρκινωματώδεις βλάβες (αδενωματώδεις πολύποδες).

Κίνδυνος ανάπτυξης

Ο κίνδυνος ανάπτυξης ενός αδενωματώδους πολύποδα στον γενικό πληθυσμό είναι περίπου 20%. Εκτός των σποραδικών καρκίνων, ένα ποσοστό 5%-15% του συνόλου των διαγνωσθέντων ΚΠΕ αναπτύσσεται σε έδαφος γενετικής προδιάθεσης. Για τον λόγο αυτό χωρίζουμε τον πληθυσμό σε δύο ομάδες σε ό,τι αφορά τον κίνδυνο ανάπτυξης ΚΠΕ: α) Άτομα μέσου κινδύνου, που αποτελούν το 90% χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου εκτός της ηλικίας (μεγαλύτερα των 50 ετών) και β) άτομα αυξημένου κινδύνου, που αποτελούν περίπου το 10%.

Για τα άτομα της δεύτερης ομάδας, παράγοντες αυξημένου κινδύνου αποτελούν: 1) Το ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνου του παχέος εντέρου, 2) η χρόνια ελκώδης κολίτις και η μακροχρόνια νόσος Crohn, 3) η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση, περιλαμβανομένων και των συνδρόμων Gardner και Turcot, 4) ο κληρονομικός μη πολυποδιασικός ΚΠΕ και 5) τα σύνδρομα αμαρτωματωδών πολυποδιάσεων (σύνδρομο Peutz-Jeghers, νεανική πολυποδίαση). Στην ομάδα αυξημένου κινδύνου πρέπει να εφαρμόζονται **προγράμματα επιτήρησης** με την επαναλαμβανόμενη εφαρμογή διαγνωστικής μεθόδου. Τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα αυτή, ο ΚΠΕ εμφανίζεται σε νεαρότερη ηλικία και άρα πρέπει να υποβάλλονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα σε ενδοσκόπηση πεπτικού, ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Στην ομάδα μέσου κινδύνου η ηλικία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης της νόσου.

Μετά την ηλικία των 50 ετών η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου διπλασιάζεται για κάθε δεκαετία ζωής. Αυτή η πληθυσμιακή ομάδα αποτελεί στόχο των προγραμμάτων πρόληψης (screening), καθώς έτσι μπορεί να ελαττωθεί η συχνότητα του ΚΠΕ.

Μέτρα πρόληψης

Στο πλαίσιο πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου, η ιατρική έχει αναπτύξει ένα ισχυρό διαγνωστικό εργαλείο, το οποίο επιτρέπει στον γαστρεντερολόγο να ανιχνεύσει προκαρκινικές βλάβες (πολύποδες) στο παχύ έντερο, να τις αφαιρέσει και ουσιαστικά να προλάβει την ανάπτυξη καρκίνου.

Η προληπτική κολονοσκόπηση γίνεται από γαστρεντερολόγο ιατρό, με την εισαγωγή ενός εύκαμπτου σωλήνα από την έξοδο του εντέρου. Προηγείται καθαρισμός του εντέρου, με λήψη καθαρτικού την προηγούμενη μέρα της εξέτασης. Ο καλός καθαρισμός είναι καθοριστικός για την επιτυχία της εξέτασης, γι' αυτό και πρέπει να δίνονται με λεπτομέρεια γραπτώς αλλά και προφορικά οι οδηγίες λήψης του καθαρτικού. Σε προληπτική κολονοσκόπηση υποβάλλονται άτομα τα οποία δεν έχουν κανένα σύμπτωμα που να αφορά το πεπτικό τους σύστημα, αφού οι προκαρκινικές βλάβες στο έντερο κατά κύριο λόγο είναι ασυμπτωματικές. Επίσης, οι στενοί συγγενείς των ασθενών που εμφάνισαν καρκίνο του παχέος εντέρου σε νεαρή ηλικία πρέπει να υποβληθούν κολονοσκόπηση πρόληψης του ΚΠΕ, σύμφωνα με τη συμβουλή του γαστρεντερολόγου. Η εξέταση αυτή είναι ανώδυνη και ασφαλής. Γίνεται με καταστολή (μέθη), με την οποία ο ασθενής κοιμάται με ήπια κατασταλτικά φάρμακα και δεν νιώθει ούτε πόνο αλλά ούτε καν ενόχληση από τη διενέργεια της ιατρικής αυτής πράξης. Εάν διαπιστωθεί κάποια ύποπτη βλάβη στο έντερο, υπάρχει η δυνατότητα να ληφθεί ανώδυνα βιοψία και να σταλεί για εξέταση. Επίσης, αν βρεθεί ένας πολύποδας, μπορεί να αφαιρεθεί τη στιγμή της εξέτασης ή σε μεταγενέστερη φάση. Επανάληψη της εξέτασης γίνεται αναλόγως των ευρημάτων της κολονοσκόπησης, όπως θα μας συμβουλέψει ο γιατρός μας.

Πρακτικά έτσι μηδενίζουμε την πιθανότητα εκδήλωσης κακοήθειας του εντέρου στους ανθρώπους που ακολουθούν το **πρόγραμμα πρόληψης**. Στην κλινική μας διαθέτουμε άρτιο εξοπλισμό για τη διενέργεια της εξέτασης αυτής, με σύγχρονα ενδοσκόπια υψηλής ευκρίνειας, δυνατότητα λήψης φωτογραφιών και βιντεοσκόπησης της εξέτασης, καθώς επίσης και τη διενέργεια της κολονοσκόπησης με τη χρήση CU2.

Εν κατακλείδι, η ποιοτική προληπτική κολονοσκόπηση είναι πραγματικά ο ασφαλέστερος τρόπος πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ας βάλουμε στο ημερολόγιό μας ένα ραντεβού με τον γαστρεντερολόγο μας, ώστε να πούμε και εμείς «όχι» στον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί και στη χώρα μας σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας (8,7 θάνατοι/100.000) και είναι η τρίτη σε σειρά αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλάσματα

Η πιθανότητα ενός ατόμου χωρίς συμπτώματα να αναπτύξει στη διάρκεια της ζωής του τη νόσο πλησιάζει το 6% και για τα δύο φύλα

Ανδρέας Κωνσταντίνου
Διευθυντής Παθολόγος
και Διευθυντής Ιατρικής
Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Αθηνών

Λοίμωξη στους ηλικιωμένους

Η λοίμωξη είναι η κύρια αιτία θανάτου για το ένα τρίτο των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω και είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στον θάνατο και πολλών άλλων

Σύμφωνα με ορισμένους Αγγλοσάξονες συγγραφείς, η ηλικία μεγαλύτερη των 75 ετών θα ήταν σήμερα η πιο ακριβής για να καθορίσουμε την 3η ηλικία. Οι ασθενείς αυτής της ηλικιακής κατηγορίας είναι περισσότερο ευάλωτοι, τα συμπτώματα είναι πολύ λιγότερο ειδικά και χρειάζεται μεγάλη προσοχή στη σωστή αντιμετώπιση και θεραπεία της λοίμωξης.

Για την αυξημένη ευαισθησία και τη μειωμένη αντίσταση των ηλικιωμένων ενηλίκων σε λοιμώξεις ευθύνονται πολλαπλοί βιολογικοί, πολιτιστικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Αυτοί οι παράγοντες μεταβάλλουν, επίσης, την εικόνα και τον τρόπο που εκδηλώνονται οι διάφορες λοιμώξεις σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας και μπορεί να χρειάζεται πολλές φορές τροποποίηση της θεραπείας.

Οι ασθενείς αυτής της ηλικιακής κατηγορίας είναι περισσότερο ευάλωτοι, τα συμπτώματα είναι πολύ λιγότερο ειδικά και χρειάζεται μεγάλη προσοχή στη σωστή αντιμετώπιση και θεραπεία της λοίμωξης

Παράγοντες αύξησης κινδύνου για λοίμωξη

Θεμελιώδεις αλλαγές στην ποσοτική και ποιοτική ανοσολογική απόκριση εμφανίζονται με τη γήρανση, μια διαδικασία που έχει κληθεί ανοσογήρανση.

Στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας πολλαπλές αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία συμβάλλουν στη μειωμένη προστασία από τις λοιμώξεις. Αυτές οι αλλαγές περιλαμβάνουν:

- Μεταβολές στους φραγμούς που τίθενται από το δέρμα, τους πνεύμονες και το γαστρεντερικό σύστημα (και άλλους βλεννογόνους), οι οποίες επιτρέπουν εισβολή από παθογόνους μικροοργανισμούς στον οργανισμό του ηλικιωμένου ανθρώπου.
- Λειτουργικές διαταραχές των οργάνων, όπως αχλωρυδρία, ακράτεια ούρων και κοπράνων.
- Έκπτωση φυσιολογικών λειτουργιών, όπως το αντανακλαστικό του βήχα και η επούλωση των τραυμάτων.
- Μεταβολές στην κυτταρική και χυμική ανοσία, συμπεριλαμβανομένων των μειώσεων σε συγκεκριμένους πληθυσμούς κυττάρων, η απώλεια της πολλαπλασιαστικής ικανότητας των κυττάρων του ανοσοποιητικού και η μειωμένη παραγωγή ειδικών κυτοκινών (π.χ., IL-2), που οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο για ενδοκυτταρικά παθογόνα.
- Μειωμένη απόκριση αντισώματος σε εμβόλια.
- Μειωμένη παραγωγή ανοσοσφαιρινών και μειωμένη εξειδικευμένη απάντηση αντισώματος.
- Η ταυτόχρονη παρουσία και άλλων προβλημάτων υγείας που εμφανίζονται με τη γήρανση επιδεινώνουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.

Ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν χρόνιες παθήσεις (π.χ., διαβήτη, χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο ή καρδιακή ανεπάρκεια, κακοήθεις νεοπλασίες, νεφρική ανεπάρκεια, κ.ά.) είναι πιο επιρρεπείς σε κοινές λοιμώξεις και παρουσιάζουν μικρότερη ανταπόκριση στον εμβολιασμό σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν βασικά ζητήματα υγείας.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίδεται σε ασθενείς που φέρουν στο σώμα τους συσκευές (π.χ., βηματοδότης, βαλβίδα για υδροκεφαλία εγκεφάλου, καρδιακές βαλβίδες κ.ά.), μοσχεύματα (π.χ., βαλβιδοφόρο μόσχευμα αορτής) και ξένα σώματα (π.χ., ενδοαρθρικές προθέσεις κ.ά.).

Ο κίνδυνος εμφάνισης λοιμώξεων αυξάνεται περαιτέρω για τους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ή άλλα ιδρύματα. Η ιδρυματοποίηση είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου, όχι μόνο για την απόκτηση της νόσου σε γενικές γραμμές, αλλά για την απόκτηση της νόσου

Μέτρα πρόληψης

1. Στους ηλικιωμένους πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο το αντιγριπικό εμβόλιο και κάθε 5 χρόνια το εμβόλιο για προστασία από τον πνευμονιόκοκκο.
2. Εμβολιασμός έναντι του έρπη ζωστήρα (άπαξ).
3. Να μη γίνεται άσκοπη και ακατάλληλη χρήση αντιβιοτικών (π.χ., χορήγηση αντιβίωσης για τη θεραπεία της ασυμπτωματικής βακτηριουρίας - κυστίτιδας).
4. Να αναγνωρίζονται έγκαιρα τα σημεία και τα συμπτώματα που είναι ύποπτα για λοίμωξη.
5. Η χορήγηση αντιβιοτικής θεραπείας πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένο ιατρό (πρέπει να επιλέξει το κατάλληλο αντιβιοτικό στη κατάλληλη δόση και να είναι συμβατό με την υπόλοιπη φαρμακευτική αγωγή, που συχνά λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι).

λόγω ανθεκτικών στα αντιβιοτικά οργανισμών. Μια καναδική μελέτη διαπίστωσε ότι 8 έως 17 τοις εκατό των ηλικιωμένων που διέμεναν σε γηροκομεία έπαιρναν αντιβιοτικά σε κάθε δεδομένη στιγμή, ότι το 50 έως 70 τοις εκατό είχαν εκτεθεί στα αντιβιοτικά κατά τη διάρκεια ενός έτους και ότι 22 με 89 τοις εκατό αυτής της χρήσης αντιβιοτικών ήταν ακατάλληλη.

Η εικόνα του ηλικιωμένου με λοίμωξη

Είναι γνωστό εδώ και αιώνες ότι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας μπορούν να έχουν σοβαρή λοίμωξη χωρίς την παρουσία τυπικών σημείων ή συμπτωμάτων, όπως ο πυρετός. **Ο πυρετός είναι απών στο 30 με 50 τοις εκατό** των ηλικιωμένων, ακόμα και όταν πρόκειται για σοβαρές λοιμώξεις, όπως η πνευμονία ή η ενδοκαρδίτιδα. Η αμβλεία εμπύρετη απόκριση σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας οφείλεται σε αλλαγές σε πολλαπλά συστήματα που είναι υπεύθυνα για τη θερμορύθμιση.

Στους ηλικιωμένους η θερμοκρασία σώματος συχνά είναι χαμηλότερη των 37 °C. Πυρετοί > 38°C (100,4º F) υποδηλώνουν κάποια πιθανότητα σοβαρής λοίμωξης, ενώ η υποθερμία μπορεί να σημαίνει σοβαρή λοίμωξη ή ακόμα και σήψη. Ο πυρετός σε ηλικιωμένους πρέπει να εκτιμηθεί με έναν από τους παρακάτω τρόπους:

- Μέτρηση του πυρετού από το ορθό, θερμοκρασία> 37,5°C. Είναι η πιο ασφαλής και αξιόπιστη μέθοδος μέτρησης της θερμοκρασίας σώματος.
- Μέτρηση του πυρετού από την τυμπανική μεμβράνη, με τα ειδικά θερμόμετρα που υπάρχουν και μπορούν να μετρήσουν τον πυρετό, θερμοκρασία ≥37,2°C.
- Μέτρηση του πυρετού από το στόμα, θερμοκρασία >37,5° C.
- Αύξηση της θερμοκρασίας κατά ≥1,1° C (≥2° F) πάνω από τη θερμοκρασία βάσης.

Η εμφάνιση πυρετού, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, σημαίνει λοίμωξη από παθογόνο μικρόβιο και σπανίως οφείλεται σε απλή ίωση (το ποσοστό των ιώσεων στους ηλικιωμένους δεν υπερβαίνει το 3% του συνόλου των λοιμώξεων). Τα **μη λοιμώδη αίτια** πυρετού (αιματολογικά νοσήματα, κακοήθεις - νεοπλασίες, νοσήματα κολλαγόνου, φαρμακευτικός πυρετός) αποτελούν περίπου το 10% των περιπτώσεων. Η εμφάνιση πολύ υψηλού πυρετού (>400 C), ιδιαίτερα κατά τους θερινούς μήνες, θέτει την υποψία **θερμοπληξίας**.

Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας μπορούν να έχουν σοβαρή λοίμωξη χωρίς την παρουσία τυπικών σημείων ή συμπτωμάτων, όπως ο πυρετός

Άλλα συμπτώματα και σημεία με τα οποία εκδηλώνεται μια λοίμωξη στους ηλικιωμένους είναι:

- **Αιφνίδια αλλαγή του επιπέδου συνείδησης**, γίνονται συγχυτικοί, διεγερτικοί ή νωθροί. Πολλές φορές η εικόνα που παρουσιάζουν μοιάζει με την εικόνα ενός ανθρώπου που παθαίνει εγκεφαλικό επεισόδιο.
- **Ανορεξία**, άρνηση ή αδυναμία κατανάλωσης τροφής ή νερού.
- **Αιφνίδιες, ανεξήγητες πτώσεις**, που πολλές φορές προκαλούν κατάγματα και αιματώματα.
- **Επιδείνωση υποκείμενης - προϋπάρχουσας νόσου**, όπως κολπική μαρμαρυγή, απορρύθμιση σακχαρώδη διαβήτη, επιδείνωση καρδιακής λειτουργίας, πνευμονικό οίδημα κ.ά.
- **Χαμηλή αρτηριακή πίεση**.
- **Ακράτεια ούρων ή και κοπράνων**, που δεν προϋπήρχε.

Οι πιο συχνές λοιμώξεις

Στους ηλικιωμένους οι πιο συχνά εμφανιζόμενες λοιμώξεις είναι:

- Λοιμώξεις του ουροποιητικού (ουρολοιμώξεις).
- Λοιμώξεις του αναπνευστικού (συχνά η πνευμονία εξ εισροφήσεως).
- Λοιμώξεις δέρματος - μαλακών μορίων (συχνή η λοίμωξη από έρπη ζωστήρα).
- Μικροβιαιμία - σήψη.
- Λοιμώξεις του εντέρου (συχνή η εκκολπωματίτιδα).
- Λοιμώξεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (π.χ., μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα).

Στην Ευρωκλινική Αθηνών διαθέτουμε μεγάλη εμπειρία στην ορθή αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών χάρη στο εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και στην υλικοτεχνική υποδομή.

Ολική αρτηριακή επαναιμάτωση μυοκαρδίου

Η αέναη επιστημονική αναζήτηση για τη βελτιστοποίηση της ιπποκράτειας προσφοράς στον πάσχοντα συνάνθρωπο αποτελεί το πρωταρχικό στόχο τόσο της καρδιοχειρουργικής όσο και όλων των κλάδων της ιατρικής επιστήμης.

Παράλληλα με τους υψηλούς θεραπευτικούς στόχους της Ευρωκλινικής Αθηνών και η Καρδιοχειρουργική Κλινική φιλοδοξεί όχι μόνο να ακολουθεί τη σύγχρονη ιατρική τεχνογνωσία, αλλά παράλληλα να πρωτοπορεί και σε διεθνές επίπεδο, εφαρμόζοντας τις πλέον άριστες και πιο καταξιωμένες χειρουργικές μεθόδους και τεχνικές, ανεξάρτητα του βαθμού πολυπλοκότητάς τους.

Ιδιαίτερα δε η πρωτοπορία αυτή αναδεικνύεται στις χειρουργικές επεμβάσεις ανοικτής καρδιάς επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου (bypass) και τυγχάνει διεθνούς αναγνώρισης κυρίως λόγω της προσήλωσης στη γενίκευση της χρήσης των ποιοτικά ανώτερων αρτηριακών μοσχευμάτων, και μάλιστα και των δύο μαστικών αρτηριών για την παράκαμψη των αθηροσκληρυντικών αποφρακτικών καρδιακών βλαβών. Η ασύγκριτη υπεροχή των άριστων μοσχευμάτων των μαστικών αρτηριών, οι οποίες εντοπίζονται πίσω από το στέρνο, μπορεί να αποδοθεί σε μία πλειάδα συγκριτικών ανατομικών αλλά και λειτουργικών πλεονεκτημάτων σε σχέση με τα χαμηλής ποιότητας φλεβικά μοσχεύματα

Ιωάννης Χλωρογιάννης MD

Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

που συνήθως προέρχονται από τα κάτω άκρα. Από τα ιδιαίτερα πλεονεκτήματα της μαστικής αρτηρίας έναντι των φλεβικών μοσχευμάτων διακρίνονται:

1 Η μαστική αρτηρία παρουσιάζει εντυπωσιακή ανθεκτικότητα στην αθηροσκλήρυνση

2 Η μαστική αρτηρία διατηρεί λειτουργικό ενδοθήλιο, ενώ το φλεβικό μόσχευμα στερείται.

3 Το αρτηριακό ενδοθήλιο παρουσιάζει μεγαλύτερη αντοχή στις υψηλές συστηματικές αρτηριακές πιέσεις, σε αντίθεση με τα φλεβικά μοσχεύματα, τα οποία έχουν προδιαγραφές χαμηλής πίεσης.

4 Το αρτηριακό ενδοθήλιο παρουσιάζει μεγαλύτερη αντοχή στη σφυγμική ροή αίματος.

5 Το αρτηριακό ενδοθήλιο της μαστικής αρτηρίας παρουσιάζει μεγαλύτερη παραγωγή προστακυκλίνης και νιτρικού οξέως, που δρουν προστατευτικά στην αθηροσκλήρυνση.

6 Σε σχέση με τα στεφανιαία αγγεία, η διάμετρος της μαστικής αρτηρίας είναι συγκρίσιμη (matching), ενώ αντίθετα η διάμετρος των φλεβικών μοσχευμάτων είναι μεγαλύτερη και πολλές φορές πολλαπλάσια της στεφανιαίας αρτηρίας που πρόκειται να δεχθεί το παρακαμπτήριο μόσχευμα (mismatching). Επομένως, η ανατομική δυσαρμονία του μεγέθους των φλεβικών μοσχευμάτων μπορεί να μειώσει τη ροή του αίματος στο τοίχωμά τους, με αποτέλεσμα τη συχνότερη εμφάνιση θρόμβωσης και απόφραξης.

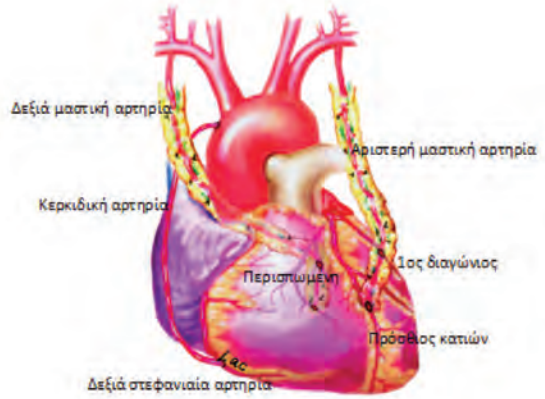
7 Η μαστική αρτηρία έχει τη δυνατότητα αυτορρύθμισης της αιματικής της ροής ανάλογα με τις ανάγκες του μυοκαρδίου

Είναι επομένως εμφανές ότι η ποιότητα της χειρουργικής επέμβασης είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ποιότητα των μοσχευμάτων, η οποία αντανακλά όχι μόνο στο προσδόκιμο βατότητάς τους αλλά και στο προσδόκιμο ζωής των ασθενών.

Αντίθετα, πολλά από τα απώτερα μετεγχειρητικά καρδιολογικά προβλήματα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση bypass συνήθως οφείλονται στην ταχεία στένωση ή και απόφραξη των ποιοτικά κατώτερων φλεβικών μοσχευμάτων. Μάλιστα, σε συγκριτική ολοκληρωμένη μελέτη που διενεργήθηκε στις ΗΠΑ ταυτόχρονα σε πολλά καρδιοχειρουργικά κέντρα και δημοσιεύτηκε στο έγκριτο περιοδικό «The New England Journal of Medicine» (1) βρέθηκε ότι σχεδόν τα μισά φλεβικά μοσχεύματα αποφράσσονται σε 12 έως 18 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση!

Επίσης, κλινικά δεδομένα από το Cleveland Clinic Foundation στις ΗΠΑ δείχνουν ότι έπειτα από είκοσι έτη μετεγχειρητικής παρακολούθησης επιβίωσαν 26% περισσότεροι ασθενείς όταν έλαβαν και τις δύο μαστικές αρτηρίες, παρά όταν έλαβαν μόνο μία μαζί με φλεβικά μοσχεύματα (2).

Επιπλέον, σε ανάλογα συμπε-



Η άριστη εγχείρηση bypass με το καλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης και τη καλύτερη ποιότητα ζωής (Gold standard) με χρήση και των δύο έμμισχων μαστικών αρτηριών, οι οποίες σε συνδυασμό με την κερκιδική αρτηρία μπορούν να παρακάμψουν μέχρι και έξι αθηροσκληρυντικές στενώσεις των στεφανιαίων αγγείων, (εξαπλό bypass)

Βιβλιογραφία

1. Renato D. Lopes, M.D., Ph.D., Gail E. Hafley, M.S., Keith B. Allen, M.D., T. Bruce Ferguson, M.D., Eric D. Peterson, M.D., M.P.H., Robert A. Harrington, M.D., Rajendra H. Mehta, M.D., C. Michael Gibson, M.D., Michael J. Mack, M.D., Nicholas T. Kouchoukos, M.D., Robert M. Califf, M.D., and John H. Alexander, M.D., M.H.S. Endoscopic versus Open Vein-Graft Harvesting in Coronary-Artery Bypass Surgery NEJM 361:235-44,3 2009.
2. The effect of bilateral internal thoracic artery grafting on survival during 20 postoperative years. BW Lytle, EH Blackstone, JF Sabik, P Houghtaling, FD Loop, and DM Cosgrove. Ann. Thorac. Surg., Dec 2004; 78: 2005-12.
3. Weiss AJ, Zhao S, Tian DH, Taggart DP, Yan TD. A meta-analysis comparing bilateral internal mammary artery with left internal mammary artery for coronary artery bypass grafting. Ann Cardiothorac Surg 2013; 2(4): 390-400.
4. Habib RH, Dimitrova KR, Badour SA, Yammine MB, El-Hage-Sleiman AK, Hoffman DM, Geller CM, Schwann TA,Tranbaugh RF CABG Versus PCI: Greater Benefit in Long-Term Outcomes With Multiple Arterial Bypass Grafting. J Am Coll Cardiol. 2015 Sep 29;66(13):1417-27.
5. Itagaki S, Cavallaro P, Adams DH, Chikwe J, Bilateral internal mammary artery grafts, mortality and morbidity: an analysis of 1 526 360 coronary bypass operations. Heart. 2013 Jun; 99(12): 849-53.
6. Ioannis A. Chloroyiannis. Total Arterial Myocardial Revascularization, Angiology 2008, 59(2), 80S-82S

ράσματα καταλήγουν και πολλές άλλες αντίστοιχες εργασίες συμπεριλαμβανομένης και μίας μεγάλης συγκριτικής μετα-ανάλυσης (3), η οποία περιλαμβάνει και αναλύει μαζί είκοσι επτά δημοσιευμένες μελέτες. Σύμφωνα, δε, με μια τελευταία μελέτη του 2015 σε καρδιοπαθείς με εκτεταμένη καρδιακή νόσο, η τοποθέτηση έστω και δύο αρτηριακών μοσχευμάτων έχει πολύ καλύτερα αποτελέσματα όχι μόνο σε σύγκριση με την αγγειοπλαστική με stents, αλλά και σε σύγκριση με ασθενείς που έγινε χρήση μόνο μίας μαστικής μαζί με φλεβικά μοσχεύματα (4).

Συνεπώς, από τα παραπάνω μπορεί απόλυτα να αιτιολογηθεί ο χαρακτηρισμός της εγχείρησης bypass και με τις δύο μαστικές αρτηρίες ως η καλύτερη εγχείρηση για τη στεφανιαία νόσο (***the best bypass operation)***, όπως προτάθηκε από τους συνέδρους καρδιοχειρουργούς σε πρόσφατο Διεθνές Καρδιοχειρουργικό Συνέδριο στο San Diego, στην Καλιφόρνια, των ΗΠΑ.

Επομένως, τα εντυπωσιακά αυτά δεδομένα θα έπρεπε να καθιερώσουν τη γενικευμένη χρήση και των δύο μαστικών αρτηριών (όχι μόνο της αριστερής αλλά και της δεξιάς) ως ελεύθερα ή έμμισχα μοσχεύματα με μία ή περισσότερες διαδοχικές αναστομώσεις, εφαρμόζοντας τις κατάλληλες καρδιοχειρουργικές τεχνικές. Δυστυχώς, όμως, σήμερα, όπως δημοσιεύτηκε στο επίσης έγκυρο ιατρικό περιοδικό «Heart», μόνο το ***3,9%,*** των ασθενών που υποβάλλονται σε bypass στις ΗΠΑ ευεργετούνται και από τις δύο μαστικές αρτηρίες, σύμφωνα με μια μελέτη-μαμούθ με περισσότερους από ενάμισι εκατομμύριο χειρουργημένους καρδιοπαθείς (5). Μάλιστα, στην ίδια μελέτη καταρρίπτεται και ο μύθος ότι, δήθεν, όταν χρησιμοποιούνται και οι δύο μαστικές αρτηρίες αυξάνεται ο κίνδυνος λοιμώξεως του χειρουργικού στερνικού τραύματος.

Τα θεαματικά αυτά αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από την παρακολούθηση των ασθενών της Καρδιοχειρουργικής Κλινικής μας. Όπως δημοσιεύτηκε στο έγκριτο ιατρικό περιοδικό «***Angiology***» (6), επιτεύχθηκε η τοποθέτηση και των δύο μαστικών αρτηριών σε 1.817 από τους 1.825 ασθενείς μας (ποσοστό μεγαλύτερο από 99%), εφαρμόζοντας τις κατάλληλες εξειδικευμένες τεχνικές. Η κλινική αυτή μελέτη επιβεβαίωσε τα πρότερα καλά αποτελέσματα και παράλληλα απέδειξε ότι στις εγχειρήσεις bypass η αποκλειστική χρησιμοποίηση και των δύο μαστικών αρτηριών -με ή χωρίς το επίσης αρτηριακό μόσχευμα της κερκιδικής αρτηρίας- είναι και εφικτή και αποτελεσματική και αναμφισβήτητα μπορεί να αποτελεί τη θεραπευτική μέθοδο εκλογής (Gold standard), παρά την πολυπλοκότητα των τεχνικών και των αλγοριθμικών προσεγγίσεων.

Η άριστη εγχείρηση bypass με το καλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης και τη καλύτερη ποιότητα ζωής (Gold standard) επιτυγχάνεται με χρήση και των δύο έμμισχων μαστικών αρτηριών, οι οποίες σε συνδυασμό με την κερκιδική αρτηρία μπορούν να παρακάμψουν μέχρι και έξι αθηροσκληρυντικές στενώσεις των στεφανιαίων αγγείων, (εξαπλό bypass)

Όμως, η απαιτητική οργάνωση και εξειδίκευση αυτών των ευεργετικών χειρουργικών μεθόδων, αλλά και οι ιδιαίτερα επίπονες τεχνικές απαιτήσεις μάλλον πριμοδοτούν την πιο εύκολη λύση των φλεβικών μοσχευμάτων και παράλληλα φαίνεται να αποθαρρύνουν την ευρεία και καθολική εφαρμογή της χρήσης και των δύο μαστικών αρτηριών, παρά τα άριστα μακροχρόνια αποτελέσματα στους ασθενείς τόσο στο προσδόκιμο επιβίωσης όσο και στην ποιότητα ζωής.

Dr Γεώργιος Δημάκης
Δ/ντής ορθοπεδικός χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Dr Ελευθέριος Ζαμπάκος
Δ/ντής ορθοπεδικός χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Dr Σταύρος Κανελλάς
Δ/ντής Αναισθησιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ελάχιστα επεμβατική χειρουργική πρόσθιου ποδός (διαδερμική χειρουργική)

Η σύγχρονη ελάχιστα επεμβατική χειρουργική τεχνική που έχει εφαρμοστεί με μεγάλη επιτυχία στην κλινική μας τα **τελευταία 6 χρόνια**, σε πάνω από **1.000** περιστατικά

Η δεκαετία που διανύουμε είναι η δεκαετία της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής. Στην ορθοπεδική η αρχή έγινε με την αρθροσκόπηση την προηγούμενη δεκαετία. Σήμερα, όλο και πιο πολλές παθήσεις στην ορθοπεδική αντιμετωπίζονται ελάχιστα επεμβατικά. Από αυτήν την εξέλιξη δεν μπορούσε να λείπει και η αντιμετώπιση των παθήσεων του άκρου ποδός και φυσικά η συχνότερη από αυτές τις παθήσεις, που είναι ο βλαισός μέγας δάκτυλος (κότσι).

Τι είναι το κότσι;

Τα κότσια είναι η πιο συχνή πάθηση του ποδιού. Είναι μια σύνθετη παραμόρφωση της πρώτης άρθρωσης (μεταταρσοφαλαγγικής) του μεγάλου δακτύλου του ποδιού. Η παραμόρφωση αυτή προκαλεί βλαισότητα (παρέκκλιση προς τα έξω) και στροφή του μεγάλου δακτύλου ως προς τον άξονά του. Συγκεκριμένα, στο έσω τμήμα της άρθρωσης αυτής δημιουργείται μία προπέτεια (κάλος). Η προπέτεια αυτή, πολλές φορές φλεγμαίνει, είναι εξέρυθρη και οιδηματώδης. Επίσης, πολλές φορές είναι επώδυνη και συχνά συνοδεύεται από δυσχέρεια στη βάδιση και προβλήματα στην υπόδηση. Επιδεινώνει, δε, την κατάσταση το γεγονός ότι η περιοχή αυτή δέχεται μεγάλες τριβές από τα παπούτσια.

70% *των περιπτώσεων είχε θετικό οικογενειακό ιστορικό*

Η συχνότητα της πάθησης εμφανίζει αύξηση **40 - 60%** *ανάλογα με την ηλικία*

Η φυσική εξέλιξη της νόσου είναι η παρέκκλιση του μεγάλου δακτύλου προς το δεύτερο ή και το τρίτο δάχτυλο, τα οποία παραμορφώνονται με σφυροδακτυλία, γαμψοδακτυλία ή εφίππευση πάνω στο μεγάλο δάχτυλο, καθώς και η εμφάνιση κάλων στα δάχτυλα αυτά.

Αιτίες εμφάνισης

Η νόσος είναι πολυπαραγοντική. Υπάρχει σε αυτή σαφής κληρονομική προδιάθεση, αλλά θεωρείται επίκτητη και όχι συγγενής. Σε μεγάλες σειρές χειρουργηθέντων ασθενών το 70% εξ αυτών είχε θετικό οικογενειακό ιστορικό. Επίσης, σε μεγάλη σειρά ερευνών η συχνότητα της πάθησης κυμαίνεται, ανάλογα με τη φυλή και τον πολιτισμό, από 40% έως 60% και εμφανίζει αύξηση ανάλογα με την ηλικία. Δεκάχρονη μελέτη του Πανεπιστημίου του Σικάγο έδειξε ότι το 88% του συνόλου των χειρουργηθέντων ασθενών ήταν γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 43,5 χρόνια. Άλλοι ερευνητές κατέγραψαν ξυπόλυτους ιθαγενείς στις Νήσους Σολομώντα και βρήκαν την παραμόρφωση να είναι, κατά κύριο λόγο, ανύπαρκτη. Επίσης, έρευνες στην Κίνα

Θεραπεία της παθολογίας των άκρων

Η διαδερμική τεχνική γίνεται με τοπική αναισθησία, με αποκλεισμό των νεύρων του ποδιού (ankle block), και έχει εξασφαλίσει ποιοτικό και μόνιμο αποτέλεσμα στην αντιμετώπιση μιας πλειάδας παραμορφώσεις του πρόσθιου και του οπίσθιου άκρου ποδός, όπως:

- Βλαισός μεγάλος δάκτυλος (Hallux Valgus)
- Δύσκαμπτος μεγάλος δάκτυλος (Hallux Rigitus)
- Μεταταρσαλγία - πτώση μεταταρσίων
- Νεύρωμα Morton ή άλλα νευρώματα
- Παραμορφώσεις πέμπτου δακτύλου (Bunionette tailor's, εφίππευση κ.ά.)
- Άκανθα πτέρνας - πελματιαία απονευρωσίτιδα
- Προεξοχή πτέρνας
- Γαμψοδακτυλία - σφυροδακτυλία - κλινοδακτυλία
- Ανακατασκευή του πρόσθιου ποδιού στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, νευρογενείς παραμορφώσεις
- Διαβητικό πόδι κ.ά.

έδειξαν ότι σε ικανό δείγμα πληθυσμού τόσο ενυπόδητων όσο και ανυπόδητων η νόσος στην πρώτη ομάδα έφτανε το 33%, ενώ στη δεύτερη μόλις το 2%. Επιπλέον τα στενά, κομψά και ψηλοτάκουνα παπούτσια ενοχοποιούνται ως αιτία πρόκλησης και επιδείνωσης της παραμόρφωσης. Γι' αυτόν τον λόγο η αναλογία της νόσου σε γυναίκες - άντρες είναι 9 προς 1. Άλλες αιτίες της νόσου είναι οι αυτοάνοσες παθήσεις (ρευματοειδής αρθρίτιδα), οι νευρογενείς διαταραχές, η ανισορροπία της εμβιομηχανικής του ποδιού κ.ά.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Ο μοναδικός τρόπος για να εξαφανιστεί το κότσι είναι η χειρουργική επέμβαση.Πάνω από 120 διαφορετικές τεχνικές υπάρχουν στη χειρουργική πρακτική, που όλες έχουν σαν στόχο να επαναφέρουν τον άξονα της άρθρωσης, να απομακρύνουν την εξόστωση και να ανακουφίσουν από τον πόνο. Μέχρι σήμερα τα κότσια αντιμετωπίζονταν με μεγάλες και επώδυνες χειρουργικές επεμβάσεις, ο δε μετεγχειρητικός χρόνος αποκατάστασης ήταν πολύ μεγάλος.

Νέα επαναστατική μέθοδος

Η ελάχιστα επεμβατική χειρουργική του άκρου ποδός είναι μια νέα επαναστατική μέθοδος αντιμετώπισης της παθολογίας του άκρου ποδός (κότσια, γαμψοδακτυλία, σφυροδακτυλία, άκανθα πτέρνας, πτώση μεταταρσίων, μεταταρσαλγία, νεύρωμα Morton κ.ά.). Για την νέα αυτή τεχνική δεν χρειάζεται να γίνει εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο (ODC). Η επέμβαση γίνεται με περιοχική αναισθησία (ankle block), μία τεχνική κατά την οποία ο αναισθησιολόγος με την βοήθεια υπερήχων "βλέπει" τα νεύρα της περιοχής και χορηγεί τοπικό αναισθητικό γύρω από αυτά (ακριβώς όπως το κάνει ο οδοντίατρος στην στοματική κοιλότητα), έτσι ώστε να εξασφαλίζεται αναισθησία κατά την διάρκεια του χειρουργείου και μετεγχειρητική αναλγησία (δεν πονά δηλαδή ο ασθενής) για πολλές ώρες μετά το χειρουργείο. Μετά την παρέλευση της δράσης που τοπικού αναισθητικού, ο πόνος, αν εμφανιστεί, είναι ελαφρύς και μπορεί να αντιμετωπισθεί πλέον με απλά αναλγητικά φάρμακα. Αν κάποιος ασθενής δεν επιθυμεί να είναι «ξύπνιος» κατά την διάρκεια της περιοχικής ή του χειρουργείου, χορηγείται καταστολή (μέθη), ούτως ώστε η όλη διαδικασία να μην γίνει αντιληπτή. Για την επέμβαση δεν απαιτείται ίσχαιμη περίδεση και οι τομές που γίνονται δεν ξεπερνούν τα 2-3 χιλιοστά. Μέσω των οπών αυτών, οδηγούνται μικρά εργαλεία, με τα οποία γίνονται διορθωτικές οστεοτομίες, αφαιρέσεις εξοστώσεων, διατομές τενόντων (καμπτήρων - εκτεινόντων, θυλακοτομές, αρθροτομές κ.ά.) υπό ακτινοσκόπηση (C-ARM). Το ειδικό μηχάνημα και τα ειδικά μικρά εργαλεία, τα οποία δεν κακοποιούν τους μαλακούς ιστούς, τα ευγενή αγγεία και τα νεύρα, είναι μια προαπαιτούμενη παράμετρος.

Για τη νέα αυτή τεχνική δεν χρειάζεται να γίνει εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Διαρκεί 20 λεπτά και είναι ανώδυνη

Μια άλλη προαπαιτούμενη παράμετρος για την εφαρμογή αυτής της τεχνικής είναι ότι πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένους χειρουργούς και καλά εξοικειωμένους με αυτή τη χειρουργική τεχνική. Διαρκεί 20 λεπτά και είναι ανώδυνη. Η μετεγχειρητική περίοδος είναι, επίσης, ανώδυνη. Δεν μένουν ουλές και ο ασθενής επιστρέφει πολύ πιο γρήγορα στις δραστηριότητές του. Και, τέλος, στις περισσότερες περιπτώσεις μετά από τρεις εβδομάδες ο ασθενής μπορεί να φορέσει αθλητικό παπούτσι και να επανέλθει σταδιακά στις συνηθισμένες δραστηριότητές του.

Λαπαροσκοπική αποκατάσταση κηλών κοιλιακού τοιχώματος

Γεώργιος Σάμπαλης
Διευθυντής Χειρουργός
Γενική και Λαπαρασκοπική Χειρουργική ,
Ευρωκλινική Αθηνών

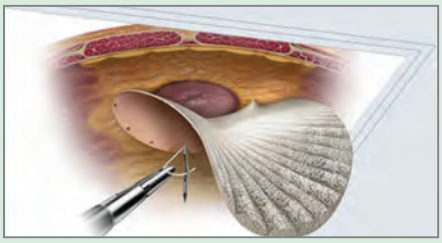
Μία από τις πλέον συχνές επεμβάσεις που διενεργούνται παγκοσμίως είναι η αποκατάσταση κήλης κοιλιακού τοιχώματος.

Η κήλη αποτελεί μία διαταραχή που επισυμβαίνει στο κοιλιακό τοίχωμα σε ιδιαίτερα ευάλωτα σημεία αυτού και αποτελεί σταδιακά επερχόμενη «ρήξη» των μυϊκών στρωμάτων και περιτονιών του σημείου εκείνου, με αποτέλεσμα την προς τα έξω προβολή ενδοκοιλιακού σπλάχνου.

Τα ιδιαίτερα ευάλωτα σημεία στο σώμα είναι κυρίως η βουβωνική χώρα (στον άνδρα κυρίως), ο ομφαλός και ο μηριαίος δακτύλιος (στις γυναίκες κυρίως), αλλά και οιαδήποτε μετεγχειρητική ουλή *(Εικόνα 1)*.

Τα συμπτώματα είναι κυρίως πόνος, καυσαλγία στην αρχή της δημιουργίας της κήλης και έπεται μια αιφνίδια παρουσία ενός «μαλακού» όγκου στο σημείο εκείνο, το οποίο μεταβάλλεται με την κίνηση, την κατάκλιση, τον βήχα κ.λπ., ή και ενίοτε επανεισάγεται στο σώμα (ανατάσσεται).

Η επιπλοκή μιας κήλης είναι η περίσφιγξη αυτής, η οποία συμβαίνει όταν το μυϊκό άνοιγμα εγκλωβίσει και στραγγαλίσει το προς τα έξω προβάλλον σπλάχνο με επακόλουθη απόφραξη αυτού. Τις περισσότερες φορές η απόφραξη περιλαμβάνει έντερο, με συμπτωματολογία εμετούς, μεγάλο κοιλιακό πόνο,



Εικόνα 2: *Τοποθέτηση πλέγματος με ανοικτή επέμβαση*

Εικόνα 1: *Ευάλωτα σημεία στο σώμα για εμφάνιση κήλης*

διάταση κοιλιάς κ.λπ. και πρέπει να αντιμετωπιστεί επειγόντως.

Χειρουργική θεραπεία

Η θεραπεία της κήλης είναι αποκλειστικά χειρουργική, μια και είναι θέμα αποκατάστασης του κοιλιακού τοιχώματος, με παράλληλη την ασφαλή επανατοποθέτηση του ενδοκοιλιακού σπλάχνου στη θέση του, κάτι που γινόταν με κλασική μέθοδο και τομή στην περιοχή και παράλληλα με την εφαρμογή πλέγματος στο σημείο της κήλης, το οποίο καθηλώνεται με ραφές ή clips, με αποτέλεσμα τη θεαματική μείωση των υποτροπών παγκοσμίως.

Η κλασική αυτή μέθοδος (ανοικτή επέμβαση) γίνεται με τομή στη βουβωνική χώρα, διάνοιξη και διατομή των μυϊκών στρωμάτων, διάνοιξη του περιτοναϊκού σάκου, επανατοποθέτηση των σπλάχνων ενδοκοιλιακά και συρραφή του πλέγματος στα μυϊκά και απονευρωτικά πέταλα.

Μέθοδος TEP (Total Extra Peritoneal Repair)

Την τελευταία 20ετία, η ανάπτυξη της λαπαροσκόπησης και της λαπαροσκοπικής χειρουργικής συνέτεινε στην επινόηση και δημιουργία τεχνικών πρόσβασης στην ανατομική περιοχή των κηλών, με αποτέλεσμα σήμερα παγκοσμίως αλλά και στην Ελλάδα να έχει καθιερωθεί η λαπαροσκοπική αποκατάσταση της κήλης με τοποθέτηση πλέγματος σαν μια εξαιρετικά ασφαλής επέμβαση και ιδανική για τη θεραπεία αυτής.

Η μέθοδος TEP (Total Extra Peritoneal Repair), που σημαίνει ολικά εξωπεριτοναϊκή αποκατάσταση της κήλης, επισημαίνει την επιδιόρθωση της κήλης έξω από τον ενδοκοιλιακό χώρο, κάτω από τα μυϊκά στρώματα, στο σημείο ακριβώς που συμβαίνει η κήλη στη βουβωνική χώρα.

Αποτελεί μια εξαιρετική μέθοδο, ανώδυνη, ατραυματική και αναίμακτη, που μπορεί να εφαρμοστεί σε όλα τα είδη των κηλών της βουβωνικής χώρας (βουβωνοκήλη, μηροκήλη), επίσης, στην αμφοτερόπλευρη βουβωνοκήλη και στην υποτροπή μιας κήλης έπειτα από ανοικτή επέμβαση.

Η επέμβαση γίνεται υπό γενική αναισθησία, με τη δημιουργία μιας μικρής τομής, ενός εκατοστού, κάτω από τον ομφαλό, και έτερων δύο των 5 χιλιοστών, χωρίς να γίνει διατομή μυών και τοιχωμάτων. Τοποθετείται εξαιρετικά ευμέγεθες πλέγμα 10 επί 15 εκατοστών, το οποίο και καλύπτει όλα τα ευένδοτα σημεία του βουβωνικού χώρου, και καθηλώνεται με clips (είτε απορροφήσιμα είτε τιτανίου).

Η μέθοδος TEP (Total Extra Peritoneal Repair) σημαίνει ολικά εξωπεριτοναϊκή αποκατάσταση της κήλης και αποτελεί μια εξαιρετική μέθοδο, ανώδυνη, ατραυματική και αναίμακτη

Η αντιμετώπιση των υπόλοιπων κηλών της κοιλιάς, όπως ομφαλοκήλη, επιγαστρική κήλη ή και μετεγχειρητική κοιλιοκήλη, γίνεται επίσης με λαπαροσκοπική προσπέλαση

Η μετεγχειρητική πορεία είναι εξαιρετική. Ο ασθενής σηκώνεται σε λίγες ώρες, σιτίζεται αμέσως, εξέρχεται από την κλινική την επομένη το πρωί και μπορεί να μεταβεί στην εργασία του σε λίγα 24ωρα.

Σήμερα, η αντιμετώπιση των υπόλοιπων κηλών της κοιλιάς, όπως ομφαλοκήλη, επιγαστρική κήλη ή και μετεγχειρητική κοιλιοκήλη, γίνεται επίσης με λαπαροσκοπική προσπέλαση, εξαλείφοντας πλήρως τη δημιουργία τομής στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα.

Οι ενδείξεις της εφαρμογής της λαπαροσκόπησης στις κοιλιοκήλες είναι οι ίδιες για την τοποθέτηση πλέγματος με ανοικτή επέμβαση *(Εικόνα 2)*. Η λαπαροσκοπική εφαρμογή πλέγματος προσφέρει:

- Την απουσία τομής, ουλής και των επιπλοκών που συνοδεύουν το ανοικτό τραύμα (φλεγμονή, ορώδης συλλογή, διαπύηση, υποτροπή).
- Την ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού πόνου και την άμεση κινητοποίηση.
- Την τοποθέτηση μεγάλου πλέγματος με απόλυτη ασφάλεια και παράλληλη λύση όλων των ενδοκοιλιακών συμφύσεων λαπαροσκοπικά, που συνοδεύουν ειδικά τις μετεγχειρητικές κήλες.
- Τη γρήγορη επάνοδο στην εργασία.
- Τη μέγιστη ικανοποίηση του ασθενούς όσον αφορά το αισθητικό αποτέλεσμα.
- Την ελαχιστοποίηση της υποτροπής (ειδικά στις μετεγχειρητικές).

Ελεύθερη ρινική αναπνοή αισθητικά όμορφη μύτη

Γεώργιος Βοΐλας
Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος, Εξειδικευμένος Ρινοχειρουργός και χειρουργός πλαστικής προσώπου, Διευθυντής Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Σήμερα, το ερώτημα που τίθεται από αρκετά άτομα προς τον ιατρό τους είναι εάν μπορεί να επιτευχθεί ταυτόχρονα η σωστή διόρθωση της ρινικής αναπνοής με τη δημιουργία ενός ωραίου αισθητικού αποτελέσματος της μύτης. Η απάντηση είναι θετική, αφού αυτό είναι εφικτό με συνδυασμένες τεχνικές.

Η μύτη επιτελεί μία από τις βασικότερες λειτουργίες, όπως αυτή της ρινικής αναπνοής, η οποία δεν μπορεί με κανέναν τρόπο να αντικατασταθεί από τη στοματική αναπνοή. Βρίσκεται στο κέντρο του προσώπου και αποτελεί ένα από τα κυριότερα χαρακτηριστικά στοιχεία της φυσιογνωμίας του. Κάθε δυσμορφία ή παρέκκλιση αυτής, τραυματική ή κατασκευαστική, προκαλεί ένα κακό αισθητικό αποτέλεσμα, που επηρεάζει την αυτοπεποίθηση του ατόμου σε σχέση με την εμφάνισή του.

Οι σύγχρονες τεχνικές «κλειστής» ρινοπλαστικής σε συνδυασμό με τη μέθοδο της ενδοσκοπικής ρινοχειρουργικής εφαρμόζονται στενά και διασφαλίζουν άριστα αποτελέσματα

Σε περιπτώσεις που το ρινικό διάφραγμα είναι στραβό και υπάρχει ταυτόχρονα και εξωτερική δυσμορφία της μύτης εφαρμόζονται ειδικές τεχνικές διόρθωσης διαφραγματο-ρινοπλαστικής χειρουργικής με άριστα αποτελέσματα.

Ανάλογα με τη βαρύτητα της στρέβλωσης εκτιμάται και αναλύεται και το αισθητικό αποτέλεσμα που θα προκύψει. Ο ιατρός φωτογραφίζει αρχικά τη μύτη του ασθενούς και κατόπιν, έπειτα από ειδική επεξεργασία «photoshop», του επιδεικνύει τη «νέα» μύτη.

Πλεονεκτήματα ρινοδιαφραγματοπλαστικής χειρουργικής

- Σαφής και πλήρης οπτικός έλεγχος όλης της έκτασης της μύτης
- Μικρότερες τομές
- Απόλυτη ακρίβεια διόρθωσης τόσο της «ράχης» της μύτης όσο και του διαφράγματος
- Πληρέστερη αποκατάσταση των επαναχειρουργημένων περιστατικών
- Άμεσος έλεγχος και αντιμετώπιση πιθανής μετεγχειρητικής ρινορραγίας χωρίς πωματισμό
- Μείωση του χρόνου νοσηλείας σε λιγότερο από 24 ώρες
- Ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού πόνου από το πρώτο 24ωρο.

Με αυτή τη διαδικασία ο ιατρός μπορεί να αντιληφθεί καλύτερα τις λεπτομέρειες που πρέπει να διορθώσει, σε πλήρη αρμονία με τα χαρακτηριστικά του προσώπου του ασθενούς. Παράλληλα, ο ασθενής μπορεί να δει τη «νέα» του μύτη στο πρόσωπό του.

Η σωστή λειτουργία της μύτης, δηλαδή της καλής αναπνοής, εκτιμάται με την ενδοσκόπηση ρινός, όπου μπορούμε να διαπιστώσουμε την ύπαρξη στραβού διαφράγματος, την υπερτροφία των ρινικών κογχών, καθώς και την ύπαρξη «στενής» βαλβίδας. Τέλος, μπορεί να διαπιστωθεί εάν συνυπάρχει και άλλη παθολογία που δυσχεραίνει τη ρινική αναπνοή, όπως πολύπς οδες, μορφώματα και χρόνιες φλεγμονές.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, λοιπόν, μπορεί να εφαρμοστεί ταυτόχρονα η ενδοσκοπική λειτουργική ρινοχειρουργική με τον ευθειασμό της μύτης και την ταυτόχρονη διόρθωση του αισθητικού αποτελέσματος. Ο ωτορινολαρυγγολόγος χειρουργός που θα προβεί σε αυτές τις συνδυαστικές τεχνικές αφενός θα πρέπει να είναι ειδικά εκπαιδευμένος και με σχετική πιστοποίηση, αφετέρου θα πρέπει να έχει μεγάλη εμπειρία περιστατικών λόγω της δυσκολίας της φύσης των τεχνικών αυτών, αφού αποτελούν τεχνικές «αρχιτεκτονικής» διόρθωσης και όχι αφαίρεσης.

Η επιτυχημένη ρινοπλαστική, εναρμονίζει τα χαρακτηριστικά του προσώπου και προσδίδει φυσική ομορφιά, νεανικότητα, ανανεωμένη και βελτιωμένη αυτοπεποίθηση

Σκοπός είναι η καλύτερη ποιότητα ζωής, σε συνδυασμό με το άριστο αισθητικό αποτέλεσμα, που αποσκοπεί στην καλύτερη σχέση με τον εαυτό μας

Οι σύγχρονες τεχνικές «κλειστής» ρινοπλαστικής σε συνδυασμό με τη μέθοδο της ενδοσκοπικής ρινοχειρουργικής εφαρμόζονται στενά και διασφαλίζουν άριστα αποτελέσματα. Τα πλεονεκτήματα της ενδοσκοπικής ρινοδιαφραγματοπλαστικής χειρουργικής είναι σημαντικά. Τα κυριότερα από αυτά είναι:

- Ο σαφής και πλήρης οπτικός έλεγχος όλης της έκτασης της μύτης, τόσο εξωτερικά όσο και εσωτερικά στις κλειστές τεχνικές.
- Οι μικρότερες τομές.
- Η απόλυτη ακρίβεια διόρθωσης τόσο της «ράχης» της μύτης όσο και του διαφράγματος.
- Η πληρέστερη αποκατάσταση των επαναχειρουργημένων περιστατικών.
- Ο άμεσος έλεγχος και η αντιμετώπιση πιθανής μετεγχειρητικής ρινορραγίας χωρίς πωματισμό.
- Η μείωση του χρόνου νοσηλείας σε λιγότερο από 24 ώρες.
- Η ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού πόνου από το πρώτο 24ωρο.

Συμπερασματικά, η ενδοσκοπική χειρουργική τείνει να κερδίσει τα τελευταία χρόνια τη θέση που της αξίζει ως τεχνική αντιμετώπισης πολλών παθήσεων της μύτης. Η άριστη ορατότητα του χειρουργικού πεδίου, η ακρίβεια στους χειρισμούς χάρις στα εξελιγμένα εργαλεία μικροχειρουργικής, οι λιγότερες επιπλοκές, η έλλειψη ουλών και η ταχεία ανάρρωση την έχουν καταστήσει ανεκτίμητο όπλο στη φαρέτρα του σύγχρονου Ωτορινολαρυγγολόγου.

Δρ Χρήστος Πανόπουλος
Διευθυντής Παθολόγος - Ογκολόγος,
Μονάδα Παθολογικής Ογκολογίας,
Ευρωκλινική Αθηνών

Ανοσοθεραπεία

Ένα νέο όπλο στη μάχη με τον καρκίνο

Τι είναι το ανοσοποιητικό σύστημα; Πώς λειτουργεί;

Αν θέλαμε να δώσουμε έναν ορισμό του ανοσοποιητικού συστήματος θα λέγαμε ότι είναι ένα σύνολο οργάνων, ειδικών κυττάρων και ουσιών, που έχει σαν βασικό σκοπό την άμυνα και την προφύλαξη του οργανισμού μας κατά της προσβολής από βλαπτικούς παράγοντες, όπως είναι μικρόβια, ιοί ή άλλοι όπως ο καρκίνος.

Κάθε νέα ουσία που δεν αναγνωρίζεται σαν φυσιολογική και θεωρείται «ξένη» για τον οργανισμό σημαίνει «συναγερμό» και επίθεση από το ανοσοποιητικό μας σύστημα, που έχει σαν αποτέλεσμα την καταστροφή οποιασδήποτε δομής περιέχει την ξένη ουσία. Αυτό συμβαίνει με τα καρκινικά κύτταρα, που έχουν στην επιφάνεια ή στο εσωτερικό τους συγκεκριμένα αντιγόνα. Δυστυχώς, όμως, τα καρκινικά κύτταρα δεν αναγνωρίζονται πάντοτε σαν ξένα από τον οργανισμό, δεδομένου ότι δεν διαφέρουν σημαντικά από τα φυσιολογικά και γι' αυτό άνθρωποι με απόλυτα υγιές ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να νοσήσουν από καρκίνο.

Το ανοσοποιητικό σύστημα είναι ένα σύνολο οργάνων, ειδικών κυττάρων και ουσιών, που έχει σαν βασικό σκοπό την άμυνα και την προφύλαξη του οργανισμού μας κατά της προσβολής από βλαπτικούς παράγοντες, όπως είναι μικρόβια, ιοί ή άλλοι όπως ο καρκίνος

Κάποιες άλλες φορές αναγνωρίζονται τα καρκινικά κύτταρα σαν ξένα προς τον οργανισμό, αλλά η ανοσιακή απάντηση που προκαλείται δεν είναι τόσο ισχυρή ώστε να τα καταστρέψει.

Η σύγχρονη έρευνα έχει σκοπό την εξεύρεση τρόπων υπέρβασης αυτών των προβλημάτων με την ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος στην αναγνώριση των καρκινικών κυττάρων και την ενδυνάμωση της ανοσιακής απάντησης, που θα οδηγούσε τελικά στην καταστροφή τους.

Τι είναι η ανοσοθεραπεία;

Η ανοσοθεραπεία είναι η θεραπευτική μέθοδος που χρησιμοποιεί το ανοσοποιητικό μας σύστημα στον αγώνα κατά ορισμένων ασθενειών, όπως ο καρκίνος. Η χρησιμοποίηση του ανοσοποιητικού μας συστήματος στη θεραπεία του καρκίνου μπορεί να γίνει με δύο τουλάχιστον τρόπους:

- Με τη διέγερση του συστήματος και την «επίθεσή» του στα καρκινικά κύτταρα.
- Με τη χορήγηση παραγόντων, όπως, π.χ., συνθετικές πρωτεΐνες, που ενισχύουν την ανοσιακή απάντηση.

Τα τελευταία δέκα τουλάχιστον χρόνια η ανοσοθεραπεία αποτελεί σημαντικό μέρος της θεραπευτικής μας φαρέτρας στη μάχη με τον καρκίνο και έχει αλλάξει τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την πορεία ορισμένων μορφών καρκίνου με πολύ κακή πρόγνωση, όπως το μεταστατικό μελάνωμα.

Η διεξαγωγή μεθοδικής και εντατικής έρευνας έχει σαν αποτέλεσμα την ανακάλυψη νέων θεραπευτικών παραγόντων με διαφορετικούς τρόπους επίδρασης στο ανοσοποιητικό σύστημα, με τελικό στόχο τη συνολική αντιμετώπιση του καρκίνου στο μέλλον.

Η ανοσοθεραπεία δεν δρα σε όλους τους καρκίνους. Μπορεί να έχει σημαντική δράση σε ορισμένα νεοπλάσματα σαν μονοθεραπεία ή να είναι δραστική σε άλλα μόνο σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές μεθόδους.

Τύποι καρκινικής ανοσοθεραπείας

Οι βασικοί τύποι ανοσοθεραπείας στον καρκίνο είναι:

1 **Εμβόλια:** Είναι γνωστό στους περισσότερους ότι τα εμβόλια

χορηγούνται σε υγιείς ανθρώπους για την πρόληψη λοιμώξεων. Στα εμβόλια αυτού του τύπου χρησιμοποιούνται εξασθενημένοι ιοί ή μικρόβια τα οποία ενεργοποιούν την έναρξη της ανοσιακής απάντησης.

Στην ογκολογία κάποια εμβόλια χρησιμοποιούνται στην πρόληψη καρκίνων που οφείλονται σε ιούς, όπως τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus - HPV), που είναι υπεύθυνος για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του λάρυγγα, του πρωκτού κ.ά. ή τον ιό της Ηπατίτιδας Β, που θεωρείται υπεύθυνος για τον ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Εμβόλια που προφυλάσσουν από λοιμώξεις με τέτοιους ιούς συμβάλλουν στην πρόληψη και των συγκεκριμένων καρκίνων. Τα εμβόλια αυτά (π.χ., Cervarix, Gardasil) ανήκουν στην κατηγορία των παραδοσιακών εμβολίων και χρησιμεύουν μόνο για τους καρκίνους που οφείλονται σε λοιμώξεις.

Εκτός, όμως, από την πρόληψη, ορισμένα εμβόλια χρησιμοποιούνται στη θεραπεία κάποιων καρκίνων. Τα συγκεκριμένα εμβόλια προσπαθούν να προκαλέσουν την κινητοποίηση και την επίθεση του ανοσιακού συστήματος κατά των καρκινικών κυττάρων. Στη δημιουργία τέτοιων εμβολίων χρησιμοποιούνται καρκινικά κύτταρα, μέρη κυττάρων ή καθαρά αντιγόνα. Ορισμένα εμβόλια χρησιμοποιούν κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος του ίδιου του ασθενούς. Τα συγκεκριμένα εμβόλια επιτίθενται στα καρκινικά κύτταρα με ένα ή περισσότερα αντιγόνα. Είναι γνωστό ότι ο καρκίνος είναι αποτέλεσμα πολλαπλών μεταλλάξεων, οι οποίες μπορεί να είναι διαφορετικές σε κάθε ασθενή. Επομένως, η εξατομίκευση της θεραπείας με εμβόλια αποτελεί αντικείμενο μελλοντικών μελετών.

2 Μονοκλωνικά αντισώματα: Ένας από τους τρόπους επίθεσης του ανοσοποιητικού σε ξένες ουσίες είναι η δημιουργία αντισωμάτων, δηλαδή ειδικών πρωτεϊνών, που εξουδετερώνουν άλλες πρωτεΐνες-εισβολείς, τα αντιγόνα.

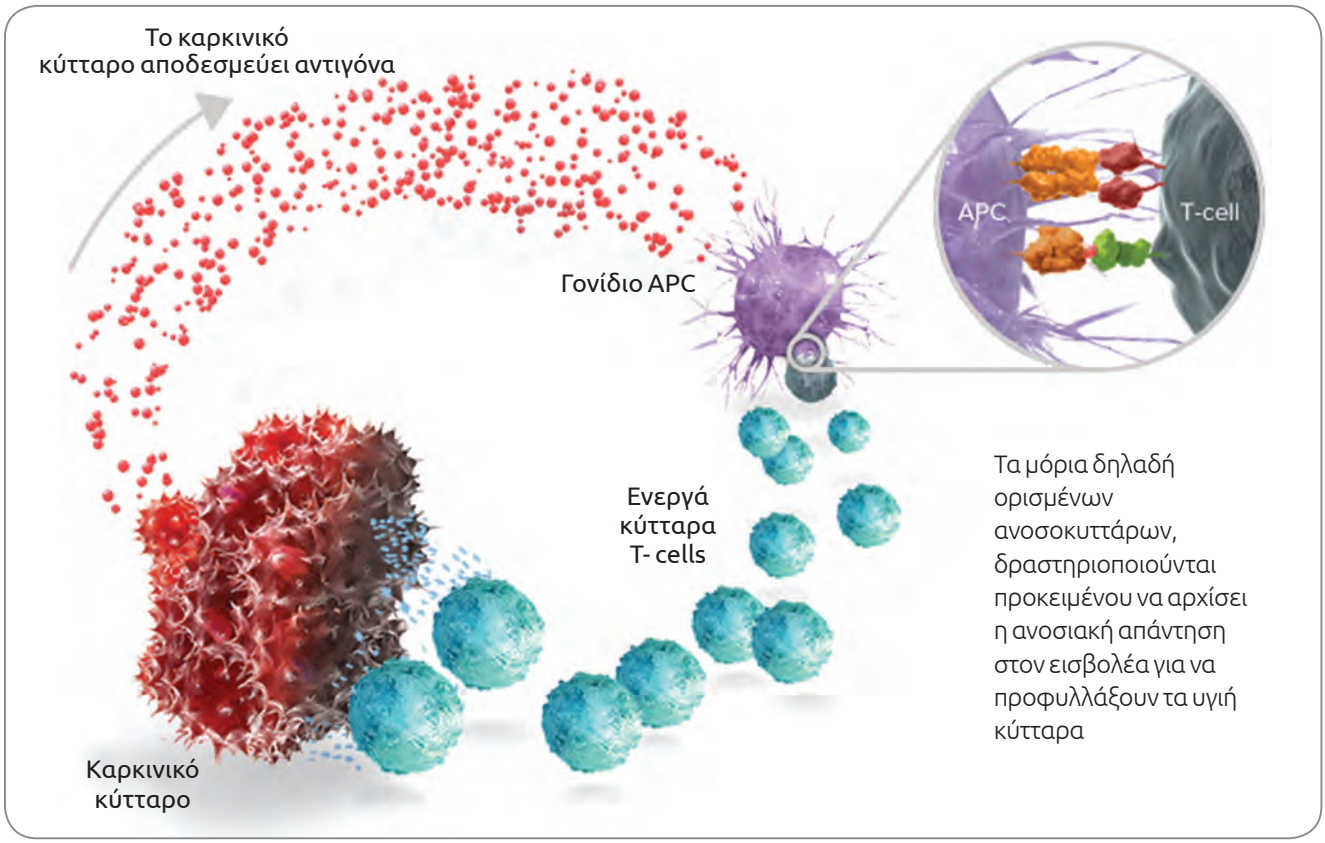
Το 1975 οι George Kohler και Cesar Milstein βραβεύθηκαν με το βραβείο Νόμπελ Φυσιολογίας για τη δημιουργία αθάνατων αντισωμάτων, κατά γνωστών αντιγόνων, από τη σύντηξη κυτταρικών σειρών μυελώματος με Β κύτταρα ποντικού. Το 1988 ο Greg Winter και η ομάδα του κατάφεραν να βρουν την τεχνική για την παρασκευή εξανθρωποποιημένων μονοκλωνικών αντισωμάτων που μοιάζουν πολύ με τα ανθρώπινα. Για τη δημιουργία ενός εξειδικευμένου μονοκλωνικού αντισώματος, οι ερευνητές πρέπει πρώτα να εντοπίσουν το κατάλληλο αντιγόνο, στο οποίο θα επιτεθεί το αντίσωμα. Στον καρκίνο αυτό δεν είναι πάντα εύκολο. Πολλά μονοκλωνικά αντισώματα έχουν εγκριθεί και κυκλοφορούν τις τελευταίες δύο δεκαετίες και κάποια από αυτά έχουν αλλάξει την πορεία ορισμένων καρκίνων.

Η χρησιμοποίηση του ανοσοποιητικού μας συστήματος στη θεραπεία του καρκίνου μπορεί να γίνει με δύο τουλάχιστον τρόπους:
1. Με τη διέγερση του συστήματος και την «επίθεσή» του στα καρκινικά κύτταρα.
2. Με τη χορήγηση παραγόντων, όπως, π.χ., συνθετικές πρωτεΐνες, που ενισχύουν την ανοσιακή απάντηση

Σε ποσοστό 20%-30% του καρκίνου του μαστού υπερεκφράζεται ο υποδοχέας του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα (HER-2). Η υπερέκφραση του HER-2 σχετίζεται με επιθετικό φαινότυπο και κακή πρόγνωση. Το Trastuzumab, ένα ανασυνδυασμένο εξανθρωποποιημένο μονοκλωνικό αντίσωμα που δεσμεύεται από το εξωκυττάριο τμήμα του υποδοχέα του HER-2, έχει αλλάξει την πορεία και την πρόγνωση τόσο του μεταστατικού όσο και του πρώιμου καρκίνου του μαστού.

Δύο μονοκλωνικά αντισώματα που δεσμεύονται από τον υποδοχέα του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα EGFR (cetuximab, panitumumab) είναι δραστικά στον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Ένα άλλο αντίσωμα, το bevacisumab (Avastin), που αναστέλλει τη δημιουργία νέων αγγείων μέσω της δράσης του στον αγγειακό ενδοθηλιακό αυξητικό παράγοντα (VEGF), έχει πάρει



έγκριση και χορηγείται με επιτυχία στον μεταστατικό καρκίνο του πνεύμονα, του παχέος εντέρου και του νεφρού.

Υπάρχουν μονοκλωνικά αντισώματα που ασκούν τη δράση τους μέσω σύνδεσης με άλλους παράγοντες, όπως ραδιοϊσότοπα ή χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Ένα παράδειγμα σύνδεσης με χημειοθεραπευτικό παράγοντα είναι το φάρμακο TDM-1 (Kadcyla), ένα αντίσωμα που στοχεύει την πρωτεΐνη HER-2 και συνδέεται με το χημειοθεραπευτικό DM-1 για την αντιμετώπιση του μεταστατικού καρκίνου του μαστού με ενίσχυση της πρωτεΐνης HER-2.

3 Αναστολείς των σημείων ανοσιακού ελέγχου (Immune Checkpoint Inhibitors): Όταν εντοπίζεται ένα «ξένο» κύτταρο, το ανοσοποιητικό σύστημα του επιτίθεται, χρησιμοποιώντας σημεία ελέγχου, μόρια δηλαδή ορισμένων ανοσοκυττάρων, που χρειάζεται να δραστηριοποιηθούν (ή να αδρανοποιηθούν) προκειμένου να αρχίσει η ανοσιακή απάντηση στον εισβολέα, προφυλάσσοντας τα υγιή κύτταρα. Τα καρκινικά κύτταρα, όμως, είναι αρκετά «πονηρά», ώστε να βρίσκουν τρόπους να χρησιμοποιούν αυτά τα «οδοφράγματα» για να αποφύγουν ή να αποκρούσουν την επίθεση του ανοσοποιητικού.

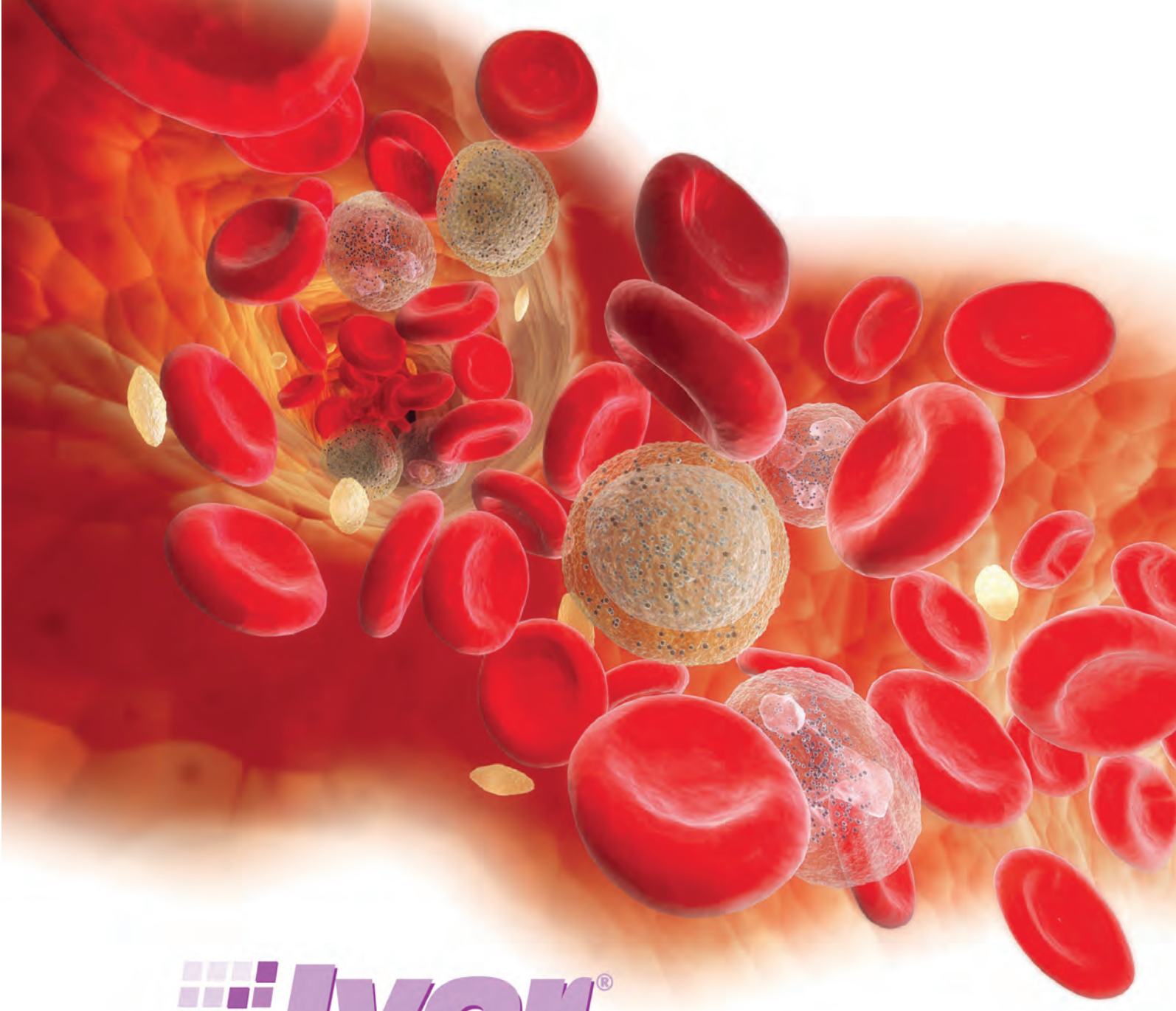
Την τελευταία πενταετία αναπτύχθηκαν νέα πολλά υποσχόμενα φάρμακα, που στοχεύουν τα σημεία ελέγχου και επιτρέπουν την επίθεση των λεμφοκυττάρων και την τελική καταστροφή του καρκινικού κυττάρου

Την τελευταία πενταετία αναπτύχθηκαν νέα πολλά υποσχόμενα φάρμακα, που στοχεύουν τα σημεία ελέγχου και επιτρέπουν την επίθεση των λεμφοκυττάρων και την τελική καταστροφή του καρκινικού κυττάρου.

Φάρμακα, όπως το Nivolumab ή το Pembrolizumab, είναι πολύ δραστικά στην αντιμετώπιση του μεταστατικού μελανώματος, επιτρέποντας σε κάποιους ασθενείς να ζήσουν πολύ περισσότερο με καλή ποιότητα ζωής. Φαίνεται από τελευταίες μελέτες ότι είναι δραστικά και σε άλλους καρκίνους, όπως ο καρκίνος του πνεύμονα, του νεφρού και του παχέος εντέρου.

Διεξάγονται πολλές μελέτες συνδυασμών με άλλα φάρμακα που υπόσχονται πολλά για την αντιμετώπιση ορισμένων τουλάχιστον μορφών καρκίνου, που είχαν πολύ μικρές δυνατότητες αντιμετώπισης, με πολύ πτωχά αποτελέσματα μέχρι σήμερα.

Με τα σημερινά δεδομένα αντιμετωπίζουμε το μέλλον με αισιοδοξία και μπορούμε πλέον να πούμε ότι το 70% των καρκίνων ξεπερνάει την πενταετή επιβίωση, γεγονός που σε πολλές περιπτώσεις σημαίνει ίαση.



Ivor®

Bemiparin sodium

IvorMAX®

Bemiparin sodium

ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης

ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατοΐου 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111

E-Mail: mailbox@vianex.gr • **INTERNET:** http://www.vianex.gr

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακάδημου 113, Κόμβος Μακρυγιάννη, Εύοσμος Θεσσαλονίκης, ΤΚ 56224, Τηλ: 2310 861683

VE15115IVR/2-6/2015

Αλέξιος Στριμπάκος
Δ/ντης παθολόγος ογκολόγος,
Μονάδα Παθολογικής Ογκολογίας,
Ευρωκλινική Αθηνών

10 Συμπτώματα-καμπανάκι

που δεν πρέπει να αγνοούμε γιατί μπορεί να υποδηλώνουν καρκίνο

Έχει αναφερθεί πολλάκις πως η πρώιμη διάγνωση του καρκίνου είναι το «κλειδί» για την επιτυχημένη αντιμετώπισή του, καθώς οι πιθανότητες ίασης αυξάνουν σημαντικά. Χωρίς αμφιβολία ο προσυμπτωματικός έλεγχος (screening), σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, θα οδηγήσει περισσότερους ανθρώπους στην έγκαιρη διάγνωση και την κατάλληλη θεραπεία.

Δυστυχώς, όμως, σημαντικός αριθμός συνανθρώπων μας δεν αξιοποιούν (ή δεν τους δίνεται η δυνατότητα να αξιοποιήσουν) τα όπλα της προληπτικής ιατρικής, να χάνουν έτσι την ευκαιρία της διάγνωσης πριν να εμφανιστούν συμπτώματα, με συνέπεια μερικοί από αυτούς να διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο.

Ακόμα και σε αυτή την περίπτωση, όμως, υπάρχουν κάποια κοινά και συχνά συμπτώματα ή ευρήματα που, αν τους δώσουμε την κατάλληλη προσοχή, μπορεί να ανιχνεύσουμε τον καρκίνο πρώιμα.

> *Το βάρος πέφτει σε καθέναν έκαστο από εμάς να ευαισθητοποιηθεί και να αναζητήσει ιατρική βοήθεια νωρίς, ιδιαίτερα εάν υπάρχουν κάποια από τα αναφερόμενα συμπτώματα*

Η εθελοντική οργάνωση Έρευνας Καρκίνου του Ηνωμένου Βασιλείου (Cancer Research UK) διεξήγαγε πρόσφατα έρευνα-ερωτηματολόγιο σε μεγάλο αριθμό ατόμων (περίπου 1.700), πολλά από τα οποία είχαν επί μεγάλο διάστημα κάποια συγκεκριμένα συμπτώματα ή ευρήματα ύποπτα για καρκίνο αλλά απέφυγαν να συμβουλευτούν τον οικογενειακό και προσωπικό τους ιατρό.

Σύμφωνα με τη δημοσίευση της μελέτης στο έγκριτο επιστημονικό περιοδικό «British Journal of General Practice» («Βρετανική Επιθεώρηση Γενικής Ιατρικής»), τα **10 πιο συνήθη προειδοποιητικά συμπτώματα** ή ενοχλήματα αγνοήθηκαν τουλάχιστον από τους μισούς από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, οι οποίοι τα παρουσίαζαν για μεγάλο διάστημα.

Ο κυριότερος λόγος που αδιαφόρησαν, σύμφωνα με την έρευνα, ήταν διότι τα θεώρησαν συνήθη και μη σοβαρά και αμέλησαν συνεπώς να συμβουλευτούν τον ιατρό τους.

Άλλοι λόγοι μη διερεύνησης των προειδοποιητικών ενοχλημάτων ήταν ο φόβος μήπως βρεθεί κάτι σοβαρό, οι τύψεις μήπως γινόταν κατάχρηση του συστήματος υγείας και του χρόνου του ιατρού τους, αλλά και η έλλειψη εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας.

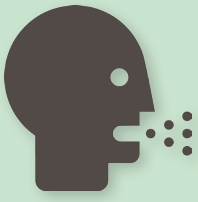
Στη χώρα μας, που ο θεσμός του προσωπικού ιατρού δεν είναι υποχρεωτικός και ο προσυμπτωματικός έλεγχος δεν συντονίζεται από κάποιο επίσημο φορέα, δεν μπορεί να εξασφαλιστεί η κατά το δυνατόν πρώιμη διάγνωση, αλλά ούτε και να ελεγχθεί η συμμόρφωση του πληθυσμού στις κατευθυντήριες επιστημονικές οδηγίες πρόληψης.

Συνεπώς, το βάρος πέφτει σε καθέναν έκαστο από εμάς να ευαισθητοποιηθεί και να αναζητήσει ιατρική βοήθεια νωρίς, ιδιαίτερα εάν υπάρχουν κάποια από τα προαναφερόμενα συμπτώματα.

10

πιο συνήθη προειδοποιητικά συμπτώματα

1



Επιμένων βήχας ή βραχνάδα φωνής, που μπορεί να υποδηλώνουν καρκίνο στον πνεύμονα.

2

Αλλαγή στην εμφάνιση ενός σπίλου, ύποπτη για κακοήθεια δέρματος

3

Παρατεταμένη αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου (διάρροια ή δυσκοιλιότητα), που ίσως σημαίνει καρκίνο του εντέρου

4

Μια πληγή ή επώδυνη βλάβη που δεν επουλώνεται και ανάλογα με τη θέση της μπορεί να σχετίζεται με αντίστοιχο καρκίνο, όπως, π.χ., έλκος στόματος.

5

Παρατεταμένη δυσκολία κατάποσης, ύποπτη για καρκίνο οισοφάγου

6

Ανεξήγητη απώλεια βάρους μπορεί να συνδέεται με πολλούς τύπους καρκίνου

7

Επιμένουσα αλλαγή στις συνήθειες της ουροδόχου κύστεως ή αίμα στα ούρα, πιθανό σημάδι καρκίνου της κύστης ή του προστάτη

8

Ανεξήγητη εμφάνιση μίας διόγκωσης ή ενός ψηλαφητού οζιδίου μπορεί να συνδέεται με πολλούς τύπους καρκίνου (μαστού, όρχεως, δέρματος κ.λπ.).

9

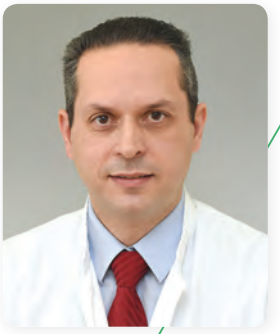
Επιμένων και ανεξήγητος πόνος συχνά συνδέεται με πολλούς τύπους καρκίνου ανάλογα με τη θέση που παρουσιάζεται

10

Ανεξήγητη αιμορραγία συχνά υποδηλώνει την ύπαρξη καρκίνου ανάλογα με το πού παρουσιάζεται, π.χ., έντερο, ορθό-πρωκτός, τράχηλος, μήτρα, κόλπος κ.λπ.

ΠΡΟΛΗΨΗ
ΕΓΚΑΙΡΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ

Κωνσταντίνος Μπαλάσκας
Γενικός Ιατρός, Επιμελητής,
Μονάδα Παθολογικής Ογκολογίας,
Ευρωκλινική Αθηνών



Τροφιμογενή & υδατογενή νοσήματα

Η προνοητικότητα και η μέριμνα, μπορεί να μας προστατεύσει, κατά τον πολύτιμο χρόνο που θα περάσουμε το καλοκαίρι

Με τον ερχομό της καλοκαιρίας και την αύξηση της θερμοκρασίας και της ηλιοφάνειας αλλάζουν η διάθεσή μας και οι διατροφικές μας συνήθειες. Προτιμάμε δροσιστικά τρόφιμα και ποτά, φρούτα που αφθονούν αυτή την εποχή και αποζητούμε λίγη δροσιά κολυμπώντας σε δροσερή θάλασσα ή πισίνα. Όμως, μαζί με τη χαλαρή διάθεση δεν πρέπει να χαλαρώνουν και οι συνθήκες υγιεινής του σώματός μας, των τροφίμων και των υγρών που καταναλώνουμε, αλλά ούτε και η προσοχή μας ώστε τα νερά που θα κολυμπήσουμε να είναι εξίσου καθαρά.

Αν, λοιπόν, δεν προσέξουμε, μπορεί να προκληθεί κάποιο τροφιμογενές ή υδατογενές νόσημα.

Τροφιμογενές ή υδατογενές νόσημα είναι κάθε νόσημα που προκαλείται από την κατανάλωση τροφίμου ή νερού. Τα συχνότερα βακτήρια που τα προκαλούν είναι τα Campylobacterspp., Salmonella spp., Shigella sp., καθώς και μια ομάδα ιών, που είναι γνωστοί με την ονομασία Noroviruses.

Κάποια τροφιμογενή νοσήματα προκαλούνται από την παρουσία τοξινών στα τρόφιμα που παράγονται από μικροοργανισμούς. Τα συχνότερα βακτήρια που μεταδίδονται μέσω τροφής ή νερού στον άνθρωπο και παράγουν τοξίνες είναι:

α) Ο Staphylococcus aureus, που παράγει εντεροτοξίνες και οι οποίες προκαλούν τροφική δηλητηρίαση.

β) Το Clostridium perfringens, για το οποίο έχουν περιγραφεί 5 τύποι (Α έως Ε) ανάλογα με τις τοξίνες που παράγονται. Δύο τύποι του μικροβίου παράγουν εντεροτοξίνες που προκαλούν γαστρεντερίτιδα: Ο τύπος Α, που

Μέτρα πρόληψης

1 Πλένουμε τα χέρια μας με σαπούνι έπειτα από χρήση τουαλέτας, την επαφή με κατοικίδια ζώα, την αλλαγή πάνας μωρού, πριν από την προετοιμασία φαγητού και αμέσως ύστερα από χειρισμό ωμών πουλερικών και κρέατος.

2 Αποφεύγουμε το μαγείρεμα όταν έχουμε συμπτώματα γαστρεντερίτιδας.

3 Πλένουμε καλά σε τρεχούμενο νερό τα ωμά φρούτα και λαχανικά.

4 Πλένουμε καλά τις επιφάνειες που ήρθαν σε επαφή με την επεξεργασία των τροφίμων και τοποθετούμε τα τρόφιμα που επεξεργάστηκαν θερμικά σε καθαρά σκεύη.

5 Προστατεύουμε τα τρόφιμα από έντομα και τρωκτικά.

6 Καταναλώνουμε μόνο παστεριωμένο γάλα και χλωριωμένο νερό. Αποφεύγουμε την κατανάλωση τυριού και άλλων γαλακτοκομικών προϊόντων εκτός ελεγχόμενου εμπορίου, καθώς και νερού που προέρχεται από πηγάδια, ρυάκια ή άλλες μη ασφαλείς πηγές.

7 Μαγειρεύουμε τα οστρακοειδή στον ατμό για τουλάχιστον 90 δευτερόλεπτα ή τα βράζουμε στους 85-90 βαθμούς Κελσίου για 4 λεπτά πριν από την κατανάλωση.

8 Σε περίπτωση που ασχολούμαστε με αγροτικές εργασίες, περιορίζουμε τη χρήση κοπριάς σε λαχανικά που καταναλώνονται ωμά ή ατελώς μαγειρεμένα.

προκαλεί επιδημίες γαστρεντερίτιδας, και ο τύπος C, που προκαλεί τη σπάνια αλλά αρκετά επικίνδυνη νεκρωτική εντεροκολίτιδα. γ) Το Clostridium botulinum, που παράγει επτά διαφορετικούς τύπους παραλυτικής νευροτοξίνης (A έως G), εκ των οποίων μόνο οι A, B, E και F προκαλούν νόσο στον άνθρωπο.

δ) Ο Bacillus cereus, που παράγει δύο είδη τοξίνης που προκαλούν γαστρεντερίτιδα, τη θερμοανθεκτική με κύριο σύμπτωμα τους εμέτους και τη θερμοευαίσθητη με κύριο σύμπτωμα τις διάρροιες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας πόσιμο νερό είναι το νερό που δεν περιέχει σε επικίνδυνες ποσότητες ούτε χημικές ουσίες ούτε μικροοργανισμούς που θα μπορούσαν να βλάψουν την υγεία. Επιπλέον, στην πόση θα πρέπει να είναι όσο πιο ευχάριστο επιτρέπεται από τις περιστάσεις. Αρκετές ασθένειες είναι δυνατόν να παρουσιαστούν από πισίνες, spa, λίμνες, ποτάμια, θάλασσα κ.λπ. Γι' αυτό τον λόγο φρόνιμο είναι όχι κολύμβηση σε νερά που μπορεί να έχουν μολυνθεί από κοπρανώδη υλικά ανθρώπων ή ζώων, σε νερά που βρίσκονται σε εκβολές ρεμάτων, έπειτα από έντονη βροχόπτωση, σε συλλογές νερού που μπορεί να έχουν μολυνθεί από απεκκρίσεις ζώων.

Τρόφιμα ευπαθή - υψηλής επικινδυνότητας

Υπάρχουν τρόφιμα τα οποία είναι ευπαθή και χρειάζονται την προσοχή μας. Αυτά είναι: Κρέας, πουλερικά, γαλακτοκομικά προϊόντα, αυγά, αλλαντικά (σαλάμι, ζαμπόν), θαλασσινά-ψάρια, μαγειρεμένο ρύζι, μαγειρεμένα ζυμαρικά, έτοιμες σαλάτες (λαχανοσαλάτες, σαλάτες με ζυμαρικά, ρύζι, με κοτόπουλο, έτοιμες φρουτοσαλάτες), επιδόρπια (κρέμες, πουτίγκες, πάστες), τρόφιμα που δεν επεξεργάζονται θερμικά πριν από την κατανάλωσή τους (π.χ., σάντουιτς). Γι' αυτό τον λόγο θα πρέπει να καταστρέφουμε τα πιθανά παθογόνα με τη διαδικασία του μαγειρέματος (θερμοκρασία μεγαλύτερη από 70ο C) και να τα συντηρούμε σωστά με σωστή ψύξη (κάτω από 5ο C) όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

Τροφιμογενές ή υδατογενές νόσημα είναι κάθε νόσημα που προκαλείται από την κατανάλωση τροφίμου ή νερού

Μέτρα πρόληψης

Υπάρχουν κάποια απλά μετρά που πρέπει όλοι να εφαρμόζουμε ώστε να αποφύγουμε την ασθένεια από τροφιμογενή νοσήματα. Πρέπει, λοιπόν, να τα ακολουθούμε πιστά.

Αν προσπαθήσουμε να τα εφαρμόσουμε θα έχουμε μια ευχάριστη θερινή περίοδο.

Ιωάννης Κ. Κοζαδίνος
M.D.,PhD.
Δ/ντης Χειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Από τη λαπαροσκοπική χειρουργική στη ρομποτική χειρουργική του σήμερα και την τηλερομποτική χειρουργική του αύριο

Από τη δεκαετία του 1990 ήδη εφαρμόζουμε τη λαπαροσκοπική τεχνική, σχεδόν σε όλη τη γκάμα των χειρουργείων μας. Γνωρίσαμε τα πλεονεκτήματα και ζήσαμε την επανάσταση που έφερε στην χειρουργική και γενικότερα στην ιατρική.

Στην πορεία είδαμε πρώτοι, όμως, τα αδύνατα σημεία της λαπαροσκοπικής χειρουργικής:

- **Δυσδιάστατη απεικόνιση του χειρουργικού πεδίου-** απώλεια της αίσθησης του βάθους
- Φυσιολογικός τρόμος του ανθρώπινου χεριού-άρα και της κάμερας- εικόνας και των εργαλείων
- **Ακαμπτα λαπαροσκοπικά εργαλεία** με κίνηση στο επίπεδο και όχι στον τρισδιάστατο χώρο.

Όλα αυτά έκαναν την λαπαροσκοπική επίπονη για τον χειρουργό, πολύωρη και σε απαιτητικά χειρουργεία π.χ. παγκρεατεκτομές η λαπαροσκοπική άρχισε να εγκαταλείπεται.

Η ρομποτική χειρουργική μας λύνει τα χέρια με ακρίβεια, με ασφάλεια, με άριστα χειρουργικά αποτελέσματα που τα αντιλαμβανόμαστε ακριβώς περισσότερο στα απαιτητικά, προηγμένα χειρουργεία

Η ρομποτική χειρουγική

Η ρομποτική τεχνολογία, όμως, ξεπέρασε τα μειονεκτήματα της λαπαροσκοπικής τεχνικής, προσφέροντάς μας

- **Τρισδιάστατη εικόνα**, μεγεθυμένη με δυνατοτητα ZOOM IN-OUT, σταθερή
- **Ακρίβεια χειρουργικών κινήσεων, εξάλειψη του φυσιολογικού τρόμου των χεριών, πρωτοφανή χειρουργική δεξιότητα δύσκολων χειρουργικών χειρισμών**. Τα χειρουργικά εργαλεία πραγματοποιούν όλες τις κινήσεις που κανει το ανθρώπινο χέρι με μεγαλύτερη δεξιότητα κα ακρίβεια ενώ περιστρέφονται 560ο στο χειρουργικό πεδίο
- **Πολυαρθρωτά ρομποτικά εργαλεία**, με μεγάλη εργονομία
- **Ανεση στον χειρουργό στη διάρκεια της επέμβασης**
- **Δυνατότητα εικονικής προετοιμασίας της επέμβασης** αξιοποιώντας τις προηγηθείσες απεικονιστικές εξετάσεις του ασθενούς.

Πέραν των πλεονεκτημάτων της ρομποτικής χειρουργικής για τον χειρουργό ο ασθενής επωφελείται από την

- Ελάχιστη απώλεια αίματος
- Μικρότερη διάρκεια αναισθησίας
- Ελάχιστος μετεγχειρητικός πόνος
- Ελάχιστη χρήση φαρμάκων
- Λιγότερες αναπνευστικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές
- Ταχύτερη ανάρρωση-γρήγορη επιστροφή στην εργασία
- Καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα.

Η ρομποτική χειρουργική μας λύνει τα χέρια με **ακρίβεια,** με **ασφάλεια,** με **άριστα χειρουργικά αποτελέσματα** που τα αντιλαμβανόμαστε ακριβώς περισσότερο στα απαιτητικά, προηγμένα χειρουργεία. Εμείς, λοιπόν, οι γενικοί χειρουργοί, το ρομποτικό χειρουργικό σύστημα το περιμέναμε, αν θέλετε το είχαμε ονειρευτεί, και δικαιωθήκαμε.

Εκμεταλλευόμενοι την πολυετή εμπειρία μας στην λαπαροσκοπική χειρουργική τα τελευταία επτά χρόνια στην κλινική μας, όπως και σε πολλά κέντρα του εξωτερικού, πάντα με την πλήρη συναίνεση του ανσθενούς, εφαρμόζουμε τη ρομποτική τεχνική σε όλο το εύρος των χειρουργείων μας σε:

- Καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του πεπτικού.
  Παθήσεις του οισοφάγου-στομάχου-χοληφόρων-ήπατος-παγκρέατος-λεπτού και παχέος εντέρου.
- Παθήσεις του διαφράγματος.
  Διαφραγματοκήλες.
- Παθήσεις ενδοκρινών αδένων.
  Επινεφριδεκτομές.
- Σπληνεκτομές.
- Παθήσεις κοιλιακού τοιχώματος.
  Όλα τα είδη των κηλών.
- Επεμβάσεις παχυσαρκίας.
  Γαστρικοί δακτύλιοι, γαστρικό by-pass, sleeve γαστρεκτομή.

Τηλεχειρουργική

Η ανάγκη μετάδοσης και διάχυσης των εξειδικευμένων χειρουργικών τεχνικών και γνώσεων ώστε αφενός να διευκολυνθεί η διαδιακασία εκπαίδευσης νέων χειρουργών και αφετέρου να επωφελούνται από αυτές και οι ασθενείς μακριά από τα μεγάλα κέντρα, οδήγησε στην εξέλιξη της ρομποτικής στον συνδυασμό της με την τηλεχειρουργική.

Στον τομέα της εκπαίδευσης η τηλεχειρουργική επιτρέπει την επικοινωνία μεταξύ νέων χειρουργών με εξειδικευμένους συναδέλφους τους σε απομακρυσμένα νοσηλευτικά κέντρα ώστε οι τελευταίοι να συμμετέχουν ενεργά στη χειρουργική διαδικασία

Το όραμά μας για το μέλλον που σε μικρή κλίμακα εφαρμόζεται και σήμερα, είναι η ανταλλαγή γνώσεων από διακεκριμένα εξειδικευμένα κέντρα παγκοσμίως έτσι ώστε επ΄ωφελεία των ασθενών να συμμετέχουν γιατροί πολλαπλών ειδικοτήτων ενεργά στη χειρουργική επέμβαση από απόσταση.

Στον τομέα της εκπαίδευσης η τηλεχειρουργική επιτρέπει την επικοινωνία μεταξύ νέων (άπειρων) χειρουργών με (έμπειρους εξειδικευμένους) συναδέλφους τους σε απομακρυσμένα νοσηλευτικά κέντρα ώστε οι τελευταίοι να συμμετέχουν ενεργά στη χειρουργική διαδικασία.

Συμπερασματικά, λοιπόν, το όνειρο έχει γίνει πραγματικότητα, ενώ οι δυνατότητες και οι προοπτικές για το μέλλον φαίνονται απεριόριστες.

ώρα για CHECK-UP

Η σημασία και η αναγκαιότητα της **προληπτικής ιατρικής** αποκτούν ολοένα και μεγαλύτερη αξία. Πολλές από τις ασθένειες του σύγχρονου κόσμου μπορούν να διαγιγνώσκονται πρώιμα και έτσι να αντιμετωπίζονται έγκαιρα και με επιτυχία, εξασφαλίζοντας ποιότητα ζωής και προσδόκιμο για τους παθόντες, αλλά και ορθολογισμό δαπανών για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Τα τελευταία στοιχεία ερευνών αποδεικνύουν ότι ο ετήσιος προσυμπτωματικός έλεγχος από τον ειδικό ιατρό μαζί με τις απαιτούμενες εργαστηριακές διαγνωστικές εξετάσεις μειώνουν σε μεγάλο βαθμό τους διάφορους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου που απειλούν την υγεία μας. Σύμφωνα μάλιστα με πρόσφατες έρευνες, η έγκαιρη παρέμβαση και η αλλαγή τρόπου ζωής θα μπορούσαν να αποτρέψουν την εμφάνιση του διαβήτη κατά 93%, του εμφράγματος του μυοκαρδίου κατά 81%, του εγκεφαλικού επεισοδίου κατά 50% και διάφορων μορφών καρκίνου κατά 36%. Ο ετήσιος προληπτικός - προσυμπτωματικός έλεγχος αποτελεί βασική κατάκτηση της ιατρικής, καθώς συντελεί στην έγκαιρη διάγνωση και κατ' επέκταση στην αντιμετώπιση διάφορων παθολογικών καταστάσεων .

Σωστό και πλήρες check up δεν είναι υποχρεωτικά το ίδιο για όλους. Το σύνολο των προληπτικών εξετάσεων δεν είναι απλώς διαφορετικο για κάθε ηλικία και φύλο, πρέπει να είναι μοναδικό για κάθε άνθρωπο. Είναι σωστό να εξατομικεύεται με βάση το ιατρικό αλλά και κληρονομικό ιστορικό, την κλινική εξέταση και την αξιολόγηση πιθανών συμπτωμάτων που μας απασχολούν.

Η σύσταση για το περιοδικό

Βαρβάρα Καλογερή
Παθολόγος, Υπεύθυνη Ιατρός Τμήματος Check up Ευρωκλινικής Αθηνών

Εφηβεία	
Ετήσια επίσκεψη στον γιατρό	Μέτρηση: ύψους, βάρους,σωματικής ανάπτυξης,αρτηριακής πίεσης Εξέταση: πλάτης για σκολίωση,προσώπου και πλάτης για ακμή
Θέματα συζήτησης με τον γιατρό	σωματική υγεία, σωματική άσκηση, σωστή διατροφή,θέματα ασφάλειας (π.χ., αποφυγή βίας),κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα, χρήση ναρκωτικών,σεξουαλικότητα,μαθησιακά προβλήματα,κατάθλιψη
Εξετάσεις αίματος	Έλεγχος: αναιμίας, υψηλής χοληστερόλης Σε περίπτωση που είχατε περιστασιακές σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη: τεστ HIV,τεστ για σύφιλη και για άλλα ΣΜΝ
Εμβολιασμοί	τετάνου, πνευμονιόκοκκου (σε περίπτωση που δεν είχε γίνει σε μικρότερη ηλικία), ηπατίτιδας Β (όλες οι δόσεις αν δεν έχουν γίνει σε μικρότερη ηλικία), ηπατίτιδας Α (κατόπιν σύστασης γιατρού), φυματίωσης (mantoux), ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV για κορίτσια με ηλικία έναρξης 13-15. Το εμβόλιο γίνεται σε 3 δόσεις), γρίπης (ετησίως)

21 έως 39 ετών	
Είδος εξέτασης	Συχνότητα
Ύψος - Βάρος	1-3 χρόνια
Οδοντιατρική εξέταση	Κάθε χρόνο
Αρτηριακή πίεση	3 χρόνια (όταν επισκέπτεσθε τον γιατρό σας)
Τεστ Παπ	ετησίως
Χοληστερόλη	5 χρόνια
Διαβήτης	Κάθε 3 χρόνια ή πιο συχνά, αν εμφανίσατε διαβήτη στην κύηση, είστε παχύσαρκοι ή έχετε συγγενή πρώτου βαθμού με διαβήτη
Για ιό HIV	Κάθε λίγα χρόνια, αν ανήκετε σε ομάδα ατόμων υψηλού κινδύνου
Μαστογραφία	Κάθε χρόνο μετά τα 35, αν η μητέρα ή η αδερφή σας είχαν εμφανίσει καρκίνο του μαστού πριν από την εμμηνόπαυση
Οπτική οξύτητα	Έλεγχος μετά την ηλικία των 40, όσοι πάσχουν από διαβήτη κάθε χρόνο

40 έως 49 ετών (Επιπροσθέτως με τις προηγούμενες εξετάσεις)	
Είδος εξέτασης	Συχνότητα
Μέτρηση οστικής πυκνότητας (για οστεοπόρωση)	Τουλάχιστον μία φορά, αν είστε στα πρώτα στάδια της εμμηνόπαυσης συγκεντρώνετε πολλούς παράγοντες κινδύνου
Κολονοσκόπηση	Τουλάχιστον μία φορά, αν: • έχετε παραπάνω από έναν συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο του παχέος εντέρου, • έχετε στενούς συγγενείς με οικογενή πολυποδίαση, • είχατε ελκώδη κολίτιδα, • είχατε εντερικό πολύποδα
Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ECG)	1-3 χρόνια, αν: • συγκεντρώνετε παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου ή • σκοπεύετε να αρχίσετε εντατικό πρόγραμμα εκγύμνασης
Τεστ κοπώσεως	1-3 χρόνια, αν: • συγκεντρώνετε παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου ή • σκοπεύετε να αρχίσετε εντατικό πρόγραμμα εκγύμνασης
Εξέταση κοπράνων για αίμα	Κάθε χρόνο, όταν έχετε παραπάνω από έναν συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο του παχέος εντέρου ή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου
Μαστογραφία	Γενικά κάθε 2 χρόνια, αλλά κάθε χρόνο πρέπει να γίνεται αν η μητέρα ή η αδερφή σας είχαν εμφανίσει καρκίνο του μαστού πριν από την εμμηνόπαυση
Σιγμοειδοσκόπηση	1-3 χρόνια, αν έχετε παραπάνω από έναν συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο του παχέος εντέρου ή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου
Οφθαλμολογική εξέταση	Κάθε 3 χρόνια και πρέπει να δώσετε ιδιαίτερη προσοχή, αν έχετε στενό συγγενή με γλαύκωμα ή έχετε διαβήτη

Πρόληψη και check up βαδίζουν μαζί, μιας που ούτε το παρόν ουτε το εγγύς μέλλον μάς επιφυλάσσουν φάρμακα που να μας κάνουν νέους ή να μπορουν να γυρίσουν τον χρόνο πίσω

50 ετών και άνω (Επιπροσθέτως με τις προηγούμενες εξετάσεις)	
Είδος εξέτασης	Συχνότητα
Ακοή	Κάθε λίγα χρόνια, αν • εκτίθεστε σε δυνατούς θορύβους, • είστε άνω των 65 ετών
Μέτρηση οστική πυκνότητας	Κάθε 2 χρόνια
Μέτρηση PSA και ουρολογική εξέταση	Κάθε 3 χρόνια προαιρετικά για τους άνδρες
Μαστογραφία	Κάθε 2 χρόνια: μέχρι την ηλικία των 75 ετών
Εξέταση κοπράνων για αίμα	Κάθε χρόνο
Εξέταση αίματος για ασθένεια του θυρεοειδούς	Κάθε λίγα χρόνια, αν είστε γυναίκα άνω των 60 ετών
Σιγμοειδοσκόπηση	Κάθε 5 χρόνια ή κολονοσκόπηση κάθε 10 χρονια

check up στους υγιείς ενηλίκους είναι:

- 19-40 ετών ανά 5 έτη
- 40-65 ετών ανά 1-3 έτη
- Άνω των 65 ετών ανά 1 έτος.

Σκοπός του περιοδικού προληπτικού ελέγχου είναι:

- Η πρωτογενής πρόληψη (η προαγωγή της ατομικής και οικογενειακής υγείας).
- Η ανίχνευση παραγόντων κινδύνου για συνήθεις χρόνιες ασθένειες.
- Η δευτερογενής πρόληψη (η ανίχνευση παθήσεων που δεν έχουν εμφανή συμπτώματα).
- Η τριτογενής πρόληψη (η παρακολούθηση ήδη υφιστάμενων παθήσεων).
- Η προώθηση των κανόνων υγιεινής συμπεριφοράς.

γυναίκα

Η συχνότερη ενδοκρινοπάθεια για όλες τις γυναίκες

Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη στον καρκίνο του μαστού

Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις

Η συχνότερη ενδοκρινοπάθεια για όλες τις γυναίκες

Από την εφηβεία έως την εμμηνόπαυση

Ευανθία Διαμάντη - Κανδαράκη
Καθηγήτρια Παθολογίας, Ενδοκρινολογίας & Μεταβολισμού, Διευθύντρια Πρότυπης Μονάδας Ενδοκρινολογίας & Διαβήτη Ευρωκλινικής Αθηνών

Καθημερινά στο ιατρείο μου βλέπω έφηβες και ενήλικες γυναίκες με το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών. Είναι ένα πολύ συνηθισμένο πρόβλημα και συχνά μια παρεξηγημένη ορμονική διαταραχή. Αυτό οφείλεται στην απουσία ενημέρωσης και σωστής καθοδήγησης της ασθενούς. Τελικά, οι κοπέλες αυτές εμφανίζονται στον ενδοκρινολόγο με πακέτα ορμονικών εξετάσεων, οι οποίες συχνά δεν έχουν ερμηνευθεί, λαμβάνοντας αγωγή απλά και μόνο για να διορθωθεί η τριχοφυΐα ή η διαταραχή του κύκλου. Μία άλλη ομάδα γυναικών κυκλοφορεί με ένα υπερηχογράφημα ωοθηκών με κύστεις τρομοκρατημένη άλλοτε για τη γονιμότητά της και άλλοτε με το αγωνιώδες ερώτημα αν θα εμφανίσει κάποια κακοήθεια.

Αυτό που χρειάζονται αυτές οι γυναίκες, οι οποίες αποτελούν το 7% του πληθυσμού των Ελληνίδων, είναι η σωστή καθοδήγηση για την εξατομικευμένη διερεύνηση του προβλήματος, αλλά κυρίως και για τη σωστή

ερμηνεία των ορμονικών εξετάσεων, καθώς και την αξιολόγηση της μορφής και του τύπου του συνδρόμου από το οποίο πάσχουν. Διότι οι γυναίκες πρέπει να γνωρίζουν ότι το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών είναι ένα σύνδρομο με πολλαπλά πρόσωπα που απαιτεί από ελάχιστη προσοχή και στοιχειώδεις αλλαγές της καθημερινότητας (διατροφή και άσκηση) έως θεραπεία με κορτιζόνη και αντιδιαβητικά δισκία.

Έτσι, είναι σημαντικό να δημοσιεύονται σχετικά άρθρα, τα οποία θα βοηθήσουν τις γυναίκες όλων των ηλικιών για μια καλύτερη κατανόηση του τι συμβαίνει στο σώμα τους.

Προσοχή: Τα δεδομένα που θα συζητήσουμε εδώ δεν είναι δυνατόν να είναι η τελευταία λέξη, αλλά μάλλον μια «αρχή» για την κατανόηση και κυρίως για τη διευκρίνηση ενός μέρους από το μεγάλο φάσμα του πολυπρόσωπου αυτού συνδρόμου που αφορά μεγάλο μέρος του γυναικείου πληθυσμού!

Η πραγματική διάσταση του προβλήματος

Το παράδοξο με το συχνό αυτό πρόβλημα δεν είναι μόνο ότι το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών έχει ένα μάλλον κακόηχο όνομα... είναι ότι δεν περιγράφει καθόλου την πραγματική διάσταση του προβλήματος.

Διότι το σύνδρομο δεν επηρεάζει μόνο τις ωοθήκες, περιλαμβάνει, επίσης, και άλλους αδένες, καθώς και τον μεταβολισμό από απλή παχυσαρκία έως και σακχαρώδη διαβήτη. Επιπλέον, μπορεί να μην υπάρχουν καθόλου κύστεις στις ωοθήκες. Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών είναι ένα σύνδρομο, δηλαδή μια συλλογή από συμπτώματα, τα οποία συνδυαζόμενα οδηγούν σε διαταραχές του κύκλου, αύξηση της τριχοφυΐας και της ακμής, καθώς και της διαχείρησης του μεταβολισμού. Το σύνδρομο δεν είναι κάτι προσωρινό, όπως μια μόλυνση που θα πάρουμε ένα χάπι για να απαλλαγούμε από αυτή, και δεν υπάρχει μία μοναδική δοκιμασία που σίγουρα βάζει τη διάγνωση. Αντ' αυτού, **το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών είναι μια ορμονική κατάσταση που θα έχετε για όλη την αναπαραγωγική ζωή σας.** Ακριβώς όπως έχετε καστανά μαλλιά ή μπλε μάτια, έτσι, επίσης, έχετε το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών. Αν αρχίσετε θεραπεία νωρίς, οι πιθανότητες είναι ότι ποτέ δεν θα είναι επικίνδυνο ή ποτέ δεν θα έχετε σοβαρές συνέπειες για την υγεία σας.

Αν δεν διαγνωσθεί και δεν αντιμετωπισθεί εγκαίρως, τότε μπορεί να έχετε προβλήματα είτε γονιμότητας είτε να αναπτύξετε διαβήτη ή πολύ σπάνια και να εμφανίσετε κάποια σοβαρότερη κατάσταση του ενδομητρίου αργότερα. Και παρ' όλα αυτά, οι έφηβες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών μερικές φορές αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο απρογραμμάτιστης εγκυμοσύνης, δεδομένου ότι οι ακανόνιστοι κύκλοι κάνουν ακόμη πιο δύσκολη την πρόβλεψη ωορρηξίας.

Αιτία και αποτελέσματα

Ποια είναι η αιτία του συνδρόμου είναι άγνωστο και κανείς δεν γνωρίζει ακριβώς τι προκαλεί το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών. Φαίνεται να υπάρχει μια οικογενειακή προδιάθεση και ενδέχεται να σχετίζεται με την παχυσαρκία, δεδομένου ότι ο λιπώδης ιστός παράγει ορμόνες και μπορεί να επιδεινώσει ορμονικές ισορροπίες.

Τα συμπτώματα του συνδρόμου των πολυκυστικών ωοθηκών περιλαμβάνουν: παθολογική, ακανόνιστη ή ελάχιστη εμμηνορρυσία, αμηνόρροια, αύξηση σωματικού βάρους ή παχυσαρκία, αντίσταση στην ινσουλίνη και διαβήτη, υπογονιμότητα, αυξημένη τριχοφυΐα, ακμή

Όποια και αν είναι η αιτία, το κύριο χαρακτηριστικό του συνδρόμου είναι η διαταραχή της ορμονικής δραστηριότητας της ωοθήκης, συνοδευόμενη από υπερπαραγωγή ινσουλίνης και ανδρογόνων (ανδρικές ορμόνες φύλου), κυρίως τεστοστερόνης. Είναι η έξτρα τεστοστερόνη που προκαλεί την ακμή και την υπερβολική τριχοφυΐα. Όλες αυτές οι ορμόνες «μιλούν» μεταξύ τους με πολύ περίπλοκους τρόπους. Μ' αυτόν τον τρόπο δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος μεταξύ των υψηλών επιπέδων ινσουλίνης, που οφείλονται σε αντίσταση στην ινσουλίνη μαζί με την υπερέκκριση ανδρογόνων από την ωοθήκη, καθώς και την ανεπαρκή παραγωγή υγιών ωαρίων! Ως εκ τούτου, το «κλειδί» για τη διαχείριση του συνδρόμου των πολυκυστικών ωοθηκών είναι το σπάσιμο αυτού του κύκλου!

Το ενδεδειγμένο για τη γυναίκα που ταλαιπωρείται από το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών είναι να απευθυνθεί σε ένα άρτια οργανωμένο κέντρο, όπως είναι η Ευρωκλινική Αθηνών και η Ευρωκλινική Παίδων, ικανό να της παρέχει ολοκληρωμένη ολοκληρωμένη φροντίδα και εξατομικευμενη θεραπεία φαρμακευτική ή όχι για τον «τύπο» του συνδρόμου απο τον οποίο πάσχει. Το κέντρο μας διαθέτει την ομάδα εκείνη των ειδικών (ενδοκρινολόγος, γυναικολόγος, δερματολόγος, ψυχολόγος, διαιτολόγος) που απαιτείται για την ολοκληρωμένη παρακολούθηση και θεραπεία των πολλαπλών προβλημάτων που προκαλεί το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών.

Φιορίτα Πουλακάκη, MD, PhD, FEBS (on breast surgery)
Διευθύντρια Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, Ευρωκλινική Αθηνών

Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη στον καρκίνο του μαστού

Πρόληψη δεν είναι μόνο η μαστογραφία και η αυτοεξέταση. Πριν μια γυναίκα φτάσει να διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού, υπάρχει μια σειρά στρατηγικών μείωσης του ατομικού της κινδύνου να νοσήσει, μέσω αλλαγής των καθημερινών της συνηθειών και της διατροφής. Είναι γνωστό ότι **οι διατροφικές συνήθειες και ο τρόπος ζωής**, επηρεάζουν την υγεία με πολλούς τρόπους. Η διατροφή μας, θωρακίζει τις φυσικές άμυνες του οργανισμού απέναντι σε δεκάδες ασθένειες, μία από τις οποίες είναι ο καρκίνος του μαστού.

Η ενσωμάτωση της **τακτικής σωματικής άσκησης** στην καθημερινότητά μας καθώς και η υιοθέτηση ενός ισορροπημένου διαιτολογίου συστήνονται σε όλες τις γυναίκες, προκειμένου να βελτιώσουν την υγεία τους και να μειώσουν τον προσωπικό τους κίνδυνο να νοσήσουν από καρκίνο του μαστού.

Πλήθος μελετών έχουν επικεντρωθεί στην εξακρίβωση της πιθανής σύνδεσης μεταξύ καρκίνου του μαστού και διατροφής. Παρόλο που δεν έχουν καταλήξει σε ασφαλή συμπεράσματα, έχουν καταδείξει ωστόσο τα οφέλη για τις γυναίκες που διατηρούν ένα υγιές βάρος, ασκούνται συχνά και λαμβάνουν ελάχιστα κορεσμένα και αλκοόλ.

Υπάρχουν τροφές πλούσιες σε αντιοξειδωτικά, όπως τα φρέσκα φρούτα, τα λαχανικά, το πράσινο τσάι (περιέχει πολυφαινόλες), το ρόδι καθώς και τροφές πλούσιες σε Ω-3λιπαρά οξέα. Διατροφικές μελέτες έχουν ξεχωρίσει αρκετές τροφές, όπως οι ντομάτες (υψηλή περιεκτικότητα σε λυκοπένιο), τα μούρα, τα κεράσια, το αβοκάντο (σημαντική πηγή ελαϊκού οξέος), η γλυκοπατάτα, το καρότο και τα φυλλώδη πράσινα λαχανικά (μεγάλη περιεκτικότητα σε καροτενοειδή), η συστημα-

τική κατανάλωση των οποίων έχει βρεθεί ότι συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Άλλη ομάδα τροφών που δείχνει να συμβάλλει στη μείωση των πιθανοτήτων ανάπτυξης καρκίνου του μαστού είναι τα Ω-λιπαρά οξέα (τα λιπαρά ψάρια) τα οποία πρέπει να καταναλώνουμε συχνά. Η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα συνδέονται σαφώς με αυξημένο κίνδυνο καρκινογένεσης.

Η τακτική σωματική άσκηση έχει βρεθεί ότι μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Πιθανοί παράγοντες που συντελούν στην προστασία του οργανισμού μέσω της άσκησης, αποτελούν η μειωμένη έκθεση του οργανισμού σε ανδρογόνα/οιστρογόνα, η αύξηση συγκεκριμένων ορμονών (όπως της δεσμευτικής σφαιρίνης), η βελτίωση της ευαισθησίας των κυττάρων του σώματος στην ινσουλίνη, η μείωση του ινσουλινοειδούς αυξητικού παράγοντα 1 (σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού), καθώς και η μείωση του λιπώδους ιστού (όπου παράγονται οιστρογόνα).

Η ισορροπημένη διατροφή σε συνδυασμό με τακτική γυμναστική μειώνει κατά το 1/3 τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού και μάλιστα στην ηλικία της εμμηνόπαυσης, όπου το αυξημένο σωματικό βάρος ενισχύει ακόμη περισσότερο τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου.

Η δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη αφορά τα μέσα που υπάρχουν να διαγνωσθεί η νόσος σε πρώιμο στάδιο, ώστε να επιτευχθούν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Η αρχή θα πρέπει να γίνει από τη **μηνιαία αυτοεξέταση** των μαστών σε όλες τις ενήλικες γυναίκες. Η καλύτερη χρονική στιγμή είναι μετά το τέλος της εμμήνου ρύσεως, περίπου 8η-11η μέρα του κύκλου (1η μέρα υπολογίζουμε την ημέρα έναρξης της περιόδου). Ακολουθεί ο **ετήσιος έλεγχος των μαστών** από εξειδικευμένο στις παθήσεις του μαστού γιατρό. Η μαστογραφία έχει τη δυνατότητα αποκάλυψης του καρκίνου του μαστού σε στάδιο που κλινικά δεν ανιχνεύεται. Η μαστογραφία αναφοράς για συγκριτικούς λόγους θα πρέπει να γίνεται πριν από το 40ό έτος της ηλικίας και να επαναλαμβάνεται ανά έτος σε γυναίκες άνω των 40.

Υπάρχει πληθώρα απεικονιστικών εξετάσεων, όπως το υπερηχογράφημα των μαστών, η ελαστογραφία και η τομοσύνθεση, οι οποίες βοηθούν στην έγκαιρη και ακριβή διάγνωση, θα πρέπει όμως να αποτελούν μέρος της διαγνωστικής φαρέτρας του θεράποντος γιατρού και όχι εξετάσεις ρουτίνας.

Στο ίδιο πλαίσιο, έχουμε στη διάθεσή μας και **νέες τεχνικές** που μπορούν να μας βοηθήσουν όταν υπάρχει κλινική ένδειξη. Στις γυναίκες που παρουσιάζουν έκκριμα από τη θηλή τους, καθώς και στις γυναίκες υψηλού κινδύνου (θετικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού) μπορεί να γίνει με ειδική τεχνική, μη επεμβατική, συλλογή των κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων του μαστού μέσω της θηλής και κυτταρολογική εξέταση αυτών.

Στην εξέταση αναζητούνται στα θετικά κύτταρα για κακοήθεια, εφόσον υπάρχουν, καθώς και άτυπα κύτταρα που ίσως προοιωνίζουν την πιθανή ανάπτυξη καρκίνου τα επόμενα χρόνια. Η μέθοδος αυτή απαιτεί ειδικό μηχάνημα αυτόματης αναρρόφησης (HALO breast Pap test), είναι ανώδυνη, σύντομη και χωρίς επιπλοκές.

1

Η τακτική σωματική άσκηση έχει βρεθεί ότι μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου.

2

Η συστηματική κατανάλωση ορισμένων τροφών συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού

3

Τακτικός έλεγχος των μαστών από γιατρό

Γενοβέφα Χρονοπούλου
Διευθύντρια Εργαστηρίων Βιοπαθολογίας Ομίλου Ευρωκλινικής

Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις

Ένα πρόβλημα γένους θηλυκού;

Οι ουρολοιμώξεις είναι ένα συχνό ιατρικό πρόβλημα, καθώς αποτελούν τη δεύτερη πιο κοινή αιτία μικροβιακής λοίμωξης ασθενών εξωτερικών ιατρείων. Εμφανίζονται τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά, αλλά η επίπτωσή τους στις γυναίκες είναι σαφώς μεγαλύτερη, αν λάβουμε υπόψιν μας ότι 1 στις 2 γυναίκες θα παρουσιάσει ένα επεισόδιο ουρολοίμωξης στη διάρκεια της ζωής της. Ωστόσο, η αληθινή επίπτωσή τους είναι κάπως ασαφής και ο πραγματικός αριθμός είναι πιθανά αρκετά υψηλότερος, επειδή περίπου 50% όλων των γυναικών με ουρολοίμωξη δεν επισκέπτονται τον ιατρό τους.

Ταξινόμηση

Οι ουρολοιμώξεις διακρίνονται σε:

- Λοιμώξεις του ανώτερου ουροποιητικού (πυελονεφρίτιδα με ή χωρίς συνοδό νεφρικό ή παρανεφρικό απόστημα).
- Λοιμώξεις του κατώτερου ουροποιητικού (κυστίτιδα, ουρηθρίτιδα, προστατίτιδα και ορχεοεπιδιδυμίτιδα).
- Ιδιαίτερη οντότητα αποτελεί η ασυμπτωματική μικροβιουρία. Δεν αποτελεί πραγματική λοίμωξη, παρά μόνον υποδηλώνει την παρουσία μικροβίων στα ούρα.

Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις

Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις θεωρούνται αυτές οι οποίες χαρακτηρίζονται από επανεμφάνιση συμπτωματικής ουρολοίμωξης μετά την πλήρη κλινική αποδρομή ενός προηγούμενου επεισοδίου και παρά την κατάλληλη θεραπεία. Συνήθως, είναι απλές κυστίτιδες και για να χαρακτηριστούν ως υποτροπιάζουσες θα πρέπει να έχουμε περισσότερα από 3 επεισόδια στους προηγούμενους 12 μήνες

ή περισσότερα από 2 επεισόδια στο τελευταίο 6μηνο. Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις χωρίς επιπλοκές παρουσιάζονται συνήθως σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, με φυσιολογικό ουροποιητικό σύστημα και χωρίς υποκείμενα προβλήματα υγείας. Ενώ επιπλεγμένες υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις παρουσιάζονται σε ασθενείς με υποκείμενες ανατομικές ή λειτουργικές διαταραχές του ουροποιητικού.

Θα πρέπει πάντα να γίνεται διάκριση υποτροπής και επαναλοίμωξης.

Ως υποτροπή ορίζεται η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων με ταυτόχρονη απομόνωση του ίδιου μικροοργανισμού σε καλλιέργεια, συνήθως εντός 2 εβδομάδων μετά τη θεραπεία, ενώ επαναλοίμωξη θεωρείται η επανεμφάνιση συμπτωμάτων με καλλιέργεια άλλου μικροοργανισμού ή και του ίδιου μετά τη μεσολάβηση αρνητικής καλλιέργειας ούρων.

Παράγοντες κινδύνου: Οι συχνότεροι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση υποτροπών σχετίζονται με:

- Τη συμπεριφορά και τις συνήθειες του ασθενούς (σεξουαλική συμπεριφορά, χρήση κολπικών διαφραγμάτων, σπερματοκτόνων παραγόντων κ.ά.).
- Τη γενετική προδιάθεση (έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει αυξημένη συχνότητα ουρολοιμώξεων εάν στο άμεσο περιβάλλον υπήρχε ένα μέλος που έπασχε από υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις).
- Την ατροφία κολπικού επιθηλίου λόγω ανεπάρκειας οιστρογόνων σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.
- Μηχανικούς και λειτουργικούς παράγοντες που σχετίζονται με την κένωση της ουροδόχου κύστεως (ακράτεια ούρων, παρουσία κυστεοκήλης, υπόλειμμα ούρων μετά την ούρηση κ.ά.).
- Τη συχνή χρήση αντιβιοτικών.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει συνήθως δυσουρικά ενοχλήματα (τσούξιμο, κάυσος ή άλγος κατά την ούρηση), συχνουρία, επιτακτική ούρηση, αιματουρία, χωρίς πυρετό ή πόνο στη μέση. Η λοίμωξη του ουροποιητικού στον πληθυσμό της κοινότητας προκαλείται μέσω της ανιούσας οδού από τη χλωρίδα του πρωκτού, που αποικίζει την περιουρηθρική περιοχή, την ουρήθρα και στη συνέχεια την ουροδόχο κύστη. Παράγοντες που ευνοούν την εγκατάσταση των παθογόνων είναι η βραχεία ουρήθρα, η διαταραχή της φυσιολογικής χλωρίδας και η απουσία γαλακτοβακίλλων στον κόλπο.

Διάγνωση

Για τη διάγνωση απαιτούνται λεπτομερής λήψη ιστορικού και εργαστηριακός έλεγχος, ο οποίος περιλαμβάνει γενική και καλλιέργεια ούρων και επί θετικού αποτελέσματος δοκιμασία ευαισθησίας στα αντιβιοτικά. Είναι σημαντικό το δείγμα των ούρων να δοθεί κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων και πριν από την έναρξη αντιβιοτικής αγωγής. Τα μικρόβια που ευθύνονται συχνότερα για υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις είναι τα: Escherichia Coli (γνωστό ως κολοβακτηρίδιο) σε ποσοστό περίπου 80%, Staphylococcus saprophyticus σε ποσοστό 10%-15%, Proteus spp. Klebsiella spp, Enterobacter spp κ.ά. Έχει περιγραφεί ότι στελέχη του μικροβίου Escherichia Coli (ορολογικών ομάδων Ο) εκφράζουν στην επιφάνειά τους ορισμένους λοιμογόνους παράγοντες, καθώς και παράγοντες προσκόλλησης στο ουροθήλιο των ασθενών, με αποτέλεσμα να ευθύνονται για την εμφάνιση υποτροπιαζουσών ουρολοιμώξεων. Συνιστάται επανάληψη της καλλιέργειας ούρων σε 15 ημέρες για τεκμηρίωση της εκρίζωσης ή επιμονής του μικροβίου.

Σε απουσία επιπλοκών δεν κρίνεται απαραίτητος περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ο έλεγχος συμπληρώνεται με υπερηχογράφημα νεφρών-κύστεως, ουροδυναμική μελέτη και γυναικολογική εξέταση.

Οι υποτροπές συχνά παρουσιάζουν χρονική συρροή και ακολουθούνται από περιόδους υφέσεως. Οι υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις χωρίς υποτροπές δεν επιβαρύνουν τη νεφρική λειτουργία και δεν οδηγούν σε νεφρική ανεπάρκεια.

Θεραπεία

Η θεραπεία της απλής κυστίτιδας σε ασθενείς που εμφανίζουν υποτροπές γίνεται με αντιμικροβιακή αγωγή, βάσει αντιβιογράμματος και λήψη υγρών. Για την πρόληψη των υποτροπών γίνεται αξιολόγηση του ιστορικού του ασθενούς και μπορεί να δοθεί χημειοπροφύλαξη. Εναλλακτικά προτείνεται η λήψη χυμού ή άλλων συμπυκνωμένων προϊόντων φραγκοστάφυλου (Cranberries). Ο χυμός φραγκοστάφυλου περιέχει προανθοκυανίδες τύπου Α που αναστέλλουν την προσκόλληση των μικροβίων στο ουροθήλιο και υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι η συστηματική χρήση τους μειώνει την επίπτωση των ουρολοιμώξεων.

TIP

Ο χυμός φραγκοστάφυλου περιέχει προανθοκυανίδες τύπου Α που αναστέλλουν την προσκόλληση των μικροβίων στο ουροθήλιο και υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι η συστηματική χρήση τους μειώνει την επίπτωση των ουρολοιμώξεων

artime.gr

CRYOLIPO.

Ολοκληρωμένο πρόγραμμα κρυολιπόλυσης

Η Ευρωκλινική δίνει τη λύση στο πρόβλημα του εντοπισμένου πάχους, προσφέροντας ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα για την αποτελεσματική αντιμετώπισή του

με ΜΙΑ μόνο θεραπεία.

Η επαναστατική μέθοδος της Κρυολιπόλυσης με το CRYOLIPO II:

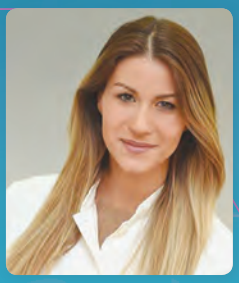
- Μη-επεμβατική και ανώδυνη μέθοδος
- Άνετη, γρήγορη (διάρκεια μία ώρα)
- Μόνιμη μείωση του τοπικού πάχους
- Μοναδική πατενταρισμένη τεχνολογία τρισδιάστατης εφαρμογής της ψύξης (360°) για ομοιόμορφο αποτέλεσμα (παγκόσμια καινοτομία)
- Προκαλεί απόπτωση των λιποκυττάρων
- Χωρίς χρόνο αποθεραπείας
- Ενισχυμένος ψυκτικός μηχανισμός (έως - 9 °C)
- Διπλές κεφαλές για ταυτόχρονες θεραπείες

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
ΑΘΗΝΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

Περισσότερες πληροφορίες ή κλείσιμο ραντεβού στο τηλέφωνο 210 6416139 και www.euroclinic.gr

Ψυχοσωματικά συμπτώματα

Διατροφή στο γραφείο



Άννα Κανδαράκη
Κλινική Ψυχολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Ψυχοσωματικά συμπτώματα

«Πονάει η ψυχή και μιλάει το σώμα...»

«*Μήπως έχω όγκο στο κεφάλι;*». «*Μήπως πεθαίνω και δεν το ξέρω;*». «*Γιατί να με πιάνουν αυτές οι ζαλάδες συνέχεια;*». «*Κάθε βράδυ με πιάνει δύσπνοια*». «*Νιώθω τα χέρια μου να ιδρώνουν, έχω θολούρες και δεν βλέπω καθόλου καλά*». «*Έχω γεμίσει με καντήλες*». «*Δεν μπορώ να σταθώ από τις ημικρανίες και τώρα που σας μιλάω με δυσκολία μπορώ να συγκεντρωθώ*». Πολύ συχνά, σωματικά συμπτώματα «με σάρκα και οστά» μάς εμποδίζουν στην καθημερινότητά μας, μας γεμίζουν ανασφάλειες και τελικά μας εμποδίζουν να ζήσουμε.

Συνήθως μπαίνουμε στη διαδικασία να ψάξουμε τι είναι, πηγαίνοντας από γιατρό σε γιατρό, από ειδικότητα σε ειδικότητα και άλλοτε πάλι φοβόμαστε ακόμα και αυτό, γιατί *«αν ακούσω ότι είναι κάτι κακό, δεν θα το αντέξω»*. Οι εξετάσεις βγαίνουν καθαρές, ο καρδιολόγος δεν βρήκε κάτι, το ίδιο ο παθολόγος, ο γαστρεντερολόγος και ο δερματολόγος. «Ναι, *αλλά εγώ εξακολουθώ να υποφέρω.»* Τι συμβαίνει;

Η αιτία είναι πιθανό να βρίσκεται στον τρόπο που διαχειριζόμαστε τα συναισθήματά μας και κατ' επέκταση τον ίδιο μας τον εαυτό. Ακούμε συχνά «είναι ψυχολογικό» και σκεφτόμαστε μήπως είμαι τρελός ή κατά φαντασία ασθενής. Όχι, ούτε το ένα ούτε το άλλο. **Το σώμα μας μάς στέλνει μηνύματα για την ψυχή μας και πρέπει να τα ακούσουμε πολύ προσεκτικά**.

Το σώμα και η ψυχή είναι άρρηκτα συνδεδεμένα μεταξύ τους, το ένα επηρεάζει και επηρεάζεται από το άλλο. Και όταν δεν φροντίζουμε το ένα, μπορεί να μας «μιλήσει» το άλλο. **Πονάει η ψυχή και μας μιλάει το σώμα και αυτό μπορεί να εκφραστεί με διάφορα σωματικά συμπτώματα, των οποίων η αιτία δεν είναι βιολογική, αλλά ψυχική.** Τα συμπτώματα αυτά ονομάζονται ψυχοσωματικά.

Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα εκδηλώνονται κυρίως με τα παρακάτω σωματικά συμπτώματα:

Στομάχι και έντερο
Οι ψυχολογικοί παράγοντες θεωρείται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο σε πολλά γαστρεντερικά προβλήματα, όπως το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου, η χρόνια γαστρίτιδα, η δυσκοιλιότητα ακόμη και το έλκος.

Καρδιαγγειακό σύστημα
Η άσχημη ψυχική μας διάθεση μπορεί να εκδηλωθεί με ταχυκαρδίες και αύξηση της αρτηριακής μας πίεσης, συμπτώματα τα οποία, με τη σειρά τους, θα προκαλέσουν άγχος και θα επιδεινώσουν ακόμα περισσότερο την κατάσταση**.**

Σεξουαλική δυσλειτουργία
Συχνά δυσκολίες στην ερωτική μας ζωή, όπως η στυτική δυσλειτουργία, οι πόνοι κατά τη διάρκεια της επαφής και η ανηδονία, είναι αποτέλεσμα ψυχικής φόρτισης, άγχους ή και άλλων ψυχικών δυσκολιών που έχουν συσσωρευτεί και εκφράζονται με αυτό τον τρόπο.

Ημικρανίες και πονοκέφαλοι
Είναι ένας από τους πιο συνήθεις τρόπους να εκδηλωθεί το άγχος ή συσσωρευμένα συναισθήματα που δεν έχουν μοιραστεί και επεξεργαστεί.

TIP

Όταν βιώνουμε έντονα ψυχοσωματικά συμπτώματα οφείλουμε κατ' αρχάς να επισκεφθούμε έναν γιατρό και να κάνουμε τις απαραίτητες εξετάσεις, για να μειώσουμε την πιθανότητα βιολογικής υπόστασης των συμπτωμάτων αυτών. Στη συνέχεια πρέπει να απευθυνθούμε σε κάποιον ψυχολόγο ή ψυχοθεραπευτή, ώστε να εντοπιστεί η ρίζα των αρνητικών συναισθημάτων και να καταπολεμήσουμε με τη βοήθεια του ειδικού τα δυσφορικά μας συμπτώματα

Ψυχοσωματικά συμπτώματα συναντάμε και στην **παιδική ηλικία**, όπως νυχτερινή ενούρηση, εφιάλτες, πονοκεφάλους και δυσκολία στη συγκέντρωση.

Αίτια εκδήλωσης
Βασική αιτία που κάποιος μπορεί να εκδηλώνει ψυχοσωματικά είναι η δυσκολία διαχείρισης των συναισθημάτων του. Η καταπίεση, η μη έκφραση και λεκτικοποίηση των συναισθημάτων, ο περιορισμός της επιθυμίας, το υπερβολικό άγχος και ένας συνολικός λάθος τρόπος λειτουργίας μπορεί να εκφραστεί μέσα από σωματικούς πόνους που δεν έχουν οργανική αιτία.

Αυτό σημαίνει ότι, ακόμα και αν ακούγεται παράδοξο, τα σωματικά συμπτώματα είναι για καλό, είναι εκεί να μας πουν ότι κάτι δεν προσέχουμε στον εαυτό μας και αυτό δεν είναι απαραίτητα οργανικό. Έρχονται για να μας «χτυπήσουν» την πόρτα να ασχοληθούμε με το τι συμβαίνει μέσα μας και στην ψυχή μας, η οποία δεν έχει άλλο τρόπο να μας «μιλήσει».

Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα γίνονται η αιτία που θα ζητήσουμε βοήθεια από έναν ειδικό ψυχικής υγείας, ψυχολόγο ή ψυχίατρο, και έτσι θα επιτρέψουμε στον εαυτό μας να πάρει φροντίδα και να ασχοληθεί με τη διαχείριση τόσο των συναισθημάτων του όσο και με τη συνολική διαχείριση των δυσκολιών που αντιμετωπίζει.

Προτού, λοιπόν, πείτε «*ωχ, ήρθε πάλι η γνωστή ημικρανία*», μήπως ήρθε η ώρα να αναρωτηθούμε: «*Για να έχω ημικρανία, τι καλό δεν έκανα για μένα σήμερα; Μήπως δεν με φροντίζω αρκετά;*».

ΙωάνναΤσομπάνη
Κλινική Διαιτολόγος
Διατροφολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Διατροφή στο γραφείο

1 Συχνά λάθη που κάνουμε στη διατροφή μας όταν εργαζόμαστε (*πρόχειρα σνακ, delivery, γλυκά*).

- Παραγγέλνουμε **έτοιμα γεύματα** (*delivery*), τα οποία είναι πλούσια σε λιπαρά και θερμίδες.
- **Δεν πίνουμε νερό**. Μερικές φορές είμαστε τόσο φορτωμένοι ή απορροφημένοι με τη δουλειά μας που ξεχνάμε να πίνουμε νερό, γι' αυτό, λοιπόν, θα πρέπει να έχουμε ένα μπουκάλι ή ένα ποτήρι νερό επάνω στο γραφείο μας όπου εργαζόμαστε.

Ο οικονομικότερος και υγιεινός τρόπος για να καλύψετε την πείνα στο γραφείο και να κάνετε οικονομία στην τσέπη σας είναι να φέρετε ταπεράκι από το σπίτι

- Τσιμπολογάμε **παχυντικά σνάκ** (το γραφείο είναι ο χώρος του σνακ). Καθώς δουλεύουμε, θέλουμε συχνά κάτι να τσιμπολογούμε για να μας δώσει ενέργεια. Ορισμένες φορές τσιμπάμε απλώς από συνήθεια. Καταφεύγουμε σε κρουασάν, μπισκότα κ.ά.
- **Μένουμε νηστικοί** γιατί δεν προλαβαίνουμε λόγω δουλειάς, έχοντας την εντύπωση ότι μένοντας όλη την ημέρα νηστικοί θα διατηρηθούμε καλλίγραμμοι.

2 Πολλοί περνάμε όλη την ημέρα πίνοντας καφέδες **και τρώμε «μια και καλή» το βράδυ.** Γιατί δεν είναι σωστή τακτική; (Άλλωστε και οι καφέδες έχουν θερμίδες). Με το να πίνουμε όλη την ημέρα καφέδες αρχικά το στομάχι ερεθίζεται με την καφεΐνη, με αποτέλεσμα να έχουμε ενοχλήσεις. Επιπλέον, η υπερκατανάλωση καφεΐνης μπορεί να προκαλέσει αϋπνίες, αύξηση αρτηριακής πίεσης, διούρηση, με αποτέλεσμα να αποβάλλονται θρεπτικά συστα-

τικά από τον οργανισμό μας. Ο καφές έχει απειροελάχιστες θερμίδες, η ζάχαρη που βάζουμε στον καφέ έχει θερμίδες (1 κουταλάκι καφέ= 5 γρ. ζάχαρη= 20 kcal), καθώς και το γάλα.

Το να τρώμε «μια και καλή το βράδυ», επίσης, δεν βοηθούμε τον μεταβολισμό μας να λειτουργεί σωστά, διότι δεν ελέγχουμε την ποσότητα που τρώμε, με αποτέλεσμα να παίρνουμε πολλές θερμίδες και να μην προλαβαίνουμε να τις κάψουμε, διότι μετά το βραδινό κοιμόμαστε.

Έτσι, αυξάνουμε σταδιακά το βάρος του σώματός μας, με συνέπεια να προκαλούνται άλλα προβλήματα υγείας (υπέρταση, χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, γαστρίτιδα και άλλου είδους διαταραχές στομάχου κ.ά.).

3 ***Τι επιπτώσεις μπορούν να έχουν τα παραπάνω λάθη στην υγεία και στον μεταβολισμό μας;*** Μειώνουμε τον μεταβολισμό μας, αυξάνουμε σταδιακά το βάρος του σώματος μας, με συνέπεια να προκαλούνται άλλα προβλήματα στην υγεία μας, όπως υπέρταση, χοληστερίνη, τριγλυκερίδια και διάφορες διαταραχές του πεπτικού συστήματος κ.ά.

4 **Συχνά αισθανόμαστε κουρασμένοι ή δεν μπορούμε να συγκεντρωθούμε.** Τι σχέση έχει αυτό με τη διατροφή και ποια η σημασία της ενυδάτωσης;Η διατροφή είναι σημαντική για την πνευματική διαύγεια.

Η έλλειψη σιδήρου, ψευδάργυρου, μαγνησίου και άλλων μετάλλων και ιχνοστοιχίων, φολικού οξέως αλλά και η έλλειψη βιταμινών συμπλέγματος Β (Β1, Β2, Β5, Β6, Β12) προκαλούν προβλήματα στη σωστή λειτουργία του εγκεφάλου και του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η έλλειψη της βιταμίνης Β12 μπορεί να προκαλέσει απώλεια μνήμης, σύγχυση, αδυναμία συγκέντρωσης.

Τροφές πλούσιες σε βιταμίνες του συμπλέγματος Β και σίδηρο είναι τρόφιμα ζωικής προέλευσης, όπως το κρέας, τα πουλερικά, τα αυγά, τα οστρακοειδή, το γάλα, τα γαλακτοκομικά, τα δημητριακά κ.ά.

Η ήπια αφυδάτωση μπορεί να προκαλέσει πονοκεφάλους, κόπωση, αδυναμία συγκέντρωσης και υποτονικότητα. Γι' αυτό, λοιπόν, θα πρέπει να παραμένουμε ενυδατωμένοι, πίνοντας νερό, χυμούς και αφεψήματα.

5 **Έντονη επιθυμία για γλυκό στο γραφείο. Πού οφείλετε και πώς θα την ανακουφίσουμε;** Έρευνες έχουν δείξει ότι η επιθυμία για γλυκό ή για τρόφιμα πλούσια σε υδατάνθρακες, όπως διάφορες λιχουδιές, παρατηρείται συνήθως από το απόγευμα και μετά, και αυτό γιατί έχουν πέσει τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα ή όταν είμαστε αγχωμένοι, εκνευρισμένοι ή έχουμε κακή διάθεση.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η επιθυμία είτε για γλυκό είτε για σοκολάτα ή για τρόφιμα πλούσια σε υδατάνθρακες στα αμυλώδη τρόφιμα (ψωμί, ζυμαρικά κ.ά.) αυξάνει την έκκριση σεροτονίνης από τον εγκέφαλο, η οποία βελτιώνει τη διάθεση.

Την ανακουφίζουμε αυτήν την επιθυμία μας τρώγοντας μικρή ποσότητα γλυκού ή σοκολάτας ή 1 κουταλιά της σούπας ή 1 κομμάτι γλυκό κουταλιού ή 1 κουταλιά της σούπας μέλι, εάν θελουμε να είμαστε προσεκτικοί προτιμάμε σοκολάτα που περιέχει φρουκτόζη ή στέβια (φυσικό γλυκαντικό) ή παίρνουμε φυτικές ίνες, όπως 1 μπάρα δημητριακών ή τρώγοντας ένα φρούτο ώριμο.

6 **Γιατί είναι σημαντικό το πρωινό;** Κατ' αρχήν, ας ερμηνεύσουμε τι σημαίνει πρωινό. Πρωινό από διατροφικής πλευράς είναι το πρώτο γεύμα της ημέρας, που καταναλώνουμε αφού ξυπνήσουμε.

- Το πρωινό ενισχύει τον μεταβολισμό μας.
- Βοηθάει στη διατήρηση βάρους.
- Μας δίνει ενέργεια.

Ένα σωστό πρωινό θα πρέπει να περιλαμβάνει τροφές από όλες τις ομάδες τροφίμων, δηλαδή, υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπος.

7 **Γιατί είναι σημαντικό να ετοιμάζουμε μόνοι μας αυτά που θα φάμε στο γραφείο; Τάπερ από το σπίτι, και υγιεινό και οικονομικό.**

Ο οικονομικότερος και υγιεινός τρόπος για να καλύψετε την πείνα στο γραφείο και να κάνετε οικονομία στην τσέπη σας είναι να φέρετε ταπεράκι από το σπίτι.

Είναι σημαντικό να ετοιμάζουμε μόνοι μας το φαγητό που θα φάμε στο γραφείο, διότι έτσι καθορίζουμε:

- Το πόσες φορές θα φάμε κατά τη διάρκεια της ημέρας. Όπως γνωρίζουμε, πρέπει καθημερινά να τρώμε μικρά και συχνά γεύματα.
- Την ποσότητα του φαγητού.
- Τη θρεπτική αξία των τροφών (βιταμίνες, ιχνοστοιχεία κ.ά.).
- Τον τρόπο μαγειρέματος.
- Την ποιότητα.

Ένα ενδεικτικό πλήρες πρωινό

Δημητριακά ή 1 φέτα ψωμί ή 2 φρυγανιές με μέλι ή μαρμελάδα

1 ποτήρι φρέσκο γάλα ή γιαούρτι

1 φρούτο εποχής ή χυμό

1 αυγό βραστό ή ποσέ

Διατίθεται αποκλειστικά από τα φαρμακεία

Novalac

PREMIUM

Εμπλουτισμένη Διατροφή για Ιδανική Ανάπτυξη Βρεφών

Το **Novalac PREMIUM** είναι εμπλουτισμένο 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 γάλακτος μπορεί να οδηγήσει την υγεία του βρέφους σε κίνδυνο.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

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

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

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

V1:2016-005

παιδί

Απεικονιστικός έλεγχος κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης

Πόνος στην κοιλιά- Ένα συχνό πρόβλημα στην παιδική ηλικία

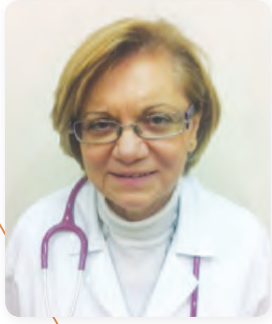
Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 στα παιδιά

Τι πρέπει να γνωρίζω για την ουρολοίμωξη των παιδιών μου;

Αιδοιοκολπίτιδα στην παιδική και προεφηβική ηλικία

Αμυγδαλεκτομή και δενοειδεκτομή

Η αξιολόγηση της σχολικής ετοιμότητας



Ελένη Τσάπρα
Διευθύντρια Παιδιατρικού Τομέα Ευρωκλινικής Παίδων

Τι πρέπει να γνωρίζω για την ουρολοίμωξη των παιδιών μου;

Οι ουρολοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος αποτελούν το συχνότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο παιδίατρος μετά τις λοιμώξεις του αναπνευστικού. Η συχνότητά τους είναι μεγαλύτερη στα αγόρια κατά τον πρώτο χρόνο ζωής, ενώ μετέπειτα υπερισχύουν τα κορίτσια.

Τι είναι ουρολοίμωξη;
Είναι η φλεγμονή που προκαλείται από την είσοδο μικροβίων στην ουροδόχο κύστη. Πρόκειται για μικρόβια του εντέρου που μετακινούνται από τον πρωκτό στην περιγεννητική περιοχή, από εκεί εισέρχονται στην ουροδόχο κύστη και διά της ανιούσης οδού φθάνουν στους νεφρούς.

Όταν η λοίμωξη εντοπίζεται στην ουροδόχο κύστη ονομάζεται κυστίτις, ενώ όταν εντοπίζεται στους νεφρούς πυελονεφρίτις, η οποία αποτελεί σοβαρή λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος. Παράγοντες που προδιαθέτουν σε ουρολοιμώξεις είναι οι εξής:

> *Σε υψηλό πυρετό ≥39ο C και > 48 ώρες χωρίς εστία λοίμωξης, πρέπει να λαμβάνεται καλλιέργεια ούρων για πιθανή ουρολοίμωξη*

- Παρατεταμένη παραμονή των ούρων στην ουροδόχο κύστη.
- Ατελής κένωση της κύστεως λόγω ανατομικών ή λειτουργικών ανωμαλιών (στένωση σε κάποιο σημείο του ουροποιητικού συστήματος, βαλβίδες οπίσθιας ουρήθρας κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση).
- Φίμωση στα αγόρια, σύμμειση των χειλέων στα κορίτσια.
- Δυσκοιλιότητα.
- Ηθελημένη κατακράτηση ούρων σε παιδιά σχολικής ηλικίας.
- Κακός καθαρισμός του πρωκτού μετά την αφόδευση, κυρίως στα κορίτσια, γιατί η ουρήθρα είναι κοντύτερη και βρίσκεται κοντά στον πρωκτό.
- Γενετικό υπόστρωμα: Μητέρα με ιστορικό ουρολοιμώξεων ή αδελφάκι με κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση.

Ποια μικρόβια προκαλούν συχνά ουρολοίμωξη;
Το κολοβακτηρίδιο αποτελεί τον συχνότερο μικροβιακό παράγοντα, περίπου 80%. Ακολουθούν πρωτέας, κλεμπσιέλλα, εντερόκοκκος, staphylococcus saprofiticus και ψευδομονάδα.

Πώς γίνεται η διάγνωση της ουρολοίμωξης;
Η πλέον αξιόπιστη μέθοδος διάγνωσης είναι:
α) Η καλλιέργεια ούρων, όταν αυτή λαμβάνεται με άσηπτο τρόπο.
β) Η μικροσκοπική εξέταση των ούρων για την ύπαρξη μικροοργανισμών ή αναζήτηση λευκοκυττάρων στο ίζημα των ούρων.
γ) Η ανίχνευση με **dipstick** της λευκοδιεστεράσης και των νιτρικών στα ούρα.

Πώς συλλέγονται τα ούρα;
Τα ούρα για καλλιέργεια συλλέγονται με τους παρακάτω τρόπους:
- Με υπερηβική παρακέντηση, που αποτελεί μέθοδο εκλογής στα νεογνά και βρέφη κατά τους πρώτους μήνες μετά τη γέννηση.
- Με καθετηριασμό της ουρο-

Ποια είναι τα συμπτώματα της ουρολοίμωξης;

Διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με την ηλικία.

Νεογνική ηλικία:

- Υψηλός πυρετός
- Εικόνα σηψαιμίας
- Παράταση ίκτερου
- Ευερεθιστικότητα ή λήθαργο
- Στασιμότητα βάρους
- Σπασμοί
- Έμετοι
- Μειωμένη λήψη τροφής
- Βρέφη και παιδιά 2 μηνών - 2 ετών:
- Μειωμένη λήψη τροφής
- Έμετοι
- Πυρετός
- Δύσοσμα ούρα
- Πόνος στην κοιλιά
- Ευερεθιστότητα

Παιδιά από 2 έως 6 ετών:

Τα συμπτώματα γίνονται πιο ειδικά και εντοπίζονται κυρίως στο ουροποιητικό σύστημα.

- Έμετος
- Πόνος στην κοιλιά
- Πυρετός
- Δυσουρικά (πόνος κατά την ούρηση, συχνουρία)
- Ενούρηση
- Παιδιά μεγαλύτερα από 6 ετών και έφηβοι
- Πυρετός
- ΈμετοιΠόνος στην κοιλιά
- Δυσουρικά
- Οσφυαλγία
- Ευαισθησία υπερηβικά κατά την ψηλάφηση και την πλήξη στην πλευροδιαφραγματική γωνία.

δόχου κύστεως, που αποτελεί μέθοδο εκλογής για νευρογενή κύστη και σε παιδιά που δεν μπορούν να δώσουν δείγμα ούρων από την ούρηση.

- Με συλλογή δείγματος κατά το μέσο της ούρησης. Είναι η μέθοδος εκλογής για παιδιά που ελέγχουν την κύστη τους και μπορούν να συνεργαστούν.
- Με συλλογή ούρων με ουροσυλλέκτη. Δεν θεωρείται μέθοδος εκλογής, διότι εμφανίζει υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικής καλλιέργειας, εάν δεν έχει γίνει σχολαστικός καθαρισμός της περιγεννητικής περιοχής.

Ψευδώς αρνητική καλλιέργεια ούρων μπορεί να συμβεί όταν:

- Έχει ληφθεί προηγούμενα αντιμικροβιακή αγωγή
- Υπάρχει συχνουρία
- Υπάρχει απόφραξη της ουρήθρας

Όταν η καλλιέργεια δεν δίνει θετικό αποτέλεσμα αλλά η κλινική εικόνα είναι συμβατή με ουρολοίμωξη, τότε γίνεται σπινθηρογράφημα (DMSA) νεφρών, το οποίο βοηθά στη διάγνωση της οξείας πυελονεφρίτιδας.

Ανάλογα με τη μέθοδο συλλογής των ούρων, θετική καλλιέργεια θεωρείται όταν αναπτύσσεται ένας μόνο μικροοργανισμός από 50.000 έως 100.000 αποικίες ανά κυβικό εκατοστό ούρων.

Πώς αντιμετωπίζεται η ουρολοίμωξη;

Σε νεογνά κάτω των 2 μηνών γίνεται εισαγωγή στο νοσοκομείο και άμεση έναρξη ενδοφλέβιας χορήγησης αντιβιοτικών.

Χορηγούνται συνδυασμός: Αμπικιλλίνης και κεφοταξίμης ή αμπικιλλίνης και αμινογλυκοσίδης για 10 - 14 ημέρες.

Μετά την ηλικία των 2μηνών έως 24 μηνών η αντιμετώπιση μπορεί να γίνει από το στόμα ή παρεντερικά.

Σε περιπτώσεις όπου το παιδί δεν είναι τοξικό, δεν έχει εμέτους και αφυδάτωση και υπάρχει δυνατότητα επικοινωνίας στις πρώτες 2 - 3 ημέρες με

τους γονείς, τότε η αντιβιοτική αγωγή μπορεί να δοθεί από το στόμα. Διάρκεια θεραπείας 10 ημέρες. Χορηγείται κεφαλοσπορίνη ή κοτριμοξαζόλη από το στόμα (p os).

Ενδείξεις εισαγωγής στο νοσοκομείο είναι:

- Ηλικία < των 2 μηνών
- Εικόνα σηψαιμίας
- Έμετοι - αφυδάτωση
- Αδύνατη η λήψη του αντιβιοτικού από το στόμα
- Ανοσοκατεσταλμένο παιδί.

Ανεπαρκής απάντηση στη θεραπεία από το στόμα. Τότε χορηγείται ενδοφλεβίως κεφοταξίμη ή κεφτριαξόνη για 2 -4 ημέρες και κατόπιν από το στόμα. Συνολικά θεραπεία 10 ημέρες.

Σε βρέφη και παιδιά με κυστίτιδα δίνεται αντιβιοτική αγωγή από το στόμα για 3 - 5 ημέρες. Κοτριμοξαζόλη, νιτροφουροντοΐνη, κεφαλοσπορίνη, αμοξικιλλίνη και κλαβουλανικό οξύ.

Πότε πρέπει να επαναληφθεί η καλλιέργεια ούρων;

Εάν υπάρχει ανταπόκριση στη θεραπεία δεν χρειάζεται να γίνει, εκτός εάν συνεχίζεται ο πυρετός πάνω από 48 ώρες μετά τη χορήγηση της αντιβιοτικής αγωγής.

Χρειάζεται το παιδί να κάνει απεικονιστικό έλεγχο μετά το πρώτο επεισόδιο ουρολοίμωξης;

Ο απεικονιστικός έλεγχος περιλαμβάνει:

1 **Υπερηχογράφημα νεφρών - κύστεως**. Γίνεται:

- Σε νεογνά και βρέφη κάτω των 2 μηνών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.
- Σε όλα τα βρέφη από 2 μηνών έως 24 μηνών με εμπύρετη ουρολοίμωξη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ή 2 εβδομάδες από την οξεία λοίμωξη.

Η ουρολοίμωξη είναι η φλεγμονή που προκαλείται από την είσοδο μικροβίων στην ουροδόχο κύστη. Πρόκειται για μικρόβια του εντέρου που μετακινούνται από τον πρωκτό στην περιγεννητική περιοχή, από εκεί εισέρχονται στην ουροδόχο κύστη και διά της ανιούσης οδού φθάνουν στους νεφρούς

- Σε σοβαρή πυελονεφρίτιδα για διαπίστωση ανωμαλιών του ουροποιητικού συστήματος ή απόφραξης σε καθυστερημένη ή μη ικανοποιητική απάντηση στη θεραπευτική αγωγή μέσα σε 48 ώρες, για πιθανό απόστημα νεφρών.
- Σε παιδιά πάνω από 7 ετών γίνεται μόνο υπερηχογράφημα και, εάν είναι παθολογικό, τότε επεκτείνεται ο έλεγχος.

2 **Κυστεοουρηθρογραφία** γίνεται όταν:

- Πρόκειται για ουρολοίμωξη σε αγόρι (για βαλβίδες οπίσθιας ουρήθρας).
- Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης.
- Στα σπινθηρογραφήματα νεφρών (DMSA) υπάρχουν αλλοιώσεις χρόνιας πυελονεφρίτιδας.
- Υπάρχει υποτροπιάζουσα ουρολοίμωξη.

Η κυστεοουρηθρογραφία δεν ενδείκνυται στο πρώτο επεισόδιο ουρολοίμωξης, εκτός εάν από το υπερηχογράφημα υπάρχει υδρονέφρωση, νεφρικές ουλές, απόφραξη.

3 **Στατικό σπινθηρογράφημα** νεφρών γίνεται:

Στους 4 - 6 μήνες έπειτα από οξεία πυελονεφρίτιδα για την εμφάνιση ουλών.

Παράγοντες που προδιαθέτουν σε νεφρικές βλάβες είναι:

- Η καθυστέρηση έναρξης θεραπείας
- Οξεία πυελονεφρίτιδα
- Απόφραξη του ουροποιητικού
- Νευρογενής κύστη
- Κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση μεγάλου βαθμού.

Πότε καλείτε τον γιατρό;

Πρέπει να κληθεί άμεσα στις πρώτες 24 ώρες όταν το παιδί έχει υψηλό πυρετό με ρίγος και συνοδεύεται από οσφυαλγία, κοιλιακό άλγος, δυσουρικά ενοχλήματα, δύσοσμα θολά ούρα, αίμα στα ούρα, μειωμένη λήψη τροφής, εμέτους ή ευερεθιστότητα. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της ουρολοίμωξης μέσα σε λιγότερο από 72 ώρες μειώνει την πιθανότητα των επιπλοκών.

Πρέπει να γίνει παρακολούθηση του παιδιού μετά την πρώτη ουρολοίμωξη;

Συνιστάται παρακολούθηση του ασθενούς για υποτροπή, διότι 8% - 30% των παιδιών μετά το πρώτο επεισόδιο ουρολοίμωξης παρουσιάζουν υποτροπή μέσα στους πρώτους έξι μήνες η οποία πρέπει να διαγνωσθεί και να αντιμετωπιστεί έγκαιρα προς αποφυγή επιπλοκών.

Πώς μπορώ να προφυλάξω το παιδί μου από την ουρολοίμωξη;

- Ικανοποιητική ούρηση με λήψη ικανής ποσότητας υγρών, ώστε να ξεπλένεται η κύστη.
- Να αποφεύγεται η κατακράτηση των ούρων στην κύστη με αναστολή της ούρησης.
- Καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας.
- Σχολαστικός καθαρισμός έπειτα από κάθε αφόδευση, προσοχή στα κορίτσια από μπρος προς τα πίσω.
- Να αλλάζονται συχνά οι πάνες στα μωρά.
- Να φορούν βαμβακερά εσώρουχα, που εμποδίζουν την ανάπτυξη μικροβίων.
- ΟΧΙ στενά ρούχα, γιατί κρατούν υγρασία και επιτρέπουν την ανάπτυξη των μικροβίων.
- Προτιμάται ντουζ αντί μπάνιο στην μπανιέρα.

Παναγιώτης Μισυρλής
Χειρουργός ΩΡΛ, Υπεύθυνος ΩΡΛ τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων

Αμυγδαλεκτομή και αδενοειδεκτομή

Μερικά στοιχεία που πρέπει να γνωρίζουν οι γονείς

Η αδενοειδεκτομή περιγράφηκε πρώτη φορά στη Δανία στα τέλη του 18ου αιώνα, ενώ η αμυγδαλεκτομή τουλάχιστον 2.000 χρόνια πριν, πιθανότατα στην Ινδία. Στις αρχές του 20ού αιώνα η αδενοειδεκτομή και η αμυγδαλεκτομή γίνονταν μαζί, επειδή οι αμυγδαλές και οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις είχαν θεωρηθεί ότι ήταν εστίες μόλυνσης. Εκτός αυτού, πίστευαν ότι ήταν η θεραπεία για την ανορεξία, την πνευματική καθυστέρηση και τη νυχτερινή ενούρηση. Αυτά σήμερα εξηγούνται, γιατί με την αφαίρεση των αδενοειδών εκβλαστήσεων και των αμυγδαλών βελτιώνεται η πρόσληψη της τροφής, θεραπεύεται η εκκριτική ωτίτιδα που προκαλεί βαρηκοΐα, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της ομιλίας, καθώς και η αποφρακτική υπνική άπνοια, που δικαιολογεί τη νυκτερινή ενούρηση.

Οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις υπάρχουν στα νεογέννητα και μαζί με τις αμυγδαλές αναπτύσσονται έως την ηλικία των 5 - 6 ετών. Αρχίζουν να παρουσιάζουν συμπτώματα (ρινική απόφραξη, αποφρακτική υπνική άπνοια, εκκριτική ωτίτιδα) στην ηλικία των 18 - 24 μηνών περίπου. Μειώνονται σε όγκο περίπου στην ηλικία των 12 ετών. Η αδενοειδεκτομή, εκτός από τη θεραπεία της ρινικής απόφραξης και της αποφρακτικής υπνικής άπνοιας, μειώνει ασχέτως του μεγέθους των αδενοειδών την επίπτωση της οξείας μέσης ωτίτιδας και της παραρρινοκολπίτιδας.

> *Όταν υπάρχει μεγάλη υπερτροφία των αμυγδαλών και των αδενοειδών συγχρόνως παρουσιάζεται η αποφρακτική υπνική άπνοια, που πρέπει να αντιμετωπίζεται πάντα χειρουργικά*

Τα κύρια ευρήματα στην υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων είναι η στοματική αναπνοή (ροχαλητό), η εκκριτική ωτίτιδα, η υποτροπιάζουσα οξεία μέση ωτίτιδα και η ρινίτιδα. Η εκκριτική ωτίτιδα εκφράζεται με βαρηκοΐα, η ρινίτιδα με τη μόνιμη παρουσία μύξας και η στοματική αναπνοή με κακοσμία και το ανοιχτό στόμα.

Αντενδείξεις για την αφαίρεση των αδενοειδών εκβλαστήσεων είναι οι διαταραχές πηκτικότητας και η παρουσία σχιστίας στην υπερώα. Όταν υπάρχει μεγάλη υπερτροφία των αμυγδαλών και των αδενοειδών συγχρόνως παρουσιάζεται η αποφρακτική υπνική άπνοια, που πρέπει να αντιμετωπίζεται πάντα χειρουργικά.

Όσον αφορά την αμυγδαλεκτομή οι ενδείξεις είναι:

Α. Απόλυτες:

- Μεγάλο μέγεθος των αμυγδαλών, που προκαλεί δυσφαγία
- Διαταραχές στον ύπνο και καρδιοπνευμονικές διαταραχές
- Ιστορικό περιαμυγδαλικού αποστήματος

Υποτροπιάζουσα αμυγδαλίτις

- Ασύμμετρη ανάπτυξη των αμυγδαλών, που χρήζει βιοψίας

Β. Σχετικές:

- Επίμονη παρουσία θετικής καλλιέργειας για Β αιμολυτικό στρεπτόκοκκο
- Επίμονη κακοσμία
- Είναι γενικά αποδεκτό ότι η αφαίρεση των αμυγδαλών και των αδενοειδών εκβλαστήσεων βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής του παιδιού, με τα οφέλη να φαίνονται από τις πρώτες κιόλας ημέρες της αποθεραπείας.

Πόνος στην κοιλιά

Ένα συχνό πρόβλημα στην παιδική ηλικία

Δρ Μιχαήλ Σούτης
Χειρουργός Παίδων, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας και Παιδοχειρουργικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων

Ο πόνος στην κοιλιά είναι ένα πολύ συχνό σύμπτωμα στην παιδική ηλικία και οφείλεται σε πάρα πολλές αιτίες. Τα χαρακτηριστικά του διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία, την εντόπιση ,καθώς και από τη συνύπαρξη άλλων συμπτωμάτων. Συνήθως, ο πόνος υποχωρεί αυτόματα, αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση λόγω υποκείμενων νοσημάτων που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του παιδιού. Το ποσοστό των παιδιών με πόνο στην κοιλιά που θα χρειαστούν χειρουργική επέμβαση είναι περίπου 1%. Οι συνηθέστερες αιτίες που προκαλούν κοιλιακό πόνο στα παιδιά είναι η οξεία σκωληκοειδίτιδα, το τραύμα ,η εντερική απόφραξη (ειλεός), η γαστρεντερίτιδα, η δυσκοιλιότητα, η μεσεντέρια αδενίτιδα, οι φλεγμονές οργάνων εκτός κοιλίας (στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα, πνευμονία και ουρολοιμώξεις), καθώς και

οι κολικοί της νεογνικής ηλικίας, με τη συντριπτική πλειονότητά τους να αφορά μη χειρουργικά προβλήματα.

Οξεία σκωληκοειδίτιδα

Είναι η συχνότερη χειρουργική αιτία κοιλιακού πόνου, ο οποίος αρχίζει συνήθως σιγά σιγά αρχικά γύρω από τον ομφαλό και έπειτα από λίγες ώρες εντοπίζεται χαμηλά δεξιά στην κοιλιά(δεξιά λαγόνια χώρα). Ο πόνος συνοδεύεται συνήθως με εμετό ή ναυτία, χαμηλό πυρετό και ανορεξία, συμπτώματα που επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου. Στα μικρότερα παιδιά μερικά από τα προηγούμενα συμπτώματα μπορεί να μην υπάρχουν, πράγμα που δυσκολεύει τη διάγνωση, αλλά σε κάθε υγιές κατά τα άλλα παιδί που εμφανίζει ξαφνικά τέτοια εικόνα πρέπει να σκεφτόμαστε την πιθανότητα της οξείας σκωληκοειδίτιδας.

Τραύμα στην κοιλιά

Τα τραύματα είναι συνήθως κλειστά και οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα, σε πτώσεις και σε κακοποίηση. Ο πόνος οφείλεται στην αιμορραγία ή τη ρήξη των σπλάγχνων από τον τραυματισμό.

Εντερική απόφραξη (ειλεός)

Προκαλεί χαρακτηριστικό κολικοειδή πόνο, δηλαδή σαν κράμπα, και οφείλεται συνήθως σε σοβαρές υποκείμενες καταστάσεις που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση. Τέτοιες είναι στα μεν νεογνά και βρέφη ο εγκολεασμός, η νεκρωτική εντεροκολίτιδα και η περισφιγμένη βουβωνοκήλη, στα δε μεγαλύτερα παιδιά οι συμφύσεις από προηγούμενες επεμβάσεις.

Γαστρεντερίτιδα

Είναι συχνότερη μη χειρουργική αιτία πόνου στα παιδιά, ο οποίος είναι κολικοειδής, συνοδεύεται από πυρετό, διάχυτη ευαισθησία στην κοιλιά και διαρροϊκές κενώσεις. Η γαστρεντερίτιδα οφείλεται σε διάφορους ιούς και σπανιότερα σε παράσιτα και μικρόβια.

Το ποσοστό των παιδιών με πόνο στην κοιλιά που θα χρειαστούν χειρουργική επέμβαση είναι περίπου 1%. Οι συνηθέστερες αιτίες που προκαλούν κοιλιακό πόνο στα παιδιά είναι η οξεία σκωληκοειδίτιδα, το τραύμα, η εντερική απόφραξη (ειλεός), η γαστρεντερίτιδα, η δυσκοιλιότητα, η μεσεντέρια αδενίτιδα, οι φλεγμονές οργάνων εκτός κοιλίας καθώς και οι κολικοί της νεογνικής ηλικίας

Δυσκοιλιότητα

Τα παιδιά με δυσκοιλιότητα προσέρχονται με έντονο πόνο χαμηλά στην κοιλιά και ογκώδη κόπρανα που φράζουν το ορθό. Συνήθως, έχουν μέχρι τρεις κενώσεις την εβδομάδα, εμφανίζουν ακράτεια από υπερχείλιση των κοπράνων, τα οποία είναι ογκώδη και ψηλαφώνται από την κοιλιά ή το ορθό, καθώς και επώδυνη αφόδευση.

Μεσεντέρια αδενίτιδα

Τα συμπτώματά της μοιάζουν με αυτά της οξείας σκωληκοειδίτιδας, επειδή οι λεμφαδένες του μεσεντερίου που φλεγμαίνουν βρίσκονται στη δεξιά λαγόνια χώρα, δηλαδή στη θέση της σκωληκοειδούς, όμως ο πόνος είναι πιο διάχυτος. Η κατάσταση αυτή οφείλεται συνήθως σε ιώσεις και μικροβιακές φλεγμονές.

Κολικοί της νεογνικής ηλικίας

Εμφανίζονται τις πρώτες εβδομάδες της ζωής και προκαλούν έντονο πόνο, ο οποίος υποχωρεί με την αποβολή αερίων ή κοπράνων. Τα νεογνά εμφανίζουν παροξυσμικό κλάμα και λυγίζουν τα πόδια τους προς την κοιλιά.

Διάγνωση και αντιμετώπιση

Για να τεθεί η διάγνωση και να καθορισθεί η κατάλληλη θεραπεία είναι απαραίτητη η λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού, καθώς και η καλή κλινική εξέταση, σε συνδυασμό με τις κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις. Επειδή, όμως, μερικές φορές η διάγνωση δεν μπορεί να τεθεί άμεσα, το παιδί θα πρέπει να παραμείνει στο Τμήμα Επειγόντων μέχρις ότου λυθεί το διαγνωστικό πρόβλημα.

Οι αιτίες του κοιλιακού πόνου διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία. Στα νεογνά και βρέφη ευθύνονται κυρίως οι κολικοί, η γαστρεντερίτιδα, η δυσκοιλιότητα, η περισφιγμένη βουβωνοκήλη και οι ουρολοιμώξεις, στα παιδιά σχολικής ηλικίας η γαστρεντερίτιδα, η σκωληκοειδίτιδα, η δυσκοιλιότητα, τα τραύματα, η πνευμονία και οι ουρολοιμώξεις, ενώ στα μεγαλύτερα παιδιά και τους εφήβους, εκτός από τα προηγούμενα, κοιλιακό άλγος προκαλούν και η δυσμηνόρροια, η συστροφή του όρχεως ή της ωοθήκης και η χολοκυστίτιδα.

Οι συνήθεις εργαστηριακές εξετάσεις (γενική αίματος και ούρων, βιοχημικός έλεγχος) αντικατοπτρίζουν τη γενική κατάσταση του παιδιού, ενώ μπορεί να χρειαστούν πιο εξειδικευμένες εξετάσεις, ανάλογα με την αιτία του πόνου. Απλή ακτινογραφία κοιλίας γίνεται εάν υπάρχει υποψία εντερικής απόφραξης ή διάτρησης, ενώ η ακτινογραφία του θώρακα θα αποκλείσει ενδεχομένως την ύπαρξη πνευμονίας. Το υπερηχογράφημα και η αξονική τομογραφία βοηθούν διαγνωστικά, αλλά προτιμούμε κατ' αρχήν το υπερηχογράφημα, επειδή είναι απλή εξέταση, δεν έχει ακτινοβολία και δεν χρειάζεται προετοιμασία όπως η αξονική.Η αντιμετώπιση του πόνου εξαρτάται από την αιτία που τον προκαλεί. Χειρουργική επέμβαση απαιτείται στις περιπτώσεις χειρουργικών παθήσεων έπειτα από κατάλληλη προετοιμασία. Συνήθως, όμως, ο πόνος υποχωρεί αυτόματα ή με τη χορήγηση της κατάλληλης θεραπείας, αφού έχουν αποκλειστεί τα χειρουργικά αίτια.

Μαρία Κατσικάρη
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Ακτινοδιαγνωστικού τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων

Απεικονιστικός έλεγχος κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης

Πολλές φορές σε υπερηχογράφημα προγεννητικού ελέγχου αναφέρονται οι όροι «διάταση του πυελοκαλυκικού συστήματος του νεφρού» στο έμβρυο - «υδρονέφρωση». Αυτό ερμηνεύεται ως κατακράτηση των ούρων στο ουροποιητικό σύστημα, που τις περισσότερες φορές υποχωρεί μετά τη γέννηση.

Άλλοτε, όμως, αυτή η κατακράτηση των ούρων είναι σημαντική. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται απεικονιστικός έλεγχος, διότι υφίσταται κατασκευαστικό πρόβλημα (στένωση ή κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση), το οποίο αφορά την αποχετευτική μοίρα του ουροποιητικού συστήματος. Είναι συγγενής ανωμαλία και αποτελεί ένα από τα αίτια της ουρολοίμωξης στη νεογνική και παιδική ηλικία.

Για καλύτερη κατανόηση, ας αναφερθούμε απλά στην ανατομία του ουροποιητικού συστήματος και της παροχέτευσης των ούρων.

Αφού το αίμα φιλτράρεται στους νεφρούς, τα παραγόμενα ούρα διαμέσου του πυελοκαλυκικού συστήματος, του νεφρού και του ουρητήρα, ακολουθώντας μία μόνο κατεύθυνση, συλλέγονται στην ουροδόχο κύστη και διαμέσου της ουρήθρας αποβάλλονται.

Η κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση είναι η παλίνδρομη ροή των ούρων από την ουροδόχο κύστη προς τον ουρητήρα, συνήθως κατά την προσπάθεια της ούρησης

Στη στένωση, παρεμποδίζεται η παροχέτευση των ούρων σε κάποιο σημείο του αποχετευτικού συστήματος.

Στην κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση δεν λειτουργεί σωστά ο βαλβιδικός μηχανισμός που υπάρχει στο σημείο της εισόδου του ουρητήρα στην ουροδόχο κύστη, με αποτέλεσμα την επιστροφή - παλινδρόμηση των ούρων πίσω στο νεφρό.

Η ακολουθία των απεικονιστικών εξετάσεων για τη διάγνωση αυτών των δύο συγγενών ανωμαλιών είναι: 1) Το υπερηχογράφημα, 2) η κυστεογραφία και 3) το σπινθηρογράφημα. Η μία εξέταση συμπληρώνει την άλλη.

Το υπερηχογράφημα, ταχύτατη και αναίμακτη μέθοδος -χωρίς ιοντίζουσα ακτινοβολία-, θέτει την υποψία της στένωσης ή της παλινδρόμησης. Θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι στις παλινδρομήσεις μικρού βαθμού (1ου, 2ου, 3ου) συνήθως το υπερηχογράφημα είναι φυσιολογικό, γι' αυτό τον λόγο, σύμφωνα και με τη γνώμη του θεράποντος ιατρού, συστήνεται ο έλεγχος με κυστεοουρηθρογραφία. Σε μεγαλύτερο βαθμό κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης (4ου, 5ου) παρατηρείται στο υπερηχογράφημα η προαναφερόμενη διάταση του πυελοκαλυκικού συστήματος και του ουρητήρα. Η υποψία της στένωσης σε κάποιο σημείο της αποχετευτικής μοίρας του νεφρού τίθεται με το υπερηχογράφημα και επιβεβαιώνεται με το σπινθηρογράφημα.

Τρεις μέθοδοι κυστεοουρηθρογραφίας εκτελούνται:

1. Η ακτινολογική κυστεογραφία (εκτελείται από ιατρό ακτινολόγο).
2. Η ραδιοϊσοτοπική κυστεογραφία (εκτελείται από ιατρό πυρηνικής ιατρικής).

3 Η υπερηχογραφική κυστεογραφία (εκτελείται από ιατρό ακτινολόγο).

Και στις τρεις μεθόδους απαιτείται η λήψη αντιβίωσης προληπτικά δύο ημέρες πριν από την εξέταση, την ημέρα της εξέτασης και δύο ημέρες μετά, για αποφυγή εισόδου μικροβίων κατά το καθετηριασμό της ουρήθρας.

Πώς εκτελείται η ακτινολογική κυστεοουρηθρογραφία

Με προσεκτική αποστείρωση της περιοχής τοποθετείται καθετήρας διά της ουρήθρας στην ουροδόχο κύστη. Χορηγείται σκιαγραφικό και φυσιολογικός ορός μέχρι την πλήρωση της κύστης και λαμβάνεται η πρώτη ακτινογραφία. Στη συνέχεια, αφαιρείται ο καθετήρας και λαμβάνονται 1-2 λήψεις κατά τη φάση της ούρησης. Η εξέταση ολοκληρώνεται με την ούρηση, οπότε και διαγιγνώσκεται η παλινδρόμηση.

Η κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση ταξινομείται σε πέντε βαθμούς. Στον 1 βαθμό η παλινδρόμηση αφορά μόνο τον ουρητήρα, ενώ στο 5ο, που είναι και η σοβαρότερη μορφή παλινδρόμησης, συμμετέχει όλη η αποχετευτική μοίρα (πυελοκαλυκικό σύστημα - ουρητήρας).

Η κυστεοουρητηρική παλινδρόμηση μπορεί να αφορά τον ένα ή και τους δύο νεφρούς. Αυτή η μέθοδος υπερέχει των άλλων, γιατί μας παρέχει καλύτερη απεικόνιση στην ανατομία του ουροποιητικού συστήματος και της ουρήθρας και επιπλέον προσδιορίζει επακριβώς τον βαθμό της παλινδρόμησης. Υστερεί σε σχέση με τη ραδιοϊσοτοπική στην ποσότητα της ακτινοβολίας.

Απαιτείται η λήψη αντιβίωσης προληπτικά δύο ημέρες πριν από την εξέταση, την ημέρα της εξέτασης και δύο ημέρες μετά

Η ραδιοϊσοτοπική κυστεογραφία

Στη ραδιοϊστοτοπική κυστεογραφία διαφέρει το χορηγούμενο διάλυμα. Πρόκειται για ραδιοϊσότοπο του οποίου η πορεία στην αποχετευτική μοίρα του ουροποιητικού συστήματος παρακολουθείται με ειδική τεχνική.

Η υπερηχογραφική κυστεογραφία

Τελευταία εκτελείται η υπερηχογ,ραφική κυστεογραφία. Χορηγείται μικροφυσαλιδώδες διάλυμα και παρακολουθείται με υπερηχογράφημα η πορεία του στην ουροδόχο κύστη, στους ουρητήρες και στους νεφρούς. Η εξέταση αυτή υστερεί στην απεικόνιση της ουρήθρας και δεν προσδιορίζει τον βαθμό της κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης. Υπερέχει, όμως, των άλλων μεθόδων, καθότι δεν υπάρχει ακτινοβολία.

Dr Θάλεια Παπάζογλου
Παιδίατρος - Παιδοενδοκρινολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 στα παιδιά

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ1) αποτελεί ανοσολογικό νόσημα, κατά το οποίο τα Β-κύτταρα των νησιδίων του παγκρέατος καταστρέφονται με αυτοάνοσο μηχανισμό. Το σώμα, δηλαδή, δημιουργεί αντισώματα και τα στρέφει εναντίον των δικών του ινσουλινοπαραγωγών β-κυττάρων του παγκρέατος, καταστρέφοντας αυτά.

Ο ΣΔ1 δεν είναι κληρονομικός, αλλά για την εκδήλωσή του υπάρχει γενετική προδιάθεση, που δεν είναι δυνατόν να ανατραπεί ούτε από το άτομο που θα εκδηλώσει τελικά τη νόσο, αλλά ούτε -προς το παρόν- από την επιστήμη. Επίσης, φαίνεται ότι διάφοροι παράγοντες από το περιβάλλον (μερικοί ιοί, stress, τροφικά αλλεργιογόνα) μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση του ΣΔ1.

Στον ΣΔ1 το πάγκρεας παράγει ελάχιστη ή καθόλου ινσουλίνη, με αποτέλεσμα το άτομο να βρίσκεται σε απόλυτη εξάρτηση για τη διατήρηση ακόμα και της ίδιας του της ζωής από τη χορήγηση ινσουλίνης (ινσουλινοεξαρτώμενος). Κύριο γνώρισμα του Σ.Δ. είναι η αύξηση της γλυκόζης στο αίμα (τυχαία γλυκόζη αίματος >200 mg/dl ή γλυκόζη αίματος νηστείας >126 mg/dl και γλυκόζη αίματος >200 mg/dl στις 2 ώρες κατά τη δοκιμασία ανοχής γλυκόζης) και συχνά η γλυκοζουρία. Επιπλέον, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη στον Σ.Δ. είναι πάνω από 6,5%. Η συχνότητα του ΣΔ1 υπολογίζεται σε 1 στα 590 άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών, αναμένοντας να αυξηθεί τα προσεχή χρόνια.

Υπολογίζεται ότι το **10%** *όλων των περιπτώσεων διαβήτη είναι μορφές ΣΔ1*

Ο διαβήτης δεν είναι μία αθώα και χωρίς μακροχρόνιες επιπλοκές νόσος. Είναι μόνιμη διαταραχή της μεταβολικής ομοιόστασης του οργανισμού, που η μη ρύθμισή του θα οδηγήσει στην πορεία του χρόνου σε μία ή περισσότερες χρόνιες επιπλοκές

Ο ΣΔ1 είναι χρόνιο νόσημα και απαιτεί εφ' όρου ζωής θεραπεία με ινσουλίνη. Αρκετά συχνά, με την έναρξη της θεραπείας με ινσουλίνη παρατηρείται βελτίωση της νόσου, που χαρακτηρίζεται από χαμηλότερα επίπεδα σακχάρου στο αίμα και άρα από μείωση της χορηγούμενης δόσης ινσουλίνης («μήνας του μέλιτος», που, δυστυχώς, είναι παροδική, αφού διαρκεί συνήθως μήνες και πολύ σπάνια περισσότερο.

Στα αρχικά στάδια του ΣΔ1 εμφανίζεται μεταγευματική υπεργλυκαιμία. Με την εξέλιξη της καταστροφής των β-κυττάρων, που συνεπάγεται ολοένα και μεγαλύτερη ένδεια ινσουλίνης, παρουσιάζεται υπεργλυκαιμία και σε κατάσταση νηστείας. Τα αυξημένα επίπεδα σακχάρου στο αίμα, σε συνδυασμό με την ένδεια ινσουλίνης, επιδεινώνουν την πρόσληψή του από τα κύτταρα, οπότε το σάκχαρο παραμένει στην κυκλοφορία (γλυκοτοξικότητα). Συγχρόνως, ακριβώς λόγω της έλλειψης ινσουλίνης, δεν καταστέλλεται η παραγωγή γλυκόζης από το ήπαρ. Ο νεφρός μπορεί να αποβάλλει το σάκχαρο έως την τιμή των 180 mg/dl («νεφρικός ουδός»). Πέραν της τιμής αυτής, ο νεφρός δεν μπορεί να ανταποκριθεί πλέον στο αυξημένο φορτίο γλυκόζης, με αποτέλεσμα το πλεονάζον σάκχαρο να αποβάλλεται στα ούρα, μαζί με νερό, οδηγώντας στο σύμπτωμα της πολυουρίας, με επακόλουθη πολυδιψία, προκειμένου να προσληφθεί το νερό που αποβλήθηκε. Αφού ο οργανισμός δεν μπορεί να πάρει ενέργεια από τους υδατάνθρακες, οδηγείται προς τη διάσπαση την λιπών (λιπόλυση) και τη διάσπαση των πρωτεϊνών (πρωτεόλυση). Αποτέλεσμα της εξάντλησης των αποθηκών λίπους είναι η απώλεια βάρους, ενώ της πρωτεόλυσης η μείωση της μυϊκής μάζας.

Ο διαβήτης δεν είναι μία αθώα και χωρίς μακροχρόνιες επιπλοκές νόσος. Είναι μόνιμη διαταραχή της μεταβολικής ομοιόστασης του οργανισμού, που η μη ρύθμισή του θα οδηγήσει στην πορεία του χρόνου σε μία ή περισσότερες χρόνιες επιπλοκές. Ο διαβήτης αποτελεί την πρώτη αιτία τύφλωσης των ενηλίκων, του ακρωτηριασμού των κάτω άκρων, της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας

και αιμοκάθαρσης, της στυτικής δυσλειτουργίας και το βασικότερο αίτιο εμφραγμάτων και αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Η μόνη ασπίδα προστασίας έναντι των επιπλοκών είναι η έγκαιρη διενέργεια των προληπτικών εξετάσεων και η ρύθμιση της νόσου. Σήμερα, ο ΣΔ1 αντιμετωπίζεται με χορήγηση ινσουλίνης, εφαρμογή κατάλληλου διαιτολογίου, σωματική άσκηση και συνεχή επιμόρφωση του παιδιού και της οικογένειας γύρω από τη νόσο. Οι στρατηγικές ινσουλινοθεραπείας που εφαρμόζονται σήμερα είναι οι ακόλουθες:

1) Η **συμβατική ινσουλινοθεραπεία**, με βάση την οποία πρωί και βράδυ χορηγείται ινσουλίνη ενδιάμεσης δράσης (έναρξη σε 1 - 2 ώρες, μέγιστη δράση σε 6 - 10 ώρες, διάρκεια δράσης 12 - 18 ώρες) και ινσουλίνη ταχείας δράσης (έναρξη σε 30 min, μέγιστη δράση σε 2 - 4 ώρες, διάρκεια δράσης 5 - 6 ώρες). Το μεσημέρι χορηγείται ινσουλίνη ταχείας δράσης (όταν η πρωινή ινσουλίνη δεν καλύπτει το μεσημεριανό γεύμα). Το βράδυ είναι δυνατόν η ινσουλίνη ενδιάμεσης δράσης να γίνεται αργά (23.00 - 24.00) και όχι ταυτόχρονα με την ινσουλίνη ταχείας δράσης (30 min προ δείπνου).

2) **Η εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία** (πολλαπλών ενέσεων): Ινσουλίνη μακράς δράσης (έναρξη σε 4 ώρες, διάρκεια 18 - 24 ώρες), συνήθως το βράδυ προ ύπνου, ενδεχομένως και δις ημερησίως (πρωί - βράδυ), σε συνδυασμό με ινσουλίνη υπερταχείας δράσης (έναρξη σε 5 - 15 λεπτά, μέγιστη δράση στη 1 ώρα, διάρκεια 4 ώρες) πριν από κάθε γεύμα.

Σήμερα, έχουμε στη φαρέτρα μας και την ινσουλίνη μακράς δράσης degludec, που χορηγείται άπαξ ημερησίως, κατά προτίμηση την ίδια ώρα κάθε ημέρα. Η βασική διαφορά της από τις υπόλοιπες μακράς δράσης ινσουλίνες είναι ότι απορροφάται με βραδύτερο ρυθμό από τον οργανισμό και χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Αυτό σημαίνει, βέβαια, ότι έχει πιο παρατεταμένη διάρκεια δράσης σε σχέση με τις υπόλοιπες. Πρέπει, πάντως, και αυτή να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με ινσουλίνη ταχείας δράσης προγευματικά. Τέλος, εφαρμόζεται και το **θεραπευτικό σχήμα με αντλία ινσουλίνης**, κατά το οποίο γίνεται συνεχής χορήγηση ταχείας δράσης ινσουλίνης 24 ώρες την ημέρα, με επιπλέον δόση ινσουλίνης (meal bolus) πριν από κάθε γεύμα, ανάλογα με τους υδατάνθρακες του γεύματος και τις επιπλέον μονάδες που χρειάζεται ο οργανισμός όταν το σάκχαρο είναι υψηλό. Η αντλία ινσουλίνης αποτελείται από το μηχανικό μέρος, τη φιάλη και τον καθετήρα που τοποθετείται υποδόρια στην κοιλιακή χώρα και μεταφέρει την ινσουλίνη από τη φιάλη της αντλίας. Απαιτείται αλλαγή καθετήρα κάθε 3 ημέρες. Παρά το γεγονός ότι πολλά έχουν αλλάξει στη σύγχρονη ινσουλινοθεραπεία, με πιο ευέλικτα σχήματα θεραπείας, αλλά και στη διατροφή, ακόμα μεγάλο μέρος του αυθορμητισμού της καθημερινής ζωής χάνεται στη ρουτίνα των τακτικών αυτομετρήσεων του σακχάρου αίματος, των προκαθορισμένων γευμάτων, των εξετάσεων αίματος και των ενέσεων για διατήρηση των επιπέδων σακχάρου. Ιδιαίτερα κατά τα εφηβικά χρόνια, πολλοί έφηβοι επαναστατούν, προτιμούν να «ξεχνούν» ότι πάσχουν από διαβήτη, με αποτέλεσμα την απορρύθμιση της νόσου. Κατόπιν των ανωτέρω, γίνεται κατανοητό γιατί η εύρεση μιας θεραπείας θα αποτελούσε τη μεγαλύτερη επανάσταση στην έρευνα του διαβήτη μετά την ινσουλίνη. Ελπίδες γεννούν τα πρώτα θετικά αποτελέσματα από τις κλινικές μελέτες που διενεργούνται διεθνώς.

Το διαβητικό παιδί δεν είναι διαφορετικό από τα άλλα παιδιά σχετικά με όσα μπορεί να επιτύχει και γι' αυτό τόσο οι εκπαιδευτικοί όσο και το οικογενειακό περιβάλλον πρέπει να το αντιμετωπίζουν αναλόγως.

Οι στρατηγικές ινσουλινοθεραπείας που εφαρμόζονται είναι:

1 *Η συμβατική ινσουλινοθεραπεία*

2 *Η εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία*

3 *Το θεραπευτικό σχήμα με αντλία ινσουλίνης*

Η αξιολόγηση της σχολικής ετοιμότητας

Πόσο έτοιμο είναι για την Α' Δημοτικού;

Κάτια Σοφιανού
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, MRCPCH,MSc,IBCLC Παιδίατρος Αναπτυξιολόγος, Ευρωκλινική Παίδων

Στο τέλος της σχολικής χρονιάς του Νηπιαγωγείου γίνονται οι εγγραφές στην Α' Δημοτικού. Είναι, όμως, όλα τα παιδιά που τελειώνουν το Νηπιαγωγείο έτοιμα να φοιτήσουν στο Δημοτικό; Με την αξιολόγηση της σχολικής ετοιμότητας εξετάζεται αν το παιδί είναι έτοιμο να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της επόμενης σχολικής βαθμίδας, δηλαδή του Δημοτικού.

Η διαδικασία έχει διάρκεια μία ώρα περίπου και σε αυτήν εξετάζονται τα εξής:

- Κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη.
- Προσοχή, συγκέντρωση οργάνωση πράξεων.
- Οι γνωστικές ικανότητες.
- Ο αντιληπτικός και εκφραστικός λόγος.
- Οι γραφοκινητικές δεξιότητες.

Κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη

Πρόκειται για την ικανότητα του παιδιού να δημιουργεί κοινωνικές σχέσεις που είναι αναμενόμενες για την ηλικία του, να συμμετέχει σε ομαδικές εργασίες και δραστηριότητες. Εξετάζεται αν το παιδί είναι συναισθηματικά ώριμο ώστε να

Χρήσιμες ερωτήσεις

Πότε πρέπει να κάνουμε τεστ Σχολικής Ετοιμότητας;
Ιδανικά, λίγο πριν την έναρξη του νηπιαγωγείου ή έστω στο πρώτο τρίμηνο φοίτησης σε αυτό, είναι το καταλληλότερο διάστημα για την διευρεύνση της σχολικής ετοιμότητας.

Που να απευθυνθούμε για τεστ Σχολικής Ετοιμότητας;
Στα ΚΕΔΔΥ, σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ψυχοπαιδαγωγικές Μονάδες και φυσικά σε Ιδιωτικά Κέντρα.

Αν τα τεστ δείξουν ότι το παιδί δεν είναι έτοιμο τι γίνεται;
Σε περίπτωση έγκαιρου εντοπισμού, το παιδί ξεκινάει θεραπευτικό πρόγραμμα για την ανάπτυξη των αδύναμων δεξιοτήτων ώστε να το βοηθήσουμε να προετοιμαστεί κατάλληλα για τη νέα του σχολική χρόνια. Όμως, αν τα αδύναμα σημεία του παιδιού είναι πάρα πολλά και το χρονικό διάστημα δεν επαρκεί τότε εξετάζεται το ενδεχόμενο της επαναφοίτησης στο νηπιαγωγείο.

Σε αυτή την περίπτωση σημαίνει ότι το παιδί έχει θέματα νοημοσύνης;
Όχι. Η σχολική ετοιμότητα και ο δείκτης νοημοσύνης δεν συνδέονται άμεσα.

> *Είναι πολύ σημαντικό να καταλάβουμε ότι δεξιοτήτες που απαιτούνται για μια επιτυχημένη πορεία στην Α' Δημοτικού, δεν αναπτύσσονται με τον ίδιο ρυθμό σε όλα τα παιδιά. Επομένως, δεν είναι όλα τα παιδιά έτοιμα να πάνε Α' Δημοτικού λίγο πριν ή αφού έχουν συμπληρώσει τα 6 χρόνια*

αναλαμβάνει ρόλους που του ανατίθενται, να υπακούει στους κανόνες της τάξης και να σέβεται τη σειρά προτεραιότητας. Ένα πολύ εσωστρεφές παιδί που δεν ενσωματώνεται στις δραστηριότητες της τάξης ή είναι επιθετικό και υπερκινητικό χρειάζεται προσοχή.

Προσοχή, συγκέντρωση και οργάνωση πράξεων
Ένα παιδί που δεν μπορεί να καθίσει για αρκετή ώρα, δεν αφομοιώνει και δεν εκτελεί μια εντολή, διασπάται συνεχώς από άλλα ερεθίσματα και δεν μπορεί να ολοκληρώσει μια δραστηριότητα έχει κίνδυνο μελλοντικά για χαμηλή επίδοση στην τάξη και σχολική αποτυχία. Είναι σημαντικό, επίσης, να διερευνάται το κατά πόσο ένα παιδί μπορεί να εκτελεί σύνθετες εντολές, π.χ., βγάλε το βιβλίο σου και το μολύβι σου και άνοιξέ το στη σελίδα του μαθήματος.

Γνωστικές ικανότητες
Το παιδί που πρόκειται να αρχίσει το σχολείο πρέπει να έχει κάποιες γνώσεις ανάλογες με την ηλικία του. Όταν αυτό διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει, πρέπει να διερευνάται ως προς την αιτία του. Συνηθέστερη αιτία είναι ότι το παιδί μπορεί να μην είχε την ευκαιρία να εκτεθεί σε ερεθίσματα ώστε να κατακτήσει αυτές τις γνώσεις, είτε για λόγους πολιτισμικούς, κοινωνικούς είτε λόγω μη γνώσης της γλώσσας, π.χ., παιδιά που προέρχονται από αλλοδαπές οικογένειες. Άλλη σημαντική αιτία είναι η νοητική υστέρηση.

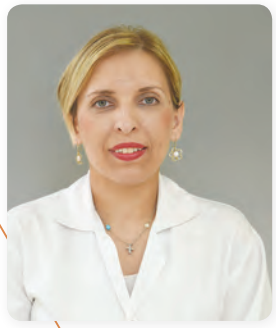
Αντιληπτικός και εκφραστικός λόγος
Στην αξιολόγηση της σχολικής ετοιμότητας το παιδί εξετάζεται ως προς την ικανότητά του να κατανοεί τη γλώσσα, να θυμάται πράγματα που μόλις έχει ακούσει και να εκφράζεται σωστά. Ακόμη εκτιμάται αν μπορεί να ανακαλεί και να περιγράφει προηγούμενα γεγονότα.

Κάτι που ενδιαφέρει ιδιαίτερα είναι αν το παιδί αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι οι λέξεις αποτελούνται από ήχους (φωνήματα) και τμήματα (συλλαβές). Η δεξιότητα είναι εξαιρετικά σημαντική στην κατάκτηση της γραφής και της ανάγνωσης.

Γραφοκινητικές δεξιότητες
Στο κομμάτι αυτό της αξιολόγησης εξετάζεται η ικανότητα του να κρατά σωστά το μολύβι, να αντιγράφει γραμματικά και αριθμητικά σύμβολα και να παράγει ζωγραφιές. Εδώ διαπιστώνεται και το ποιο χέρι, μάτι, αυτί προτιμά να χρησιμοποιεί το παιδί (πλαγίωση) και το αν ξεχωρίζει το δεξί και αριστερό τμήμα του σώματος.

Η αξιολόγηση της σχολικής ετοιμότητας καλό είναι να γίνεται στο τέλος της σχολικής χρονιάς και πριν από την έναρξη των εγγραφών στο Δημοτικό. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να έχουν τα παιδιά που έχουν γεννηθεί προς το τέλος του ημερολογιακού έτους (Οκτώβριος - Δεκέμβριος), τα παιδιά που έχουν γεννηθεί πρόωρα και εκείνα που στο παρελθόν είχαν κάποια αναπτυξιακή δυσκολία.

Εάν το παιδί φανεί λιγότερο ώριμο από το αναμενόμενο, μπορεί να συζητηθεί με τους γονείς το ενδεχόμενο επαναφοίτησής του στο Νηπιαγωγείο και ταυτόχρονα η έναρξη κάποιου υποστηρικτικού προγράμματος, που θα το βοηθήσει να κατακτήσει τις δεξιότητες που απαιτούνται.



Γαρυφαλλιά Καβαρνού
Επιμελήτρια Εργαστηρίου Βιοπαθολογίας Ευρωκλινικής Παίδων

Αιδοιοκολπίτιδα στην παιδική και προεφηβική ηλικία

Η αιδοιοκολπίτιδα είναι ένα συχνό γυναικολογικό πρόβλημα στα κορίτσια κατά την παιδική και προεφηβική περίοδο. Με τον όρο αυτό περιγράφεται η λοίμωξη αρχικά του αιδοίου και μετά του κόλπου ,ενώ δεν αποκλείεται και το αντίθετο.

Η διάγνωση της λοίμωξης έχει αρκετές δυσκολίες κυρίως ως προς τον διαχωρισμό μεταξύ της φυσιολογικής χλωρίδας και του πιθανού παθογόνου σε αυτές τις ηλικίες

Προδιαθεσικοί παράγοντες

Ένας από τους σημαντικότερους προδιαθεσικούς παράγοντες που κάνει τον βλεννογόνο του κόλπου λεπτό, με πιο αλκαλικό pH, και άρα πιο ευαίσθητο σε λοιμώξεις, είναι το υποοιστρογονικό ορμονικό περιβάλλον αυτών των ηλικιών. Άλλοι παράγοντες κινδύνου για λοίμωξη είναι η κοντινή απόσταση κόλπου - πρωκτού στις γυναίκες, η έλλειψη λίπους και τριχώματος του αιδοίου στα μικρά κορίτσια, τα μικρά χείλη αιδοίου, η κακή τοπική υγιεινή, η παρατεταμένη χρήση πάνας, τα σαπούνια και τα αντισηπτικά, τα συνθετικά εσώρουχα και, βέβαια, η τάση των παιδιών για εξερεύνηση του σώματός τους, και άρα η διασπορά με τα χέρια των αναπνευστικών μικροβίων στο περίνεο.

Φυσιολογική χλωρίδα

Η μικροβιακή χλωρίδα των κοριτσιών στην παιδική και προεφηβική ηλικία δεν έχει σαφώς περιγραφεί. Με τα μέχρι στιγμής δεδομένα της βιβλιογραφίας, τα συχνότερα απομονωνόμενα μικρόβια της φυσιολογικής χλωρίδας του κόλπου των κοριτσιών είναι οι σταφυλόκοκκοι κοαγκουλάση αρνητικοί, οι στρεπτόκοκκοι (Streptococcus viridans), τα αναερόβια (Corynebacterium spp, Peptostreptococci, Clostridium spp, Bacteroides spp) και οι γαλακτοβάκιλλοι (λιγότερο συχνά στην παιδική ηλικία και περισσότερο στην προεφηβεία).

Συχνότερα παθογόνα

Μικροοργανισμοί που προκαλούν αιδοιοκολπίτιδα στα κορίτσια στην παιδική και προεφηβική ηλικία είναι: Παθογόνα του ανώτερου αναπνευστικού, όπως οι β-αιμολυτικοί στρεπτόκοκκοι ομάδος Α (Streptococcus pyogenes), ο Haemophilus influenzae, μικρόβια της χλωρίδας του εντέρου, όπως E.coli, Proteus spp, εντερόκοκκοι, παθογόνα του εντέρου, όπως Shigella και Salmonella. Άλλα παθογόνα που μπορεί να απομονωθούν είναι ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος, οι μύκητες (δεν ανευρίσκονται συχνά, αλλά μπορεί να απομονωθούν σε κορίτσια προεφηβικής ηλικίας με προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως έπειτα από πρόσφατη χρήση αντιβιοτικών ή όταν υπάρχει υποκείμενο νόσημα, π.χ., διαβήτης) και σπανιότερα μπορεί να ανευρεθούν παράσιτα όπως ο οξύουρος (Enterobius vermicularis).

Συμπτώματα

Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα παιδιού με αιδοιοκολπίτιδα είναι κολπικό έκκριμα (62% - 92%), ερυθρότητα (82%), ξηρότητα (74%), κνησμός (45%

- 58%), δυσουρικά συμπτώματα(19%) και ίσως σε κάποιες περιπτώσεις αιμορραγία τοπικά (5% - 10%).

Διάγνωση

Για να γίνει σωστά η διάγνωση και να ακολουθηθεί η κατάλληλη θεραπεία πρέπει πρώτα να γίνει λεπτομερής λήψη ιστορικού του παιδιού και να ακολουθήσει φυσική εξέταση από τον παιδίατρο ή, εάν χρειάζεται, από τον παιδογυναικολόγο, καθώς και εργαστηριακές εξετάσεις. Από το ιστορικό σημαντικές πληροφορίες για την αξιολόγηση της καλλιέργειας αποτελούν παρελθούσα λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού κατά τον τελευταίο μήνα, χρήση πάνας, χρήση ειδικών σαπουνιών και κρεμών που μπορεί να επηρεάσουν την καλλιέργεια, καθώς και η λήψη αντιμικροβιακής αγωγής. Κατά τη φυσική εξέταση σε παιδί με αιδοιοκολπίτιδα παρατηρείται ερεθισμός των έξω γεννητικών οργάνων, φλεγμονή (ερυθρότητα) στην είσοδο του κόλπου, έκκριμα (***το χρώμα και η οσμή των υγρών διαφέρουν ανάλογα με την αιτία και μπορεί να είναι λευκό, κιτρινωπό, πράσινο ή κόκκινο, ενώ τα υγρά μπορεί και να είναι δύσοσμα)*** και κάποιες φορές μπορεί να συνυπάρχουν εκδορές, λόγω της παρατεταμένης τριβής από το ίδιο το παιδί.

9 στα10
κορίτσια θα παρουσιάσουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο αιδοιοκολπίτιδας μέχρι την ηλικία των 10 ετών

Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει την καλλιέργεια του κολπικού υγρού και ενδέχεται να χρειαστούν και συμπληρωματικές εξετάσεις, όπως καλλιέργειες ούρων και κοπράνων. Η εξέταση γίνεται με ένα πολύ μικρό, αποστειρωμένο, βαμβακοφόρο στειλεό, μέσα από το φυσιολογικό άνοιγμα του παρθενικού υμένα και είναι απολύτως ασφαλής για την ακεραιότητα του παρθενικού υμένα. Συν ήθως γίνονται δύο λήψεις - η μία αφορά την καλλιέργεια και η άλλη την άμεση μικροσκοπική εξέταση. Το δείγμα καλλιεργείται στα κατάλληλα θρεπτικά υλικά και ο συνήθης χρόνος επώασης είναι 3 ημέρες.

Η διάγνωση της λοίμωξης έχει αρκετές δυσκολίες κυρίως ως προς τον διαχωρισμό μεταξύ της φυσιολογικής χλωρίδας και του πιθανού παθογόνου σε αυτές τις ηλικίες. Η παρουσία ενός μικροοργανισμού δεν τεκμηριώνει την αιτία της λοίμωξης, επομένως η κλινική εικόνα μαζί με τη μικροβιακή ανάπτυξη θα πρέπει να συνεκτιμηθούν από τον βιοπαθολόγο πριν να αποδοθούν στη φλεγμονή.

Θεραπεία

Αφού γίνει κλινική συνεκτίμηση με το εργαστηριακό αποτέλεσμα και αξιολογηθεί ότι η κολπίτιδα σχετίζεται με το απομονωνόμενο μικρόβιο της καλλιέργειας, η επιλογή του αντιβιοτικού πρέπει να γίνεται βάσει αντιβιογράμματος.

Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό συμπτωματικής αιδοιοκολπίτιδας στα κορίτσια δεν απομονώνεται παθογόνος μικροοργανισμός (μη ειδική αιδοιοκολπίτιδα), οπότε συστήνεται η καλή συνεργασία γονέα - παιδιάτρου, έτσι ώστε να αποφεύγεται η περιττή χρήση αντιβιοτικών και να αντιμετωπίζονται κατάλληλα και έγκαιρα με σωστά μέτρα υγιεινής οι τοπικοί ερεθισμοί προτού ενοχλήσουν έντονα τη μικρή ασθενή.

Αντιμετωπίστε αποτελεσματικά την ανδρική ακράτεια με τον περιπεϊκό καθετήρα Conveen® Optima

Μία διακριτική λύση, συγκριτικά με τις πάνες ακράτειας, που δεν φαίνεται μέσα από τα ρούχα, αποτρέπει την κακοσμία, βοηθά στην προστασία του δέρματος από πιθανούς ερεθισμούς και προσφέρει άνεση όλη μέρα.

Ο περιπεϊκός καθετήρας Conveen® Optima εφαρμόζει με ασφάλεια εξωτερικά του πέους και συνδέεται με έναν διακριτικό ουροσυλλέκτη περιπάτου ή κλίνης.

Έτσι σας επιτρέπει να συνεχίσετε τις καθημερινές σας δραστηριότητες βελτιώνοντας την ποιότητα της ζωής σας!

Καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.
Για περισσότερες πληροφορίες και δωρεάν δείγματα καλέστε μας στο 210 2851725.

MAVROGENIS
EMPOWERING HEALTH

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΜΑΥΡΟΓΕΝΗΣ Α.Ε., Αποκλειστικός Αντιπρόσωπος Coloplast A/S
Έδρα: Γκιώνας 1Α, Τ.Κ.: 144 51 Μεταμόρφωση

Coloplast

εκπτωτικά κουπόνια

Περιοδικό Medilife

Εξατομικευμένο πρόγραμμα διατροφής

από Διατροφολόγο - Διαιτολόγο

το οποίο περιλαμβάνει:

- Λιπομέτρηση - ανάλυση σύστασης σώματος
- Λήψη αναλυτικού διατροφικού ιστορικού και καταγραφή συνηθειών διατροφής
- Προσωπική στοχοθέτηση και παρακολούθηση ανα δύο εβδομάδες από τον Διατροφολόγο

Για ραντεβού καλέστε στο τηλέφωνο 210-6416312

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

Η προσφορά ισχύει με την επίδειξη του κουπονιού

Περιοδικό Medilife

Πλήρης προληπτικός έλεγχος μαστού 60€

Για ραντεβού καλέστε στα τηλέφωνα 210 6416650 και 651

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

Η προσφορά ισχύει με την επίδειξη του κουπονιού

Περιοδικό Medilife

Πλήρης Προληπτικός Έλεγχος Οστεοπόρωσης 50€

Για ραντεβού καλέστε στα τηλέφωνα 210 6416650 και 651

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

Η προσφορά ισχύει με την επίδειξη του κουπονιού

εκπτωτικά κουπόνια

Ονοματεπώνυμο: _____

- Μηνιαίο πακέτο 25 € _____
- Δίμηνο πακέτο 45 € _____
- Τρίμηνο πακέτο 60 € _____
- Εξάμηνο πακέτο 90 € _____

Στο τρίμηνο και εξάμηνο πακέτο διατροφής περιλαμβάνεται δωρεάν αιματολογικός έλεγχος (σάκχαρο, χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, ουρικό).

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είναι στο Κέντρο!

Ονοματεπώνυμο: _____

- Ψηφιακή μαστογραφία 45€
- Ψηφιακή μαστογραφία & υπέρηχος μαστών 60€
- Δωρεάν κλινική εξέταση από εξειδικευμένο μαστολόγο

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είναι στο Κέντρο!

Ονοματεπώνυμο: _____

Πλήρης προληπτικός έλεγχος Οστεοπόρωσης
στην προνομιακή τιμή των 50€
που περιλαμβάνει:

- Μέτρηση οστικής πυκνότητας ισχίου
- Μέτρηση Παραθορμόνης (PTH)
- Μέτρηση 25OH Vitamin D

Δωρεάν κλινική εξέταση από ενδοκρινολόγο και αξιολόγηση κινδύνου για οστεοπόρωση.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είναι στο Κέντρο!

ΕΘΝΙΚΗ
Η ΠΡΩΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Η ζωή στο Full

Το Full είναι το νέο πλήρες πρόγραμμα υγείας από την Εθνική Ασφαλιστική! Προσαρμοσμένο στις προσωπικές ανάγκες, τις δικές σας και της οικογένειάς σας, θα είναι δίπλα σας σε όλα τα στάδια της ζωής σας, εξασφαλίζοντας υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας σε περίπτωση νοσηλείας, αλλά και φροντίδα για την πρόληψη της υγείας σας.

18189 / www.ethniki-asfalistiki.gr facebook.com/ethnikiasfalistiki

Full
ΠΛΗΡΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ευρωκλινική Αθηνών
Ποιοτική Φροντίδα Υγείας

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Ευρωκλινικής

Η κορυφαία επιλογή για κάθε έκτακτο περιστατικό στο κέντρο της Αθήνας

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

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ 1011
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

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