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

ΔΩΡΕΑΝ

Medilife

ΤΕΥΧΟΣ 20, ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ - ΧΕΙΜΩΝΑΣ 2016
ISSN: 2459-4032

Patients' Friendly Hospital

Μια πανευρωπαϊκή πρωτιά της Ευρωκλινικής

υγεία για όλους | γυναίκα | παιδί | ευ ζην

αφιέρωμα αντιγήρανση

ΕΘΝΙΚΗ
Η ΠΡΩΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Χαρίστε στο μωρό σας την αφοσίωσή σας χωρίς καμία έγνοια!

Καλωσορίζουμε το νέο μέλος της οικογένειάς σας, προσφέροντάς του μια αγκαλιά φροντίδας!

Η Εθνική Ασφαλιστική, σε συνεργασία με την Ευρωκλινική Παίδων και τη ΡΕΑ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, προσφέρουν στο μωράκι σας, τη φροντίδα του προγράμματος ασφάλισης υγείας **"Παιδικό Πρόγραμμα Full - Ασφάλιση Νεογνών ΡΕΑ"**, χωρίς καμία δική σας επιβάρυνση στο ασφάλιστρο των 12 πρώτων μηνών.

Ένα δώρο, που θωρακίζει το μικρό σας αγγελούδι με την απαραίτητη ασφαλιστική κάλυψη υγείας, προσφέροντάς σας σημαντικά οφέλη, τόσο σε περίπτωση νοσηλείας του, όσο και σε μια απλή προγραμματισμένη επίσκεψη στον παιδίατρο.

Full
[Health]

ΡΕΑ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΙΔΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

Medilife
ΤΕΥΧΟΣ 20, ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ - ΧΕΙΜΩΝΑΣ 2016

Editorial

Αντώνης Βουκλαρής
Διευθύνων Σύμβουλος
Ομίλου Ευρωκλινικής

Όλοι εμείς στην Ευρωκλινική οικογένεια, οραματιστήκαμε ένα νοσοκομείο στο Κέντρο της Αθήνας με **Κέντρο τον Ασθενή!**

Έχουμε ήδη κάνει πολλά προς αυτή την κατεύθυνση και άλλα πάρα πολλά θα γίνουν στο άμεσο μέλλον. Η «τοποθέτησή μας» στην αγορά υγείας, αυτό για το οποίο θέλουμε να ξεχωρίζουμε στα μάτια των ασθενών μας, αυτό που μας κάνει μοναδικούς και πρωτοπόρους είναι:

Η προσωποποιημένη και εξατομικευμένη εξυπηρέτηση ασθενών και επισκεπτών, καλύπτοντας όχι απλώς τις ανάγκες τους αλλά τις προσδοκίες τους!

Γιατί ξέρουμε, ότι κάθε φορά που κάποιος οδηγείται στο νοσοκομείο από ένα πρόβλημα υγείας, διακατέχεται από άγχος, κατακλύζεται από ερωτήματα για τις εξετάσεις που πρέπει να κάνει, τον χρόνο που θα μείνει στο νοσοκομείο, τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθήσει, την πρόγνωση και τα αποτελέσματα - αισθάνεται ευάλωτος και χαμένος.

Και όμως υπάρχει τρόπος να μην είναι έτσι…

Αυτόν τον τρόπο εμείς στην Ευρωκλινική τον εμπνευστήκαμε, τον σχεδιάσαμε και τον υλοποιήσαμε, επιτυγχάνοντας μια πανευρωπαϊκή πρωτοπορία.

Για πρώτη φορά ένα νοσοκομείο νοιάστηκε και αφουγκράσθηκε τους ασθενείς του με έναν διαφορετικό, πραγματικά ανθρώπινο τρόπο. Ακούσαμε τις ανάγκες των ασθενών μας και δημιουργήσαμε τις κατάλληλες υποδομές και διαδικασίες για να ανταποκριθούμε σ' αυτές τις ανάγκες και να γίνουμε **η 1η κλινική στην Ελλάδα και την Ευρώπη** που, σε συνεργασία με τον πλέον αξιόπιστο φορέα πιστοποίησης, την TUV AUSTRIA HELLAS, έλαβε την ευρωπαϊκή πιστοποίηση **«Patients Friendly Hospitals»**.

Η ανάγκη για αυτονομία, ζεστή ατμόσφαιρα, φιλικά πρόσωπα, ανθρώπινο ενδιαφέρον, ασφάλεια, σωστή καθοδήγηση και ουσιαστική υποστήριξη σε κάθε ιατρική πράξη βρίσκονται στην καθημερινή μας κλινική πράξη και εφαρμόζονται σε κάθε ασθενή μας ξεχωριστά και εξατομικευμένα.

Και είμαστε περήφανοι γι' αυτή την **πανευρωπαϊκή πρωτιά**!

Επιπλέον, τον τελευταίο χρόνο πραγματοποιήσαμε σημαντικές επενδύσεις σε ιατροτεχνολογικό και κτιριακό εξοπλισμό, νέοι κορυφαίοι επιστήμονες εντάχθηκαν στο ιατρικό δυναμικό της κλινικής μας, ενώ πολλές νέες υπηρεσίες προστέθηκαν στις υπάρχουσες, προσφέροντας μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στη φροντίδα της υγείας.

Σ' αυτούς τους πολύ δύσκολους καιρούς επιλέξαμε να ενεργοποιηθούμε, να αγωνιστούμε, να δημιουργήσουμε και να εκμεταλλευτούμε τις ευκαιρίες που φέρνει η κάθε κρίση.

Η καλύτερη ανταμοιβή όλων αυτών των προσπαθειών, περισσότερο από την οποιαδήποτε πιστοποίηση ή από το οποιοδήποτε βραβείο, είναι το χαμόγελο των ασθενών μας, όταν σε εμάς βρίσκουν όχι ένα απρόσωπο νοσοκομείο αλλά τον δικό τους άνθρωπο.

Και αυτό είναι ταυτόχρονα το κίνητρο να «κάνεις» περισσότερα.

Τα καλύτερα, λοιπόν, έπονται…

REGUS STAPLER FOR PPROLAPSE & HAEMORRHOIDS

Regus Surgical

OUTER DIAMETERS OF 32MM, 34MM AND 36MM
Correct stapler selection to suit different lumen diameters

COMPUTER CONTROLLED IMAGING OF EVERY STAPLE HOUSING
Correct position and integrity of staples

HIGH VOLUME HOUSING
Big, complete donuts

SET CONSISTS OF A STAPLER, ACCESS PORT, DILATOR, ANOSCOPE AND SUTURE THREADER
No supplementary accessories required

30, 32 OR 34 TITANIUM STAPLES
Optimizing hemostasis and anastomosis

STAINLESS STEEL ANVIL COMPRESSION PLATE
Correct B-shape of the staples

STAPLE COMPRESSION GAUGE
Ensure accurate staple formation to suit variable tissue thickness (between 0.8mm and 1.5mm thick or between 1.0mm and 2.0mm thick)

WING NUT FOR OPENING AND CLOSING THE ANVIL
Controlled and secured closing of the instrument

DETACHABLE ANVIL
Easy manipulation and better visual control

LONG STAINLESS STEEL ANVIL SHAFT
Highest comfort and control with maximum stability during firing

4 SUTURE C NDUITS
Better access and additional options in tissue manipulation

OPTIONAL TRANSPARENT STAPLE HOUSING
Maximum visual feedback

HIGHEST QUALITY DOUBLE SHARPENED SURGICAL STEEL CUTTING BLADE
Optimal cutting results

CIRCUMFERENTIALLY MOUNTED BLADE ASSEMBLY
Ensuring accuracy and consistent cutting action

The Regus Disposable Staplers for Prolapse & Haemorrhoids are designed for the surgical procedure for prolapse and haemorrhoids throughout the anal canal. Regus also offers Staplers for Prolapse, Haemorrhoids & STARR.

Regus Surgical

STAPLING

- European Manufacturer
- Highest Quality Standards
- Conform European Regulations
- Direct and Professional Contact
- Customer Oriented

KALTEQ

ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ & ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ
Καραολή Δημητρίου 42 - Μοσχάτο
Τ.Κ.185-45 - Ελλάδα
Τηλ.: +302104820408 - Fax.: +302104820368
email.: kalteq@kalteq.gr
www.kalteq.gr

Medilife Contents

ΤΕΥΧΟΣ 20, ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ - ΧΕΙΜΩΝΑΣ 2016

ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο Κέντρο!

ΤΑ ΝΕΑ ΜΑΣ

5 12η Επιστημονική Ημερίδα Ευρωκλινικής Παίδων «Σύγχρονα Παιδιατρικά Θέματα»
6 Ιατρικά Νέα
7 Επιστημονικές συναντήσεις
8,9 Ιατρικά επιτεύγματα
10,11 Καινοτομία: Επέμβαση «μίνι» κρανιοτομίας σε ξύπνιο ασθενή
12 Γραφείο Ελέγχου Νοσοκομειακών Λοιμώξεων
13 43ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο
14 Η Ευρωκλινική κοντά στην κοινωνία
15,16 Τα νέα μας
17,18 Πιστοποιήσεις
87,88 Εκπτωτικά κουπόνια

ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

20 Παθήσεις προστάτου αδένα
22 Λεμφαδενικός καθαρισμός τραχήλου
25 Περιεδρικά συρίγγια
26 Υπέρταση. 8 μύθοι & αλήθειες
28 Σύγχρονες τεχνικές αποκατάστασης χόνδρινων βλαβών
30 Γαστρο-Οισοφαγική Παλινδρομική Νόσος (ΓΟΠΝ)
33 Γαστρικό μπαλόνι - χάπι Elipse
36 Στεφανιαία νόσος
38 Αναθεώρηση ολικής αρθροπλαστικής μεγάλων αρθρώσεων (ισχίου - γονατος)
40 Τεχνητός δίσκος
42 Ηπατίτιδα C
44 Ολική αρθροπλαστική γόνατος
46 Οξεία λευχαιμία
48 Νεότερες εξελίξεις στη θεραπεία του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα
50 Τι είναι η βιταμίνη D

ΓΥΝΑΙΚΑ

54 Κέντρο Μαστού Ευρωκλινικής Αθηνών
58 Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα

ΕΥ ΖΗΝ - ΑΦΙΕΡΩΜΑ ΑΝΤΙΓΥΡΑΝΣΗ

62 Αντιγήρανση στα χρόνια της κρίσης
64 Δέρμα & αντιγήρανση
66 Αντιοξειδωτικά και τα οφέλη τους
69 Ας εκτιμήσουμε τ' αυτονόητα

ΠΑΙΔΙ

72 Παιδί και παιδικός σταθμός
75 Πνευμονία & παραπνευμονική συλλογή στα παιδιά
78 Η κρυψορχία στην εποχή της λαπαροσκόπησης
80 Αντιμετώπιση της αναπτυξιακής δυσπλασίας του ισχίου
82 Προληπτικός - προσχολικός - προαθλητικός έλεγχος
84 Πόνος στο αυτί και παιδί

Medilife

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Αθανασιάδου 7-9, 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
Ευτύχιος Βορίδης
Επίτιμος Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου
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 Διευθυντής Ευρωκλινικής Παίδων

Υπεύθυνη έκδοσης
Εύα Τσιλίκουνα
Διευθύντρια Μάρκετινγκ & Επικοινωνίας Ομίλου Ευρωκλινικής

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

Εκτύπωση - Βιβλιοδεσία: **Pressious Arvanitidis ABEE**

© 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

Διορθωτική μνεία

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

Διορθωτική μνεία: στο 19ο τεύχος του περιοδικού της Ευρωκλινικής Medilife, πραγματοποιήθηκε εκ παραδρομής λάθος στο κείμενο της σελίδας 7, με τίτλο «Ο δρ. Κωνσταντίνος Κουμάκης στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αγγειακών Εγκεφαλικών Νόσων».

Παρακάτω παρατίθεται το σωστό κείμενο:
Ο δρ. 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.

Η κα. Αγραφιώτου Αικατερίνη, Διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής, Ευρωκλινική Παίδων

Ο κ. Πέτρος Λούκας, Γενικός Διευθυντής Ευρωκλινικής Παίδων

Ο κ. Bruce Okoye, Παιδίατρος – Χειρουργός στο St George Hospital του Λονδίνου

Οι ομιλητές της Ευρωκλινικής Παίδων

Ο κ. Αντώνης Βουκλαρής, Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής

Ημερίδες - Συνέδρια

12η Επιστημονική Ημερίδα Ευρωκλινικής Παίδων «Σύγχρονα Παιδιατρικά Θέματα»

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε η **12η Επιστημονική Ημερίδα της Ευρωκλινικής Παίδων «Σύγχρονα Παιδιατρικά Θέματα», στο ξενοδοχείο «Divani Caravel», το Σάββατο 9 Απριλίου 2016**.

Η Ευρωκλινική Παίδων στήριξε για άλλη μια χρονιά τη διαρκή επιμόρφωση της παιδιατρικής επιστημονικής κοινότητας και τη δια βίου μάθηση διοργανώνοντας και υλοποιώντας μια σημαντική επιστημονική εκδήλωση. Η 12η Επιστημονική Ημερίδα έτυχε της υποστήριξης σημαντικών φορέων, όπως ο Δήμος Αθηναίων και η Πανελλήνια Παιδιατρική Εταιρεία, οι οποίοι προσέφεραν την αιγίδα τους, αλλά και ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, ο οποίος μοριοδότησε την Ημερίδα με μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης.

Ιατροί-συνεργάτες της Ευρωκλινικής Παίδων και άλλοι διακεκριμένοι επιστήμονες από όλο το φάσμα των παιδιατρικών ειδικοτήτων παρουσίασαν τις τελευταίες εξελίξεις της Παιδιατρικής που βρίσκουν εφαρμογή στην καθημερινή κλινική πράξη.

Επιπλέον, η ημερίδα είχε την ιδιαίτερη τιμή να φιλοξενήσει τον κ. Bruce Okoye, Head Consultant - Χειρουργό Παίδων στο St George's University Hospital του Λονδίνου, ο οποίος παρουσίασε τις τελευταίες εξελίξεις στην ελάχιστα επεμβατική χειρουργική παίδων.

Η προσέλευση στην Ημερίδα ξεπέρασε κάθε προσδοκία, καθώς το «παρών» έδωσαν τόσο με την τιμητική παρουσία τους σημαντικές προσωπικότητες της παιδιατρικής και ακαδημαϊκής κοινότητας όσο και πλήθος παιδιάτρων, παιδοχειρουργών, νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών υγείας.

Η κ. Αγραφιώτου Αικατερίνη, διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής της Ευρωκλινικής Παίδων και πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής, επισήμανε την επιτυχία της 12ης Επιστημονικής Ημερίδας μέσω της παρουσίας των σημαντικών ομιλητών και του πλήθους των συμμετεχόντων, ενώ ταυτόχρονα εξήρε τη συνεισφορά της Ευρωκλινικής Παίδων στην ευρύτερη ενημέρωση της παιδιατρικής κοινότητας χάρη στη διοργάνωση επιτυχημένων επιστημονικών ημερίδων, συνεχόμενα, τα τελευταία 13 χρόνια.

Τα Εργαστήρια Βιοπαθολογίας της Ευρωκλινικής στο **26ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Λοιμώξεων ECCMID**

Η κα. Βέφα Χρονοπούλου, Διευθύντρια Εργαστηρίων Βιοπαθολογίας Ευρωκλινικής Αθηνών και Ευρωκλινικής Παίδων

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής και τα Εργαστήρια Βιοπαθολογίας δίνουν συνεχώς το «παρών» στις σημαντικότερες επιστημονικές εκδηλώσεις και συνέδρια. Η κ. Βέφα Χρονοπούλου, διευθύντρια Εργαστηρίων Βιοπαθολογίας Ευρωκλινικής Αθηνών και Ευρωκλινικής Παίδων, και η ομάδα της συμμετείχαν στο 26ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Λοιμώξεων ECCMID, που πραγματοποιήθηκε στο Άμστερνταμ, 9-12/4/2016 με τις εξής ανακοινώσεις (posters):

1 **Prevalence of bacterial pathogens isolated from soft tissue infections and their antimicrobial susceptibility profile.** *C. Vossou, A. Kouki, D. Ntroulias, P. Mostratou, G. Chronopoulou*
Central Laboratories of Athens Euroclinic Hospital, Greece

2 **A 3-year retrospective study of bacterial spectrum and antimicrobial resistance in patients with bacteremia.** *G.Kavarnou[1], G.Chronopoulou[1], E.Katzilierakis[1], H.Chatzoudi[1], K.Agrafioti[2]*
[1] Laboratory, [2] Paediatric Department Euroclinic Paediatric Hospital, Athens.

3 **Epidemiology of prepubertal vulvovaginitis in young Greek girls over the last 8 years.** *C. Vossou, A. Kouki, M. Katsani, N. Chiotinis, G. Chronopoulou.*
Central Laboratories of Athens Euroclinic Hospital, Greece

Η Ευρωκλινική Παίδων ιδρύει ***το πρώτο πλήρως οργανωμένο Κέντρο Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής και Ουρολογίας Παίδων*** *στην Ελλάδα*

Η Ευρωκλινική Παίδων δημιούργησε το **πρώτο πλήρως οργανωμένο Κέντρο Ελάχιστα Επεμβατικής (Λαπαροσκοπικής) Χειρουργικής και Ουρολογίας Παίδων στην Ελλάδα.** Το Κέντρο θα καλύπτει το πλήρες φάσμα της λαπαροσκοπικής και θωρακοσκοπικής χειρουργικής σε παιδιά και νεογνά, προσφέροντας με αυτόν τον τρόπο ολοκληρωμένες και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας σε αυτή την τόσο ευαίσθητη ομάδα μικρών ασθενών.

Το επιστημονικό επίπεδο των ιατρών και η άρτια λειτουργία του τμήματος εγγυώνται εξαιρετικά αποτελέσματα, καθώς το Κέντρο θα λειτουργεί σε συνεργασία με το Τμήμα Χειρουργικής Παίδων του St George's Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Λονδίνου.

Μέσω αυτής της συνεργασίας δίνεται η δυνατότητα στους ιατρούς της Ευρωκλινικής Παίδων και του St. George να συνεργάζονται και να ανταλλάσουν απόψεις πάνω στις τελευταίες εξελίξεις της λαπαροσκοπικής και θωρακοσκοπικής χειρουργικής σε παιδιά και νεογνά.

7ο Σεμινάριο ***Ρομποτικής Γυναικολογικής Χειρουργικής***

με την υποστήριξη της Ευρωκλινικής Αθηνών

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε το **7ο Σεμινάριο Ρομποτικής Γυναικολογικής Χειρουργικής με πρακτική άσκηση στο ρομποτικό σύστημα Da Vinci-S στις 2 και 3 Απριλίου** στην Ευρωκλινική Αθηνών, υπό την αιγίδα του Πανεπιστημίου Αθηνών, της Ευρωπαϊκής Ρομποτικής Γυναικολογικής Εταιρείας και της Ελληνικής Εταιρείας Γυναικολογικής Ενδοσκόπησης.

Οι κύριοι ομιλητές του σεμιναρίου κ. **Βασιλική Χατζηραφαήλ**, MD, διευθύντρια Γυναικολογικού - Ρομποτικού Τμήματος Ευρωκλινικής Αθηνών, κ. **Αλίκη Τσερκέζογλου**, γυναικολόγος - ογκολόγος, συνεργάτιδα της Ευρωκλινικής Αθηνών, και κ. **Θεόδωρος Μήτσης**, MD, χειρουργός γυναικολόγος, παρουσίασαν τις εφαρμογές και τα πλεονεκτήματα του προηγμένου ρομποτικού συστήματος Da Vinci-S στη Γυναικολογική Χειρουργική και Ογκολογία.

Στο πλαίσιο του σεμιναρίου οι συμμετέχοντες ιατροί είχαν την ευκαιρία να χειριστούν τη χειρουργική κονσόλα του μηχανήματος Da Vinci-S, που διαθέτει η Ευρωκλικινή Αθηνών, και να εκτελέσουν πολλαπλές ασκήσεις εκμάθησης του ρομπότ, με έμφαση στους υψηλής ακρίβειας χειρισμούς, καθώς και στη ρομποτική συρραφή σε προπλάσματα σιλικόνης και σε ζωικό ιστό.

Επιστημονικές συναντήσεις Ευρωκλινικής Αθηνών

Οι ομιλητές και τα μέλη της Επιτροπής Εκπαίδευσης της Ευρωκλινικής Αθηνών

Με μεγάλη επιτυχία ολοκληρώθηκαν οι επιστημονικές συναντήσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της Ευρωκλινικής Αθηνών για την περίοδο 2015-2016. Οι επιστημονικές συναντήσεις της Ευρωκλινικής Αθηνών, οι οποίες διοργανώθηκαν για όγδοη συνεχή χρονιά, έχουν ως στόχο τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών της Ευρωκλινικής αλλά και της ευρύτερης ιατρικής κοινότητας. Οι συμμετέχοντες ιατροί έχουν τη δυνατότητα να ενημερωθούν γύρω από τις τελευταίες εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης, να εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους και να επεκτείνουν το γνωστικό τους επίπεδο μέσω της ανταλλαγής απόψεων μεταξύ των διαφορετικών ειδικοτήτων, να αναπτύξουν το κλίμα συνεργασίας και να γνωρίσουν το υψηλό επίπεδο υπηρεσιών υγείας που προσφέρεται στην Ευρωκλινική Αθηνών.

Η Επιτροπή εκπαίδευσης της Ευρωκλινικής Αθηνών, αποτελούμενη από τους καθηγητές **Δημήτριο Λουκόπουλο, Φωτεινή Σκοπούλη, Ευανθία Διαμάντη - Κανδαράκη και Ιωάννη Μπράμη**, ανανέωσε το ραντεβού της με την ιατρική κοινότητα για τις επιστημονικές συναντήσεις της περιόδου 2016-2017, στις οποίες θα συμμετάσχουν σημαντικοί ομιλητές- εκπρόσωποι του ιατρικού κόσμου και θα παρουσιαστούν τα πιο σύγχρονα ιατρικά θέματα.

Διεθνής διάκριση για την καθηγήτρια **Ευανθία Διαμάντη-Κανδαράκη**

Η καθηγήτρια **Ευανθία Διαμάντη-Κανδαράκη**, Διευθύντρια Μονάδας Ενδοκρινολογίας και Σακχαρώδη Διαβήτη της Ευρωκλινικής Αθηνών, ανήκει στους 714 Έλληνες επιστήμονες που ασκούν μεγάλη επιρροή στην παγκόσμια επιστημονική βιβλιογραφία. Το αποτέλεσμα αυτό αποτυπώνεται στην πρόσφατη έκδοση του έργου του διαπρεπούς γιατρού, καθηγητή στο Πανεπιστήμιο του Stanford Ιωάννη Ιωαννίδη, με τον τίτλο «Tractatus για την έκτη φήμη» των εκδόσεων «Κάκτος». Στο συγκεκριμένο βιβλίο παρουσιάζεται σε μορφή πίνακα κατάλογος 714 Ελλήνων επιστημόνων οι οποίοι ασκούν σημαντική επιρροή στην επιστημονική σκέψη. Η κ. Διαμάντη μέσα από τον όγκο και την ποιότητα του συγγραφικού και ερευνητικού της έργου κατάφερε να ενταχθεί στη λίστα με τους κορυφαίους Έλληνες επιστήμονες που ασκούν επιρροή στην παγκόσμια επιστημονική βιβλιογραφία.

Τιμητική διάκριση για τον **Δρ. Σταύρο Καρακόζη**

Ο **διευθυντής του Ε' Χειρουργικού τμήματος κ. Σταύρος Καρακόζης** και η ομάδα του συμμετείχαν στο **43ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Σακχαρώδους Διαβήτη**, το οποίο πραγματοποιήθηκε στις 20-23 Απριλίου 2016 στο ξενοδοχείο «Divani Caravel» στην Αθήνα.

Ο κ. Καρακόζης και η ομάδα του παρουσίασαν τρεις ηλεκτρονικά ανηρτημένες ανακοινώσεις (poster) με θέμα τη χειρουργική του θυρεοειδούς αδένα, μία εκ των οποίων επιλέχτηκε ως η καλύτερη του Συνεδρίου και για τον λόγο αυτό απονεμήθηκε το Βραβείο Α. Φαρμακιώτη στον κ. Καρακόζη. Η συγκεκριμένη εργασία παρουσίαζε για πρώτη φορά στην Ελλάδα την εφαρμογή της πρωτοποριακής μεθόδου συνεχούς παρακολούθησης της λειτουργίας των «νεύρων της φωνής» κατά τη διάρκεια εγχείρησης στον θυρεοειδή αδένα. Το βραβείο αυτό, μαζί με το χρηματικό έπαθλο, αποτελεί μία έμπρακτη αναγνώριση της επιστημονικής ιατρικής κοινότητας για τις προηγμένες και σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές που εφαρμόζονται στην Ευρωκλινική Αθηνών.

Επιπλέον, ο ιατρός - χειρουργός θυρεοειδούς κ. Καρακόζης προσκλήθηκε από το Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας να παρουσιάσει στο παραπάνω συνέδριο τη διάλεξη με θέμα: «Προφυλακτικός λεμφαδενικός καθαρισμός στο διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς αδένα».

Σημαντικές διακρίσεις για τους ιατρούς της Ευρωκλινικής

Τιμητική διάκριση για τον **Δρ Δημοσθένη Κατρίτση**

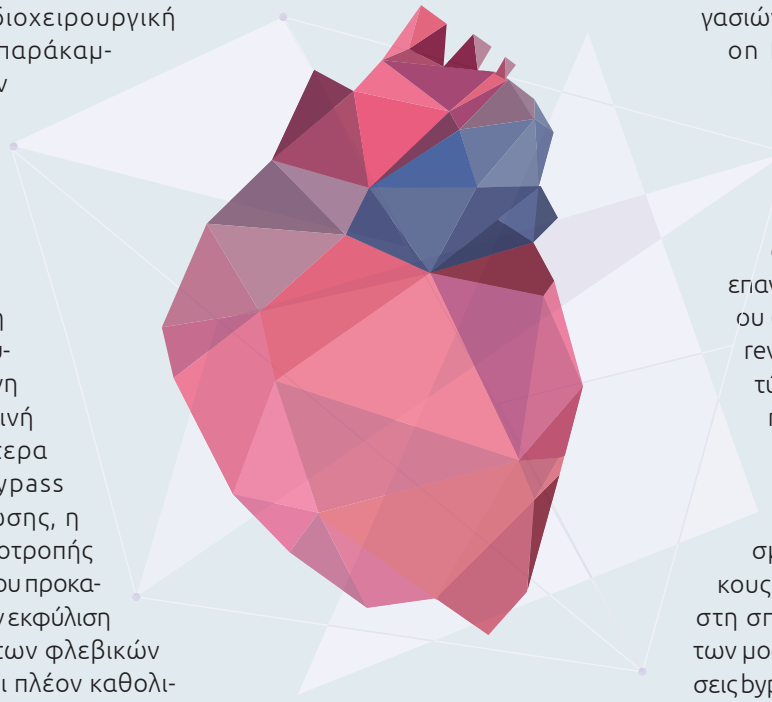
Ο **Δρ Δημοσθένης Κατρίτσης, διευθυντής του Τμήματος Επεμβατικής Καρδιολογίας και Ηλεκτροφυσιολογίας της Ευρωκλινικής Αθηνών και Καθηγητής Καρδιολογίας στο Harvard Medical School,** προήδρευσε διεθνούς ομάδας ιατρών και επιστημόνων από χώρες της Ευρώπης, της Αμερικής και της Ασίας, με σκοπό τη συγγραφή των οδηγιών της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (European Heart Rhythm Association) για τις υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες. Οι οδηγίες δημοσιεύθηκαν τον Ιούνιο του 2016.

Επιπλέον, πρόσφατα κυκλοφόρησε η δεύτερη έκδοση του βιβλίου κλινικής καρδιολογίας «Clinical Cardiology: Current Practice Guidelines» από τον 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. Ταυτόχρονα, έχει συνοψίσει όλες τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαικης Καρδιολογικής Εταιρείας και του Αμερικανικού Κολλεγίου Καρδιολογιας. Ο διάσημος καρδιολόγος Dr Valentin Fuster που προλογίζει το βιβλίο, το εχει χαρακτηρίσει ως «..το πλέον χρήσιμο καρδιολογικό εγχειρίδιο που έχει γραφεί τα τελευταία 20 χρόνια». Ήδη αποτελεί best-seller του εκδοτικού οίκου Oxford University Press και μεταφράζεται σε τρεις γλώσσες.

Τιμητική διάκριση για τον **Δρ Δημήτριο Ρίχτερ**

Ο Δρ Δημήτριος Ρίχτερ, διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών και πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Λιπιδολογίας, Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου, εκπροσώπησε την Ελλάδα συμμετέχοντας στην ομάδα της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας για τη συγγραφή των νεότερων κατευθυντήριων οδηγιών για την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου για το 2016. Ο κ. Ρίχτερ ήταν ο μόνος Έλληνας ιατρός που συμμετείχε σε μία ομάδα 24 ειδικών στην καρδιολογία, μέλη 9 διαφορετικών επιστημονικών εταιρειών. Στόχος της συγγραφικής ομάδας ήταν η διαμόρφωση νέων οδηγιών για την αύξηση του επιπέδου πρόληψης της καρδιαγγειακής νόσου σε πληθυσμιακό επίπεδο.

Διεθνής αναγνώριση για τον **κ. Χλωρογιάννη** για την εφαρμογή της τεχνικής της **ολικής αρτηριακής επαναιμάτωσης**



Η συχνότερη καρδιοχειρουργική επέμβαση είναι η παράκαμψη των νοσούντων στεφανιαίων αρτηριών, ευρύτερα γνωστή ως bypass. Ωστόσο, το «κλειδί» μιας επιτυχημένης εγχείρησης bypass δεν είναι άλλο παρά η ποιότητα του μοσχεύματος. Στη σύγχρονη εποχή αποτελεί κοινή παραδοχή ότι, ύστερα από εγχείρηση bypass ολικής επαναιμάτωσης, η συχνότερη αιτία υποτροπής της στεφανιαίας νόσου προκαλείται κυρίως από την εκφύλιση και την απόφραξη των φλεβικών μοσχευμάτων. Είναι πλέον καθολικά αποδεκτό ότι, υπό το πρίσμα της διάρκειας και της ποιότητας ζωής, τα φλεβικά μοσχεύματα είναι κατά πολύ υποδεέστερα των αρτηριακών. Αξίζει να σημειωθεί πως οι μαστικές αρτηρίες είναι σχεδόν άτρωτες από την αθηροσκληρυντική νόσο.

Στην Ευρωκλινική Αθηνών η αποκλειστική χρήση των αρτηριακών μοσχευμάτων αποτελεί βασική καρδιοχειρουργική επιλογή. Μάλιστα, για να εκτιμηθεί το κατά πόσο η χειρουργική αυτή μέθοδος είναι τεχνικά εφικτή και αποτελεσματική σε όλους τους ασθενείς διεξήχθη επιστημονική μελέτη διάρκειας επτά ετών που χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά έμμισχες μαστικές αρτηρίες με ή χωρίς κερκιδική αρτηρία. Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν ότι ήτο εφικτή η επίτευξη ολικής αρτηριακής επαναιμάτωσης σε 1.817 από 1.825 ασθενείς (99,5%), με 5.815 αναστομώσεις και με τη χρήση μόνο μαστικών αρτηριών με ή χωρίς κερκιδική αρτηρία.

Τα άμεσα χειρουργικά αποτελέσματα ήταν ανώτερα από τα προβλεπόμενα, με βάση τα διεθνή δεδομένα (Euroscore). Η έρευνα κατέληξε στο ακόλουθο συμπέρασμα: Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εγχείρηση bypass, η συστηματική χρήση των δύο μαστικών αρτηριών και της κερκιδικής αρτηρίας αποτελεί απόλυτα εφικτή και αποτελεσματική τεχνική και συστήνεται ανεπιφύλακτα ως «Χρυσός Κανόνας» (Gold Standard). Ο κ. Ιωάννης Α. Χλωρογιάννης και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν τη μελέτη τους στο αμερικανικό ιατρικό περιοδικό «Angiology», με τίτλο «Total Arterial Myocardial Revascularization». Η τεχνική αυτή έτυχε άμεσης αναγνώρισης και επελέγη ως πρωτοποριακή μεταξύ χιλιάδων μελετών για αναδημοσίευση σε διεθνείς επιθεωρήσεις ιατρικών εργασιών με τίτλο «New Research on Heart Bypass Surgery from I. A. Chloroyiannis and Co-authors Summarized».

Σήμερα, δε, η συνεχής αφοσίωση στην ολική αρτηριακή επαναιμάτωση του μυοκαρδίου (total arterial myocardial revascularization) μπορεί να τύχει ακόμη περισσότερης ηθικής ανταμοιβής και διεθνούς αναγνώρισης. Ο Springer, ένας από τους μεγαλύτερους παγκοσμίως επιστημονικούς οίκους, προσδίδοντας έμφαση στη σπουδαιότητα του ρόλου των μοσχευμάτων στις εγχειρήσεις bypass, επέδειξε το ενδιαφέρον του απευθύνοντας πρόσκληση σε διακεκριμένους ανά την υφήλιο ειδήμονες ερευνητές, μεταξύ των οποίων και στον κ. Ιωάννη Α. Χλωρογιάννη, για τη συγγραφή του πρόσφατα εκδοθέντος βιβλίου με τίτλο «Coronary Graft Failure. State of the Art 2016».

Στο βιβλίο αυτό και μάλιστα στο κεφάλαιο «Total Arterial Myocardial Revascularization» αναλύονται διεξοδικά από τον κ. Ιωάννη Α. Χλωρογιάννη τα ευεργετικά οφέλη των αρτηριακών μοσχευμάτων στους ασθενείς που πάσχουν από σοβαρά στεφανιαία νόσο.

Παράλληλα, εφαρμόζοντας αυτές τις πρωτοποριακές τεχνικές ανοικτής καρδιάς και η Καρδιοχειρουργική Κλινική της Ευρωκλινικής Αθηνών επιτυγχάνει τους υψηλούς ποιοτικούς ιατρικούς της στόχους και συγκαταλέγεται ανάμεσα στα διεθνώς αναγνωρισμένα Καρδιοχειρουργικά Κέντρα.

Πρωτοποριακή μέθοδος ορθοπεδικής στην Ευρωκλινική Αθηνών

Την Πέμπτη 16/6/2016 ο **Δρ. Ηρακλής Πατσόπουλος**, Διευθυντής ΣΤ' Ορθοπεδικού τμήματος και Αθλητικών κακώσεων Ευρωκλινικής Αθηνών, πραγματοποίησε μια πρωτοποριακή μέθοδο ενδοσκοπικής επιμήκυνσης του τένοντα του Αχιλλείου σε ασθενή που παρουσίαζε αυτήν την οντότητα έπειτα από ατύχημα. Η επέμβαση γίνεται χωρίς τομή αλλά μέσω δύο οπών που διανοίγονται στην οπίσθια επιφάνεια της γάμπας. Την επομένη ημέρα ο ασθενής εξέρχεται περιπατητικός βιώνοντας τη συγκλονιστική εμπειρία της βάδισης με όλο το πέλμα στο έδαφος. Η πρωτοποριακή αυτή τεχνική πραγματοιποιείται, επίσης, σε συγγενείς ρικνώσεις των Αχιλλείων σε εφήβους που αδυνατούν να περπατήσουν ακουμπώντας τις πτέρνες τους στο έδαφος (περπατούν, δηλαδή, μόνο στα ακροδάκτυλά τους).

ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ

Για πρώτη φορά στην Ελλάδα επέμβαση «μίνι» κρανιοτομίας σε ξύπνιο ασθενή στην Ευρωκλινική Αθηνών για αφαίρεση εξεργασίας εγκεφάλου

Ένα πραγματικά πρωτοποριακό χειρουργείο πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στην Ευρωκλινική Αθηνών από τη νευροχειρουργική ομάδα μας, των κυρίων **Νικόλαο Μαραθεύτη**, Διευθυντή Νευροχειρουργό, και **Ευάγγελο Ρόκα**, Επιμελητή Νευροχειρουργό, σε έναν νέο άνδρα ασθενή 38 ετών, στον οποίο διαγνώστηκε βλάβη με χαρακτήρες όγκου στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο. Η βλάβη αυτή εξαπλωνόταν κοντά σε ιδιαίτερα ευαίσθητες περιοχές που ελέγχουν την κίνηση στο δεξιό χέρι και πόδι, καθώς και την κατανόηση του λόγου και την ομιλία. Η βλάβη βρισκόταν βαθιά μέσα στον εγκέφαλο. Ο ασθενής είχε ιστορικό μεταμόσχευσης νεφρού και διαταραχές της πήξης του αίματος.

Κατά την επίσκεψή του στην Ευρωκλινική Αθηνών, έπειτα από μελέτη του φακέλου του ασθενούς και σε συνεννόηση και συνεργασία με τον δρ **Σταύρο Κανελλά**, Διευθυντή Αναισθησιολόγο, και την Επιμελήτρια Αναισθησιολόγο **Μαρία Σαρίδου**, αποφασίστηκε η πραγματοποίηση της επέμβασης αφαίρεσης της βλάβης αυτής, της οποίας η αρχική ακτινολογική διάγνωση ήταν γλοίωμα, πιθανώς χαμηλής κακοήθειας.

Η τεχνική της κρανιοτομίας με τον ασθενή σε εγρήγορση (**awake craniotomy)** είναι μια εξελιγμένη νευροχειρουργική και αναισθησιολογική τεχνική που επιτρέπει να γίνονται επεμβάσεις στον εγκέφαλο ενώ ο ασθενής διατηρεί τις αισθήσεις του, δεν πονάει και μπορεί να ομιλεί και να εκτελεί εντολές που του δίνονται από τους ιατρούς ενώ ταυτόχρονα προχωράει η επέμβαση και αφαιρούνται οι πάσχοντες ιστοί από τον εγκέφαλο.

Η μέθοδος αυτή απαιτεί άριστο συντονισμό της χορήγησης αναισθητικών φαρμάκων, σε μια λεπτή ισορροπία, ώστε να μην είναι η εμπειρία επώδυνη για τον

ασθενή ενώ ταυτόχρονα αυτός διατηρεί τις αισθήσεις του. Παράλληλα, ο νευροχειρουργός διεγείρει με ειδικό ηλεκτρόδιο την ύποπτη περιοχή, ελέγχοντας αν αυτή η διέγερση προκαλεί κάποια νευρολογική διαταραχή, π.χ. παράλυση του χεριού, του ποδιού, διαταραχή της ομιλίας, του προσανατολισμού του ασθενούς κ.λπ.

Έτσι ο παθολογικός ιστός αφαιρείται κατά το μέγιστο δυνατό βαθμό από τον εγκέφαλο χωρίς να υπάρξει η παραμικρή επίπτωση στη νευρολογική κατάσταση του ασθενούς. Η κρανιοτομία σε εγρήγορση έχει ξαναγίνει στην Ελλάδα. Στο περιστατικό μας όμως, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, η τεχνική αυτή συνδυάστηκε με την πλέον εξελιγμένη ελάχιστα επεμβατική μέθοδο της «μίνι» κρανιοτομίας.

Η «μίνι» κρανιοτομία είναι μια νεότατη τεχνική σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι πρώτες δημοσιεύσεις για την εφαρμογή της σε ικανό αριθμό ασθενών έγιναν το 2013 και το 2014 από νευροχειρουργικά κέντρα των ΗΠΑ και του Ισραήλ. Με την κρανιοτομία αυτή γίνεται ένα μικρό μόνο άνοιγμα, μια οπή διαμέτρου 2,5 εκατοστών, στο κρανίο, από όπου μπορούμε να φτάσουμε σε μεγάλο βάθος και έκταση χωρίς τους κινδύνους που συνεπάγεται η κανονική κρανιοτομία.

Η «μίνι» κρανιοτομία είναι μια νεότατη τεχνική σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι πρώτες δημοσιεύσεις για την εφαρμογή της σε ικανό αριθμό ασθενών έγιναν το 2013 και το 2014 από νευροχειρουργικά κέντρα των ΗΠΑ και του Ισραήλ

Στην Ευρωκλινική στόχος μας είναι να εφαρμόζουμε καινοτομίες και να φέρνουμε την κλινική μας στο κέντρο των ιατρικών εξελίξεων

Με τη χρήση του νευροπλοηγού κατευθύνουμε έναν μικρό ειδικό αυλό, που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα, μέσα στην πάσχουσα περιοχή και με τη χρήση μικροσκοπίου (ή και ενδοσκοπίου, αν χρειαστεί) αφαιρούμε τον παθολογικό ιστό, τον οποίο στέλνουμε για εξέταση. Το πλεονέκτημα του αυλού είναι ότι δεν πιέζεται ουσιαστικά ο εγκέφαλος, ενώ γίνεται πλήρης αφαίρεση της βλάβης και όχι μια απλή βιοψία. Συνεπώς, συνδυάζουμε την οριστική διάγνωση με τη θεραπεία της νόσου.

Ο κίνδυνος αιμορραγίας και νευρολογικής βλάβης του ασθενούς ελαχιστοποιείται με τη χρήση της ελάχιστα επεμβατικής (μίνι) κρανιοτομίας. Ειδικά στην περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενούς, ο οποίος παρουσίαζε διαταραχές του μηχανισμού πήξης του αίματος λόγω της μεταμόσχευσης νεφρού που είχε υποβληθεί, η μέθοδος αυτή ήταν η ιδανική επιλογή.

Το αποτέλεσμα της βιοψίας έδειξε τελικά ότι δεν επρόκειτο για όγκο αλλά για φλεγμονώδη ιστό, στο πλαίσιο της ανοσοκαταστολής που είχε υποβληθεί ο ασθενής για τη νεφρική του πάθηση. Η μετεγχειρητική του πορεία ήταν άριστη. Νοσηλεύτηκε μόνο για 2 ημέρες, δεν ταλαιπωρήθηκε από πόνο ή άλλη ενόχληση, ενώ δεν παρουσίασε ποτέ νευρολογική βλάβη. Το οίδημα του εγκεφάλου υποχώρησε, μαζί και οι πονοκέφαλοι που τον είχαν οδηγήσει στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, που είχε αποκαλύψει αρχικά το πρόβλημά του.

Χάρη σε αυτές τις υπερσύγχρονες τεχνικές που η νευροχειρουργική ομάδα μας εφαρμόζει στην Ευρωκλινική Αθηνών δίνεται η δυνατότητα να προσφέρονται κορυφαίες ιατρικές υπηρεσίες, συγκρίσιμες με αυτές των καλύτερων νευροχειρουργικών κέντρων του κόσμου. Οι επεμβάσεις για την αφαίρεση δυσπρόσιτων όγκων εγκεφάλου, για αφαίρεση αυτόματων και τραυματικών εγκεφαλικών αιματωμάτων έχουν γίνει πια, χάρη σε αυτές τις τεχνικές που εφαρμόζονται στην Ευρωκλινική Αθηνών, λιγότερο τραυματικές, περισσότερο αποτελεσματικές και απαιτούν μικρότερο χρόνο νοσηλείας. Ακόμη και όγκοι που θεωρούνταν ανεγχείρητοι, τώρα μπορούν να αφαιρεθούν με ασφάλεια. Ο κίνδυνος μετεγχειρητικών επιπλοκών (αιμορραγία, λοίμωξη, νευρολογική βλάβη) είναι σαφώς μικρότερος με τις «μίνι» κρανιοτομίες.

Στην Ευρωκλινική στόχος μας είναι να εφαρμόζουμε καινοτομίες και να φέρνουμε την κλινική μας στο κέντρο των ιατρικών εξελίξεων.

Γραφείο Ελέγχου Νοσοκομειακών Λοιμώξεων

Ο **Νοσηλευτής Ελέγχου Λοιμώξεων (ΝΕΛ)** με κλινική εμπειρία στη νοσηλευτική φροντίδα και ιδιαίτερες γνώσεις στο αντικείμενο της πρόληψης Λοιμώξεων, είναι υπεύθυνος για την εφαρμογή των οδηγιών και την τήρηση των κανόνων σχετικά με τις Διεθνείς προφυλάξεις που εκδίδονται από την επιτροπή ελέγχου λοιμώξεων (ΕΕΛ) και σύμφωνα με τις οδηγίες του ΚΕΕΛΠΝΟ. Κύριο έργο του ΝΕΛ υπό την εποπτεία της Επιτροπής Ελέγχου Λοιμώξεων του Νοσοκομείου είναι:

- Η επιτήρηση και καταγραφή των Λοιμώξεων σύμφωνα με τις οδηγίες του ΚΕΕΛΠΝΟ
- Η επίβλεψη της εφαρμογής των Διαδικασιών απολύμανσης, αποστείρωσης και αντισηψίας
- Η επίβλεψη της χρήσης απολυμαντικών, αντισηπτικών σκευασμάτων
- Η επιτήρηση εφαρμογής των μέτρων ατομικής προστασίας από όλους τους εργαζόμενους στο νοσοκομείο
- Ο έλεγχος των εμβολιασμών του προσωπικού σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών
- Η σύνταξη και επικαιροποίηση διαδικασιών και οδηγιών σχετικά με την πρόληψη και τον έλεγχο Λοιμώξεων
- Η καθοδήγηση του προσωπικού ώστε να εφαρμόζει ασφαλείς ιατρονοσηλευτικές πρακτικές με βάση τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες.
- Η παρακολούθηση της εφαρμογής των διαδικασιών καθαριότητας σε όλους τους χώρους του νοσοκομείου

Το Γραφείο Ελέγχου νοσοκομειακών Λοιμώξεων έχει ως κύριο έργο την εφαρμογή των οδηγιών και την τήρηση των κανόνων σχετικά με τις Διεθνείς προφυλάξεις που εκδίδονται από την επιτροπή ελέγχου λοιμώξεων (ΕΕΛ) και σύμφωνα με τις οδηγίες του ΚΕΕΛΠΝΟ

- Η καθημερινή ενημέρωση από το μικροβιολογικό εργαστήριο σχετικά με τις απομονώσεις των πολυανθεκτικών μικροβίων
- Η επιτήρηση της ορθής διαχείρισης τροφίμων, ιματισμού, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία
- Η επιτήρηση αρχείων δειγματοληψιών τροφίμων και νερού
- Η λήψη καλλιεργειών χώρων (επιφανειών, αέρος) σε συνεργασία με το μικροβιολογικό εργαστήριο
- Έλεγχος εφαρμογής προγράμματος μυοκτονίας, εντομοκτονίας και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
- Η τήρηση αρχείων με τις οδηγίες και τα έγγραφα της Επιστημονικής Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
- Η τήρηση των πρακτικών της ΕΝΛ στις συνεδριάσεις της
- Συμπλήρωση και αποστολή στο ΚΕΕΛΠΝΟ σε μηνιαία και ετήσια βάση των δεικτών ελέγχου νοσοκομειακών λοιμώξεων και παρακολούθηση της διαχρονικής εξέλιξης τους αξιοποιώντας τα διαθέσιμα εργαλεία και αναπτύσσοντας αποτελεσματικές δράσεις για τον έλεγχο των Λοιμώξεων
- Εφαρμογή του θεσμού των Συνδέσμων Νοσηλευτών Ελέγχου Λοιμώξεων (ΣΝΕΛ) σε κάθε τμήμα που διασφαλίζει, την ενίσχυση των μέτρων προληπτικού χαρακτήρα στην καθημερινή πρακτική φροντίδας του ασθενή, και συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας στον έλεγχο των Λοιμώξεων
- Συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού και παρακολούθηση επιστημονικών εκδηλώσεων εκπαιδευτικού χαρακτήρα σχετικών με τον έλεγχο λοιμώξεων.

Συγκεκριμένα για το έτος 2015-2016 πραγματοποιήθηκαν οι εξής εκπαιδεύσεις:

- Συμμετοχή δύο νοσηλευτών σε διήμερο Σεμινάριο με θέμα: "Αρχές σύνταξης και εφαρμογής του Εσωτερικού Κανονισμού Πρόληψης και Ελέγχου Λοιμώξεων στο Νοσοκομείο"
- Συμμετοχή ενός νοσηλευτή στο Ετήσιο Πανελλαδικό Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα Λοιμώξεων περιόδου 2015-2016, «Ανθρωποζωονόσοι και Αναδυόμενες Λοιμώξεις»
- Συμμετοχή δύο νοσηλευτών στο πανελλήνιο συνέδριο Λοιμώξεων με θέμα: «Η ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ»
- Συμμετοχή 2 νοσηλευτών σε 5ήμερο «Σεμινάριο Εξειδίκευσης στον Έλεγχο των Λοιμώξεων».

Μαρία Μαρούδα, *υπεύθυνη νοσηλεύτρια ελέγχου λοιμώξεων*

Η Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κα. Στεργιούλα Αγγελική, με τους συμμετέχοντες νοσηλευτές

Συμμετοχή Ευρωκλινικής **στο 43ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο**

Η Ευρωκλινική όπως κάθε χρόνο είχε μια πολύ σημαντική παρουσία στο ετήσιο εκπαιδευτικό γεγονός της νοσηλευτικής. **Το 43ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο πραγματοποιήθηκε το διάστημα 11-14 Μαΐου 2016 στην Ερμούπολη της Σύρου** και η Ευρωκλινική συμμετείχε με 10 άτομα, τα οποία παρακολούθησαν το συνέδριο.

1. Ο κ. **Δημήτριος Παπαγεωργίου** ήταν μέλος της Οργανωτικής Επιτροπής, αλλά είχε και (α) Προεδρείο σε στρογγυλό τραπέζι (Ελεύθερες ανακοινώσεις Νοσηλευτικής Ογκολογίας) και Προεδρείο σε Διάλεξη (Φροντίζοντας αυτόν που Φροντίζει), (β) Διάλεξη «Νεότερα Φάρμακα στην Ογκολογία» και (γ) Συμμετοχή σε στρογγυλό τραπέζι με θέμα: «Αλλαγές στον τρόπο ζωής και σε συμπεριφορές που σχετίζονται με τη νόσο».

Το 43ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο πραγματοποιήθηκε το διάστημα 11-14 Μαΐου 2016 στην Ερμούπολη της Σύρου και η Ευρωκλινική συμμετείχε με 10 άτομα

2. Οι **κ. Στυλιανού, Γκέκα, Πελέκη και Σιρκόγλου** συμμετοχή σε στρογγυλό τραπέζι με θέμα: «Νεότερα Δεδομένα στη διαχείριση του παροξυσμικού πόνου».

3. Ο **κ. Στυλιανού** συμμετοχή σε στρογγυλό τραπέζι με θέμα: «Εκτίμηση της Ικανοποίησης των ασθενών με καρκίνο που λαμβάνουν ΧΜΘ».

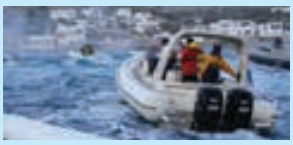
4. Οι **κ. Μασσαβέτα και Μερικοπούλου** συμμετοχή με ελεύθερη ανακοίνωση: «Διαλογή Ασθενών στο ΤΕΠ: Νοσηλευτική Αξιολόγηση».

Είναι πολύ σημαντικό για ένα νοσοκομείο να έχει τέτοια αξιόλογη παρουσία σε ένα τόσο μεγάλης εμβέλειας πανελλήνιο συνέδριο, καθώς αποδεικνύει στην πράξη τη βαρύτητα που προσδίδει η διοίκηση του νοσοκομείου, πάντα με την υποστήριξη και την καθοδήγηση της διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κ. Αγγελικής Στεργιούλα, στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών και στην ανανέωση των κλινικών πρακτικών σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα.

Η Ευρωκλινική κοντά στην κοινωνία

Το ιατρικό προσωπικό με τη «Σύμπλευση»

Ο κ.Πέτρος Μαλακάσης, Ειδικός Ακτινοδιαγνώστης Μαστού, Διευθυντής Απεικονιστικού Τμήματος Διάγνωσης Μαστού & Οστεπόρωσης Ευρωκλινικής Αθηνών



Η ομάδα της «Σύμπλευσης» προσεγγίζοντας το λιμάνι της Σίκινου

Η Ευρωκλινική «συνέπλευσε» για την υγεία των κατοίκων των ακριτικών ελληνικών νησιών

Για άλλη μια χρονιά οι ιατροί και οι νοσηλευτές της Ευρωκλινικής απέδειξαν την κοινωνική τους ευαισθησία συμμετέχοντας εθελοντικά στον ετήσιο Διάπλου 2016 της **Μη Κερδοσκοπικής Οργάνωσης «Σύμπλευση»**.

Η οργάνωση «Σύμπλευση» είναι μια Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία με σκοπό την υποστήριξη και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των κατοίκων των ελληνικών ακριτικών νήσων. Οι εθελοντές ιατροί κ. **Πέτρος Μαλακάσης**, ειδικός ακτινοδιαγνώστης μαστού, διευθυντής Απεικονιστικού Τμήματος Διάγνωσης Μαστού και Οστεοπόρωσης, **Αντώνιος Ψαρουδάκης**, διευθυντής αγγειοχειρουργός, **Κωνσταντίνος Ζαρμακούπης**, αγγειοχειρουργός, και **Δημήτριος Καρδούλας**, ακτινολόγος, με τους νοσηλευτές της Ευρωκλινικής Αθηνών που συμμετείχαν στον Διάπλου του 2016 επισκέφθηκαν με φουσκωτά τα νησιά Κίμωλο, Φολέγανδρο, Σίκινο, Σχοινούσα, Λέβιθα, Πάτμο, Αρκιούς, Λειψούς και Αγαθονήσι. Μαζί με την υπόλοιπη ομάδα εθελοντών ιατρών προσέφεραν αφιλοκερδώς ιατρικές υπηρεσίες στους κατοίκους των απομακρυσμένων ελληνικών νησιών. Εκτός από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ενηλίκων και παίδων των ακριτικών νησιών οι εθελοντές της «Σύμπλευσης» πραγματοποίησαν πολιτιστικές και εκπαιδευτικές εκδηλώσεις, ενώ ταυτόχρονα συνεισέφεραν στη δημιουργία έργων υποδομής στις τοπικές κοινωνίες, όπως χαρακτηριστικά η δημιουργία γηπέδων πολλαπλών χρήσεων στην Κίμωλο και την Κάσο.

Η Ευρωκλινική στηρίζει το «Άλμα Ζωής» στην εκστρατεία ενημέρωσης και διάγνωσης καρκίνου του μαστού σε νέες γυναίκες

Η Ευρωκλινική Αθηνών και το Τμήμα Μαστού στηρίζουν έμπρακτα τον **Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής»** και προσέφεραν, στο πλαίσιο της πανελλαδικής εκστρατείας του συλλόγου για την ενημέρωση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σε νέες γυναίκες 20-39 ετών για το 2016, 20 δωρεάν εξετάσεις μαστολογικού ελέγχου. Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε από τις 6 Ιουνίου 2016 έως τις 17 Ιουνίου 2016 με μεγάλη επιτυχία. Η Ευρωκλινική συνέβαλε σημαντικά στην ολοκληρωμένη εφαρμογή του προγράμματος, αφού έδωσε την ευκαιρία σε έναν αριθμό γυναικών να υποβληθεί δωρεάν σε διαγνωστικές εξετάσεις, όπου αυτό κρίθηκε απαραίτητο από τους αρμόδιους γιατρούς. Το Τμήμα Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών παραμένει σταθερός συμπαραστάτης και υποστηρικτής του συλλόγου «Άλμα Ζωής» προσφέροντας τα τελευταία χρόνια περισσότερες από 80 δωρεάν εξετάσεις για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που το έχουν ανάγκη.

Η Ευρωκλινική Αθηνών και το Τμήμα Μαστού προσέφεραν 20 δωρεάν εξετάσεις μαστολογικού ελέγχου

Οι Λαμπαδηδρόμοι της Ευρωκλινικής με τον Διευθυντή Ανθρωπίνου Δυναμικού κο Ιωάννη Μπούρα

Η **Ευρωκλινική «έτρεξε» στη Λαμπαδηδρομία** των Ολυμπιακών Αγώνων Ρίο 2016

Η Ελληνική Ολυμπιακή Επιτροπή θέλησε να τιμήσει την Ευρωκλινική για την ιατρική υποστήριξη των Ελλήνων αθλητών δίνοντας τη δυνατότητα σε δύο μέλη του προσωπικού της να συμμετάσχουν στη Λαμπαδηδρομία για τους Ολυμπιακούς Αγώνες του Ρίο 2016. Οι δύο λαμπαδηδρόμοι της Ευρωκλινικής, Βιολέτ Τενκεριάν και Γιάννης Σιδερής, είχαν τη μέγιστη τιμή να συμμετάσχουν στην 6η ημέρα της Λαμπαδηδρομίας, που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, στις 26 Απριλίου, μεταφέροντας και αυτοί με τη σειρά τους την Ολυμπιακή Φλόγα. Η Ολυμπιακή Φλόγα ξεκίνησε το «ταξίδι» της από την Αρχαία Ολυμπία στις 21 Απριλίου και κατέληξε στο Καλλιμάρμαρο Στάδιο στις 27 Απριλίου, όπου και έγινε η παράδοση στους Βραζιλιάνους διοργανωτές.

Η μπασκετική ομάδα της ΑΕΚ «μοίρασε» χαμόγελα στην Ευρωκλινική Παίδων

Αντιπροσωπεία της ομάδας μπάσκετ της ΑΕΚ επισκέφθηκε τις ημέρες του Πάσχα την Ευρωκλινική Παίδων και προσέφερε δώρα, χαμόγελα και χαρά στους μικρούς ασθενείς της κλινικής. Μέσα στη γιορτινή περίοδο του Πάσχα, οι νεαροί ασθενείς πήραν κουράγιο και δύναμη από τους αθλητές της ΑΕΚ. Συγκεκριμένα, οι νεαροί ασθενείς της Ευρωκλινικής Παίδων συνάντησαν από κοντά τους καλαθοσφαιριστές Δημήτρη Κατσίβελη, Μαρκ Κάρτερ και Γιώργο Τσαλμπούρη. Η Ευρωκλινική Αθηνών, επίσημος ιατρικός χορηγός της ΑΕΚ ΒΟ για την περίοδο 2015-2016, θα ήθελε να ευχαριστήσει τους παίκτες και το team της ΑΕΚ που έδωσαν το «παρών» σε αυτή την τόσο σημαντική ενέργεια.

Η «Euroclinic Running Team» έτρεξε στον 5ο Ημιμαραθώνιο της Αθήνας

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής και η «Euroclinic Running Team» έδωσαν για ακόμα μια φορά το δυναμικό «παρών» σε ένα αθλητικό γεγονός, συμμετέχοντας στον 5ο Ημιμαραθώνιο της Αθήνας. Οι δρομείς μας είχαν σημαντική παρουσία τόσο στο αγώνισμα του Ημιμαραθωνίου όσο και στα αγωνίσματα των 5 χλμ. και 3 χλμ., σημειώνοντας πολύ καλούς χρόνους. Σκοπός του 5ου Ημιμαραθωνίου ήταν η ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινού για το έργο Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων, όπως η «Ελίζα», η «Εταιρεία Ψυχοκοινωνικών Μελετών» και η «Emfasis». Η Ευρωκλινική συμμετέχοντας για άλλη μια φορά σε ένα μεγάλο αθλητικό γεγονός στήριξε το κοινωνικό έργο των Μη Κερδοσκοπικών Οργανισμών και έδειξε ότι η προσφορά προς την κοινωνία και η αλληλεγγύη αποτελούν διαρκή αξία του προσωπικού της Ευρωκλινικής.

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής με την "Euroclinic Running Team"

Από αριστερά ο κ. κ. Αντώνης Βουκλαρής, ο κ. Χρήστος Χαρπαντίδης, ο κ. Αλέξανδρος Μάνος και ο κ. Stephen Shapiro.

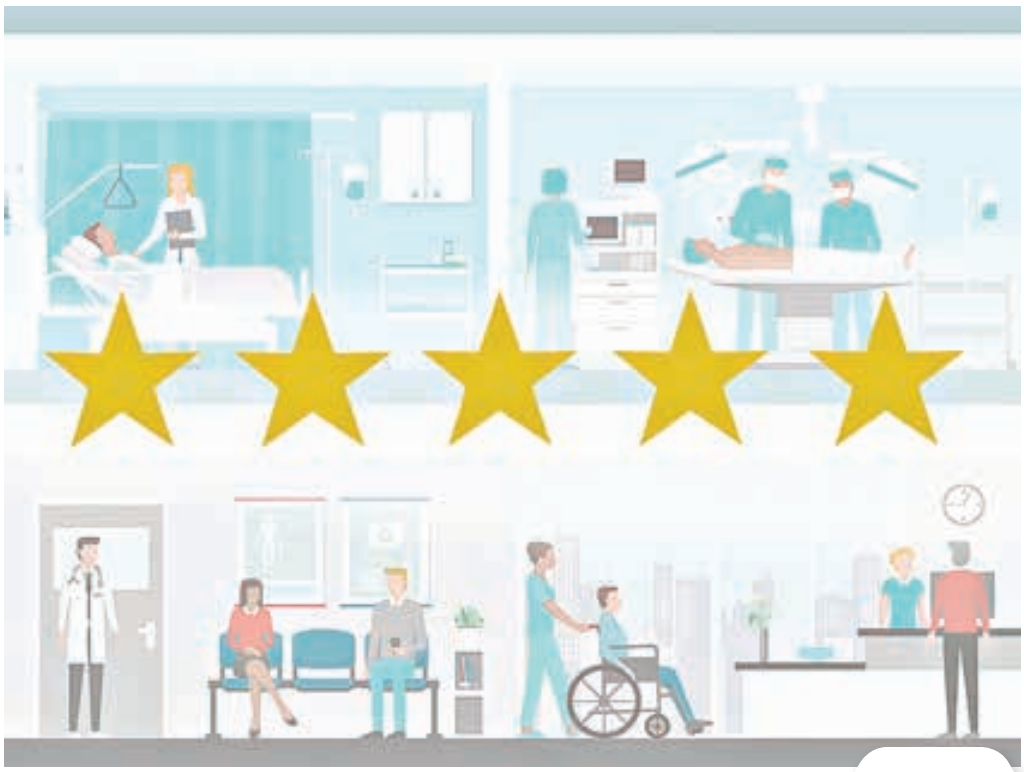
Η Ευρωκλινική πρωταγωνιστεί στις εκδηλώσεις για την καινοτομία!

Η Ευρωκλινική έδωσε δυναμικά το παρόν στην καινοτομία , με την παρουσία του κ. **Αντώνη Βουκλαρή**, Διευθύνοντος Συμβούλου του Ομίλου Ευρωκλινικής, ο οποίος μαζί με τον κ. **Χρήστο Χαρπαντίδη**, Πρόεδρο & Διευθύνοντα Σύμβουλο της Παπαστράτος και τον κ. **Αλέξανδρο Μάνο** Διευθύνοντα Σύμβουλο της Intrasoft βρέθηκαν σε πάνελ συζήτησης με τον «γκουρού» της καινοτομίας Stephen Shapiro, την Πέμπτη 7 Ιουλίου 2016 στο Θέατρο Πολιτισμού «ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΚΟΣΜΟΣ» του Ιδρύματος Μείζονος Ελληνισμού.

Ο **Stephen Shapiro** προσκεκλημένος της Linkage Greece μετά το τέλος της ομιλίας του με θέμα "Creating High Potential Innovation Teams", βρέθηκε «αντιμέτωπος» με τους τρεις Διευθύνοντες Συμβούλους, οι οποίοι του έθεσαν καίρια ερωτήματα για τις μεθόδους εφαρμογής καινοτόμων πρακτικών στις επιχειρήσεις που λειτουργούν το 2016 στην Ελλάδα της βαθιάς κρίσης.

Προηγουμένως ο Stephen Shapiro χρησιμοποιώντας διαδραστικά δρώμενα και απτά παραδείγματα εξήγησε πόσο εύκολα μπορεί να υλοποιηθεί η καινοτομία στις επιχειρήσεις και πως θα δημιουργήσουμε μέσα στις εταιρείες Ομάδες Υψηλού Δυναμικού οι οποίες θα καταφέρουν να «ανακατέψουν» τα πράγματα, θα προκαλέσουν το status quo, θα φέρουν την Καινοτομία και εντέλει τα οικονομικά αποτελέσματα.

Πάνω από 600 στελέχη επιχειρήσεων και εκπρόσωποι των ΜΜΕ παρακολούθησαν με ιδιαίτερο ενδιαφέρον την ομιλία του Stephen Shapiro ενώ από την πλευρά της η Ευρωκλινική απέδειξε για μία ακόμα φορά τον σαφή προσανατολισμό της στην καινοτομία.



Νέες πιστοποιήσεις για την Ευρωκλινική Αθηνών

Η Ευρωκλινική Αθηνών, πάντα προσηλωμένη στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας, πιστοποιήθηκε με επιτυχία από τον διεθνή οργανισμό πιστοποίησης TUV AUSTRIA HELLAS για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και για την ασφάλεια των γευμάτων που παρασκευάζονται, διακινούνται και διανέμονται εντός της κλινικής.

Συγκεκριμένα, η TUV AUSTRIA προχώρησε στην πιστοποίηση της Ευρωκλινικής Αθηνών με την ευρωπαϊκή προδιαγραφή EN 15224: 2012, η οποία αποτελεί τη **μοναδική επίσημη ευρωπαϊκή προδιαγραφή για τους παρόχους υγείας**, διασφαλίζοντας ότι η ποιότητα όλων των υπηρεσιών της Ευρωκλινικής Αθηνών (ιατρικών, νοσηλευτικών και διοικητικών) χαρακτηρίζεται από σταθερότητα και συνέπεια, ελέγχεται μέσα από μετρήσιμους ποιοτικούς στόχους, ενώ όλοι οι εν δυνάμει κίνδυνοι παρακολουθούνται μέσα από την ανάλυση και την αξιολόγησή τους.

Η πιστοποίηση της ασφάλειας των γευμάτων της Ευρωκλινικής Αθηνών σημαίνει ότι όλη η αλυσίδα (πρώτες ύλες-υλικά, παραλαβή, προετοιμασία, διαχείριση γευμάτων και, τέλος, διακίνηση και διανομή τους εντός της κλινικής) είναι πλήρως ελεγχόμενη, διασφαλίζοντας την υγεία των ασθενών, των συνοδών και των επισκεπτών.

Επιπλέον η Ευρωκλινική Αθηνών συνεχίζει να διατηρεί το διεθνές πιστοποιητικό ποιότητας ISO 9001: 2008 για όλες τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει.

Οι τελευταίες πιστοποιήσεις της Ευρωκλινικής Αθηνών αποτελούν μία ακόμα απόδειξη της προσήλωσης της Ευρωκλινικής στην **παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και στη συνεχή βελτίωση της λειτουργίας και των δομών της**.

PATIENTS' FRIENDLY HOSPITAL

Μία παγκόσμια πρωτοπορία της Ευρωκλινικής

Η Ευρωκλινική Αθηνών είναι η πρώτη κλινική στην Ελλάδα και στην Ευρώπη που έλαβε τη διεθνή πιστοποίηση Patients' Friendly Hospitals. Η πιστοποίηση Patients' Friendly Hospitals διασφαλίζει ότι στην Ευρωκλινική ασθενείς, συνοδοί και επισκέπτες συναντούν ένα απόλυτα φιλικό, άνετο και ασφαλές περιβάλλον. Για να επιτύχουμε το παραπάνω και να γίνουμε σημείο αναφοράς στην εξυπηρέτηση ασθενών και συνοδών:

- Επιλέγουμε με συγκεκριμένα κριτήρια το προσωπικό.
- Φροντίζουμε για τη συνεχή εκπαίδευση όλου του προσωπικού, το οποίο εμπλέκεται στην παροχή της υπηρεσίας.
- Έχουμε δημιουργήσει σημεία εξυπηρέτησης για εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς.
- Βελτιώνουμε συνεχώς τις διαδικασίες που διέπουν τη λειτουργία της κλινικής.
- «Εκπαιδεύουμε» και ενημερώνουμε συγγενείς και συνοδούς για τις ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες.
- «Ακούμε» κάθε παρατήρηση και παράπονο.
- Μεριμνούμε μέσω των οδηγών μας να μην αφήνουμε τους ασθενείς ***ποτέ*** μόνους.
- Λειτουργούμε σύμφωνα με τις απαιτήσεις της ισχύουσας νομοθεσίας.
- Φροντίζουμε το περιβάλλον συμμετέχοντας σε περιβαλλοντικές δράσεις.
- Εφαρμόζουμε αυστηρά τους κανονισμούς και τη νομοθεσία για την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων.

Η πιστοποίηση Patients' Friendly Hospitals διασφαλίζει ότι στην Ευρωκλινική ασθενείς, συνοδοί και επισκέπτες συναντούν ένα απόλυτα φιλικό, άνετο και ασφαλές περιβάλλον

Στην Ευρωκλινική εμπνευστήκαμε από τη διεθνή οδηγία Patients Friendly Hospitals, σχεδιάσαμε και υλοποιήσαμε μία σειρά από διαδικασίες και λειτουργίες που έχουν ως στόχο ασθενείς και επισκέπτες:

- Να μην αισθάνονται ποτέ μόνοι τους σε δύσκολες και ιδιαίτερες στιγμές.
- Να ικανοποιούνται όχι μόνο οι ανάγκες τους αλλά και οι προσδοκίες τους.
- Να ενθαρρύνονται στο να υποβάλουν τις παρατηρήσεις τους και τα παράπονά τους.
- Να συμμετέχουν στη διεργασία συνεχούς βελτίωσης της κλινικής μέσα από μηχανισμούς μέτρησης της ικανοποίησής τους.
- Να ενημερώνονται συνεχώς για τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες.
- Να αισθάνονται άνεση, ασφάλεια και εμπιστοσύνη.

υγεία για όλους

- Παθήσεις προστάτου αδένα
- Λεμφαδενικός καθαρισμός τραχήλου
- Περιεδρικά συρίγγια
- Υπέρταση. 8 μύθοι & αλήθειες
- Σύγχρονες τεχνικές αποκατάστασης χόνδρινων βλαβών
- Γαστρο-Οισοφαγική Παλινδρομική Νόσος (ΓΟΠΝ)
- Γαστρικό μπαλόνι - χάπι Elipse
- Στεφανιαία νόσος
- Αναθεώρηση ολικής αρθροπλαστικής μεγάλων αρθρώσεων (ισχίου - γονατος)
- Τεχνητός δίσκος
- Ηπατίτιδα C
- Ολική αρθροπλαστική γόνατος
- Οξεία λευχαιμία
- Νεότερες εξελίξεις στη θεραπεία του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα
- Τι είναι η βιταμίνη D

Αριστείδης Καραγιάννης
Διευθυντής Α΄ Ουρολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών

Παθήσεις προστάτου αδένα

Διάγνωση, συμπτώματα και θεραπεία

Γενικά οι διάφορες παθήσεις του προστάτη ταλαιπωρούν σημαντικό μέρος του ανδρικού πληθυσμού και αφορούν όλες τις ηλικιακές ομάδες. Οι κυριότερες παθήσεις του προστάτη είναι οι εξής:

- Φλεγμονές του προστάτη - προστατίτιδες
- Καλοήθης Υπερπλασία του Προστάτη (ΚΥΠ)
- Καρκίνος του προστάτη

Προστατίτις

Η φλεγμονή του προστατικού αδένα διακρίνεται σε τρεις μορφές:

- Οξεία μικροβιακή προστατίτιδα
- Χρόνια μικροβιακή προστατίτιδα
- Μη μικροβιακή προστατίτιδα

Ποια είναι τα συμπτώματα της προστατίτιδας;

Τα συμπτώματα εξαρτώνται από τη μορφή της νόσου και συχνά μιμούνται εκείνα άλλων παθήσεων. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι: Πυρετός, ρίγη, συχνουρία, νυκτουρία, δυσουρία, καύσος ή πόνος κατά την ούρηση, περινεϊκός και χαμηλός οσφυϊκός πόνος, αιματουρία, επώδυνη εκσπερμάτιση, στυτική δυσλειτουργία, απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας.

Η 15η Σεπτεμβρίου έχει καθιερωθεί με πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας ως η ευρωπαϊκή ημέρα κατά του καρκίνου του προστάτη, με στόχο την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τους κινδύνους της νόσου

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση γίνεται από το ιστορικό εμφάνισης των συμπτωμάτων, με τη δακτυλική εξέταση και με την καλλιέργεια του προστατικού υγρού, το οποίο συλλέγεται κατόπιν μάλαξης του προστάτη.

Η προστατίτιδα είναι μια νόσος που θεραπεύεται. Ακόμα και αν το πρόβλημα δεν μπορεί να θεραπευτεί πλήρως, εντούτοις ο ασθενής μπορεί να ανακουφιστεί από τα συμπτώματα ακολουθώντας την κατάλληλη αγωγή.

Καλοήθης Υπερπλασία του Προστάτη (ΚΥΠ)

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία τρεις στους δέκα άνδρες θα υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση για αφαίρεση διογκωμένου προστάτη. Συγκεκριμένα, η προστατεκτομή αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα επέμβαση που εφαρμόζεται στους άνδρες ηλικίας άνω των 65 ετών έπειτα από αυτή της αφαίρεσης του καταρράκτη στα μάτια.

Ποια είναι τα συμπτώματα της ΚΥΠ;

Τα συμπτώματα της ΚΥΠ διακρίνονται σε αποφρακτικά και ερεθιστικά. Αποφρακτικά συμπτώματα είναι: Η δυσκολία στην έναρξη της ούρησης, η εξασθένηση της ροής των ούρων, η διακεκομένη ούρηση, η αίσθηση ατελούς κένωσης της κύστης, η επίσχεση των ούρων, η ακράτεια λόγω υπερπλήρωσης της κύστης.

Ερεθιστικά συμπτώματα είναι: Η συχνουρία, η νυκτουρία, η επιτακτικότητα, η επιτακτική ακράτεια των ούρων. Πολύ συχνά τα ερεθιστικά συμπτώματα είναι αυτά που απασχολούν περισσότερο τον ασθενή και αποτελούν την αφορμή να επισκεφτεί τον ιατρό του.

Ποιες είναι οι επιπλοκές της ΚΥΠ;

Οι πιο συχνές επιπλοκές είναι οξεία κατακράτηση (επίσχεση) των ούρων, ουρολοιμώξεις, λιθίαση της ουροδόχου κύστης, τα εκκολπώματα στην κύστη, αιματουρία, καθώς και η χρόνια επίσχεση των ούρων που μπορεί να οδηγήσει σε υδρονέφρωση και επακόλουθη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Πώς γίνεται η διάγνωση;
Η διάγνωση γίνεται από το ιστορικό και τα συμπτώματα του ασθενούς. Ακολουθούν η δακτυλική εξέταση, το υπερηχογράφημα νεφρών, προστάτου και ουροδόχου κύστης πριν και μετά την ούρηση, η μέτρηση της ροής των ούρων (ουροροομετρία), ενώ ενίοτε απαιτείται και η διενέργεια ουροδυναμικού ελέγχου.

Ποια είναι η θεραπεία;
Η ΚΥΠ χρήζει θεραπευτικής αντιμετώπισης μόνο εφόσον τα συμπτώματα είναι ενοχλητικά για τον ασθενή ή εφόσον η λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος είναι έντονα διαταραγμένη. Υπάρχουν σήμερα φαρμακευτικές αγωγές που βελτιώνουν τα συμπτώματα, ενώ η βασική θεραπεία είναι η χειρουργική αντιμετώπιση της υπερπλασίας του προστάτη.

Σήμερα η πιο διαδεδομένη χειρουργική αντιμετώπιση είναι η διουρηθρική προστατεκτομή με τη μέθοδο TURIS ή με τη χρήση Laser, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις γίνεται ανοικτή προστατεκτομή. Παρά το γεγονός ότι η χειρουργική επέμβαση μειώνει τα συμπτώματα στην πλειονότητα των ασθενών, μπορεί ωστόσο να μην τα εξαλείψει πλήρως. Μια πάσχουσα ουροδόχος κύστη μπορεί να εξακολουθήσει να προκαλεί συμπτώματα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ένας μεγάλος προστάτης δεν προκαλεί πάντα συμπτώματα. Η ένταση των συμπτωμάτων δεν έχει σχέση πάντα με το μέγεθος του προστάτη. Επίσης, δεν οφείλονται στον προστάτη όλα τα συμπτώματα της ούρησης. Η συχνουρία, η αιματουρία, ο πόνος και η ακράτεια των ούρων μπορεί να οφείλονται και σε παθήσεις της ουροδόχου κύστης ή των νεφρών.

8 στους 100 άνδρες έχουν μεγάλη πιθανότητα να νοσήσουν από καρκίνο του προστάτη και 3 στους 100 να πεθάνουν από αυτόν ανά έτος. Η πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη αυξάνει σε σχέση με την ηλικία

Καρκίνος του προστάτη

Ο καρκίνος του προστάτη είναι ο συχνότερος καρκίνος στους άνδρες και η δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου από καρκίνο μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Σύμφωνα με υπάρχοντα στατιστικά στοιχεία, 8 στους 100 άνδρες έχουν μεγάλη πιθανότητα να νοσήσουν από καρκίνο του προστάτη και 3 στους 100 να πεθάνουν από αυτόν ανά έτος. Η πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη αυξάνει σε σχέση με την ηλικία.

Αίτια εμφάνισης του καρκίνου του προστάτη
Η πραγματική αιτία δεν είναι ακόμα γνωστή. Όμως υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα κάποιος να νοσήσει από καρκίνο του προστάτη. Η κληρονομικότητα είναι ένας σοβαρός τέτοιος παράγων. Η πάθηση είναι πιο διαδεδομένη στον αφρο-αμερικανικό πληθυσμό και λιγότερο κοινή στον ασιατικό πληθυσμό. Στατιστικά υπάρχει αυξημένη εμφάνιση σε ανθρώπους που ζουν σε μεγάλες πόλεις και σε αυτούς που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες λίπους.

Πώς γίνεται η διάγνωση;
Συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα κατά τα πρώτα στάδια της νόσου, καθώς όμως η νόσος προχωρά και ο όγκος μεγαλώνει, μπορεί να δώσει συμπτώματα παρόμοια με αυτά της υπερτροφίας προστάτη ή και πόνο στα οστά, κυρίως στη σπονδυλική στήλη. Στα αρχικά στάδια η διάγνωση γίνεται με τον ετήσιο προληπτικό έλεγχο, δηλαδή με τη μέτρηση της τιμής του PSA στο αίμα και με τη δακτυλική εξέταση. Στη συνέχεια ο ουρολόγος θα κρίνει εάν πρέπει να ακολουθήσει πολυπαραμετρική μαγνητική τομογραφία προστάτου και διορθική βιοψία με τη βοήθεια υπερήχου.

Ποια είναι η θεραπεία;
Οι θεραπευτικές επιλογές για τα αρχικά στάδια της νόσου είναι:
- Η ενεργής παρακολούθηση
- Η ριζική προστατεκτομή
- Η ακτινοθεραπεία

Οι θεραπευτικές επιλογές για τον προχωρημένο καρκίνο του προστάτη είναι:
- Η ορμονοθεραπεία
- Η χημειοθεραπεία

Dr Ευάγγελος Καρβούνης
MD, Ph.D
Διευθυντής Χειρουργός
Εξειδικευμένος στη Χειρουργική Ενδοκρινών Αδένων
Ευρωκλινική Αθηνών

Λεμφαδενικός καθαρισμός τραχήλου

Ασφαλής και ριζική ογκολογική επέμβαση από τον εξειδικευμένο χειρουργό θυρεοειδούς

Ο θυρεοειδής αδένας είναι ένα σημαντικό όργανο του ανθρώπινου σώματος, καθώς, μέσω των ορμονών που παράγει, ελέγχει πολλές λειτουργίες του οργανισμού. **Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση στις παθήσεις του θυρεοειδούς,** ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται και ο αριθμός των ασθενών με καρκίνο θυρεοειδούς αδένα, με ρυθμό αύξησης πολύ μεγαλύτερο από άλλες μορφές καρκίνου παγκοσμίως. Η αιτιολογία του θυρεοειδικού καρκίνου δεν είναι γνωστή, ωστόσο υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη αυτού του τύπου νεοπλασίας, όπως το οικογενειακό ιστορικό κακοήθειας θυρεοειδούς και η έκθεση σε ακτινοβολία (είτε για ιατρικούς λόγους είτε λόγω της περιβαλλοντικής ακτινοβολίας). Ευτυχώς, και σε αντίθεση με άλλους τύπους κακοήθειας, **ο καρκίνος του θυρεοειδούς είναι ιάσιμος τις περισσότερες φορές, με προϋπόθεση την κατάλληλη θεραπεία, που δεν είναι άλλη από τη σωστή χειρουργική επέμβαση.**

Η επέμβαση εκλογής σε καρκίνο θυρεοειδούς είναι **η ολική ριζική θυρεοειδεκτομή**. Εάν ήδη έχει λάβει χώρα διασπορά του όγκου θυρεοειδούς, με τον μηχανισμό της λεμφικής μετάστασης, στους γειτονικούς λεμφαδένες πρέπει να πραγματοποιείται συγχρόνως και τραχηλικός λεμφαδενικός καθαρισμός, κυρίως στους ιστολογικούς τύπους του θηλώδους και του μυελοειδούς

Στην καθημερινή άσκηση της Ιατρικής, ως ομάδα εξειδικευμένη στη χειρουργική ενδοκρινών αδένων, πραγματοποιούμε τη συγκεκριμένη επέμβαση με ιδιαίτερα σχολαστική εγχειρητική πρακτική. Αξιοποιώντας την προσωπική εμπειρία χιλιάδων χειρουργείων στον τράχηλο, σε Ελλάδα και Μεγάλη Βρετανία, κάνουμε την πολύωρη αυτή επέμβαση ριζική και ασφαλή για τον ασθενή

καρκίνου. Η ανάγκη για τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό προκύπτει είτε προεγχειρητικά είτε διεγχειρητικά. Προ της επέμβασης, υπάρχουν ενδείξεις καρκινικής διήθησης των λεμφαδένων, είτε έπειτα από ψηλάφηση όγκων στον τράχηλο (λαιμό) κατά την κλινική εξέταση είτε έπειτα από χαρτογράφηση της περιοχής με εξειδικευμένο υπερηχογράφημα, αξονική ή μαγνητική τομογραφία. Στους «ύποπτους» λεμφαδένες μπορεί να γίνει (όχι απαραίτητα) παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA) για επιβεβαίωση της διήθησής τους. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης, ο έμπειρος χειρουργός ενδοκρινών αδένων μπορεί συχνά να αναγνωρίσει και να συναφαιρέσει τους πιθανούς μεταστατικούς λεμφαδένες.

Με βάση την ανατομική εντόπιση της κακοήθειας, ο χειρουργικός καθαρισμός των λεμφαδένων μπορεί να περιορισθεί στο κεντρικό τραχηλικό διαμέρισμα ή να επεκταθεί στα πλάγια τραχηλικά διαμερίσματα, οπότε η εγχείρηση καθίσταται εξαιρετικά βαρεία. **Με ιδιαίτερη προσοχή και λεπτούς χειρουργικούς χειρισμούς, πρέπει να γίνει εκτομή των μεταστατικών λεμφαδένων, ενώ παράλληλα να διαφυλαχθούν σημαντικές ευγενείς δομές του τραχήλου,** όπως οι παραθυρεοειδείς αδένες, τα παλίνδρομα λαρυγγικά νεύρα, οι καρωτίδες αρτηρίες, οι έσω σφαγίτιδες φλέβες, ο μείζων θωρακικός πόρος αριστερά, ο ελάσσων δεξιά και τα εξής νεύρα: Το πνευμονογαστρικό, το φρενικό, το υπογλώσσιο, το παραπληρωματικό, το βραχιόνιο πλέγμα και το αυχενικό πλέγμα. **Βασική συνθήκη επιτυχίας είναι η ριζικότητα του χειρουργικού καθαρισμού**, με

απουσία υπολείμματος θυρεοειδικού ιστού και πλήρη αφαίρεση των διηθημένων λεμφαδένων.

Καινοτόμα χειρουργικά εργαλεία, όπως ο νευροδιεγέρτης για τη διεγχειρητική παρακολούθηση των νεύρων των φωνητικών χορδών (neuromonitoring), οι ραδιοσυχνότητες (Radiofrequency) και τα υπερηχητικά κύματα (Ultracision) για την αιμόσταση και τη διατομή, το μετωπιαίο κάτοπτρο με τους μεγεθυντικούς φακούς του χειρουργού (surgical loops), η φορητή διεγχειρητική υπερηχογραφία (portable sonography), το βιντεολαρυγγοσκόπιο φωνητικών χορδών (vocal cord recording), **όπου είναι διαθέσιμα και στα χέρια έμπειρου στη χρήση τους χειρουργού,** συμβάλλουν στην ελαχιστοποίηση της πιθανότητας επιπλοκών.

Η πραγματοποίηση της εκτομής των τραχηλικών λεμφαδένων καθώς και η έκταση του χειρουργικού καθαρισμού **πρέπει να ακολουθήσουν τις διεθνείς επιστημονικές ενδείξεις.** Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι λόγω των σοβαρών δυνητικά επιπλοκών, που, σύμφωνα με την ιατρική βιβλιογραφία, μπορεί να συμβούν, αυτός ο τύπος επέμβασης θα πρέπει να γίνεται **όταν και όπου πρέπει,** έχοντας πλήρως ενημερωμένο τον ασθενή για τη βαρύτητα του χειρουργείου.

Στη χειρουργική ογκολογία του θυρεοειδούς πρέπει να πραγματοποιηθεί ολοκληρωμένος θεραπευτικός καθαρισμός των μεταστατικών λεμφαδένων, χαρίζοντας καλή πρόγνωση στον ασθενή

Στην καθημερινή άσκηση της Ιατρικής, ως ομάδα εξειδικευμένη στη χειρουργική ενδοκρινών αδένων, πραγματοποιούμε τη συγκεκριμένη επέμβαση με ιδιαίτερα σχολαστική εγχειρητική πρακτική. Αξιοποιώντας την προσωπική εμπειρία χιλιάδων χειρουργείων στον τράχηλο, σε Ελλάδα και Μεγάλη Βρετανία, **κάνουμε την πολύωρη αυτή επέμβαση ριζική και ασφαλή για τον ασθενή. Εφαρμόζονται στοιχεία από τη μικροεπεμβατική τεχνική,** με σκοπό την απουσία πόνου και το άριστο αισθητικό αποτέλεσμα στην περιοχή του λαιμού. Η νοσηλεία του ασθενούς διαρκεί μία με δύο ημέρες και η επάνοδος στις καθημερινές του δραστηριότητες είναι ταχύτατη.

Συμπερασματικά, στη χειρουργική ογκολογία του θυρεοειδούς πρέπει να πραγματοποιηθεί ολοκληρωμένος θεραπευτικός καθαρισμός των μεταστατικών λεμφαδένων, χαρίζοντας καλή πρόγνωση στον ασθενή. Αυτό πρέπει να γίνεται με απόλυτο σεβασμό και προστασία των ευγενών γειτονικών δομών, προς αποφυγή κάκωσής τους. Συνεπώς, για την καλή ανάρρωση και θεραπεία του ασθενούς **έχει τεράστια αξία η κατάλληλη επιλογή χειρουργικής αντιμετώπισης. Ο εξειδικευμένος χειρουργός ενδοκρινών αδένων,** με εμπειρία στη χειρουργική του τραχήλου και με σύγχρονο εξοπλισμό χειρουργείου, μπορεί να πραγματοποιήσει το απαιτητικό αυτό χειρουργείο, επιτυγχάνοντας το επιθυμητό ογκολογικό αποτέλεσμα με ύψιστη ασφάλεια.

Δρ Ζιούνας Ιωάννης
Διευθυντής Α' Χειρουργικού τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών

Περιεδρικά συρίγγια

Νέες εξελίξεις στη θεραπεία τους

Περιεδρικό συρίγγιο είναι η δημιουργία ενός μη φυσιολογικού πόρου επικοινωνίας μεταξύ του εντέρου και του δέρματος στην περιοχή γύρω από τον πρωκτό.

Συνήθως μία απόφραξη και λοίμωξη του εκφορητικού πόρου των περιπρωκτικών αδένων είναι ικανή στη δημιουργία περιεδρικού αποστήματος κατ' αρχάς και συριγγίου στη συνέχεια.

Το απόστημα εκδηλώνεται με πόνο, κακουχία, πυρετό, ερυθρότητα και διόγκωση συνήθως στην περιοχή πέριξ του πρωκτού.

Η αυτόματη διάνοιξη του αποστήματος ή η χειρουργική παροχέτευση τούτου έχει ως αποτέλεσμα τη θεαματική ύφεση όλων των συμπτωμάτων. Σε ποσοστό περίπου 10% παρατηρείται υποτροπή του αποστήματος, ενώ το 40% των αποστημάτων καταλήγουν στη δημιουργία συριγγίου.

Άλλες αιτίες εμφάνισης περιεδρικού συριγγίου είναι η ανοσοκαταστολή, οι φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, τραύματα και ακτινοβολία της περιοχής.

Η διάγνωσή τους στις περισσότερες περιπτώσεις τίθεται με την κλινική εξέταση και το ιστορικό του ασθενούς.

Ένα περιεδρικό συρίγγιο είναι δυνατό να παραμένει ασυμπτωματικό εφ' όρου ζωής. Μπορεί όμως να προκαλέσει μικρή διαφυγή κοπράνων, εκροή πυώδους υλικού στο περιπρωκτικό δέρμα, κνησμό (φαγούρα), χρόνιο αίσθημα όχλησης και ποικίλου βαθμού φλεγμονή γύρω από το εξωτερικό στόμιο του συριγγίου.

Περιεδρικό συρίγγιο είναι η δημιουργία ενός μη φυσιολογικού πόρου επικοινωνίας μεταξύ του εντέρου και του δέρματος στην περιοχή γύρω από τον πρωκτό

Επιπλέον εξετάσεις χρήσιμες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των συριγγίων, είναι οι εξής:

- Ενδοπρωκτικό υπερηχογράφημα (ασφαλής μέθοδος χαρτογράφησης).
- Συριγγογραφία (τείνει να καταργηθεί).
- Μαγνητική τομογραφία (MRI)

Η θεραπεία των συριγγίων είναι μόνο χειρουργική. Η ετερογένεια της νόσου μάς δίνει τη δυνατότητα επιλογής μίας εκ των πολλών χειρουργικών τεχνικών:

- Συριγγοτομή (fistulotomy).
- Ιπποκράτειος μέθοδος ή αλλιώς τεχνική Seton (προοδευτική καταστροφή του συριγγίου με τη χρήση ειδικού ράμματος).
- Δημιουργία προωθητικού κρημνού (advancement flap, επικάλυψη του έσω στομίου με μετάθεση υγιούς ιστού).
- Έγχυση κόλλας ινικής (Fibrin glue).
- Τοποθέτηση ειδικού βύσματος (Fistula plug, βιολογικό υλικό κατά μήκος του συριγγίου με σκοπό τη σύγκλειση και τη σταδιακή επούλωσή του).
- VAAFT (Video Assisted Anal Fistula Treatment, Βίντεο - Υποβοηθούμενη Θεραπεία Πρωκτικών Συριγγίων).

Η τεχνική VAAFT γίνεται για τη χειρουργική αντιμετώπιση των πολύπλοκων συριγγίων του πρωκτού και των υποτροπών τους. Περιγράφηκε το 2011 από τον κ. **Meinero** και απαιτεί ειδικό εξοπλισμό και εμπειρία. Περιλαμβάνει 2 φάσεις, τη διαγνωστική και τη θεραπευτική. Σκοπός της διαγνωστικής φάσης είναι η «χαρτογράφηση» της πορείας του συριγγίου και ο εντοπισμός του έσω στομίου του, με τη βοήθεια του συριγγοσκοπίου (Fistuloscope). Στη θεραπευτική φάση κύριο μέλημά μας είναι η καταστροφή του συριγγίου εκ των έσω. Η τεχνική VAAFT είναι μία ελάχιστα επεμβατική και ασφαλής μέθοδος. Τα πλεονεκτήματα της εν λόγω τεχνικής είναι σημαντικά:

Αποφεύγεται η δημιουργία εκτεταμένων χειρουργικών τραυμάτων με ικανό χρόνο αποθεραπείας - επούλωσης.

Ανευρίσκονται όλοι οι συριγγώδεις πόροι και οι αποστηματικές κοιλότητες, με αποτέλεσμα μείωση του ποσοστού υποτροπών.

Δεν απαιτείται νοσηλεία και ο μετεγχειρητικός πόνος είναι ελάχιστος.

Ιδιαίτερα χρήσιμη μέθοδος στα διασφιγκτηριακά συρίγγια, διότι ελαχιστοποιεί το τραύμα και την πιθανότητα ακράτειας.

Υπέρταση
8 μύθοι & αλήθειες

Δημήτριος Ρίχτερ
Διευθυντής Β΄ Καρδιολογικής κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Διαβάστε 8 μύθους και αλήθειες γύρω από την υπέρταση. Πόσο επιβαρύνουν την υπέρταση το αλάτι, το κρασί, το σκόρδο, τα φάρμακα και η κληρονομικότητα;

1 Ο κύριος στόχος για τη μείωση της υπέρτασης είναι η μείωση στην πρόσληψη αλατιού: ΜΥΘΟΣ!

Ο κυριότερος στόχος είναι το σωματικό βάρος, δηλαδή η μείωση του σωματικού βάρους, και μετά η μείωση του νατρίου και η αύξηση του καλίου. Το νάτριο δεν βρίσκεται μόνο στο αλάτι αλλά και σε τρόφιμα όπως το ψωμί, το τυρί, οι πίκλες, η κέτσαπ, αλλά είναι και συστατικό ορισμένων συντηρητικών. Έτσι, αν η καθημερινή πρόσληψη, για παράδειγμα, ψωμιού και τυριού είναι υψηλή, μπορεί η πρόσληψη νατρίου να υπερβαίνει τις συστάσεις χωρίς καν να χρησιμοποιείται αλάτι για το μαγείρεμα ή στο τραπέζι. Οι εταιρείες τροφίμων πρέπει να το λάβουν αυτό σοβαρά υπόψη για τη μείωση της περιεκτικότητας σε νάτριο αυτών των τροφίμων.

2 1-2 ποτηράκια κρασί κάνουν καλό στην υπέρταση: ΑΛΗΘΕΙΑ (εν μέρει)!

Η περιεκτικότητα του κόκκινου κρασιού σε οινόπνευμα και σε αντιοξειδωτικές ουσίες βελτιώνει τη λειτουργικότητα του ενδοθηλίου και μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων. Όμως, η πρόσληψη οινοπνεύματος σε υπερτασικούς ασθενείς μπορεί να αυξήσει την αρτηριακή πίεση. Γι' αυτό τον λόγο οι υπερτασικοί ασθενείς πρέπει να μειώσουν δραματικά την πρόσληψη οινοπνεύματος και σε αυτούς που δεν καταναλώνουν δεν θα πρέπει να συστήνεται να αρχίσουν να προσλαμβάνουν.

3 Το σκόρδο και το κρεμμύδι βοηθούν τη λειτουργία της καρδιάς και μειώνουν την αρτηριακή πίεση: ΜΥΘΟΣ!

Υπάρχουν κάποιες μελέτες που έχουν δείξει ότι όντως τα αποτελέσματα είναι ευεργετικά για την υπέρταση. Όμως, για να υπάρξουν αυτά τα ευεργετικά αποτελέσματα, η πρόσληψη πρέπει να είναι ιδιαίτερα μεγάλη (π.χ., πρέπει να καταναλώνονται 15-20 σκελίδες σκόρδου την ημέ-

ρα, ενώ προσλήψεις της τάξεως των 1-2 σκελίδων την ημέρα δεν επιφέρουν κάποιο αξιοσημείωτο αποτέλεσμα). Επίσης, μελέτες που χρησιμοποίησαν συμπυκνωμένα συμπληρώματα σκόρδου κατέληξαν σε αντικρουόμενα αποτελέσματα.

4 Αν αρχίσεις φάρμακα για υπέρταση πρέπει να τα παίρνεις διά βίου και δεν μπορείς πια να τα διακόψεις: ΜΥΘΟΣ (εν μέρει)!

Η έναρξη φαρμακευτικής αγωγής αποφασίζεται από τον ιατρό είτε εάν η πίεση του ασθενούς είναι πολύ υψηλότερα από τα φυσιολογικά όρια και ο καρδιαγγειακός του κίνδυνος υψηλός είτε επειδή η τρίμηνη περίοδος αλλαγής τρόπου ζωής, με απώλεια βάρους και μείωση στην κατανάλωση άλατος, απέτυχε. Εάν κάποια στιγμή στο μέλλον ένας παχύσαρκος και με κακές διατροφικές συνήθειες υπερτασικός ασθενής, ο οποίος λαμβάνει αντιυπερτασική θεραπεία, αποφασίσει να αλλάξει τον τρόπο που ζει, να χάσει βάρος και να μειώσει το αλάτι, μπορεί να μη χρειάζεται πλέον αντιυπερτασική αγωγή.

5 Τα αντιυπερτασικά φάρμακα έχουν πολλές παρενέργειες: ΜΥΘΟΣ!

Πριν από 30 έτη αυτή η φράση ήταν αληθινή, αλλά σήμερα οι νεότερες γενιές φαρμάκων έχουν ελάχιστες και σπάνιες παρενέργειες στην υπέρταση. Ακόμα και τα διουρητικά, που έχουν ενοχοποιηθεί για πολλές παρενέργειες παλαιότερα, στις χαμηλές δόσεις που χρησιμοποιούνται σήμερα δεν προκαλούν προβλήματα.

6 Από την ώρα που αρχίζεις αντιυπερτασική αγωγή, δεν χρειάζεται να ελέγχεις πια την πίεση, γιατί λαμβάνεις θεραπεία: ΜΥΘΟΣ!

Η ρύθμιση της υπέρτασης είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα επίπεδα ρύθμισης της υπέρτασης παγκοσμίως αλλά και στη χώρα μας δεν ξεπερνούν το 30%-35%. Οι λόγοι γι' αυτή την αποτυχία είναι πολλαπλοί. Ένας από τους κυριότερους είναι η μη συμμόρφωση του ασθενούς με τη φαρμακευτική του αγωγή. Μάλιστα, όσο αυξάνεται ο αριθμός των δισκίων που πρέπει να παίρνει ένας ασθενής τόσο ελαττώνεται η συμμόρφωσή του, δηλαδή ξεχνά ή αρνείται να πάρει τα φάρμακά του.

Η ρύθμιση της υπέρτασης είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα επίπεδα ρύθμισης της υπέρτασης παγκοσμίως αλλά και στη χώρα μας δεν ξεπερνούν το 30%-35%

Στην επιστημονική κοινότητα υπάρχει πλέον συμφωνία πως υπάρχουν γονίδια που ευθύνονται για την αρτηριακή υπέρταση και εξηγούν την κληρονομική επιβάρυνση που παρατηρούμε στα άτομα με αρτηριακή υπέρταση

7 Ακόμα και αν ο γιατρός μάς μετρήσει την πίεση στο ιατρείο και είναι υψηλή, δεν σημαίνει αυτό πως είμαστε υποχρεωτικά υπερτασικοί: ΑΛΗΘΕΙΑ!

Η αρτηριακή πίεση δεν είναι σταθερή κατά τη διάρκεια του 24ώρου, αλλά διακυμαίνεται αναλόγως της δραστηριότητας του κάθε ατόμου. Κατά τη σωματική άσκηση, την κίνηση, τη συγκίνηση και το στρες, η πίεση ανεβαίνει, αντιθέτως, κατά την ανάπαυση ή τον βαθύ ύπνο ελαττώνεται και ξανανεβαίνει κατά τις πρωινές ώρες, λίγο πριν από το ξύπνημα. Πολλές φορές, ακόμα και η θέα του γιατρού με την άσπρη μπλούζα προκαλεί σε πολλούς ασθενείς αύξηση της πίεσης, γεγονός το οποίο θεωρείται από πολλούς προ-στάδιο αρτηριακής υπέρτασης.

Για να ονομάσουμε όμως κάποιον άνθρωπο υπερτασικό πρέπει να έχουμε συστηματική άνοδο της αρτηριακής του πίεσης πάνω από τα επίπεδα που θεωρούμε γι' αυτόν φυσιολογικά. Η στιγμιαία άνοδος της πίεσης συνέπεια ενός έντονου στρες δεν μας κατατάσσει στην κατηγορία των υπερτασικών. Είναι ανησυχητικό μακροπρόθεσμα να έχουμε συστηματικά πίεση 145/95 mmHg, αλλά δεν μας ανησυχεί, ούτε χρειάζεται καμία άμεση θεραπεία μία στιγμιαία άνοδος της πίεσης 170/100 mmHg.

8 Εάν οι γονείς μας είναι υπερτασικοί σε νεαρή ηλικία δεν μπορούμε να αποφύγουμε την υπέρταση, γιατί είναι κληρονομική: ΜΥΘΟΣ (εν μέρει)!

Ορισμένους από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση της αρτηριακής υπέρτασης δεν μπορούμε πράγματι να τους επηρεάσουμε με κανέναν τρόπο. Με την αύξηση, λ.χ., της ηλικίας, οι αρτηρίες μας σκληραίνουν και η πίεσή μας αυξάνεται. Η ηλικία, λοιπόν, είναι ένας παράγοντας που, δυστυχώς, δεν μπορούμε να επηρεάσουμε.

Ένας δεύτερος παράγοντας που δεν μπορούμε να επηρεάσουμε είναι οι γονείς μας. Στην επιστημονική κοινότητα υπάρχει πλέον συμφωνία πως υπάρχουν γονίδια που ευθύνονται για την αρτηριακή υπέρταση και εξηγούν την κληρονομική επιβάρυνση που παρατηρούμε στα άτομα με αρτηριακή υπέρταση.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν παράγοντες που αυξάνουν την αρτηριακή πίεση και είναι αποκλειστικά στο χέρι μας να τους αντιμετωπίσουμε. Τέτοιοι παράγοντες είναι η υπερβολική κατανάλωση αλατιού, η αύξηση του σωματικού βάρους, η υπερβολική κατανάλωση ζωικών λιπών, το κάπνισμα, η έλλειψη σωματικής άσκησης, καθώς και οι έντονες ψυχικές καταπονήσεις - το γνωστό σε όλους μας στρες, δηλαδή.

Σύγχρονες τεχνικές αποκατάστασης χόνδρινων βλαβών

Ο χόνδρος είναι η λεία απόληξη του οστού μέσα στην κάθε άρθρωση. Η βλάβη του αρθρικού χόνδρου είναι γνωστή ως χόνδρινη βλάβη, ενώ σε περίπτωση που συμμετέχει τμήμα τού υποκείμενου οστού χαρακτηρίζεται ως οστεοχόνδρινη βλάβη. Οι χόνδρινες βλάβες μπορεί να οφείλονται:

- Σε αιφνίδιο τραυματισμό, όπως, για παράδειγμα, σε περίπτωση πτώσης ή κατά τη διάρκεια αθλητικών δραστηριοτήτων.
- Σε οστεοαρθρίτιδα, όπου υπάρχει χρόνια επιβάρυνση του αρθρικού χόνδρου και προοδευτική καταστροφή του.
- Σε διαχωριστική οστεοχονδρίτιδα, όπου ένα μικρό κομμάτι χόνδρου με το υποκείμενο οστικό τεμάχιο αποκολλάται.
- Σε φλεγμονή.

Ηρακλής Πατσόπουλος
Διευθυντής ΣΤ' Ορθοπαιδικού τμήματος & Αθλητικών Κακώσεων, Ευρωκλινική Αθηνών

Η εμφάνισή τους είναι συχνότερη σε ηλικίες μικρότερες των 35 ετών και μεγαλύτερες από τα 60 έτη. Αυτό δικαιολογείται αν σκεφτούμε πως η πρώτη ηλικιακή ομάδα συμμετέχει συχνότερα σε αθλητικές δραστηριότητες που εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού του χόνδρου, ενώ στην ηλικία άνω των 60 ετών είναι μεγαλύτερη η επίπτωση της εκφυλιστικής οστεοαρθρίτιδας των αρθρώσεων.

Ο αρθρικός χόνδρος δεν έχει αγγείωση, οπότε οποιαδήποτε βλάβη του είναι δύσκολο να επισκευαστεί. Εντούτοις στο κενό του αρθρικού χόνδρου, όπου δημιουργείται, ο οργανισμός παρασκευάζει έναν ουλώδη ιστό μικρότερης ισχύος και ανθεκτικότητας στην προσπάθεια να αναπλάσει την περιοχή της βλάβης.

Η συχνότερη εντόπιση των χόνδρινων βλαβών είναι το γόνατο.

Ο ασθενής εμφανίζει οίδημα, πόνο στην άρθρωση, δυσκαμψία και μειούμενο εύρος κίνησης. Σε περιπτώσεις που τμήματα του χόνδρου είναι ελεύθερα στην άρθρωση είναι δυνατό να παρεμποδίσουν την κίνηση, προκαλώντας αίσθημα μπλοκαρίσματος στον ασθενή. Σε χρόνιες βλάβες η συνοδός μυϊκή ατροφία μπορεί να δημιουργήσει αίσθημα αστάθειας.

Η ψηλάφηση κατά μήκος της αρθρικής επιφάνειας προκαλεί πόνο, ενώ αίσθημα κριγμού παράγεται κατά την ενεργητική και παθητική κάμψη της άρθρωσης.

Η διάγνωση των χόνδρινων βλαβών δεν είναι δυνατό να επιβεβαιωθεί εύκολα με την κλινική εξέταση, καθώς τα σημεία

είναι ανάλογα με άλλες κλινικές οντότητες, όπως το διάστρεμμα της άρθρωσης ή οι συνδεσμικές βλάβες. Για την επιβεβαίωση της διάγνωσης είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν οι απλές ακτινογραφίες (σε περιπτώσεις προχωρημένης αρθρίτιδας ή διαχωριστικής οστεοχονδρίτιδας), η μαγνητική τομογραφία και η αρθροσκόπηση. Η αρθροσκόπηση δίνει μια πραγματική εικόνα της έκτασης της βλάβης.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η έκταση της βλάβης δεν συνδέεται με την ένταση του πόνου. Η σοβαρότητα έγκειται στη θέση που εντοπίζεται και στην υποστήριξη ως εκ τούτου που παρέχει στην κίνηση της άρθρωσης (φορτιζόμενη ή μη φορτιζόμενη επιφάνεια).

Η συντηρητική θεραπεία ενδείκνυται στα πρώτα στάδια και περιλαμβάνει την αποφόρτιση του πάσχοντος μέλους με χρήση βακτηριών μασχάλης (πατερίτσες), την παγοθεραπεία, τα απλά αναλγητικά και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, την αποφυγή δραστηριοτήτων που επιτείνουν τα συμπτώματα, τις φυσικοθεραπείες και την προηγμένη ενεσοθεραπεία με βελτιωμένες εκδόσεις PRP, όπως το «Irakine» ή η ενεσοθεραπεία με ενεργοποιητές από το μυελό των οστών («βλαστοκύτταρα»).

Σε προχωρημένα στάδια της χόνδρινης βλάβης, η συντηρητική θεραπεία προσφέρει βραχυχρόνια ανακούφιση και η χειρουργική αντιμετώπιση είναι απαραίτητη. Η αρθροσκόπηση είναι η μέθοδος εκλογής. Μέσα από μικρές οπές μεγέθους μέχρι ένα εκατοστό έχουμε τη δυνατότητα υπό άμεση όραση να παρέμβουμε στην περιοχή της βλάβης. Διάφορες μέθοδοι χρησιμοποιούνται, όπως η επανακαθήλωση με καρφίδες του «αιωρούμενου» μα μη αποκολλημένου χόνδρου, η ενεργοποίηση του μυελού των οστών με την τεχνική των μικροκαταγμάτων (microfractures), η αυτόλογη μεταμόσχευση οστεοχόνδρινων κυλίνδρων (mosaicplasty), η ετερόλογη μεταμόσχευση μεγάλων οστεοχόνδρινων τεμαχίων (από τράπεζες πτωματικών δοτών, όπως τα mega-OATS), η αυτόλογη μεταμόσχευση χονδροκυττάρων και η χρήση συνθετικών ικριωμάτων με τη μορφή χωροδικτυώματος (MajoRegen, Agili-C) ή με τη μορφή ζελατινώδους «σκαλωσιάς», όπως το BST-Cargel.

Αυτόλογη μεταμόσχευση χονδροκυττάρων με τη μορφή ζελατινώδους «σκαλωσιάς»

Μεταμόσχευση οστεοχόνδρινων κυλίνδρων (mosaicplasty)

Η τεχνική που έφερε επανάσταση στην αντιμετώπιση των χόνδρινων βλαβών είναι η χρησιμοποίηση του τεχνητού ικριώματος υποστήριξης των χονδροκυττάρων, που αποτελεί μια σχετικά νέα μέθοδο

Η τεχνική που έφερε επανάσταση στην αντιμετώπιση των χόνδρινων βλαβών είναι η χρησιμοποίηση του **τεχνητού ικριώματος υποστήριξης των χονδροκυττάρων,** που αποτελεί μια σχετικά νέα μέθοδο. Το ικρίωμα αποτελεί μια κατασκευή από πρωτεΐνες και κολλαγόνο τοποθετείται στην προσβεβλημένη επιφάνεια και προσελκύει χονδροκύτταρα που θα σχηματίσουν νέο χόνδρο. Προοδευτικά το ικρίωμα απορροφάται για να παραμείνει ο νεοσχηματισμένος χόνδρος. Τα ικριώματα αυτά τοποθετούνται με ανοικτές μεθόδους (τομές), όπως το MajoRegen και το Agili-C, ή αρθροσκοπικά, όπως το BST-Cargel που έχει τη μορφή ζελέ.

Στην κλινική μας υπάρχει τόσο μεγάλη εξειδίκευση στα θέματα αντιμετώπισης των χόνδρινων βλαβών, που τα βήματα πρωτοπορίας διαδέχονται το ένα το άλλο. Έτσι, μέσα στο 2014 για πρώτη φορά στον κόσμο τοποθετήθηκε MajoRegen πλήρως αρθροσκοπικά και, επίσης, το 2014 τοποθετήθηκε για πρώτη φορά στη χώρα μας BST-Cargel σε χόνδρινο έλλειμμα αστραγάλου.

Μετά το χειρουργείο, η άρθρωση προστατεύεται μέχρι την αποκατάσταση του χόνδρου. Αν πρόκειται για το γόνατο ή την ποδοκνημική, ο ασθενής πρέπει να βαδίσει με τη βοήθεια βακτηριών μασχάλης (πατερίτσες).

Από την πρώτη εβδομάδα ξεκινά παθητική κίνηση της άρθρωσης, με σκοπό να διατηρηθεί ένα φυσιολογικό εύρος κίνησης. Με την πρόοδο της επούλωσης, η φυσικοθεραπεία επικεντρώνεται στη μυϊκή ενδυνάμωση και η επιστροφή σε αθλητικές δραστηριότητες τοποθετείται έπειτα από περίπου επτά έως εννέα μήνες.

Δημήτριος Ταμπακόπουλος
Διευθυντής Γ΄ Γαστρεντερολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών

Γαστρο-Οισοφαγική Παλινδρομική Νόσος (ΓΟΠΝ)

Ένα συχνό πρόβλημα

Η ΓΟΠΝ ταλαιπωρεί εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο και είναι το δεύτερο πιο συχνό πρόβλημα του πεπτικού συστήματος έπειτα από το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Επαναλαμβανόμενες κρίσεις οπισθοστερνικού καύσους και όξινες αναγωγές στον λαιμό είναι κλασικά συμπτώματα της ΓΟΠΝ. Άλλα συμπτώματα μπορεί να είναι: Αίσθημα πικρής γεύσης, χρόνιος βήχας και βραχνάδα, κόμπος στον λαιμό και δυσκολία στην κατάποση. Συνήθως τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά την κατανάλωση μεγάλου γεύματος ή όταν ξαπλώνουμε. Σε αρκετούς το άλγος μιμείται τον

Ο μακροχρόνιος ερεθισμός του εσωτερικού στρώματος του οισοφάγου προκαλεί συμπτώματα που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής, όμως παράλληλα μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως οισοφαγικό έλκος, αιμορραγία, στένωση του αυλού

καρδιακό πόνο προκαλώντας σύγχυση τόσο στον ασθενή όσο και στον γιατρό που καλείται να διαγνώσει.

Γιατί συμβαίνει;

Στη συμβολή οισοφάγου - στομάχου υπάρχει ο κατώτερος οισοφαγικός σφιγκτήρας, μία μυϊκή βαλβίδα που χαλαρώνει όταν καταπίνουμε επιτρέποντας τη διέλευση των τροφών στο στομάχι και μετά κλείνει γρήγορα. Όταν η βαλβίδα δεν λειτουργεί σωστά ή εξασθενεί, μπορεί να γίνει παλινδρόμηση όξινου γαστρικού περιεχομένου που ερεθίζει το εσωτερικό στρώμα του οισοφάγου προκαλώντας φλεγμονή (οισοφαγίτιδα). Παράγοντες που προδιαθέτουν στην παλινδρόμηση τροφής από το στομάχι στον οισοφάγο είναι: Το κακό διαιτολόγιο, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, η παρουσία διαφραγματοκήλης (ολίσθηση του άνω τμήματος του στομάχου μέσα στο διάφραγμα), η εγκυμοσύνη, η κακή γαστρική κένωση, καθώς και διάφορα νοσήματα (π.χ., διαβήτης, άσθμα, σκληρόδερμα).

Πώς μπορεί να εξελιχθεί η ΓΟΠΝ;

Ο μακροχρόνιος ερεθισμός του εσωτερικού στρώματος του οισοφάγου προκαλεί συμπτώματα που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής, όμως παράλληλα μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως οισοφαγικό έλκος, αιμορραγία, στένωση του αυλού. Επιπλέον, είναι πιθανή η εμφάνιση δυσπλαστικών αλλοιώσεων (οισοφαγίτιδα Barrett) που μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και σε καρκίνο.

Ιατρική αξιολόγηση

Στη ΓΟΠΝ, η εξέταση από ιατρό είναι απαραίτητη όταν τα συμπτώματα διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα ή υποτροπιάζουν συχνά ή δεν υπάρχει ανταπόκριση έπειτα από φαρμακευτική θεραπεία δύο εβδομάδων. Ο θωρακικός πόνος σε κάποιες περιπτώσεις επιβάλλει τον αρχικό έλεγχο από καρδιολόγο, ενώ συνήθως ο ασθενής παραπέμπεται σε γαστρεντερολόγο για ενδοσκόπηση. Η γαστροσκόπηση γίνεται ανώδυνα, με τη βοήθεια μέθης, και είναι πολύ σημαντική για την αξιολόγηση του ασθενούς, ενώ παράλληλα ανιχνεύει πιθανές προκαρκινικές βλάβες εξυπηρετώντας την κατάλληλη αντιμετώπιση. Άλλες εξετάσεις που μπορεί να ζητηθούν είναι η μέτρηση της ποσότητας του οξέος που παλινδρομεί στον οισοφάγο (μέτρηση PH), ο έλεγχος της κινητικότητας και του μυϊκού τόνου του οισοφάγου (μανομετρία), ο ακτινολογικός έλεγχος του ανώτερου πεπτικού με σκιαγραφική ουσία και πιθανώς υπερηχογράφημα άνω κοιλίας για αποκλεισμό προβλημάτων από τη χοληδόχο κύστη.

Πώς αντιμετωπίζεται η ΓΟΠΝ;

Συνήθως οι περισσότεροι άνθρωποι με ΓΟΠΝ χειρίζονται τα συμπτώματά τους με αλλαγή του τρόπου ζωής και με περιστασιακή χρήση φαρμάκων. Σε κάποιους όμως μπορεί να χρειασθεί μακρόχρονη φαρμακευτική αγωγή ή χειρουργείο.

Η αλλαγή του τρόπου ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική. Συνιστώνται:

- συχνά, μικρά γεύματα με αργό μάσημα της τροφής
- αποφυγή γευμάτων αργά το βράδυ
- κατάκλιση 2-3 ώρες μετά το γεύμα

Ο ρόλος της γαστροσκόπησης είναι πολύ σημαντικός στην αξιολόγηση και στη θεραπεία της νόσου, κυρίως όμως στην έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των δυσπλαστικών αλλοιώσεων που μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο

Η γαστροσκόπηση γίνεται ανώδυνα, με τη βοήθεια μέθης

Καθημερινά μέτρα για την αποφυγή ή μείωση των συμπτωμάτων της ΓΟΠΝ

1 συχνά, μικρά γεύματα με αργό μάσημα της τροφής, αποφυγή γευμάτων αργά το βράδυ

2 κατάκλιση 2-3 ώρες μετά το γεύμα

3 ανύψωση της κεφαλής της κλίνης ή ύπνος πάνω σε σφηνοειδές μαξιλάρι

4 μείωση ή αποφυγή ερεθιστικών τροφών

5 διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους

6 διακοπή καπνίσματος

7 αποφυγή στενών ρούχων, σφιχτών ζωνών

8 αποφυγή επικύψεων και ανύψωσης βαρέων αντικειμένων

- μείωση ή αποφυγή ερεθιστικών τροφών (καφές, τσάι, ανθρακούχα ποτά, αλκοόλ, τηγανητά, λιπαρά, πικάντικα, εσπεριδοειδή, τομάτες, κρεμμύδι, μέντα, σοκολάτα)
- αποφυγή οριζόντιας κατάκλισης (ανύψωση της κεφαλής της κλίνης ή ύπνος πάνω σε σφηνοειδές μαξιλάρι)
- διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους
- διακοπή καπνίσματος
- αποφυγή στενών ρούχων, σφιχτών ζωνών
- αποφυγή επικύψεων και ανύψωσης βαρέων αντικειμένων.

Η θεραπευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της ΓΟΠΝ στηρίζεται σε φάρμακα που μειώνουν-εξουδετερώνουν το γαστρικό οξύ, στοχεύοντας στην επούλωση των πληγών του οισοφάγου και στην ανακούφιση από τα συμπτώματα. Τέτοια φάρμακα είναι κυρίως οι αναστολείς αντλίας πρωτονίου (PPIs) και οι Η-2 αποκλειστές, ενώ τα αντιόξινα προσφέρουν γρήγορη ανακούφιση, όμως δεν επουλώνουν τις πληγές. Η μακρόχρονη χρήση των φαρμάκων έχει μικρή πιθανότητα ανεπιθύμητων ενεργειών (π.χ., διάρροια, οστεοπενία, ανεπάρκεια μαγνησίου κ.ά.) και θα πρέπει η δοσολογία να ρυθμίζεται έπειτα από ιατρική αξιολόγηση. Επιπλέον, μπορεί να χορηγηθούν φάρμακα που ενισχύουν την τονικότητα του οισοφάγου και σφίγγουν τον κατώτερο οισοφαγικό σφιγκτήρα απαλύνοντας την ΓΟΠΝ. Μερικά έχουν το πρόσθετο πλεονέκτημα της ταχύτερης κένωσης του στομάχου.

Η θεραπεία της ΓΟΠΝ θεωρείται επιτυχημένη όταν ανακουφίζει πλήρως τον ασθενή από τα συμπτώματα, βελτιώνει την ποιότητα ζωής του και επουλώνει τυχόν οισοφαγίτιδα. Μακροχρόνιος στόχος της θεραπείας είναι η πρόληψη των επιπλοκών

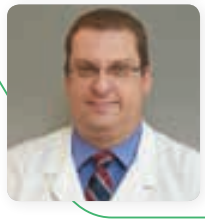
Χειρουργείο συνιστάται όταν υπάρχουν επίμονα συμπτώματα ή επιπλοκές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και δεν ρυθμίζονται με τα φάρμακα ή σε περιπτώσεις που θέλουμε να αποφύγουμε τη μακρόχρονη χρήση φαρμάκων. Η επέμβαση γίνεται λαπαροσκοπικά και στοχεύει στην αναδημιουργία του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, αναδιπλώνοντας το πάνω μέρος του στομάχου γύρω από το κατώτερο μέρος του οισοφάγου (θολοπλαστική). Σε κάποια περιστατικά αυτό μπορεί να γίνει και με ενδοσκοπικές τεχνικές.

Συμπερασματικά

Η ΓΟΠΝ είναι ένα πολύ συχνό πρόβλημα που συνήθως ελέγχεται με αλλαγές του τρόπου ζωής και με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Σε κάποιους απαιτείται μακρόχρονη θεραπεία, ίσως και χειρουργείο. Ο ρόλος της γαστροσκόπησης είναι πολύ σημαντικός στην αξιολόγηση και στη θεραπεία της νόσου, κυρίως όμως στην έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των δυσπλαστικών αλλοιώσεων που μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο.

υγεία για όλους

Dr Ιωάννης Ραυτόπουλος
Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστήμιο Connecticut, ΗΠΑ
Διευθυντής Weight Management Program, Holyoke Medical Center, Massachusetts, USA



Dr Αναστάσιος Τσεχπενάκης
Διευθυντής Η' Χειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών

Γαστρικό μπαλόνι - χάπι Elipse

Η μοναδική στον κόσμο αναίμακτη μέθοδος απώλειας βάρους χωρίς αναισθησία, γαστροσκόπηση ή επέμβαση

Ως παχυσαρκία ορίζεται η νόσος του μεταβολισμού η οποία χαρακτηρίζεται από παθολογικά αυξημένη συσσώρευση λίπους στο ανθρώπινο σώμα και η οποία συχνά σχετίζεται με διάφορα νοσήματα και μεταβολικές διαταραχές, όπως σακχαρώδης διαβήτης, αρθροπάθειες, αρτηριακή υπέρταση, καρδιακές παθήσεις, παθήσεις ήπατος και χοληφόρων, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (όπως το άσθμα και η υπνική άπνοια), ψυχολογικά προβλήματα (όπως η κατάθλιψη), διαταραχές έμμηνου κύκλου στις γυναίκες και προβλήματα στην εγκυμοσύνη, ακράτεια ούρων καθώς και με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Επιπλέον, τα προβλήματα που βιώνει στην καθημερινή ζωή ο παχύσαρκος έχουν να κάνουν με τη δυσκολία στην κινητικότητα, την εύκολη κόπωση και καταπόνηση και τη δυσκολία σε απλές καθημερινές πράξεις, όπως η χρήση μέσων μεταφοράς ή η προσωπική υγιεινή. Πολλές φορές αυτά οδηγούν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και κοινωνικό αποκλεισμό του.

Η παχυσαρκία αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα στον ανεπτυγμένο κόσμο. Στην Ελλάδα παίρνει τη μορφή επιδημίας, με το 35% του γενικού πληθυσμού να είναι υπέρβαρο, ενώ το 22,5% παχύσαρκο

Η παχυσαρκία αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα στον ανεπτυγμένο κόσμο. Στην Ελλάδα παίρνει τη μορφή επιδημίας, με το 35% του γενικού πληθυσμού να είναι υπέρβαρο, ενώ το 22,5% παχύσαρκο. Η παχυσαρκία υπολογίζεται με τον Δείκτη Μάζας Σώματος ή ΔΜΣ. Αναλόγως του ΔΜΣ μπορεί κανείς να χαρακτηριστεί: Φυσιολογικός (ΔΜΣ 18,5-24,9), Υπέρβαρος (ΔΜΣ 25-29,9), Παχύσαρκος (ΔΜΣ 30-34,9), Σοβαρά Παχύσαρκος (ΔΜΣ 35-39,9), Νοσογόνα Παχύσαρκος (ΔΜΣ 40-49,9) ή Υπερ-Παχύσαρκος (ΔΜΣ>50).

Γαστρικό μπαλόνι Elipse & Πρόγραμμα Απώλειας Βάρους

Το Πρόγραμμα Απώλειας Βάρους συνδυαζόμενο με το γαστρικό μπαλόνι Elipse αποτελεί μια ιδιαίτερα καινοτόμο και αποτελεσματική μέθοδο απώλειας βάρους, η οποία προσφέρεται κατά αποκλειστικότητα μόνο στην Ευρωκλινική από τον

κ. Ραυτόπουλο και αποτελεί το πρώτο βήμα και ένα εργαλείο με στόχο τη μακροπρόθεσμη στροφή προς έναν πιο υγιεινό, πιο θετικό τρόπο ζωής. Το Πρόγραμμα Απώλειας Βάρους αρχίζει με την επίσκεψη στους ειδικούς επιστήμονες της κλινικής -ιατρό, διατροφολόγο και ψυχολόγο-, με σκοπό την εξατομίκευση του προγράμματος στις ανάγκες σας. Η τοποθέτηση του μπαλονιού που ακολουθεί, συνοδεύεται από αναλυτικές διατροφικές οδηγίες και τακτική παρακολούθηση από την επιστημονική ομάδα του προγράμματος. Το πρόγραμμα έχει διάρκεια 12 μήνες, με στόχο την επίτευξη της μέγιστης δυνατής απώλεια βάρους, αλλά και της καλύτερης διατήρησής του μακροπρόθεσμα. Μετά το τέλος του προγράμματος, ο σκοπός μας είναι να έχετε αναλάβει τον έλεγχο της φυσικής σας κατάστασης και των νέων διατροφικών σας συνηθειών, να διατηρήσετε τα αποτελέσματα της απώλειας βάρους και να συνεχίσετε τον νέο τρόπο ζωής που έχετε δημιουργήσει για τον εαυτό σας.

Το γαστρικό μπαλόνι Elipse καταπίνεται σε μορφή μαλακής κάψουλας κατά τη διάρκεια μιας σύντομης επίσκεψης στην κλινική. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι είναι η μοναδική επεμβατική μέθοδος απώλειας βάρους πέραν της δίαιτας, άσκησης και φαρμακοθεραπείας, για την οποία δεν απαιτείται οποιασδήποτε μορφής αναισθησία, γαστροσκόπηση ή χειρουργική επέμβαση. Μόλις καταποθεί, ο ιατρός θα χρησιμοποιήσει πρώτα μια ακτινογραφία για να επιβεβαιωθεί ότι το μπαλόνι βρίσκεται εντός του στομάχου και στη συνέχεια θα φουσκώσει το μπαλόνι με υγρό με ένα λεπτό σωληνάκι. Το σωληνάκι αφαιρείται μόλις το μπαλόνι φουσκώσει και η όλη διαδικασία διαρκεί περίπου 15 λεπτά. Το μπαλόνι παραμένει στο στομάχι για 16 εβδομάδες (4 μήνες) περιορίζοντας τη χωρητικότητα του στομαχιού σε φαγητό. Μετά ξεφουσκώνει μόνο του, χωρίς εξωτερική παρέμβαση, και αποβάλλεται από τον οργανισμό φυσιολογικά με τα κόπρανα.

Με τη βοήθεια ειδικής ψηφιακής ζυγαριάς, που θα σας δοθεί στην έναρξη του προγράμματος, και την ειδική εφαρμογή (application) για το κινητό σας τηλέφωνο ή απλώς τηλεφωνώντας μας, μπορείτε να παρακολουθείτε την πρόοδό σας καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος. Οι μετρήσεις σας θα αποστέλλονται σε εμάς σε εβδομαδιαία βάση, έτσι ώστε η επιστημονική ομάδα του προγράμματος να είναι σε θέση να σας παρέχει την κατάλληλη καθοδήγηση στην επόμενη προγραμματισμένη συνάντηση. Το πρόγραμμα διαρκεί 12 μήνες με συνεχή διατροφική και ψυχοεκπαιδευτική καθοδήγηση από τον κ. Ραυτόπουλο και την ομάδα του και με υποχρεωτική συμμετοχή κάθε 2 εβδομάδες σε γκρουπ ασθενών χωρίς καμία επιπλέον οικονομική επιβάρυνση.

Τα αποτελέσματα του Προγράμματος Απώλειας Βάρους με το γαστρικό μπαλόνι Elipse

Σύμφωνα με την εμπειρία του κ. Ραυτόπουλου με τη συγκεκριμένη μέθοδο στο πλαίσιο της κλινικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, ο συνδυασμός του ειδικού Προγράμματος Απώλειας Βάρους του κ. Ραυτόπουλου και του γαστρικού μπαλονιού Elipse εξασφαλίζει κατά μέσο όρο απώλεια βάρους 15 kg (με μέγιστη απώλεια βάρους τα 30 kg) και μείωση της περιμέτρου της μέσης σας κατά περίπου 15 εκατοστά. Τα ευρήματα της κλινικής μελέτης έδειξαν, επίσης, σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής αλλά και των αιματολογικών αποτελεσμάτων σχετικά με τον διαβήτη, την αρτηριακή πίεση, τη χοληστερίνη, το ήπαρ και τον θυρεοειδή. Τα αποτελέσματα της κλινικής μελέτης έχουν ανακοινωθεί από τον κ. Ραυτόπουλο τους τελευταίους μήνες στα μεγαλύτερα διεθνή συνέδρια στον χώρο της παχυσαρκίας, όπως το International Congress of Obesity, Βανκούβερ, Καναδάς, European Obesity Summit, Γκέτεμποργκ, Σουηδία, American Society for Metabolic and Bariatric Surgery, Las Vegas, ΗΠΑ, American College of Surgeons, Washington D.C., ΗΠΑ και International Federation of Surgical Obesity, Ρίο ντε Τζανέ-

Το Πρόγραμμα Απώλειας Βάρους συνδυαζόμενο με το γαστρικό μπαλόνι Elipse αποτελεί μια ιδιαίτερα καινοτόμο και αποτελεσματική μέθοδο απώλειας βάρους, η οποία προσφέρεται κατά αποκλειστικότητα μόνο στην Ευρωκλινική από τον κ. Ραυτόπουλο

ιρο, Βραζιλία. Επίσης, τα αποτελέσματα της κλινικής μελέτης του κου Ραυτόπουλου, έγιναν αποδεκτά για δημοσίευση στο Surgical Endoscopy, ένα από τα πιο έγκριτα επιστημονικά περιοδικά στο χώρο της λαπαροσκοπικής χειρουργικής.

Η μέθοδος Elipse είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για όσους στοχεύουν να χάσουν με ασφάλεια μέχρι 30 kg σε 16 εβδομάδες, ενώ σκοπεύει να χρησιμεύσει ως το σημείο εκκίνησης για όσους χρειάζονται ένα εναρκτήριο λάκτισμα για έναν νέο υγιεινό τρόπο ζωής. Το γαστρικό μπαλόνι Elipse δεν είναι ένα μαγικό χάπι και από μόνο του δεν θα κάνει θαύματα. Η θέλησή σας για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής σας με τη βοήθεια της επιστημονικής ομάδας του Προγράμματος Απώλειας Βάρους θα σας οδηγήσουν με επιτυχία στο επιθυμητό αποτέλεσμα.

Η μέθοδος elipse είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για όσους στοχεύουν να χάσουν με ασφάλεια μέχρι 30 kg σε 16 εβδομάδες ενώ σκοπεύει να χρησιμεύσει ως το σημείο εκκίνησης για όσους χρειάζονται ένα εναρκτήριο λάκτισμα για έναν νέο υγιεινό τρόπο ζωής

Η επιστημονική ομάδα

Η σύγχρονη, ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία της νόσου της παχυσαρκίας απαιτεί επιστημονική ομάδα εξειδικευμένη στην αντιμετώπιση των παθήσεων του παχύσαρκου ασθενούς, στα ειδικά διαιτολογικά πρωτόκολλα, στις νέες αναίμακτες πρωτοποριακές μεθόδους απώλειας βάρους και στις χειρουργικές επεμβάσεις παχυσαρκίας.

Στην Ελλάδα, η Ευρωκλινική διαθέτει την πιο έμπειρη και άρτια εκπαιδευμένη επιστημονική ομάδα στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, της οποίας ηγείται ο κ. Ραυτόπουλος, αναπληρωτής καθηγητής Χειρουργικής Παχυσαρκίας στο Πανεπιστήμιο του Connecticut, ΗΠΑ.

Ο κ. Ραυτόπουλος είναι ειδικευμένος εξ ολοκλήρου στις ΗΠΑ, είναι ο μόνος χειρουργός στην Ελλάδα που έχει εκπαιδευθεί ειδικά στη χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και μάλιστα στις ΗΠΑ (Fellowship in Advanced Laparoscopic and Bariatric surgery) και έχει εργαστεί για 14 χρόνια στις ΗΠΑ ως διευθυντής τμήματος Χειρουργικής Παχυσαρκίας, όπως στο Πανεπιστήμιο του Πίτσμπουργκ και στο Νοσοκομείο Saint Francis Hospital and Medical Center στο Hartford, Κονέκτικατ. Επιπλέον, είναι πιστοποιημένος χειρουργός στις ΗΠΑ (USA Board Certified in Surgery), είναι Fellow του Αμερικανικού Κολλεγίου Χειρουργών, διαθέτει ενεργή ιατρική άδεια στις Πολιτείες της Μασαχουσέτης και της Κονέντικατ και είναι διευθυντής του Weight Management Program του Νοσοκομείου Holyoke Medical Center της Μασαχουσέτης. Τα τελευταία τρία χρόνια ο κ. Ραυτόπουλος εργάζεται τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Ελλάδα και έχει πραγματοποιήσει με απόλυτη επιτυχία και στην Ελλάδα πολλές περίπλοκες επεμβάσεις παχυσαρκίας, πολλές από τις οποίες δεν πραγματοποιούνται πουθενά αλλού στη χώρα μας. Το 2015 ο κ. Ραυτόπουλος ήταν επιστημονικά υπεύθυνος μιας πολύ σημαντικής κλινικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας σχετικά με τη μοναδική στον κόσμο αναίμακτη μέθοδο απώλειας βάρους που αφορά το γαστρικό μπαλόνι-χάπι Elipse της αμερικανικής εταιρείας Allurion Technologies. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα και άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με σκοπό την απόκτηση έγκρισης CE. Αυτό πραγματοποιήθηκε με απόλυτη επιτυχία και μάλιστα ο κ. Ραυτόπουλος συμμετέχει και στην αντίστοιχη κλινική μελέτη στις ΗΠΑ για την έγκριση της μεθόδου Elipse και από το FDA (Federal Drug Administration).

Τον κ. Ραυτόπουλο πλαισιώνει μια πολύ έμπειρη και επιστημονικά αξιόλογη ομάδα που περιλαμβάνει τον κ. Τσεχπενάκη, γενικό χειρουργό, διευθυντή Χειρουργικής Κλινικής στην Ευρωκλινική Αθηνών και Fellow του Αμερικανικού Κολλεγίου Χειρουργών, την κ. Χάιδα, διατροφόλογο, τον κ. Κυριαζόπουλο, ψυχοθεραπευτή, καθώς και άλλους επιστήμονες της Ευρωκλινικής.

Στεφανιαία νόσος

Πώς η διαγνωση και η εκτίμησή της επιτυγχάνονται με τις σύγχρονες απεικονιστικές εξετάσεις

Είναι γνωστό πως τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Στη χώρα μας ετησίως πεθαίνουν 30 χιλιάδες άτομα από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Δύο στους τρεις Έλληνες άνω των 40 ετών παρουσιάζουν σήμερα αθηρωματικές βλάβες στα αγγεία της καρδιάς. Από αυτούς, το 67% δεν εμφανίζει συμπτώματα, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου από ανακοπή καρδιάς. Στην προσπάθεια πρόληψης και έγκαιρης διάγνωση της νόσου πρωτεύοντα ρόλο παίζουν οι λειτουργικές δοκιμασίες καρδιαγγειακής απεικόνισης.

Δρ. Ιωάννης Β. Βασιλειάδης, MD, Ph.D, FESC, FACC
Διευθυντής Δ΄Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Τι είναι οι απεικονιστικές διαγνωστικές εξετάσεις της καρδιάς

Οι λειτουργικές δοκιμασίες στηρίζονται στη γνώση ότι άτομα με κλειστές ή στενωμένες αρτηρίες της καρδιάς (στεφανιαία νόσος) είναι δυνατόν κατά την ηρεμία να μην αναφέρουν συμπτώματα και το ηλεκτροκαρδιογράφημα να είναι εντελώς φυσιολογικό, ενώ κατά την κόπωση να εμφανίζουν θωρακικό άλγος (στηθάγχη) και ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις. Οι λειτουργικές δοκιμασίες συνδυάζουν την κόπωση, δυναμική (κυλιόμενος τάπητας) ή φαρμακευτική, με απεικόνιση της αιμάτωσης του μυοκαρδίου ή της συσπαστικότητας των τοιχωμάτων της καρδιάς, παραμέτρους καλής λειτουργίας σε φυσιολογική καρδιά, που μεταβάλλονται όταν υπάρχει στεφανιαία νόσος. Με τον τρόπο αυτό ελέγχουμε έμμεσα τη βατότητα των στεφανιαίων αγγείων, δηλαδή τη μη ύπαρξη αθηρωματικών στενώσεων.

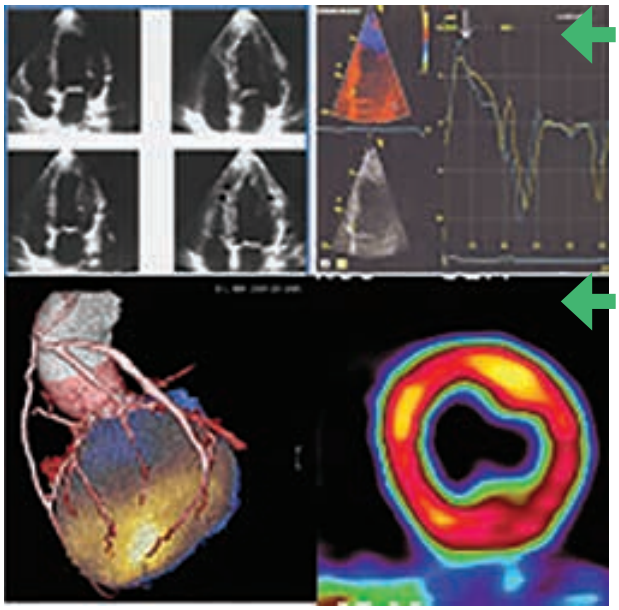
Σε ποιους απευθύνονται οι λειτουργικές δοκιμασίες της καρδιάς

Είτε σε ασυμπτωματικά άτομα που λόγω προδιαθεσικών παραγόντων (υπερχοληστεριναιμία, σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, κάπνισμα, κληρονομική επιβάρυνση) έχουν σοβαρή πιθανότητα στεφανιαίας νόσου είτε σε ασθενείς με γνωστή στεφανιαία νόσο (ιστορικό εμφράγματος, αγγειοπλαστικής, χειρουργικής επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου) ή, τέλος, σε ειδικές κατηγορίες ατόμων όπως: Αυτοί που πρόκειται να υποβληθούν σε εξωκαρδιακές επεμβάσεις, άτομα με ιδιαιτερότητα στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, όπως ο αποκλεισμός του αριστερού σκέλους, η παρουσία βηματοδότη ή ασθενείς με περιφερική αγγειοπάθεια ή αναπηρία των κάτω άκρων, περιπτώσεις στις οποίες η απλή δοκιμασία κόπωσης δεν είναι διαγνωστική ή εφικτή.

Ποιες οι συνηθέστερες στην καθ' ημέρα κλινική πράξη λειτουργικές δοκιμασίες

Δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία φόρτισης (stress echo)

Η δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία αποσκοπεί στην πρώιμη διάγνωση και στην αποτελεσματική εκτίμηση και πρόγνωση της στεφανιαίας νόσου. Η μέθοδος αρχίζει με ένα υπερηχογράφημα ηρεμίας καρδιάς (triplex καρδιάς) και ακολούθως γίνεται χορήγηση ενός φαρμάκου



Δύο εικόνες δυναμικού υπερηχογραφήματος

Δύο εικόνες σπινθηρογραφήματος. Η πρώτη εικόνα αποτελεί συνδυασμό σπινθηρογραφήματος καρδιάς με αξονική τομογραφία των στεφανιαίων αγγείων και η δεύτερη εικόνα συνήθους τομογραφικού σπινθηρογραφήματος καρδιάς

(συνηθέστερα δοβουταμίνη) σε προοδευτικά αυξανόμενη δόση, η οποία προκαλεί ταχυκαρδία και αύξηση της δύναμης σύσπασης της καρδιάς. Με τον τρόπο αυτό αναδεικνύονται καρδιακά τμήματα που υπολείπονται σε συσπαστικότητα (ισχαιμούν) σε σύγκριση με την υπερδυναμική απόκριση των φυσιολογικών τμημάτων της καρδιάς κατά τη χορήγηση της ινότροπης ουσίας. Τα μυοκαρδιακά τμήματα χωρίζονται κατά περιοχές κατανομής της άρδευσής τους από τα τρία κύρια στεφανιαία αγγεία και τους κλάδους τους. Έτσι ανάλογα με το προσβεβλημένο τμήμα εμμέσως λαμβάνουμε πληροφορίες για την ύπαρξη στενωτικών αλλοιώσεων στο υπεύθυνο αγγείο. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται επιπλέον ειδικές ουσίες που λέγονται παράγοντες αντίθεσης και βελτιώνουν κατά πολύ την εικόνα και κατά συνέπεια τη διαγνωστική ακρίβεια της μεθόδου. Ταυτόχρονα με τον έλεγχο για στεφανιαία νόσο, δίνεται πληθώρα άλλων πληροφοριών για την καρδιά (τοιχώματα, βαλβίδες, ανιούσα αορτή κ.λπ.) (*Εικόνα άνω*).

Σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου (SPECT)

Το τομογραφικό σπινθηρογράφημα αιμάτωσης μυοκαρδίου αποτελεί ίσως την πιο διαδεδομένη μέθοδο αναίμακτης μεθόδου απεικόνισης της στεφανιαίας νόσου, καθώς έχει αποδείξει σε μεγάλες μελέτες τη διαγνωστική του ακρίβεια, που ξεπερνάει το 95%. Η μέθοδος αυτή συνδυάζει τη διενέργεια δοκιμασίας κόπωσης -είτε σε κυλιόμενο τάπητα είτε με τη χρήση φαρμάκων (δοβουταμίνη, διπυριδαμόλη, αδενοσίνη), με την απεικόνιση της αιμάτωσης του μυοκαρδίου. Στο μέγιστο της ασκήσεως ή όταν ο ασθενής αναπτύξει συμπτώματα ή και ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές που δεν επιτρέπουν τη συνέχιση της ασκήσεως, μια μικρή ποσότητα ραδιενεργού ουσίας χορηγείται ενδοφλεβίως (τεχνήτιο ή θάλλιο). Η ουσία που χρησιμοποιείται αναμειγνύεται με το αίμα και μέσω των στεφανιαίων αρτηριών εισέρχεται στα κύτταρα του καρδιακού μυός. Με τη χρήση της γ-κάμερας, που περιστρέφεται γύρω από τον ασθενή, παίρνουμε εικόνες της πρόσληψης της ουσίας από τα καρδιακά κύτταρα. Η περιοχή που δεν αιματώνεται φυσιολογικά απεικονίζεται με λιγότερη ή καθόλου πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου ως μία πιο σκοτεινή περιοχή σε σύγκριση με τα λοιπά τμήματα της καρδιάς που προσλαμβάνουν το ραδιοϊσότοπο και είναι έντονα φωτεινά. Η μέθοδος έχει ως βασική αρχή ότι η καρδιά χωρίζεται σε περιοχές που η αιμάτωσή τους εξαρτάται από συγκεκριμένο στεφανιαίο αγγείο, ώστε η μειωμένη αιμάτωση (που εμφανίζεται στην οθόνη σαν έγχρωμη φωτογραφία) να είναι ενδεικτική της ύπαρξης στενωτικών αλλοιώσεων στην πάσχουσα στεφανιαία αρτηρία *(Εικόνα κάτω)*. Παρέχει πληθώρα πληροφοριών, όπως την κατάσταση των στεφανιαίων αγγείων (αν είναι στενωμένες ή αποφραγμένες), την κατάσταση του μυοκαρδίου (εάν έχει υποστεί έμφραγμα), το μέγεθος των καρδιακών κοιλοτήτων, τη λειτουργικότητα της καρδιάς (κλάσμα εξώθησης) και το κατά πόσο αποτελεσματική είναι η τρέχουσα θεραπεία (καρδιοχειρουργική επέμβαση, αγγειοπλαστική, φαρμακευτική αγωγή). Η μέθοδος είναι ευρείας αποδοχής από τους καρδιολόγους και έχει συμπεριληφθεί στις αναγραφόμενες διαγνωστικές καρδιολογικές εξετάσεις του εθνικού συστήματος υγείας. Τέλος, οφείλουμε να αναφέρουμε ότι στις εξελίξεις στον τομέα της καρδιαγγειακής απεικόνισης συγκαταλέγεται και ο συνδυασμός απεικόνισης της αιμάτωσης του μυοκαρδίου με SPECT και της ανατομίας του στεφανιαίου δικτύου (αξονική στεφανιογραφία).

Με δεδομένα τα σημερινά υψηλά ποσοστά ίασης έχουμε την πολυτέλεια να αισιοδοξούμε και να οραματιζόμαστε βελτίωση των ποσοστών ίασης με ελαχιστοποίηση των άμεσων και απώτερων επιπλοκών

Αναθεώρηση ολικής αρθροπλαστικής μεγάλων αρθρώσεων (ισχίου - γονατος)

Θ. Παπαπολυχρονίου
Διευθυντής Δ' Ορθοπαιδικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών

Αναστάσιος Λιλικάκης
Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών

Αλεξάνδρα Λιόλιου
Επιμελήτρια Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών

Γεώργιος Μαστροκωστόπουλος
Αναισθησιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Κωνσταντίνα Δρακοπούλου
Αναισθησιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Η αναθεώρηση ολικής αρθροπλαστικής είναι η χειρουργική επέμβαση για διόρθωση αποτυχημένης αρθροπλαστικής και αντικατάστασή της με νέα υλικά.

Η ολική αρθροπλαστική ισχίου και γόνατος είναι ένα από τα κορυφαία σύγχρονα ιατρικά επιτεύγματα. Έχει απαλλάξει εκατομμύρια ασθενείς από μακρόχρονο, έντονο πόνο και έχει αποκαταστήσει την κινητικότητα, αναβαθμίζοντας θεαματικά την ποιότητα ζωής άλλοτε «καταδικασμένων» ως προς αυτές τις παραμέτρους ανθρώπων. Η επιβίωση της αρθροπλαστικής καλύπτει στις περισσότερες περιπτώσεις ολόκληρη τη ζωή των χειρουργημένων. Εντούτοις, σε ένα αρχικά μικρό ποσοστό (1%-2% στη δεκαετία) που με την πάροδο των ετών αυξάνεται (μέχρι και 10%) απαιτείται επανεγχείρηση. Αυτό συμβαίνει επειδή προϊόντα φθοράς που παράγονται από τα παλαιά υλικά διέρχονται στη διεπιφάνεια ανάμεσα στην πρόθεση και το οστούν, το οποίο και διαβρώνουν (οστεόλυση). Έτσι η τεχνητή άρθρωση χαλαρώνει. Η ανάγκη για αναθεωρήσεις αναμένεται να αυξηθεί λόγω του μεγάλου αριθμού των αρθροπλαστικών που πραγματοποιούνται σε νέα και δραστήρια άτομα και την παράταση του προσδόκιμου ζωής. Η απόφαση για αναθεώρηση είναι αποτέλεσμα συνεκτίμησης των συμπτωμάτων (πόνος, χωλότητα), της έκτασης και εντόπισης της οστεόλυσης, του διαχρονικού ρυθμού επιδείνωσης, της ηλικίας και της γενικής κατάστασης υγείας.

Η απόφαση για αναθεώρηση είναι αποτέλεσμα συνεκτίμησης των συμπτωμάτων (πόνος, χωλότητα), της έκτασης και εντόπισης της οστεόλυσης, του διαχρονικού ρυθμού επιδείνωσης, της ηλικίας και της γενικής κατάστασης υγείας

Ο σχεδιασμός της εγχείρησης αρχίζει αρκετό χρόνο πριν από την καθορισμένη ημερομηνία. Η αναθεώρηση μπορεί να αφορά σε ένα μέρος της αρθροπλαστικής ή και σε περισσότερα. Απαραίτητη είναι η λεπτομερής ενημέρωση του/της ασθενούς και του στενού οικογενειακού ή και φιλικού περιβάλλοντος για το πρόβλημα που έχει προκύψει, τον τρόπο διόρθωσής του, την κατανόηση των δυσκολιών και την ανάγκη για συνεργασία. Στο πρακτικό επίπεδο επισημαίνεται καταρχήν ο μηχανισμός αποτυχίας-αστοχίας της αρχικής αρθροπλαστικής. Στη συνέχεια ο απεικονιστικός έλεγχος (ακτινογραφίες κ.λπ.) εξειδικεύει το πρόβλημα και προϊδεάζει για την ποιότητα του οστού, τα ελλείμματα και τον τρόπο στερέωσης. Λαμβάνεται μέριμνα για την κατάλληλη υποδομή, την ύπαρξη απαραίτητων εργαλείων, την προμήθεια όλων των πιθανών εμφυτευμάτων που θα χρειαστούν και τη διασφάλιση αίματος.

Η εγχείρηση προϋποθέτει άριστη οργάνωση της χειρουργικής ομάδας. Έτσι διασφαλίζεται η αυστηρή εφαρμογή του απλούστερου και αποτελεσματικότερου σχεδίου, αλλά και εναλλακτικών λύσεων, ευελιξία, αλλά χωρίς ερασιτεχνικούς αυτοσχεδιασμούς και υπομονή.

Η αναισθησία είναι συνήθως επισκληρίδιος, συνδυαζόμενη με ελαφρά μέθη, που συμβάλλει στην απόλυτη ηρεμία του/της ασθενούς. Παράλληλα, με ελεγχόμενη αρτηριακή υπόταση και χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων περιορίζεται σημαντικά η αιμορραγία και ελαχιστοποιείται ή και μηδενίζεται η ανάγκη μετάγγισης αίματος. Με τη μέθοδο αυτή εξασφαλίζεται και μακρά μετεγχειρητική αναλγησία. Η γενική νάρκωση προτιμάται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις.

Η εγχείρηση για αναθεώρηση έχει διακριτά στάδια, δηλαδή τη χειρουργική προσπέλαση, την αφαίρεση των παλαιών υλικών και την εμφύτευση των νέων. Η εγχειρητική τομή - προσπέλαση είναι επιλογή του χειρουργού και υπηρετεί τις καλύτερες δυνατές συνθήκες ορατότητας και ευελιξίας. Αυτό συνήθως επιτυγχάνεται με μεγάλες τομές, που τις περισσότερες φορές εκτείνονται και πέραν της αρχικής. Είναι θεωρητικά και εμπειρικά αποδεδειγμένο ότι μικρές ή ανεπαρκείς προσπελάσεις συνδέονται ενίοτε με σοβαρές διεγχειρητικές επιπλοκές.

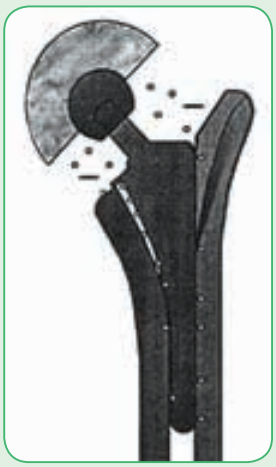
Στη διάρκεια της αφαίρεσης των παλαιών υλικών πρέπει με κάθε τρόπο να αποφευχθούν μεγαλύτερες οστικές βλάβες από αυτές που έχει σωρεύσει η χρόνια διαδικασία της χαλάρωσης. Για την ευκολότερη αφαίρεση επιλέγονται και ελεγχόμενες οστεοτομίες. Δεν είναι άστοχο να διατηρούνται κάποιες φορές ορισμένα τμήματα από την παλαιά αρθροπλαστική (ακρυλικό τσιμέντο, σύρματα κ.ά.).

Ακολουθεί η επισήμανση των οστικών ελλειμμάτων, που συνήθως είναι μεγαλύτερα από αυτά που έχουν εντοπιστεί στις προεγχειρητικές ακτινογραφίες. Τα οστικά ελλείμματα ταξινομούνται σύμφωνα με την ανατομική εντόπιση και την ποσότητα οστικής απώλειας και προσδιορίζουν το είδος των νέων υλικών που μπορούν να πετύχουν άριστη σταθεροποίηση, αποκατάσταση της φυσιολογικής ανατομικής και μακροβιότητα της νέας άρθρωσης.

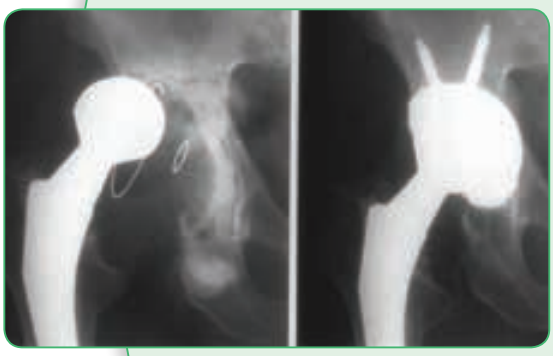
Η μετεγχειρητική πορεία είναι απολύτως εξατομικευμένη. Σχεδόν πάντοτε η έγερση - κινητοποίηση είναι άμεση, δηλαδή τις πρώτες 12-24 ώρες, και γίνεται με την οδηγία και την επίβλεψη φυσικοθεραπευτών. Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι η ελάχιστη δυνατή, δηλαδή 2-3 ημέρες, που είναι απαραίτητες για τη σταθεροποίηση κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων.

Η αναθεώρηση σήμερα είναι επιτυχής επέμβαση εφόσον τηρούνται αυστηρές προδιαγραφές που αφορούν τον/την ασθενή, την εξειδίκευση και μεγάλη εμπειρία της χειρουργικής ομάδας και την αξιοπιστία των νέων υλικών. Δεν παύει όμως να είναι μια μεγάλη και απαιτητική επέμβαση. Για την ανάσχεση της ανάγκης αυτής της επέμβασης πρέπει, εκτός των άλλων, να δοθεί έμφαση: α) Στη βελτιστοποίηση των υλικών της αρχικής αρθροπλαστικής και κυρίως β) στη χειρουργική τεχνική της αρχικής επέμβασης, που να διασφαλίζει σταθεροποίηση και εμβιομηχανική αποκατάσταση. Στον τομέα αυτό την τελευταία δεκαετία έχουν προταθεί νέες ιδέες και εφαρμογές. Πρέπει, όμως, να λαμβάνεται πάντα υπόψη και η ιστορία με αποτυχόντες νεωτερισμούς στο σχετικά πρόσφατο παρελθόν. Η υιοθέτηση «νέων» μεθόδων πρέπει να είναι ορθολογική, συγκρατημένη και με το βλέμμα όχι μόνο στον άμεσο εντυπωσιασμό, αλλά κυρίως στο μακρόχρονο θετικό αποτέλεσμα.

Η εγχείρηση για αναθεώρηση έχει διακριτά στάδια, δηλαδή τη χειρουργική προσπέλαση, την αφαίρεση των παλαιών υλικών και την εμφύτευση των νέων



Απεικόνιση μηχανισμού παραγωγής προϊόντων φθοράς πολυαιθυλενίου σε ολική αρθροπλαστική ισχίου και προϊούσας χαλάρωσης αυτής



Ακτινογραφία εμφανώς χαλαρωμένης ολικής αρθροπλαστικής γόνατος

Ακτινογραφία χαλαρωμένης ολικής αρθροπλαστικής ισχίου πριν και μετά την αναθεώρηση της αρθροπλαστικής

Dr Νικόλαος Μεταξάς
Διευθυντής Ε' Νευροχειρουργικού Τμήματος, Χειρουργός Σπονδυλικής Στήλης, Ευρωκλινική Αθηνών

Τεχνητός δίσκος

Σύγχρονη αντιμετώπιση της κήλης αυχενικού μεσοσπονδύλιου δίσκου

Ένα από τα πλέον συχνά προβλήματα τη σημερινή εποχή που αφορούν τις παθήσεις της σπονδυλικής στήλης είναι οι διαταραχές που οφείλονται στους μεσοσπονδύλιους δίσκους

Οι διαταραχές αυτές οφείλονται κυρίως σε βλάβη του δίσκου λόγω διάφορων αιτίων, όπως, π.χ., εκφυλιστικά, τραυματικά κ.λπ., με συνέπεια τη δημιουργία Κήλης του Μεσοσπονδύλιου Δίσκου (ΚΜΔ) **(Πίνακας 1)**.

Στην Αυχενική Μοίρα της Σπονδυλικής Στήλης (ΑΜΣΣ) τα συμπτώματα από την ΚΜΔ οφείλονται σε τρεις κυρίως λόγους:

1 Στη διαταραχή της κινητικότητας της ΑΜΣΣ και κατ' επέκταση του αυχένα **(Πίνακας 2)**.

2 Στην πίεση των νευρικών στοιχείων της ΑΜΣΣ, του νωτιαίου μυελού, των νευρικών ριζών κ.λπ. **(Πίνακας 3)**.

Οι χειρουργικές τεχνικές, εξελίχθηκαν σταδιακά με σκοπό την όσο δυνατόν καλύτερη αποκατάσταση του προβλήματος αλλά και την πλέον ασφαλή και ανώδυνη χειρουργική επέμβαση

3 Στη διαταραχή της ροής του αίματος στις σπονδυλικές αρτηρίες **(Πίνακας 4)**.

Η αντιμετώπιση της ΚΜΔ είναι συντηρητική ή χειρουργική ανάλογα με το είδος, τη βαρύτητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων.

Η συντηρητική θεραπεία συνίσταται σε φαρμακευτική αγωγή και σε φυσικοθεραπεία - κινησιοθεραπεία και προηγείται στις περισσότερες περιπτώσεις.

Η χειρουργική θεραπεία έχει ένδειξη στις παρακάτω περιπτώσεις:

1 Σε αποτυχία της συντηρητικής αγωγής για περισσότερο από δύο μήνες.

2 Σε επαναλαμβανόμενες και επιδεινούμενες κρίσεις για περισσότερο από έναν χρόνο παρά τη συντηρητική αγωγή.

3 Όταν υπάρχει, από την αρχή ή στην εξέλιξη, νευρολογική βλάβη ανεξαρτήτως της βαρύτητάς της (αδυναμία ή παράλυση άκρου, δυσχέρεια βάδισης κ.λπ.).

Η σύγχρονη χειρουργική αντιμετώπιση έχει σαν σκοπό αφενός την απελευθέρωση των νεύρων και του νωτιαίου μυελού, αφετέρου την αποκατάσταση της σταθερότητας της σπονδυλικής στήλης και την επαναφορά, όταν και όσο είναι δυνατόν, της φυσιολογικής της κίνησης.

Οι χειρουργικές τεχνικές, λοιπόν, τα τελευταία είκοσι χρόνια εξελίχθηκαν σταδιακά με σκοπό την όσο δυνατόν καλύτερη αποκατάσταση του προβλήματος αλλά και την πλέον ασφαλή και ανώδυνη χειρουργική επέμβαση.

Έτσι εξελίχθηκαν σταδιακά από τις απλές δισκεκτομές (αφαίρεση του δίσκου) στις σπονδυλοδεσίες (αφαίρεση του δίσκου και «δέσιμο» των σπονδύλων), είτε με μεταλλική

Πίνακας 1

ΑΙΤΙΑ ΚΜΔ

- Εκφυλιστικά
- Τραυματικά
- Φλεγμονώδη
- Συγγενή

Πίνακας 2

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Από τη διαταραχή της κινητικότητας της ΑΜΣΣ

- Πόνος στον αυχένα
- Πόνος στους ώμους με επέκταση στις ωμοπλάτες
- Πονοκέφαλος

Πίνακας 3

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Από την πίεση των νευρικών στοιχείων της ΑΜΣΣ

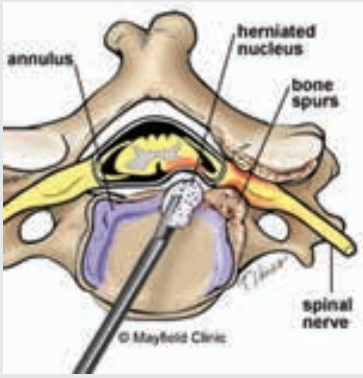
- Πόνος στο ένα ή και στα δύο άνω άκρα
- Αιμωδία (μούδιασμα) στο ένα ή και στα δύο άνω άκρα
- Αδυναμία ή και παράλυση του ενός ή και των δύο άνω άκρων
- Δυσκολία έως και αδυναμία βάδισης
- Συνδυασμοί όλων των παραπάνω

Πίνακας 4

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Από τη διαταραχή της ροής του αίματος στις σπονδυλικές αρτηρίες

- Ζάλη
- Εμβοές
- Αστάθεια



πλάκα και βίδες είτε με ειδικούς «κλωβούς» που αντικαθιστούσαν τον δίσκο αλλά έδεναν τους σπονδύλους μεταξύ τους.

Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκαν «κλωβοί» από ειδικό συνθετικό υλικό που έδεναν τους σπονδύλους, αλλά με τη δυνατότητα να έχουν μια «μικροκίνηση» και να απορροφούν τους κραδασμούς.

Η τελευταία εξέλιξη είναι η χρησιμοποίηση τεχνητών δίσκων για την αντικατάσταση του κατεστραμμένου δίσκου.

Η τοποθέτησή του γίνεται με μια χειρουργική επέμβαση, που είναι αναίμακτη, ανώδυνη, ασφαλής και με πολύ λιγότερες επιπλοκές.

Συγκεκριμένα γίνεται μια μικρή εγκάρσια τομή, περίπου 4 με 5 εκατοστά, στην πρόσθια επιφάνεια του λαιμού, συνήθως δεξιά της μέσης γραμμής.

Στη συνέχεια παρασκευάζεται η πρόσθια επιφάνεια της σπονδυλικής στήλης και αφαιρείται με το μικροσκόπιο ο κατεστραμμένος δίσκος, ελευθερώνοντας τον νωτιαίο μυελό και τις νευρικές ρίζες.

Η χρήση, του τεχνητού δίσκου προσφέρει «πλήρη κίνηση» του αυχένα, με συνέπεια την ελάττωση έως εξαφάνιση του αυχενικού

Μετά δε την αφαίρεση του δίσκου, τοποθετείται ο τεχνητός δίσκος.

Η χρήση, λοιπόν, του τεχνητού δίσκου προσφέρει «πλήρη κίνηση» του αυχένα, με συνέπεια την ελάττωση έως εξαφάνιση του αυχενικού αλλά και του μυϊκού πόνου στην ευρύτερη περιοχή των ώμων και της πλάτης.

Η αποκατάσταση ή και -γιατί όχι;- η «επαναφορά» της κίνησης στον αυχένα μπορούν να αποτελούν το μέλλον της χειρουργικής αποκατάστασης των προβλημάτων των μεσοσπονδύλιων δίσκων ιδίως της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

Μανώλης Μάνεσης
Ηπατολόγος, Ομότιμος καθηγητής Παθολογίας, Ευρωκλινική Αθηνών

Ηπατίτιδα C

Μύθοι και αλήθειες

Είναι σχεδόν κανόνας ότι για κάθε χρόνιο νόσημα υπάρχει πληροφόρηση αλλά και παραπληροφόρηση. Όχι μόνο μεταξύ εκείνων που πάσχουν, αλλά μερικές φορές και μεταξύ μη ειδικών γιατρών που θα χρειασθεί να συμβουλέψουν ασθενείς τους. Η ηπατίτιδα C δεν αποτελεί εξαίρεση. Παρακάτω γίνεται προσπάθεια να εντοπιστούν κάποιοι από τους μύθους αυτούς και να δοθούν οι σωστές απαντήσεις.

Μύθος 1ος

«Η παρουσία anti-HCV αντισωμάτων στο αίμα δείχνει ενεργό HCV λοίμωξη»

Όχι πάντα. Το θετικό anti-HCV στο αίμα δείχνει μόνο ότι το άτομο αυτό ήλθε κάποτε σε επαφή με τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV). Δεν σημαίνει υποχρεωτικά την παρουσία ενεργού λοίμωξης. Η νόσηση επιβεβαιώνεται με την ανίχνευση HCV RNA (γενετικού υλικού του HCV) στο αίμα. Στο 20%-50% των anti-HCV θετικών ατόμων το HCV RNA δεν ανιχνεύεται. Τα άτομα αυτά δεν πάσχουν και δεν χρειάζονται θεραπεία. Επίσης, το anti-HCV μετά την επιτυχή θεραπεία και τη μόνιμη εκρίζωση του HCV παραμένει θετικό για πολλές 10ετίες (ίσως και διά βίου). Τα άτομα αυτά δεν νοσούν πλέον και δεν μεταδίδουν την ηπατίτιδα C.

Μύθος 2ος

«Κινδυνεύουμε να κολλήσουμε ηπατίτιδα C και μόνο με απλή επαφή με κάποιον που πάσχει»

Όχι. Ο HCV μεταδίδεται κυρίως παρεντερικά (π.χ., τρυπήματα με μολυσμένες βελόνες ενέσεων, μεταγγίσεις μολυσμένου αίματος κ.λπ.). Η μετάδοση της ηπατίτιδας C εντερικά (χέρια->-στόμα) ή με απλή επαφή είναι εξαιρετικά σπάνια. Μπορεί να συμβεί μόνο αν ο ιός έλθει σε επαφή με πληγή στο δέρμα ή βλεννογόνους και πετύχει να μπει στο σώμα σε αρκετή ποσότητα ώστε, ξεπερνώντας την άμυνα του οργανισμού, να προκαλέσει λοίμωξη. Αυτό είναι ασυνήθιστο. Ο κίνδυνος μετάδοσης της νόσου με σεξουαλική επαφή είναι πολύ μικρός σε μονογαμικά ζευγάρια. Είναι όμως πολύ μεγαλύτερος σε άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους ή μεταξύ ομοφυλοφίλων.

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

Μύθος 3ος

«Η κλασική θεραπεία ηπατίτιδας C με ενέσεις (ιντερφερόνη) και χάπια (ριμπαβιρίνη) προκαλεί αφόρητες παρενέργειες και πρέπει να αποφεύγεται»

Αυτό είναι επίσης λάθος. Η ιντερφερόνη, κυρίως όταν

πρωτοχορηγείται, προκαλεί συμπτώματα όμοια με αυτά της γρίπης (πυρετό, πόνο στους μυς και στις αρθρώσεις, κακουχία). Αυτά όμως είναι πολύ καλά ανεκτά. Αντιμετωπίζονται, όπως στη γρίπη, με 1-2 δισκία αναλγητικών. Μειώνονται μετά την 2η-3η ένεση και συνήθως εξαφανίζονται. Παραμένει συχνά κάποιο αίσθημα κακοδιαθεσίας και εύκολη κόπωση, που ποικίλλουν από ασθενή σε ασθενή. Τα ενοχλήματα αυτά δεν εμποδίζουν τον ασθενή να εργάζεται. Αν είναι πολύ έντονα, αντιμετωπίζονται με χορήγηση απλών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, όσο διαρκεί η θεραπεία. Μόνο στο 5% των ασθενών θα χρειασθεί διακοπή της θεραπείας ένεκα υποκειμενικών ενοχλημάτων. Ηλικιωμένοι ασθενείς και όσοι έχουν εγκατεστημένη κίρρωση ήπατος παρουσιάζουν εντονότερα τις παρενέργειες αυτές και χρειάζονται συχνότερη ιατρική παρακολούθηση.

Μύθος 4ος

«Τα νεότερα αντιϊκά φάρμακα έχουν υποκαταστήσει τη θεραπεία με ιντερφερόνη»

Αυτό δεν είναι σωστό. Σύμφωνα με πρόσφατες ελληνικές και ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες (www.keelpno.gr, www.journal-of-hepatology.eu), η ιντερφερόνη αποτελεί μέρος της θεραπευτικής αγωγής σε όλους τους ασθενείς που δεν έχουν αντένδειξη στη χορήγησή της. Ένεκα του υψηλού κόστους των νεότερων αντιιικών φαρμάκων, το κλασικό θεραπευτικό σχήμα με ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη αποτελεί τη θεραπεία πρώτης επιλογής για όλους τους ασθενείς με πρώιμο στάδιο ηπατικής ίνωσης. Σε προχωρημένο στάδιο ίνωσης ή κίρρωσης, τα νεότερα αντιικά φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν με ή χωρίς ιντερφερόνη, ανάλογα με την περίπτωση.

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

Μύθος 5ος

«Όταν η ηπατίτιδα C ξεριζωθεί με τη θεραπεία, ο άρρωστος έγινε πλέον καλά και δεν χρειάζεται άλλη παρακολούθηση»

Για τον ασθενή με ήδη εγκατεστημένη κίρρωση, η θέση αυτή είναι όχι μόνο λανθασμένη αλλά και επικίνδυνη. Στον κιρρωτικό ασθενή, ο κίνδυνος εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκίνου (ΗΚΚ) παραμένει και μετά την εκρίζωση του HCV. Μειώνεται, αλλά δεν εκλείπει. Περιστατικά ΗΚΚ έχουν παρατηρηθεί έως και 10 χρόνια μετά την επιτυχή θεραπεία της ηπατίτιδας C σε ασθενείς με κίρρωση. Τέτοιοι ασθενείς έχουν ανάγκη ιατρικής παρακολούθησης με συχνούς υπερηχογραφικούς ελέγχους για πρώιμη διάγνωση και αντιμετώπιση του ΗΚΚ.

Ολική αρθροπλαστική γόνατος

με ψηφιακή υποβοήθηση

Στέφανος Αναστασόπουλος

Ορθοπαιδικός χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Η οστεοαρθρίτιδα του γόνατος αποτελεί μία εκφυλιστικού τύπου πάθηση, κατά την οποία η προοδευτική φθορά του χόνδρου και των υπόλοιπων ενδαρθρικών στοιχείων οδηγεί στη βαθμιαία καταστροφή της άρθρωσης. Πρόκειται για ένα συχνό πρόβλημα που αφορά ένα μεγάλο αριθμό -ιδιαίτερα ηλικιωμένων- ασθενών. Τα κύρια σημεία της κλινικής εικόνας της πάθησης είναι ο πόνος, η διόγκωση, ο κριγμός, η δυσκαμψία και η παραμόρφωση του γόνατος. Τα στοιχεία αυτά οδηγούν σε προοδευτική μείωση της κινητικότητας της άρθρωσης, σε επιδεινούμενη δυσχέρεια βάδισης και τελικά σε απώλεια της ποιότητας ζωής, με σαφή συναισθηματική επιβάρυνση. Η θεραπεία εκλογής της οστεοαρθρίτιδας του γόνατος είναι η ολική αρθροπλαστική. Πρόκειται για επέμβαση αντικατάστασης των φθαρμένων τμημάτων της άρθρωσης, με προθέσεις αποτελούμενες από κράματα μετάλλων και πολυαιθυλένιο. Η πρόοδος των αναισθησιολογικών μεθόδων δημιούργησε συνθήκες απόλυτης ασφάλειας και ελαχιστοποίησε τον μετεγχειρητικό πόνο. Η εμπειρία στην

εκτέλεση της επέμβασης και η βελτίωση των προθέσεων κατέστησαν την ολική αρθροπλαστική του γόνατος -εδώ και πολλά χρόνια- μία επέμβαση καλής πρόγνωσης, με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Στο Τμήμα Ψηφιακής Επανορθωτικής Χειρουργικής Γόνατος στην Ευρωκλινική Αθηνών η ολική αρθροπλαστική γόνατος εκτελείται με τη χρήση ενός προηγμένου ψηφιακού συστήματος πλοήγησης CAS, το οποίο, αφού λάβει υπόψη του τα ιδιαίτερα ανατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς, καθοδηγεί τον χειρουργό να εκτελέσει την επέμβαση με απόλυτη ακρίβεια.

Η οστεοαρθρίτιδα του γόνατος αποτελεί μία εκφυλιστικού τύπου πάθηση, κατά την οποία η προοδευτική φθορά του χόνδρου και των υπόλοιπων ενδαρθρικών στοιχείων οδηγεί στη βαθμιαία καταστροφή της άρθρωσης

CAS: Η πλέον εξελιγμένη μέθοδος εκτέλεσης ολικής αρθροπλαστικής γόνατος. Συνδυάζει την ικανότητα και την εμπειρία του χειρούργου με την ψηφιακή τεχνολογία

Σε επιλεγμένους ασθενείς η επέμβαση εκτελείται ταυτόχρονα και στα δύο γόνατα με τεράστια οφέλη σε χρόνο και ταλαιπωρία

Πρόκειται για την πλέον εξελιγμένη μέθοδο εκτέλεσης της ολικής αρθροπλαστικής γόνατος, η οποία παντρεύει με τον καλύτερο τρόπο την ικανότητα και την εμπειρία του χειρουργού με την ψηφιακή τεχνολογία.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου:

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

Ο αριθμός των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική γόνατος με ψηφιακή υποβοήθηση στο Τμήμα Ψηφιακής Επανορθωτικής Χειρουργικής Γόνατος της Ευρωκλινικής Αθηνών και η ποιότητα των αποτελεσμάτων είναι αντίστοιχα με αυτά των πιο αναγνωρισμένων διεθνών κέντρων.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί μία εντυπωσιακή δυνατότητα που προκύπτει από τη χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου. Οι ασθενείς που πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα στην πλειονότητά τους εμφανίζουν το πρόβλημα και στα δύο γόνατα. Μέχρι πρόσφατα έπρεπε να χειρουργηθούν στο ένα γόνατο και έπειτα από 4-6 μήνες να χειρουργηθούν και στο άλλο,υποφέροντας όλο αυτό το διάστημα από τον πόνο του αχειρούργητου γόνατος.

Με την ολική αρθροπλαστική με ψηφιακή υποβοήθηση CAS εκτελείται η επέμβαση σε επιλεγμένους ασθενείς ταυτόχρονα και στα δύο γόνατα, με τεράστια οφέλη σε χρόνο και ταλαιπωρία.

Αυτή η δυνατότητα αποτελεί μία εξαιρετικά σημαντική εξέλιξη και οφείλεται στο γεγονός ότι η συγκεκριμένη μέθοδος προκαλεί περιορισμένη επιβάρυνση στον οργανισμό (απώλεια αίματος, επιπλοκές, πόνος), σε σχέση με τις υπόλοιπες μεθόδους εκτέλεσης της ολικής αρθροπλαστικής γόνατος.

Ήδη στο τμήμα Ψηφιακής Επανορθωτικής Χειρουργικής Γόνατος έχει εκτελεστεί ένας μεγάλος αριθμός «διπλών» επεμβάσεων, σε άντρες και γυναίκες, με ασφάλεια και εξαιρετικά αποτελέσματα.

Ελένη Ψιάχου
Αιματολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Οξεία λευχαιμία: διαγνωστικές και θεραπευτικές επιλογές με στόχο την ίαση

Μέρος πρώτο: Οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία (ΟΛΛ) σε εφήβους και νέους ενήλικες

Την τελευταία δεκαετία, η αιματολογική κοινότητα αναγνώρισε τις ιδιαιτερότητες της νόσου στην ηλικιακή αυτή ομάδα 15 έως 39 ετών, σχεδίασε κλινικές μελέτες για την ομάδα αυτή και επέτυχε εντυπωσιακή αύξηση του ποσοστού επιβίωσης από το 40% στο 70%. Θα παρουσιάσουμε τις παραπάνω εξελίξεις και την εφαρμογή τους στην κλινική μας πρακτική.

Η Οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία (ΟΛΛ) είναι από τις κακοήθειες του αίματος που προσβάλλουν κάθε ηλικία, από τη νεογνική έως τη γεροντική ηλικία (βαθιά γεράματα). Στη μέση και γεροντική ηλικία η νόσος θεραπεύεται δυσκολότερα λόγω της διαφορετικής βιολογικής συμπεριφοράς της και της συνύπαρξης νοσηρότητας στις ηλικίες αυτές όπως καρδιοπάθειες, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης κ.λπ. Ως εκ τούτου, χρειάζονται διαφορετικά πρωτόκολλα συνδυασμένης χημειοθεραπείας και ελαφριάς τοξικότητας. Αντίθετα, στην παιδική ηλικία, χάρη στην εφαρμογή ειδικών εντατικών πρωτοκόλλων συνδυασμένης χημειοθεραπείας, υποστήριξη του ασθενούς και με τη σωστή διαχείριση των παρενεργειών τους, έχουν επιτευχθεί ποσοστά ίασης που αγγίζουν το 90%.

Μεταξύ των δύο αυτών ομάδων υπάρχει η ομάδα των εφήβων και των νέων ενηλίκων, στους οποίους η νόσος παρουσιάζει αρκετές ιδιαιτερότητες και η οποία μέχρι πριν από μία δεκαετία θεραπευόταν με πρωτόκολλα που προορίζονταν για ηλικιωμένους ασθενείς.

Συμπτωματολογία

Η νόσος εμφανίζεται με αίσθημα κοπώσεως, κακουχία, νυχτερινές

ΟΞΕΙΑ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Ενδεδειγμένη βέλτιστη θεραπευτική προσέγγιση:

- Προσδιορισμός υποκατηγορίας και εξατομικευμένη χημειοθεραπεία με βάση παιδιατρικά πρωτόκολλα.
- Αρίστη υποστηρικτική φροντίδα: Έχει αποδειχθεί ότι έχει σημαίνοντα ρόλο στις προόδους που έχουν επιτευχθεί.
- Επιθετική πρόληψη και θεραπεία λοιμώξεων. Οι ασθενείς θεραπεύονται σε μονόκλινα δωμάτια και το νοσηλευτικό προσωπικό ακολουθεί αυστηρούς κανόνες προστασίας του ασθενούς.
- Υποστήριξη με τα σωστά παράγωγα αίματος, όπως αιμοπετάλια, φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα, ακτινοβολημένα και λευκαφαιρεμένα.
- Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του.
- Υποστήριξη αναπαραγωγικής δυνατότητας σε νεότερους ασθενείς.

εφιδρώσεις, μελανιές, πετέχειες, ανεξήγητους πυρετούς κ.ά.

Διάγνωση

Τις πιο πολλές φορές είναι εμφανής κατά τη μορφολογική εξέταση επιχρίσματος αίματος και επιβεβαιώνεται με την εξέταση μυελογράμματος από τον αιματολόγο. Η διαγνωστική όμως προσέγγιση δεν σταματάει εδώ. Προχωράμε με εξειδικευμένες εξετάσεις του ανοσοφαινότυπου, του καρυότυπου και μοριακού υποτύπου της νόσου στον μυελό.

Η παραπάνω διεργασία είναι σύνθετη και μας δίνει σημαντικές πληροφορίες για τη συμπεριφορά της νόσου και μας καθοδηγεί στην επιλογή των κατάλληλων θεραπευτικών σχημάτων.

Θεραπευτική αντιμετώπιση:

Όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, τα πιο αποτελεσματικά σχήματα είναι αυτά που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της νόσου στην παιδική ηλικία. Την τελευταία δεκαετία του περασμένου αιώνα (1995-2000) εμφανίστηκαν οι πρώτες αναφορές εμπειρικών παρατηρητών ότι η νόσος στους ασθενείς αυτούς ανταποκρίνεται καλύτερα στη θεραπεία με τα σύνθετα εντατικά πρωτόκολλα. Από τα μέσα της πρώτης δεκαετίας του αιώνα μας (2005 και μετά) άρχισαν να τρέχουν οι πρώτες κλινικές μελέτες σε Ευρώπη και Αμερική που επιβεβαιώνουν τις αρχικές παρατηρήσεις. Έτσι η μοντέρνα αντιμετώπιση της νόσου περιλαμβάνει ακριβή διαγνωστική τυποποίηση και θεραπεία με τα ανάλογα πρωτόκολλα συνδυασμένης χημειοθεραπείας που εφαρμόζονται στους παιδιατρικούς ασθενείς.

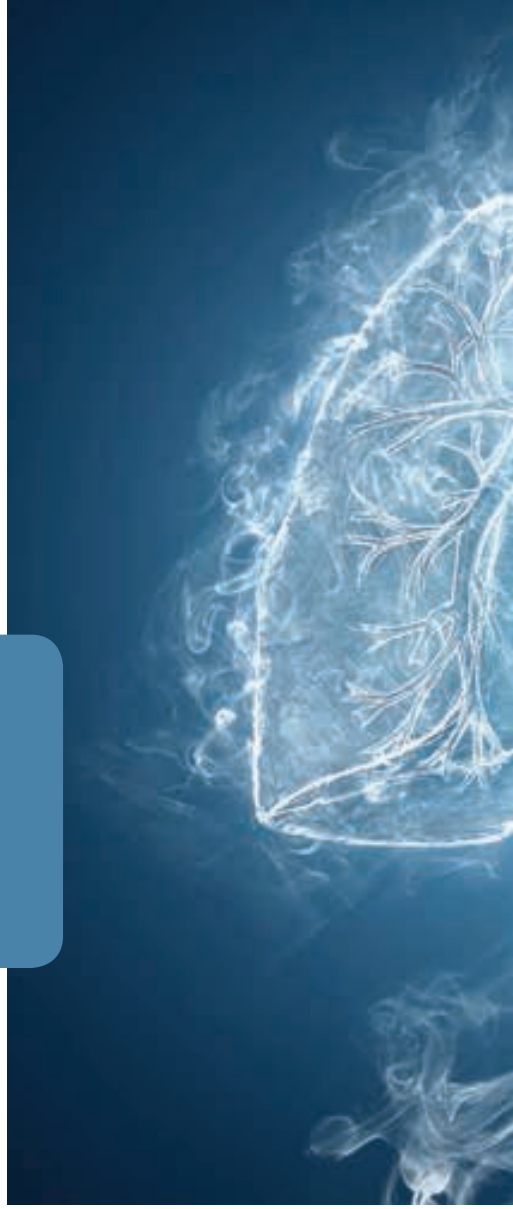
Με δεδομένα τα σημερινά υψηλά ποσοστά ίασης έχουμε την πολυτέλεια να αισιοδοξούμε και να οραματιζόμαστε βελτίωση των ποσοστών ίασης με ελαχιστοποίηση των άμεσων και απώτερων επιπλοκών

Το μέλλον

Με δεδομένα τα σημερινά υψηλά ποσοστά ίασης έχουμε την πολυτέλεια να αισιοδοξούμε και να οραματιζόμαστε βελτίωση των ποσοστών ίασης με ελαχιστοποίηση των άμεσων και απώτερων επιπλοκών. Με δεδομένη τη μεγάλη βιολογική ετερογένεια της σπάνιας αυτής νόσου και την περιπλοκότητα των ενδεδειγμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων περαιτέρω πρόοδοι σημειώνονται με την ενσωμάτωση στην καθ' ημέρα πράξη νέων θεραπειών από επαγγελματίες υγείας που επικεντρώνονται στη φροντίδα των ασθενών αυτών, συνεπικουρούμενοι από επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων.

Να θυμόμαστε ότι η οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία είναι μία νόσος αλλά οι θεραπείες ποικίλες.

Νίκος Α. Κατιρτζόγλου
MD, PhD,
Παθολόγος-Ογκολόγος, Επιμελητής Α' Ογκολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών



Νεότερες εξελίξεις στη θεραπεία του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα

Μετά και από την ανοσοθεραπεία, τι;

Εδώ και πάρα πολλά χρόνια έχουμε πάψει να θεραπεύουμε τον Μη Μικροκυτταρικό Καρκίνο του Πνεύμονα (ΜΜΚΠ - Non Small Cell Lung Cancer, NSCLC) με ένα και μοναδικό κυτταροτοξικό φάρμακο (μονοθεραπεία). Είναι ευρέως γνωστό ήδη από τη δεκαετία το '90 ότι ο συνδυασμός δύο χημειοθεραπευτικών παραγόντων (διπλέτα) με βάση την πλατίνη (καρβοπλατίνη ή σισπλατίνη) είναι πιο αποτελεσματικός -όσον αφορά τη συνολική επιβίωση των ασθενών- συγκριτικά με τη μονοθεραπεία.

Επιπλέον, εδώ και αρκετά χρόνια έχουμε πάψει να προσεγγίζουμε θεραπευτικά τον ΜΜΚΠ με μοναδικό κριτήριο τον ιστολογικό του τύπο -αδενοκαρκίνωμα και πλακώδες καρκίνωμα. Η πρόοδος που έχει επιτευχθεί όσον αφορά την καλύτερη κατανόηση της μοριακής βιολογίας του καρκίνου έχει οδηγήσει στην ανεύρεση νέων αποτελεσματικών μοριακών φαρμάκων (Στοχευμένη Θεραπεία, ΣΘ - Targeted Therapies), τα οποία στοχεύουν-αναστέλλουν συγκεκριμένα ενδοκυττάρια μονοπάτια που οδηγούν σε καρκινογένεση. Οι οδηγές μεταλλάξεις (driver mutations), που έχουν χαρακτηριστεί μέχρι τώρα στον καρκίνο του πνεύμονα πολύ περισσότερες, δε, στο αδενοκαρκίνωμα συγκριτικά με το πλακώδες καρκίνωμα-, αποτέλεσαν «εύφορο έδαφος» για στόχευση και παραγωγή νέων μορίων στη θεραπεία του.

Από τη δεκαετία το '90, ο συνδυασμός δύο χημειοθεραπευτικών παραγόντων με βάση την πλατίνη είναι πιο αποτελεσματικός -όσον αφορά τη συνολική επιβίωση των ασθενών- συγκριτικά με τη μονοθεραπεία

Έτσι είναι εγκεκριμένα και χορηγούνται ευρέως πλέον μικρομοριακοί αναστολείς της τυροσινικής κινάσης του υποδοχέα του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα (Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR) με ενδοκυττάρια δράση, όπως τα **Gefitinib, Erlotinib** και **Afatinib**, σε ασθενείς με μεταλλαγμένο EGFR. Πρόσφατα συγκρίθηκε το νέας γενιάς Afatinib με το παλαιότερο Gefitinib στο πλαίσιο θεραπείας 1ης γραμμής του ΜΜΚΠ σταδίου IIIB/IV με πολύ καλά αποτελέσματα (LUX-Lung7 trial). Ήδη από το 2009 νέο όπλο στη φαρέτρα των

φαρμάκων για την αντιμετώπιση του τοπικά προχωρημένου, υποτροπιάζοντα ή μεταστατικού ΜΜΚΠ αποτέλεσε και το μονοκλωνικό αντίσωμα με εξωκυττάρια αυτή τη φορά δράση έναντι και πάλι του EGFR, το γνωστό **Cetuximab** (βάσει αποτελεσμάτων δύο μεγάλων κλινικών μελετών: FLEX trial και BMW 099). Τα τελευταία χρόνια, το ενδιαφέρον για τα μονοκλωνικά αντισώματα αναθερμάνθηκε και έτσι καταλήξαμε στην έγκριση ενός νέου παράγοντα τον Δεκέμβριο 2015, του αντισώματος **Necitumumab,** στη θεραπεία 1ης γραμμής του ΜΜΚΠ αποκλειστικά πλακώδους ιστολογικού τύπου μαζί με χημειοθεραπεία (SQUIRE trial).

Η κατανόηση των μοριακών μεταβολών του καρκίνου, και ο διαχωρισμός των ασθενών που θα ωφεληθούν περισσότερο με βάση προβλεπτικούς και προγνωστικούς δείκτες θα μας οδηγήσει σταδιακά στην αποτελεσματική προσέγγιση του ΜΜΚΠ

Στον ΜΜΚΠ, το RAF-RAS-MEK αποτελεί μεν πολύ σημαντικό ενδοκυττάριο μονοπάτι μεταγωγής πολλαπλών σημάτων, που καταλήγουν σε ογκογένεση (δεδομένου ότι οι μεταλλάξεις του KRAS σχετίζονται με τη χρήση καπνού), είναι όμως ίσως το δυσκολότερο στη στόχευση για ποικίλους λόγους. Παρ' όλα αυτά, ο νέος παράγοντας **Selumetinib** (MEK1/2 αναστολέας) σε πρόσφατη φάσεως ΙΙ κλινική μελέτη συγκρίθηκε με την «κλασική» Δοσεταξέλη (φάρμακο που είναι εγκεκριμένο εδώ και πολλά χρόνια για τη θεραπεία 2ης γραμμής, και όχι μόνο, του ΜΜΚΠ) με ενθαρρυντικά αποτελέσματα, τόσο όσον αφορά τη διάμεση επιβίωση των ασθενών όσο και την επιβίωση μέχρι την επιδείνωση της νόσου: 9,4 μήνες έναντι 5,2 μηνών και 5,3 μήνες έναντι 2,1 μηνών, αντίστοιχα. Τα θετικά αυτά αποτελέσματα αναμένουμε να επικυρωθούν αισίως και από μελέτη φάσεως ΙΙΙ, που βρίσκεται ήδη σε εξέλιξη. Ένας ακόμα αναστολέας MEK1/2, ο γνωστός παράγοντας από τη θεραπεία του ανεγχείρητου μελανώματος **Trametinib,** μελετήθηκε σε φάσεως ΙΙ trial ως μονοθεραπεία 2ης γραμμής σε KRAS-μεταλλαγμένο ΜΜΚΠ, αλλά και σε συνδυασμό με το επίσης γνωστό από το μελάνωμα **Dabrafenib** (BRAF αναστολέας) σε ασθενείς με ΜΜΚΠ που έφεραν τη V600E μετάλλαξη. Στην ομάδα των ασθενών που έλαβαν τον συνδυασμό των φαρμάκων παρατηρήθηκαν ποσοστά ανταπόκρισης 88% και διάμεση επιβίωση 63%, σε αντίθεση με την ομάδα που έλαβε μονοθεραπεία με Dabrafenib, στην οποία τα ποσοστά αυτά ήταν στατιστικά μικρότερα: 56% και 33%, αντίστοιχα.

Ο ρόλος της αντι-αγγειογένεσης στη θεραπεία του ΜΜΚΠ είναι γνωστός από δεκαετίας. Ο πρώτος αντι-αγγειογενετικός παράγοντας που έλαβε έγκριση για τη θεραπεία του ΜΜΚΠ-αδενικού τύπου σε συνδυασμό με διπλέτα χημειοθεραπευτικών φαρμάκων ήταν το Bevacizumab (Avastin, E4599 trial, 2006). Πρόσφατα, δύο νέοι αντι-αγγειογενετικοί παράγοντες έλαβαν έγκριση και πήραν τη θέση τους στο οπλοστάσιό μας έναντι του ΜΜΚΠ: Το **Nintedanib** (μικρομοριακός αναστολέας) και το **Ramucirumab** (μονοκλωνικό αντίσωμα), αμφότερα και πάλι σε συνδυασμό με κυτταροτοξική θεραπεία 2ης γραμμής, επί υποτροπής ή επιδείνωσης της νόσου έπειτα από θεραπεία με πλατινούχο διπλέτα: Το πρώτο εγκρίθηκε αποκλειστικά για τα μη πλακώδη καρκινώματα, ενώ το δεύτερο για πλακώδη και για αδενοκαρκινώματα πνεύμονα.

Είναι προφανές ότι η χημειοθεραπεία «δεν έχει παραδώσει τα σκήπτρα» ακόμα και στον 21ο αιώνα, που η ανοσολογία του καρκίνου κερδίζει καθημερινά έδαφος, τόσο σε ερευνητικό όσο και σε κλινικό επίπεδο. Ένα μικρό μεν, όχι όμως αμελητέο ποσοστό ασθενών με ΜΜΚΠ θα ωφεληθεί από τη χορήγηση μόνο ανοσοθεραπείας, με εξαιρετικά για την ογκολογία αποτελέσματα επιβίωσης. Η καλύτερη κατανόηση των μοριακών μεταβολών του καρκίνου, και επομένως ο διαχωρισμός των ομάδων εκείνων των ασθενών που θα ωφεληθούν περισσότερο με βάση προβλεπτικούς και προγνωστικούς δείκτες, οι οποίοι βρίσκονται ακόμα υπό διερεύνηση, θα μας οδηγήσει σταδιακά στην αποτελεσματική και ιδανική προσέγγιση του ΜΜΚΠ, με τελικό στόχο να μετατραπεί ο τελευταίος σε μία «χρόνια νόσο».

Dr Σωτήριος Κ. Μπεθάνης
M.Sc, Ph.D,
Επιμελητής Ενδοκρινολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Τι είναι η βιταμίνη D

και ποιος ο ρόλος της;

Η βιταμίνη D είναι ένας πολύτιμος σύμμαχος υγείας για όλες τις ηλικίες.

Είναι μια λιποδιαλυτή βιταμίνη, η οποία συντίθεται στον οργανισμό κυρίως μέσω της επίδρασης της υπεριώδους ακτινοβολίας του ήλιου στο δέρμα μας, αλλά προσλαμβάνεται και από την κατανάλωση ορισμένων τροφών με κύριο ρόλο τη σωστή ανάπτυξη των οστών μας και την προαγωγή της υγείας του σκελετού μας.

Τα τελευταία όμως χρόνια πλήθος επιστημονικών μελετών υπογραμμίζουν το σημαντικότατο ρόλο της βιταμίνης D στη συνολική υγεία του οργανισμού, καθώς έχει καταγραφεί πως βοηθά στην καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού, στον έλεγχο του σακχάρου αλλά και στην πρόληψη άλλων σοβαρών παθήσεων, όπως διάφορων μορφών καρκίνου, σκλήρυνσης κατά πλάκας, ψυχιατρικών νόσων, υπέρτασης καθώς και άλλων ασθενειών.

Ποια άτομα κινδυνεύουν περισσότερο από έλλειψη βιταμίνης D; Γιατί είναι συχνή η έλλειψη βιταμίνης D στη χώρα μας;

Άτομα που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο έλλειψης βιταμίνης D είναι:

Α) Άτομα με σκουρόχρωμο δέρμα, καθώς η μελανίνη δρα σαν φίλτρο στην απορρόφηση της UVB ακτινοβολίας (υπεριώδης Β ακτινοβολία).

Β) Άτομα με μικρή ή μηδενική έκθεση στον ήλιο, όπως:

Πρόσφατη μελέτη στον ελληνικό πληθυσμό ανέδειξε πως το 57,7% έχει έλλειψη βιταμίνης D

- Ηλικιωμένοι με πολλαπλά προβλήματα υγείας που παραμένουν κλινήρεις ή περιορισμένοι στην κατοικία τους.
- Άτομα που καλύπτουν πλήρως το δέρμα τους με ρούχα λόγω θρησκευτικών ή πολιτιστικών πεποιθήσεων (π.χ., μοναχές).
- Άτομα που εσκεμμένα αποφεύγουν την έκθεση στον ήλιο λόγω αισθητικής ή θεμάτων υγείας.
- Άτομα με επαγγέλματα με μικρή έκθεση στον ήλιο (υπάλληλοι γραφείου, νυχτοφύλακες).

Γ) Άτομα με ιατρικές καταστάσεις που προδιαθέτουν σε έλλειψη βιταμίνης D, όπως:

- Παχυσαρκία
- Χρόνια νεφρική νόσος
- Ηπατική ανεπάρκεια
- Χρήση φαρμάκων που αυξάνουν την κατανάλωση βιταμίνης D (π.χ., αντισπασμωδικά)
- Παθολογικές καταστάσεις του γαστρεντερικού συστήματος, είτε λόγω νοσημάτων (όπως η κοιλιοκάκη, η νόσος Crohn, η κυστική ίνωση) είτε λόγω χειρουργικών επεμβάσεων που αφαιρούν ή παρακάμπτουν τμήματα του στομάχου ή του εντέρου (π.χ., γαστρικό bypass)

Φαίνεται παράδοξο αλλά στην ηλιόλουστη χώρα μας, όπως και σε άλλες μεσογειακές χώρες, τα επίπεδα βιταμίνης D είναι συχνά πολύ χαμηλότερα από τα φυσιολογικά και η ανεπάρκεια βιταμίνης D είναι συνηθέστερη από τις βορειότερες χώρες. Πρόσφατη μελέτη στον ελληνικό πληθυσμό ανέδειξε πως το 57,7% έχει έλλειψη βιταμίνης D.

Οι κυριότερες αιτίες που εξηγούν αυτό το φαινόμενο είναι:

- Το γεωγραφικό πλάτος της Ελλάδας δεν επιτρέπει την επαρκή σύνθεση βιταμίνης D ιδίως τους χειμερινούς μήνες.
- Ο πληθυσμός έχει περιορίσει σημαντικότατα την έκθεση στον ήλιο, φαινόμενο που στη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφεται ως heliophobia (ηλιοφοβία).
- Οι κάτοικοι των βορειότερων χωρών της Ευρώπης καταναλίσκουν μεγαλύτερες ποσότητες πλούσιων σε λίπος ψαριών (σολομός).

Η γενική σύσταση είναι οι ενήλικες να προσλαμβάνουν 800 IU βιταμίνης D ημερησίως και να καταναλώνουν ψάρια δύο φορές την εβδομάδα. Η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία συνιστά τη χορήγηση βιταμίνης D σε όλα τα βρέφη που θηλάζουν τους πρώτους έξι μήνες της ζωής τους

Ποια προβλήματα υγείας μπορεί να προκαλέσει η έλλειψη βιταμίνης D;

Οι σοβαρότερες επιπλοκές της έλλειψης βιταμίνης D είναι:

- χαμηλά επίπεδα ασβεστίου και φωσφόρου στο αίμα
- η εγκατάσταση **ραχίτιδας** στα παιδιά, μια πάθηση που οδηγεί σε παραμόρφωση των οστών και σε καθυστέρηση της ανάπτυξης
- η ανάπτυξη **οστεομαλακίας** (διαταραχή που οδηγεί σε λέπτυνση των οστών) και **οστεοπόρωσης** στους ενήλικες
- αυξημένη συχνότητα πτώσεων και συνοδών καταγμάτων.

Αν και απαιτούνται περισσότερες μελέτες για να εδραιώσουν τη γνώση μας, η έλλειψη βιταμίνης D έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο:

- σκλήρυνσης κατά πλάκας
- σακχαρώδους διαβήτη (τόσο τύπου 1 όσο και τύπου 2)
- διαφόρων μορφών καρκίνου (ειδικά του εντέρου)
- καρδιακής νόσου
- ψυχιατρικών νόσων
- αυτοάνοσων νοσημάτων

Όσον αφορά τη συμπτωματολογία της έλλειψης βιταμίνης D δεν υπάρχουν ξεκάθαρα και ειδικά ενοχλήματα, ενώ αρκετοί ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί ακόμα και σε σημαντική έλλειψη. Τα συνηθέστερα συμπτώματα που περιγράφονται είναι κόπωση, γενικευμένη μυϊκή αδυναμία, κράμπες, πόνος στις

Από ποιες πηγές προσλαμβάνουμε βιταμίνη D;

Ο οργανισμός προσλαμβάνει τη βιταμίνη D κυρίως μέσω της σύνθεσής της στο δέρμα μας, με την επίδραση της υπεριώδους ηλιακής ακτινοβολίας. Ο χρόνος έκθεσης στην ηλιακή ακτινοβολία που απαιτείται για τη σύνθεση των απαραίτητων ποσών βιταμίνης D εξαρτάται από την ηλικία, το χρώμα του δέρματος και από τα υποκείμενα προβλήματα υγείας.

Η άλλη λιγότερο σημαντική πηγή βιταμίνης D είναι η πρόσληψη μέσω των τροφών. Λίγες τροφές είναι πλούσιες σε βιταμίνη D και αυτές είναι ορισμένα «λιπαρά» ψάρια (όπως ο σολομός, το σκουμπρί, ο τόνος, ο μπακαλιάρος, η πέστροφα, οι σαρδέλες), το μουρουνέλαιο, τα αυγά και το βοδινό συκώτι.

αρθρώσεις, αδυναμία συγκέντρωσης και κεφαλαλγίες.

Πώς γίνεται η διάγνωση της έλλειψης βιταμίνης D;

Τα επίπεδα βιταμίνης D στον οργανισμό μας μετρώνται με μια αιματολογική εξέταση, που λέγεται 25-υδρόξυ βιταμίνη D ή 25 (OH) D3:

- τιμές 25 (OH) D3>30 ng/ml θεωρούνται φυσιολογικές
- τιμές 25 (OH) D3 20-30 ng/ml θεωρούνται ενδεικτικές ανεπάρκειας της βιταμίνης D
- τιμές 25 (OH) D3<20 ng/ml θεωρούνται ενδεικτικές έλλειψης της βιταμίνης D.

Πώς μπορούμε να προλάβουμε την έλλειψη βιταμίνης D;

Η ποσότητα βιταμίνης D που απαιτείται για να διατηρείται η βιταμίνη D σε φυσιολογικά επίπεδα εξαρτάται από τη διατροφή κάθε ατόμου, την έκθεση στον ήλιο, το χρώμα του δέρματος και τις υποκείμενες νόσους.

Η βιταμίνη D3 διατίθεται σε δισκία, κάψουλες, σταγόνες με πολύ καλά αποτελέσματα, ενώ πρόσφατα και στη χώρα μας κυκλοφορεί και σε μορφή spray

Η γενική σύσταση είναι οι ενήλικες να προσλαμβάνουν 800 IU (International Units) βιταμίνης D ημερησίως για τη διατήρηση φυσιολογικών επιπέδων βιταμίνης D (αν και οι ηλικιωμένοι πιθανώς να χρειάζονται μεγαλύτερες δόσεις) και να καταναλώνουν ψάρια δύο φορές την εβδομάδα.

Η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία συνιστά τη χορήγηση βιταμίνης D σε όλα τα βρέφη που θηλάζουν τους πρώτους έξι μήνες της ζωής και τη χορήγηση 400 IU βιταμίνης D σε όλα τα παιδιά και τους εφήβους που δεν καταναλώνουν τουλάχιστον 1.000 ml γάλακτος την ημέρα (καθώς τα 100 ml γάλακτος περιέχουν περίπου 40 IU βιταμίνης D).

Πώς μπορούμε να αντιμετωπίσουμε την έλλειψη βιταμίνης D;

Υπάρχουν διαφορετικές μορφές βιταμίνης D στα χορηγούμενα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα ή συμπληρώματα διατροφής. Οι κυριότερες μορφές συμπληρωμάτων βιταμίνης D είναι η εργοκαλσιφερόλη (βιταμίνη D2) και η χοληκαλσιφερόλη (βιταμίνη D3). Συνιστάται η χορήγηση βιταμίνης D3, καθώς η χοληκαλσιφερόλη αποτελεί τη φυσική μορφή και έχει τη δυνατότητα να ανεβάσει τα επίπεδα της ολικής βιταμίνης D αποτελεσματικότερα.

Η συνιστώμενη δόση βιταμίνης D εξαρτάται από τον βαθμό ανεπάρκειας ή έλλειψής της.

Η θεραπεία υποκατάστασης της βιταμίνης D είναι πολύ ασφαλής και συνήθως δεν παρατηρούνται προβλήματα από τη χορήγησή της. Η βιταμίνη D3 διατίθεται σε δισκία, κάψουλες, σταγόνες με πολύ καλά αποτελέσματα, ενώ πρόσφατα και στη χώρα μας κυκλοφορεί και σε μορφή spray. Η τελευταία μορφή χορήγησης συνδυάζει την πολύ εύληπτη μορφή και τη μέγιστη απορρόφηση.

γυναίκα

Κέντρο Μαστού
Ευρωκλινική
Αθηνών

Σεξουαλικώς
Μεταδιδόμενα
Νοσήματα

Πέτρος Μαλακάσης
Ειδικός Ακτινοδιαγνώστης Μαστού Διευθυντής Απεικονιστικού Τμήματος Διάγνωσης Μαστού & Οστεοπόρωσης, Ευρωκλινική Αθηνών

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

Κέντρο Μαστού
Ευρωκλινική Αθηνών

Το Κέντρο Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών βρίσκεται στον 6ο όροφο του νοσοκομείου και αποτελεί μία υπερσύγχρονη μονάδα ευρωπαϊκών προδιαγραφών στην οποία αντιμετωπίζεται καθημερινά μεγάλος αριθμός γυναικών τόσο στο πλαίσιο του προληπτικού ελέγχου με μαστογραφία, υπερηχογράφημα και κλινική εξέταση όσο και ασθενών με ευρήματα από τις απεικονιστικές τους εξετάσεις και υποψία αλλοιώσεων στον μαστό. Πιστοποιήθηκε πρόσφατα ως πλήρες μέλος του «Breast Centers Network», του πρώτου διεθνούς δικτύου μονάδων μαστού για τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Το δίκτυο αυτό τελεί υπό την αιγίδα του European School of Oncology (ESSO), του πλέον έγκριτου φορέα της χειρουργικής ογκολογίας παγκοσμίως. Απαρτίζεται από 187 κλινικές μαστού σε όλο τον κόσμο, οι οποίες πληρούν τις προϋποθέσεις για να θεωρούνται Κέντρα Αναφοράς για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη και παγκοσμίως.

Συναντήσαμε τους δύο διευθυντές του κέντρου μαστού, τον κ. Πέτρο Μαλακάση, ειδικό ακτινολόγο μαστού και διευθυντή του Απεικονιστικού Τμήματος, και την κ. Φιορίτα Πουλακάκη, χειρουργό μαστού και διευθύντρια της Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, συζητήσαμε μαζί τους, μας ξενάγησαν στο τμήμα και μας απάντησαν σε πολλά ερωτήματα που αφορούν το κεφάλαιο Καρκίνος του Μαστού.

1. Πόσο συχνός είναι πλέον ο καρκίνος του μαστού; Υπάρχουν αξιόπιστα στατιστικά στοιχεία;

Π.Μ.: Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη κακοήθη πάθηση των γυναικών στη χώρα μας. Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μία στις 9 γυναίκες θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής της. Με δεδομένη τη μεγάλη συχνότητα εμφάνισης της νόσου και τα ποσοστά θνητότητας, είναι αντιληπτό ότι η πρώιμη διάγνωση, η θεραπευτική αντιμετώπιση και η μετέπειτα παρακολούθηση του καρκίνου του μαστού πρέπει να γίνονται από κέντρα μαστού τα οποία απασχολούν μια διεπιστημονική ομάδα ειδικών. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο εμφανίζονται

περίπου 4.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, ενώ 1.500 Ελληνίδες πεθαίνουν ετησίως από τη νόσο.

2. Ποιοι παράγοντες συνδέονται με την αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού;

Φ.Π.: Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου αυξάνει με την ηλικία.

Η εξέλιξη της νόσου είναι ταχύτερη σε νεότερες ηλικίες. Πέρα όμως από τους παράγοντες που δεν μπορούμε να αλλάξουμε, υπάρχει εξατομικευμένη στρατηγική μείωσης του ατομικού κινδύνου ανάπτυξης της νόσου. 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. 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.

3. Από ποιους επαγγελματίες υγείας αποτελείται μία κλινική μαστού;

Π.Μ.: Η κεντρική ομάδα της κλινικής του μαστού αποτελείται από εξειδικευμένους ιατρούς στις παθήσεις του μαστού, δηλαδή χειρουργό μαστού, ακτινολόγο μαστού, παθολογοανατόμο, ογκολόγους, ψυχολόγο και πλαστικό χειρουργό, καθώς και από νοσηλεύτριες με εξειδίκευση στις παθήσεις του μαστού και από κατάλληλα εκπαιδευμένους τεχνολόγους.

4. Ποιος τεχνολογικός εξοπλισμός είναι απαραίτητος σε ένα σύγχρονο κέντρο μαστού;

Π.Μ.: Ο τεχνολογικός εξοπλισμός που απαιτείται είναι ψηφιακός μαστογράφος τελευταίας τεχνολογίας με δυνατότητα τομοσύνθεσης, υπερηχογράφος υψηλής ευκρίνειας με δυνατότητα ελαστογραφίας και 3D απεικόνισης. Επιπλέον μαγνητικός τομογράφος (± ultrafast), τραπέζι στερεοτακτικής βιοψίας και εξοπλισμός για τη διενέργεια βιοψιών core (FNB, Tru cut) και την τοποθέτηση hook wires προεγχειρητικά για τον εντοπισμό αψηλάφητων αλλοιώσεων.

5. Πότε ο ακτινολόγος δικαιούται να ονομάζεται ακτινολόγος μαστού;

Π.Μ.: Ο ακτινολόγος πρέπει να βλέπει τουλάχιστον 1.000 μαστογραφίες/έτος (σε περίπτωση πληθυσμιακού ελέγχου ο αριθμός αυτός είναι 5.000/έτος), 50 μαγνητικές μαστογραφίες. Επιπλέον, θα πρέπει να πραγματοποιεί τουλάχιστον 500 υπερηχογραφήματα μαστού και μασχαλιαίας χώρας και 50 σχετικές επεμβατικές πράξεις. Για να θεωρείται εξειδικευμένος στον μαστό πρέπει τουλάχιστον το 30% του χρόνου εργασίας του να αφιερώνεται στις παθήσεις του μαστού. Θα πρέπει να παρακολουθεί τις εργασίες μιας εξειδικευμένης κλινικής μαστού τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για συμπτωματικούς ασθενείς ή στο πλαίσιο πληθυσμιακού ελέγχου, καθώς και να συμμετέχει σε multidisciplinary meetings (EUSOMA Breast Unit Requirements 2013).

6. Πότε ο χειρουργός δικαιούται να ονομάζεται χειρουργός μαστού;

Φ.Π.: Κάθε μονάδα μαστού θα πρέπει να απασχολεί δύο ή περισσότερους χειρουργούς μαστού. Ο χειρουργός μαστού (έχοντας ολοκληρώσει ειδικότητα γενικής χειρουργικής ή γυναικολογίας) θα πρέπει να ασχολείται αποκλειστικά και να έχει εκπαιδευτεί εξειδικευμένα στη χειρουργική του μαστού. Προκειμένου να θεωρηθεί κάποιος χειρουργός μαστού θα πρέπει να αφιερώνει τουλάχιστον το 50% του χρόνου εργασίας του στις παθήσεις του μαστού, να χειρουργεί τουλάχιστον 50 περιστατικά καρκίνου τον χρόνο και να εργάζεται τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα σε τακτικό ιατρείο μαστού της κλινική (EUSOMA Breast Unit Requirements 2013). Την τελευταία 5ετία έχει θεσπιστεί από την UEMS ειδικές εξετάσεις για το Breast Working group (European Boards), στις οποίες πιστοποιείται (FEBS) ότι ο χειρουργός έχει την απαραίτητη εκπαίδευση και γνώσεις για να θεωρείται χειρουργός μαστού.

7. Ποιος είναι ο ρόλος του ακτινολόγου μαστού μέσα στην κλινική μαστού;

Π.Μ.: Στην κλινική μαστού γίνεται προσέγγιση - αντιμετώπιση της ασθενούς με οποιαδήποτε πάθηση του μαστού, με σκοπό την εκτίμησή της από την ομάδα της κλινικής και την τελική διάγνωση. Η διερεύνηση μορφωμάτων του μαστού στηρίζεται στην τριπλή εκτίμηση που περιλαμβάνει την κλινική εκτίμηση, την απεικόνιση (μαστογραφία, υπερηχογράφημα μαστών/ + μαγνητική μαστογραφία) και την ιστολογική ταυτοποίηση στις περιπτώσεις πραγματοποίησης απεικονιστικά καθοδηγούμενων βιοψιών. Ο ακτινοδιαγνώστης μαστού ειδικεύεται στην ανάγνωση των σχετικών με τον μαστό απεικονιστικών εξετάσεων και στις απεικονιστικά καθοδηγούμενες επεμ-

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη κακοήθη πάθηση των γυναικών στη χώρα μας. Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μία στις 9 γυναίκες θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής της. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο εμφανίζονται περίπου 4.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, ενώ 1.500 Ελληνίδες πεθαίνουν ετησίως από τη νόσο

βατικές πράξεις που σκοπεύουν στη διάγνωση ή τη θεραπεία.

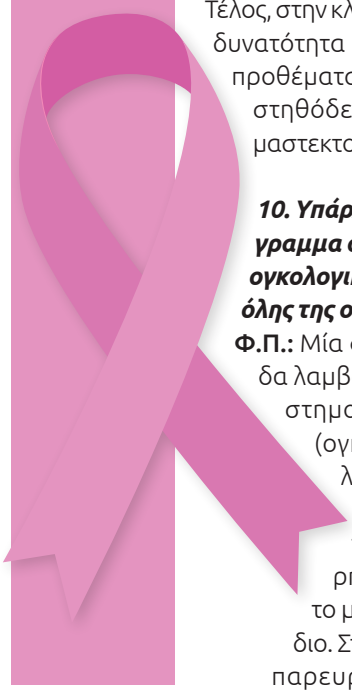
Συμπληρωματικά, ο ακτινολόγος μαστού πρέπει:

- Να έχει την ικανότητα να προσφέρει εξειδικευμένη γνώση στον παραπέμποντα κλινικό βοηθώντας τον στην επιλογή της κατάλληλης εξέτασης για την επίλυση του προβλήματος.
- Να μπορεί να συσχετίζει απεικονιστικά ευρήματα με άλλες σχετικές εξετάσεις.
- Να μπορεί να κατευθύνει την περαιτέρω απεικονιστική διερεύνηση συνιστώντας την κατάλληλη απεικόνιση σε κάθε περίπτωση.

8. Ποιος είναι ο ρόλος των άλλων επαγγελματιών υγείας που ανήκουν στον βασικό πυρήνα της ομάδας;

Φ.Π.: Στις προδιαγραφές της μονάδας μαστού απαιτείται να υπάρχει διαθέσιμο ειδικευμένο προσωπικό για την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και τη νοσηλευτική φροντίδα. Πρόκειται για ειδικευμένη νοσηλεύτρια μαστού (breast care nurse) και ψυχολόγο (ή ψυχίατρο) οι οποίοι πρέπει να είναι διατεθειμένοι να συμβουλεύουν και να παρέχουν πρακτικές συμβουλές και υποστήριξη σε ασθενείς με νέα διάγνωση καρκίνου την ώρα που τους ανακοινώνεται η διάγνωση και, επίσης, όσο και όταν χρειάζονται περαιτέρω εξηγήσεις για το πρόγραμμα θεραπείας. Επιπλέον απαιτείται ισχυρή γραμματειακή υποστήριξη και ένα σύστημα καταγραφής δεδομένων που περιλαμβάνει την εισαγωγή των δεδομένων της διάγνωσης, της θεραπείας και τα κλινικά αποτελέσματα συνεχώς. Συνήθως αρκεί ένας παθολογοανατόμος εξειδικευμένος στις παθήσεις του μαστού, ο οποίος θα πρέπει να αναλαμβάνει τη μελέτη όλων των ιστολογικών και κυτταρολογικών δειγμάτων μαστού.

Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και η εξατομικευμένη θεραπεία έχουν συντελέσει στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης από τη νόσο και αναμφισβήτητα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών που έχουν έρθει αντιμέτωπες με την ασθένεια



9. Ποιες είναι οι επιπλέον παροχές ιατρικών υπηρεσιών εντός του κέντρου μαστού;

Φ.Π.: Το κέντρο μαστού συνεργάζεται με πλαστικό χειρουργό με ειδικό ενδιαφέρον στις τεχνικές αποκατάστασης του μαστού, προκειμένου να παρέχεται η δυνατότητα ταυτόχρονης ή σε απώτερο χρόνο αποκατάστασης του μαστού έπειτα από μαστεκτομή. Στο πλαίσιο αυτό υπάρχει η δυνατότητα στην κλινική μας να διενεργηθεί ιατρική δερματοστιξία (medical tatoo) για τη δημιουργία θηλής έπειτα από αποκατάσταση ή διόρθωση ουλών. Υπάρχει συνεργασία με ογκολόγους - παθολόγους και ακτινοθεραπευτές για την ολοκλήρωση των συμπληρωματικών θεραπειών και της γενετικής συμβουλευτικής, με γυναικολόγους για θέματα διατήρησης γονιμότητας αλλά και γυναικολογικής παρακολούθησης των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Τέλος, στην κλινική μας υπάρχει η δυνατότητα fitting room για τα προθέματα και τους ειδικούς στηθόδεσμους έπειτα από μαστεκτομή.

10. Υπάρχει τακτικό πρόγραμμα συναντήσεων/ ογκολογικών συμβουλίων όλης της ομάδας;

Φ.Π.: Μία φορά την εβδομάδα λαμβάνουν χώρα διεπιστημονικές διασκέψεις (ογκολογικό συμβούλιο), όπου συζητούνται περιστατικά τόσο στο προεγχειρητικό όσο και κατά το μετεγχειρητικό στάδιο. Στα συμβούλια αυτά παρευρίσκονται όλες οι ειδικότητες που εμπλέκονται στη διάγνωση και στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού και λαμβάνονται αποφάσεις οι οποίες καταγράφονται στα πρακτικά του συμβουλίου και υπάρχει δυνατότητα να δοθούν γραπτώς στον ασθενή.

11. Ποια είναι τα πλεονεκτήματα στην επιβίωση και στην ποιότητα ζωής των ασθενών που διαγνώσθηκαν με καρκίνο του μαστού και αντιμετωπίστηκαν σε οργανωμένη κλινική μαστού;

Φ.Π.: Τα πλεονεκτήματα της έγκαιρης διάγνωσης που προκύπτει από τη συνεργασία ακτινολόγου και χειρουργού μαστού είναι ευνόητα. Υπάρχουν μελέτες που αποδεικνύουν ότι επιτυγχάνονται πολύ καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα, μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης και καλύτερη επιβίωση στους ασθενείς που αντιμετωπίζονται σε σύγχρονα κέντρα μαστού. Οι διαφορές στην επιβίωση των ασθενών με καρκίνο του μαστού αγγίζουν το 16% μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ανάλογα με την πρόσβαση των γυναικών σε οργανωμένες μονάδες μαστού (μελέτη Eurocare), ενώ άλλες μελέτες δείχνουν μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού έως και 18% όταν ο ασθενής αντιμετωπίζεται σε κέντρα με διεπιστημονική φροντίδα. Η αντιμετώπιση γίνεται σε μία επίσκεψη της ασθενούς στο κέντρο μαστού (one stop Breast Clinic) και ολοκληρώνεται την ίδια μέρα. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και η εξατομικευμένη θεραπεία έχουν συντελέσει στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης από τη νόσο και αναμφισβήτητα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών που έχουν έρθει αντιμέτωπες με την ασθένεια.

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

Διεθνής αναγνώριση

του Κέντρου μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών ως μέλος του **“Breast Centres Network”**

Breast Centres Network

Το Κέντρο μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών, πιστοποιήθηκε πρόσφατα ως πλήρες μέλος του «Breast Centers Network», του πρώτου διεθνούς δικτύου Μονάδων μαστού για την διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Το δίκτυο απαρτίζεται από 196 κλινικές μαστού σε όλο τον κόσμο, οι οποίες πληρούν τις προϋποθέσεις για να θεωρούνται Κέντρα Αναφοράς για την διάγνωση και την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού παγκοσμίως. Σκοπός του είναι να διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών και τη συνεργασία μεταξύ των εξειδικευμένων μονάδων μαστού ανά τον κόσμο. Το Κέντρο Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών αποτελεί μία υπερσύγχρονη μονάδα Ευρωπαϊκών προδιαγραφών στην οποία αντιμετωπίζεται καθημερινά μεγάλος αριθμός γυναικών, τόσο στα πλαίσια του προληπτικού ελέγχου με μαστογραφία, υπερηχογράφημα και κλινική εξέταση όσο και ασθενών με ευρήματα από τις απεικονιστικές τους εξετάσεις και υποψία αλλοιώσεων στον μαστό. Το τμήμα είναι εξοπλισμένο με τα πλέον σύγχρονα απεικονιστικά μηχανήματα και σε συνδυασμό με το κορυφαίο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, εξασφαλίζεται η έγκαιρη και ολοκληρωμένη διάγνωση όλων των παθήσεων του μαστού. Η αναγνώριση του Κέντρου Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών ως μέλος του “Breast Centres Network”, αναδεικνύει την ποιότητά του, επιβραβεύει τον τρόπο λειτουργίας του και φέρνει ακόμα μία διεθνή αναγνώριση για τον Όμιλο Ευρωκλινικής.

210 6416650

Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα

Τα **Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα** (ΣΜΝ) είναι νοσήματα που μεταδίδονται από άτομο σε άτομο κατά τη σεξουαλική επαφή. Μερικά απ' αυτά μάλιστα μπορούν να μεταδοθούν με απλή σωματική επαφή.

Οι προφυλάξεις που μπορεί να πάρει ο καθένας για την αποφυγή τέτοιων νοσημάτων είναι η χρήση προφυλακτικού, η πλύση των γεννητικών οργάνων έπειτα από κάθε επαφή και η επίσκεψη στον γιατρό αμέσως μόλις διαπιστώσει κάποιο σύμπτωμα, προτρέποντας και τον σύντροφό του να κάνει το ίδιο. Παρακάτω θα δούμε τα συχνότερα ΣΜΝ.

Βασιλική Χατζηραφαήλ

Χειρουργός Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Διευθύντρια Γυναικολογικού-Ρομποτικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών

HPV: Human Papilloma Viruses

Οι HPV ιοί προκαλούν πλήθος αλλοιώσεων, καλοήθων και κακοήθων, στο δέρμα και στους βλεννογόνους του ανθρώπινου σώματος. Η μόλυνση από τους HPV ιούς είναι σήμερα η πιο συχνή σεξουαλικώς μεταδιδόμενη μόλυνση σε γυναίκες και άνδρες. Αφορά έως και το 80% του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού. Πρέπει να σημειώσουμε, όμως, ότι η μόλυνση από τους συγκεκριμένους ιούς δεν σημαίνει απαραίτητα και εκδήλωση νόσου. Έχουν περιγραφεί μέχρι σήμερα περισσότεροι από 140 γονότυποι HPV. Οι τύποι 6, 11, 41, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 και 81 προκαλούν καλοήθεις αλλοιώσεις, όπως τα οξυτενή κονδυλώματα που μπορεί να εμφανιστούν στην είσοδο του κόλπου, στα μικρά χείλη του αιδοίου, στα μεγάλα χείλη του αιδοίου, στο περίνεο και τον πρωκτό. Οι τύποι 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 68, 73 και 82 ανευρίσκονται συχνά στους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας (σε ποσοστό >95%), του κόλπου, του αιδοίου, του περινέου, του πρωκτού, του πέους και της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας (σε ποσοστό 50%).

Ο HPV εισέρχεται στον οργανισμό από μικροαμιχές που

δημιουργούνται κυρίως κατά:

- τη σεξουαλική επαφή
- τη στοματική σεξουαλική επαφή
- σπανίως από την πισίνα

Τα οξυτενή κονδυλώματα που αναπτύσσονται στα εξωτερικά γεννητικά όργανα είναι εμφανή με γυμνό μάτι και με αυτοεξέταση (αναφερόμαστε τότε σε κλινική νόσο). Οι υπόλοιπες HPV βλάβες είναι επίπεδες και μπορούν να προκαλέσουν υποκλινική νόσο, δηλαδή δεν φαίνονται με γυμνό μάτι, και χρειάζονται ιατρική εξέταση για να εντοπιστούν όπως το Τεστ Παπανικολάου και η κολποσκόπηση.

Σύφιλη

Η σύφιλη προξενείται από ένα μικρό βακτηρίδιο που ονομάζεται ωχρά σπειροχαίτη. Μεταδίδεται συνήθως με τη σεξουαλική επαφή ή κατά τον τοκετό στο νεογνό, επίσης μπορεί να εμφανιστεί έπειτα από μετάγγιση αίματος.

Βλεννόρροια

Η βλεννόρροια είναι μία από τις πιο συνηθισμένες μορφές των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών που οφείλεται στο γονόκοκκο Ναισσέρια (Neisseria). Μεταδίδεται με κάθε είδους σεξουαλική επαφή. Προσβάλλει κυρίως την ουρήθρα στον άνδρα και την ουρήθρα και τον τράχηλο της μήτρας στη γυναίκα.

Έρπης γεννητικών οργάνων

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα (Herpes Virus Hominis). Υπάρχουν 2 τύποι ιού έρπητα: Ο τύπος I που είναι πιο συχνός στα χείλη του στόματος και ο τύπος II που είναι πιο συχνός στα γεννητικά όργανα. Ο έρπης μεταδίδεται κυρίως με την άμεση σεξουαλική επαφή με μολυσμένα γεννητικά όργανα και έχει χρόνο επώασης 2-5 ημέρες. Επίσης, ο έρπης μπορεί να επιζήσει για λίγες ώρες στα πλαστικά καθίσματα της τουαλέτας αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα μόλυνσης των γεννητικών οργάνων από μη σεξουαλική μετάδοση. Στην αρχή εμφανίζονται μικρές φυσαλίδες που σπάνε σε 24 ώρες, σχηματίζοντας μικρά έλκη που συνοδεύονται από κνησμό και πόνο. Συνήθως τα έλκη αυτά εξαφανίζονται έπειτα από 3-20 μέρες. Οι λεμφαδένες είναι διογκωμένοι και συχνά επώδυνοι.

Τα Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ) είναι νοσήματα που μεταδίδονται από άτομο σε άτομο κατά τη σεξουαλική επαφή. Μερικά απ' αυτά μάλιστα μπορούν να μεταδοθούν με απλή σωματική επαφή

Οι προφυλάξεις που μπορεί να πάρει ο καθένας για την αποφυγή τέτοιων νοσημάτων είναι η χρήση προφυλακτικού, η πλύση των γεννητικών οργάνων έπειτα από κάθε επαφή και η επίσκεψη στον γιατρό αμέσως μόλις διαπιστώσει κάποιο σύμπτωμα, προτρέποντας και τον σύντροφό του να κάνει το ίδιο

Τριχομονάδωση

Οφείλεται στο πρωτόζωο Trichomonas vaginali. Μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή και έχει χρόνο επώασης 4-28 ημέρες. Τα συμπτώματα είναι φαγούρα, συχνοουρία και έκκριση κίτρινου δύσοσμου υγρού.

Ιογενής ηπατίτιδα

Η ιογενής ηπατίτιδα είναι μια μολυσματική ασθένεια του ήπατος. Το άτομο που νοσεί μπορεί να μην έχει κανένα σύμπτωμα ή μπορεί να παρουσιάσει ήπιες γαστρεντερικές ενοχλήσεις ή ακόμα πιο έντονα συμπτώματα και περιστασιακά πολύ σοβαρότερες ιατρικές επιπλοκές. Η ηπατίτιδα Β μεταδίδεται συνήθως με το αίμα, μπορεί όμως να μεταδοθεί με το σάλιο, το σπέρμα, τις κολπικές εκκρίσεις και άλλα υγρά του σώματος. Ηπατίτιδα C: Η ετεροφυλοφιλική μετάδοση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην εξάπλωση αυτής της μορφής ηπατίτιδας, η οποία ευθύνεται σήμερα για το 90% των κρουσμάτων. Η ηπατίτιδα C αναπτύσσεται επίσης ύστερα από μετάγγιση αίματος και είναι ιδιαίτερα καταστροφική επειδή μισοί τουλάχιστον από αυτούς που μολύνονται μπορεί να πεθάνουν τελικά από κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος, αν δεν θεραπευτούν εγκαίρως.

AIDS

Το AIDS είναι το αποτέλεσμα της μόλυνσης από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV). Ο ιός HIV προκαλείται από τη μόλυνση από τους ανθρώπινους ρετροϊούς HIV1 - HIV2.

Αυτοί μεταδίδονται από τη σεξουαλική επαφή, επαφή με αίμα - παράγωγα ή άλλα σωματικά υγρά, κατά την εγκυμοσύνη ή με το μητρικό γάλα κατά τον θηλασμό. Όμως δεν μεταδίδεται με συνηθισμένες επαφές (φιλί, ίδιος χώρος εργασίας, τουαλέτα). Το σήμα κατατεθέν είναι η έκδηλη ανοσοανεπάρκεια που προκύπτει από μια προοδευτική ποσοτική - ποιοτική ανεπάρκεια της υπομονάδας των Τ λεμφοκυττάρων που αναφέρονται ως βοηθητικά κύτταρα Τ.

Τα κλινικά συμπτώματα είναι μεγάλη αδυναμία του οργανισμού, λεμφαδενοπάθεια, διάρροια, πυρετός και έντονος βήχας. Δεν αναπτύσσουν AIDS όλα τα άτομα που μολύνονται από τον ιό HIV. Οι ασθενείς με AIDS συχνά προσβάλλονται από ένα είδος πνευμονίας, την πνευμονική λοίμωξη Pneumodystis Curinii, με ξηρό βήχα, δύσπνοια και πυρετό. Επίσης, μπορεί να παρουσιάσουν μηνιγγίτιδα ή μια ειδική μορφή καρκίνου (το σάρκωμα Kaposi) που αποτελεί σπάνιο τύπο καρκίνου του δέρματος, καθώς και όγκους του λεμφικού συστήματος, όπως το λέμφωμα Hodgkin.

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

Ζώντας αντιγήρανση

Αντιγήρανση στα χρόνια της κρίσης

Δέρμα & Αντιγήρανση

Αντιοξειδωτικά και τα οφέλη τους

Ας εκτιμήσουμε τ' αυτονόητα

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

Αντιγήρανση στα χρόνια της κρίσης

Γήρας δεν είναι αυτό που βλέπουν οι άλλοι, αλλά αυτό που νιώθουμε». Ως εκ τούτου η γήρανση δεν είναι μόνο αυτό που αποτυπώνεται στο πρόσωπό μας, αλλά και οι άλλες αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα μας, ως αποτέλεσμα των ορμονικών και περιβαλλοντικών αλλαγών, και επιταχύνονται όταν δεν φροντίζουμε τον εαυτό μας.

Η γήρανση αφορά όλους τους ιστούς οι οποίοι είναι κάτω από την επίδραση των ορμονών, των οποίων η αλλαγή αφορά τόσο τη μείωση της ποσότητας όσο και τη διαφοροποίηση του ρυθμού έκκρισης αυτών. Όπως με την αλλαγή στα επίπεδα και στην έκκριση των ορμονών αρχίζει η άνοδος στην εφηβεία και στη νιότη, έτσι και με την αλλαγή του ρυθμού έκκρισης των ορμονών αρχίζει σιγά σιγά η κάθοδος στην τρίτη ηλικία.

Η γήρανση αντιπροσωπεύει ένα σύνολο σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών που συμβαίνουν στον ανθρώπινο οργανισμό

Δεν εννοείται αντιγηραντική θεραπεία χωρίς τη συμβουλή, τη συνεργασία αλλά και την επίβλεψη από τον ενδοκρινολόγο

Οι αλλαγές της γήρανσης καθώς και ο ρυθμός τους καθορίζονται από γενετικούς και περιβαντολλογικούς παράγοντες, όπως, για παράδειγμα, η επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας, το κάπνισμα, η μη ισορροπημένη διατροφή, η έλλειψη ύπνου αλλά και οι ενδοκρινοπάθειες, οι οποίες δεν διαγιγνώσκονται εγκαίρως και δεν θεραπεύονται επαρκώς.

Οι περίπλοκες μεταβολές των ορμονών, που ρυθμίζουν την ομοιοστασία και την επιβίωση ενός οργανισμού, φαίνεται να σχετίζονται με μειωμένη προσαρμοστικότητα με την πάροδο της ηλικίας. Η γήρανση αντιπροσωπεύει ένα σύνολο σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών που συμβαίνουν στον ανθρώπινο οργανισμό. Συνηθίζεται να επικεντρώνεται όλη η προσπάθεια επιβράδυνσης της γήρανσης ή της ενηλικίωσης στο δέρμα. Το δέρμα είναι ένας από τους ιστούς αυτούς που επιβαρύνονται και βεβαίως έχει σε αυτό το κομμάτι σημαντική θέση στην αντιγηραντική θεραπεία. Θα πρέπει να τονισθεί όμως ότι και οι άλλοι ιστοί υφίστανται τις επιπτώσεις των αλλαγών των ορμονών, γι' αυτό δεν εννοείται αντιγηραντική θεραπεία χωρίς τη συμβουλή, τη συνεργασία αλλά και την επίβλεψη της όλης προσέγγισης από τον ενδοκρινολόγο. Ως εκ τούτου, οι αλλαγές του δέρματος, των οστών, του θυρεοειδούς, των ορμονών του φύλου, όπως συμβαίνει στην

εμμηνόπαυση και στην ανδρόπαυση, είναι αντανάκλαση των ενδοκρινικών διαταραχών.

Η σοβαρή έλλειψη της βιταμίνης D, επίσης, έχει συσχετιστεί με πρώιμη γήρανση, ενώ η δυσλειτουργία του θυρεοειδούς παρατηρείται σε ποσοστό άνω του 10% στην τρίτη ηλικία. Τέλος, η αυξητική ορμόνη, τα επίπεδα της οποία μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας και είναι γνωστή και ως «ελιξίριο της νεότητας», είχε προταθεί σε κάποιες χώρες η χορήγησή της με στόχο την αναζωογόνηση και την πρόληψη της γήρανσης ή ακόμα και την αντιστροφή της διαδικασίας της γήρανσης.

Η μελατονίνη, μία ορμόνη που παράγεται από την επίφυση, έχει χαρακτηριστεί ως βηματοδότης του ανθρώπινου ρολογιού γήρανσης. Απελευθερώνεται κάθε νύχτα για να βοηθήσει στην πρόκληση του ύπνου. Με την πάροδο της ηλικίας μειώνεται. Είναι η βασική «υποψήφια» ορμόνη για την επιβράδυνση της διαδικασίας γήρανσης. Όλες αυτές οι αλλαγές μπορεί να αναστραφούν με την έγκαιρη διάγνωση και την εξειδικευμένη αντιμετώπιση.

Συμπερασματικά, η αντιγήρανση είναι ένας στόχος που επιτυγχάνεται σε πολλαπλά επίπεδα. Ο ρόλος του ενδοκρινολόγου στο ανωτέρω ερώτημα είναι καθοριστικός. Οι ορμονικοί παράγοντες βοηθούν στη βέλτιστη λειτουργία του οργανισμού, γι' αυτό το ενδιαφέρον στρέφεται προς τη δυνατότητα υποκατάστασης των ορμονών αυτών καθώς περνούν τα χρόνια.

Αναμφισβήτητα η αναζήτηση της αιώνιας νεότητας, λοιπόν, είναι το όνειρο του ανθρώπου. Όμως, ας μην ξεχνάμε ότι… **το αιώνιο κερδίζεται με την καθημερινότητα**.

Quiz Χρειάζεσθε τη γνώμη μας; Σας δίνουμε τη γνώση μας!

Ακολουθεί ένας πίνακας που βοηθάει για κατάταξη των ατόμων σε ομάδες ανάλογα με τον επιταχυνόμενο κίνδυνο γήρανσης. Ο συγκεκριμένος πίνακας θεωρείται ένα εργαλείο στον/στην ενδιαφερόμενο/νη δίνοντάς τους την δυνατότητα να ελέγξουν και να αναζητήσουν βοήθεια από τους ειδικούς.

Κατάλογος για κατάταξη ατόμων πάνω από τα 60 σε ομάδες ανάλογα με τον κίνδυνο επιταχυνόμενης γήρανσης

Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό στη δεξιά στήλη, αν η δήλωση στην αριστερή ανταποκρίνεται σε εσάς

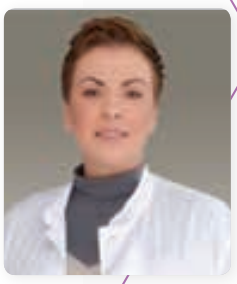
Δήλωση	ΝΑΙ / ΟΧΙ
Έχω πρόβλημα με τον θυρεοειδή μου και δεν ελέγχομαι τακτικά	2/0
Έχω πρόβλημα με τον θυρεοειδή μου και παίρνω θεραπεία και ελέγχομαι	1/0
Έχω σακχαρώδη διαβήτη κάνω δίαιτα, δεν ελέγχω τακτικά το σάκχαρό μου	3/0
Έχω σακχαρώδη διαβήτη, παίρνω φάρμακα δεν ελέγχω τακτικά το σάκχαρό μου	4/0
Πίνω λιγότερο από 3 ποτήρια νερό κάθε μέρα	2/0
Δεν έχω πάντα αρκετά χρήματα για να αγοράσω τα τρόφιμα που έχω ανάγκη	2/0
Έχω οστεοπόρωση, παίρνω φάρμακα, δεν ελέγχομαι σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού μου	3/0
Έχω εύκολη κόπωση και αύξηση του βάρους μου πάνω από 6 μήνες	3/0
Λαμβάνετε αντιοξειδωτικά και συμπληρώματα διατροφής με τη σύμφωνη γνώμη του γιατρού/ ενδοκρινολόγου σας ή του διατροφολόγου σας;	0/3
Δεν είμαι πάντα σε καλή φυσική κατάσταση, δεν κάνω καθόλου άσκηση	3/0
Συνολική βαθμολογία	

0-4: Καλή. *Επανεκτίμηση έπειτα από 6 μήνες*

4-8: Μέτριος κίνδυνος επιταχυνόμενης γήρανσης. *Συμβουλευθείτε τον ενδοκρινολόγο σας για τις κατάλληλες οδηγίες για πρόληψη*

8 και πάνω: Υψηλός κίνδυνος επιταχυνόμενης γήρανσης. *Δείτε τον ενδοκρινολόγο σας ή τον γιατρό σας για να βελτιώσετε την κατάσταση της υγείας έγκαιρα*

Αργυρώ Παπαδοπούλου
Δερματολόγος/Αφροδισιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών



Δέρμα & αντιγήρανση

Το δέρμα είναι το μεγαλύτερο όργανο του σώματός σας, που σας προστατεύει και σας οριοθετεί από το περιβάλλον, «μαρτυρώντας» ταυτόχρονα και τη γενικότερη υγεία του οργανισμού σας! Μεγάλο μέρος της οικονομίας, πληθώρα επιστημόνων και πολυάριθμες μελέτες στρέφουν την προσοχή τους τα τελευταία χρόνια στην Αντιγηραντική Ιατρική (Antiaging Medicine), προσπαθώντας να καθυστερήσουν ή και να αντιστρέψουν τα σημάδια της γήρανσης. Το δέρμα είναι ο καθρέφτης, αντανακλώντας την υγεία του σώματός σας.

Η γήρανση του σώματος εμφανίζεται στο δέρμα προκαλώντας αλλαγές στο κολλαγόνο και τότε η όψη αλλάζει: Μειώνεται η φυσιολογική λίπανση της επιδερμίδας, αυξάνεται η ξηρότητα, αλλοιώνεται η υφή, προστίθενται κηλίδες, χάνεται η ελαστικότητα, λεπταίνει το πάχος της επιδερμίδας, χαλαρώνει το υπόδερμα και τελικά σχηματίζονται οι ρυτιδώσεις του δέρματος. Μάθετε να «διαβάζετε» το δέρμα σας και τα μηνύματα που στέλνει!

Ο δερματολόγος σας πρέπει να σας πληροφορήσει (για να προλάβει), αλλά και να παρέμβει (για να διορθώσει) τα σημάδια της γήρανσης, συνεργαζόμενος με άλλες ειδικότητες για μια ολιστική προσέγγιση.

Προλαμβάνουμε τη γήρανση του δέρματος με:

- Σωστή χρήση αντηλιακού από τα φαρμακεία (σε επαρκή ποσότητα και επανάληψη κάθε 2 ώρες σε όλα τα ηλιοεκτεθειμένα μέρη του σώματος) εντός και εκτός πόλης. Τα περισσότερα εντυπώματα στο δέρμα μας είναι αποτέλεσμα φωτογήρανσης από την αθροιστική δράση της υπεριώδους (UV) ακτινοβολίας τα προηγούμενα χρόνια της ζωής μας. Χρήση αντηλιακών μέτρων προστασίας (αντηλιακές κρέμες, καπέλα, γυαλιά ηλίου κ.λπ.) αποτρέπει την εμφάνιση δερματικού καρκίνου σε όψιμη ηλικία.
- Σωστό καθαρισμό και ενυδάτωση της επιδερμίδας, προκειμένου να διατηρείται ο «ελαστικός φραγμός» που μας προστατεύει. Είναι πολύ σημαντικό να αναπληρώνουμε τα λιπίδια και τα κεραμίδια της επιδερμίδας που λόγω ηλικίας, περιβάλλοντος ή γενετικών προδιαγραφών χάνονται και από τις ρωγμές ξηρότητας που δημιουργούνται εισέρχονται τα αλλεργιογόνα και τα βακτήρια, προδιαθέτοντας σε ένα εύθραυστο και ξηρωτικό δέρμα.
- Αποφυγή δημιουργίας «ελευθέρων ριζών», που ευθύνονται για τη γήρανση των κυττάρων, είτε μέσω ειδικών αντιοξειδωτικών προϊόντων είτε μέσω σωστής (μεσογειακού τύπου) διατροφής, άσκησης, επάρκειας ύπνου, καθαρού περιβάλλοντος, απώλειας σωματικού βάρους κ.λπ. Είναι σημαντικής σημασίας τα τελευταία έτη και από σύγχρονες μελέτες, η διατήρηση σωστού σωματικού βάρους για μια καλύτερη υγεία στο μέλλον. Έχει φανεί ότι αυτό το «ξύπνημα» και η διέγερση των κυττάρων να διαχειριστούν τη συσσώρευση των λιπιδίων μπορεί να υποβοηθηθεί από τη χορήγηση λιπολυτικών φαρμάκων και μεθόδων διαχείρισης του συσσωρευμένου λίπους, όπως η κρυολιπόλυση.
- Χρήση βοτουλινικής τοξίνης (botox), η οποία απαλύνει τη σύσπαση των μυών του προσώπου και δρα προληπτικά για να αποτρέψει την εγκατάστασή τους. Όσο οι ρυτίδες είναι αποτέλεσμα της αυξημένης σύσπασης των μυών (ενεργείς), τότε η δράση του μπότοξ είναι προληπτική και τις αποτρέπει να καταστούν

Η «πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία», κάντε τον δερματολόγο σας βοηθό για ένα υγιές, πρωτίστως, αλλά και όμορφο δέρμα, που αντανακλά την εσωτερική σας υγεία

Κάθε σώμα και πρόσωπο είναι διαφορετικό, γι' αυτό και σχεδιάστε από κοινού με τον δερματολόγο σας τις προτάσεις βελτίωσης που έχει να σας προτείνει, με σεβασμό πάντα στα εξωτερικά χαρακτηριστικά που μας κάνουν μοναδικούς

στατικές. Θυμηθείτε: Το μπότοξ είναι μόνο προληπτικό!

Εφόσον ενημερωθήκαμε για το πώς θα διαχειριστούμε τη ζωή μας σωστά και με υγιεινό τρόπο ζωής (lifestyle) θα αποτρέψουμε την πρόωρη εγκατάσταση σημείων γήρανσης, ας δούμε τι κάνουμε όταν η κατά τα λοιπά «φυσιολογική διαδικασία της γήρανσης» μας «χτυπάει την πόρτα».

Διορθώνουμε τα σημάδια (φωτο)γήρανσης:

- Εφαρμόζοντας χημικά peelings στο ιατρείο αφαιρούμε τις επιφανειακές στοιβάδες δέρματος, που δίνουν τη θαμπή όψη και τη χρωματική ανομοιογένεια (μέλασμα, εφηλίδες), ενώ παράλληλα διεγείροντας τη νεοκολλαγογένεση σβήνουν οι λεπτές ρυτίδες.
- Μέσω της μεσοθεραπείας εισάγουμε ακριβώς κάτω από το δέρμα «σταγόνες» υαλουρονικού οξέως και κοκτέιλ βιταμινών, τα οποία ενυδατώνουν βαθιά την επιδερμίδα, διορθώνοντας ρυτίδες λεπτές και χαλάρωση του δέρματος.
- Παραλλαγή μεσοθεραπείας με «δικούς σας» αυξητικούς παράγοντες αποτελεί το PRP (Platelet Rich Plasma) / αυτόλογη μεσοθεραπεία / drakula lift, που γίνεται έπειτα από λήψη και φυγοκέντρηση του δικού σας αίματος.
- Με νήματα pdo και με ανώδυνο τρόπο συσφίγγουμε τον τόνο του δέρματος και διορθώνουμε τη χαλάρωση, χωρίς μεταβολή του όγκου.
- Με έγκριτα προϊόντα «fillers» υαλουρονικού οξέος «γεμίζουμε» τις έντονες ρυτίδες του προσώπου , πραγματοποιώντας «αναίμακτο» face lift χωρίς νυστέρι και χωρίς να αλλοιωθούν τα χαρακτηριστικά του κάθε προσώπου.

Ιωάννα Τσομπάνη
Κλινική Διαιτολόγος Διατροφολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Αντιοξειδωτικά
και τα οφέλη τους

Τα αντιοξειδωτικά είναι ουσίες οι οποίες αναστέλλουν την οξείδωση των κυττάρων. Η διαδικασία της οξείδωσης προκαλεί βλάβες στα κύτταρα, μέσω της παραγωγής ελεύθερων ριζών.

Τα αντιοξειδωτικά δρουν με τέτοιο τρόπο ώστε να δεσμεύουν και να εξουδετερώνουν τις ελεύθερες ρίζες μετατρέποντάς τες σε μη τοξικές, άρα και ακίνδυνες, για τον ανθρώπινο οργανισμό. Ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής, η ηλιακή ακτινοβολία, το στρες και η επιβαρυμένη ατμόσφαιρα μέσα στην οποία ζουμε ευθύνονται για το οξειδωτικό στρές. Οι αντιοξειδωτικές ουσίες είναι απαραίτητες στην καθημερινή μας διατροφή, αφού καταπολεμούν αλλά και περιορίζουν την οξείδωση η οποία μπορεί να προκαλέσει στον οργανισμό διάφορα προβλήματα υγείας.

Οι αντιοξειδωτικές ουσίες είναι απαραίτητες στην καθημερινή μας διατροφή, αφού καταπολεμούν αλλά και περιορίζουν την οξείδωση η οποία μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας

Τι κάνουν τα αντιοξειδωτικά

- Προστατεύουν τις διπλές ημιδιαπερατές κυτταρικές μεμβράνες, εξουδετερώνοντας τις ελεύθερες ρίζες οξυγόνου, αλλά και εκείνες των μετάλλων, που πολλοί αγνοούν την ύπαρξή τους.
- Δρουν καρδιοπροστατευτικά και αυξάνουν την ανθεκτικότητα των αγγείων.
- Βοηθούν στην πρόληψη εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων.
- Έχουν αντικαρκινική δράση, αδρανοποιούν καρκινογόνες ουσίες που προκαλούν μεταλλάξεις σε υγιή κύτταρα και επιβραδύνουν τους μηχανισμούς καρκινογένεσης.
- Περιορίζουν τις φλεγμονές, τα οιδήματα και τις εκφυλιστικές αλλοιώσεις.
- Δρουν προστατευτικά για τις αρθρώσεις και τα οστά.
- Δρουν αντιαλλεργικά σε μεγάλο φάσμα αλλεργιών.
- Βοηθούν στην καλή διατήρηση του δέρματος και το προφυλάσσουν από την πρόωρη γήρανση, περιορίζοντας τη διάσπαση του κολλαγόνου.
- Βελτιώνουν τη λειτουργική κατάσταση του αμφιβληστροειδούς χιτώνα των ματιών και ενισχύουν την όραση.

Βιταμίνη C ή ασκορβικό οξύ

Είναι υδατοδιαλυτή βιταμίνη

και έχει ισχυρή αντιοξειδωτική δράση. Ο ανθρώπινος οργανισμός δεν μπορεί να τη συνθέσει από μόνος του, γι' αυτό και πρέπει να την προσλαμβάνει από την καθημερινή του διατροφή. Εξουδετερώνει τις ελεύθερες ρίζες που είναι καταστροφικές και ευθύνονται για πολλές σοβαρές ασθένειες. Προστατεύει από τον καρκίνο και τις καρδιαγγειακές παθήσεις.

Η βιταμίνη C βοηθά σε σημαντικές λειτουργίες του οργανισμού, όπως η σύνθεση κολλαγόνου (άρα στην προστασία της επιδερμίδας), η αποκατάσταση ιστών, η επούλωση πληγών και η απορρόφηση του σιδήρου. Πρόσφατες έρευνες, ωστόσο, έχουν αποδώσει στην επαρκή λήψη βιταμίνης C ακόμα περισσότερα και σημαντικότερα οφέλη.

Τα αντιοξειδωτικά δρουν με τέτοιο τρόπο ώστε να δεσμεύουν και να εξουδετερώνουν τις ελεύθερες ρίζες μετατρέποντάς τες σε μη τοξικές, άρα και ακίνδυνες, για τον ανθρώπινο οργανισμό

Βιταμίνη Ε

Είναι λιποδιαλυτή βιταμίνη, η οποία αποτελεί ένα πολύ σημαντικό αντιοξειδωτικό για τον ανθρώπινο οργανισμό. Οι ιδιότητές της είναι ζωτικής σημασίας για τις μεμβράνες των κυττάρων των ιστών που έχουν υψηλή συγκέντρωση σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, παραδείγματος χάριν του εγκεφάλου, του νευρικού συστήματος και των πνευμόνων. Λόγω της αντιοξειδωτικής της δράσης, η βιταμίνη Ε μπορεί επίσης να μειώσει την απαίτηση σε οξυγόνο των μυών και ως εκ τούτου να αυξήσει την ικανότητα σωματικής άσκησης. Παρουσιάζει ισχυρή αντιθρομβωτική δράση, συμβάλλοντας στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου και των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Διατηρεί το δέρμα ελαστικό και το προφυλάσσει από την πρόωρη γήρανση, περιορίζοντας τη διάσπαση του κολλαγόνου.

Καροτενοειδή

Υπάρχουν διάφορα καροτενοειδή, όπως η ρετινόλη, η λυκοπεΐνη, η β-καροτίνη και η λουτεΐνη, τα οποία εμφανίζουν αντιοξειδωτική δράση είτε σε μεγάλο είτε σε μικρό βαθμό. Η β-καροτίνη και η λυκοπεΐνη έχουν πιο ισχυρή αντιοξειδωτική δράση και επίσης ενισχύουν το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού.

Πολυφαινόλες

Είνα τα πιο συνηθισμένα αντιοξειδωτικά της διατροφής. Μπορούν να προστατεύσουν το σώμα από οξειδωτικές βλάβες οι οποίες με τον καιρό μπορούν να οδηγήσουν σε παθήσεις όπως ο καρκίνος ή τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Σελήνιο

Το σελήνιο είναι ένα σπουδαίο ιχνοστοιχείο, απαραίτητο για την παραγωγή της γλουταθειόνης υπεροξειδάσης, ενός σημαντικότατου ενζύμου που βρίσκεται σε κάθε κύτταρο του σώματός μας.

Η ευεργετική όμως δράση του σεληνίου, λόγω των ισχυρών αντιοξειδωτικών του ιδιοτήτων, σε συνεργία με τη βιταμίνη Ε ενισχύει τον θυρεοειδή, το πάγκρεας, το συκώτι και το ανοσοποιητικό σύστημα, ενώ είναι πολύ χρήσιμο για τους αθλητές, αφού προστατεύει από μυϊκά προβλήματα που προκαλούν οι ελεύθερες ρίζες, οι οποίες εμφανίζονται έπειτα από έντονη άσκηση. Βοηθά στην πρόληψη των καρδιοπαθειών και του καρκίνου.

Ομάδες τροφίμων πλούσιες σε αντιοξειδωτικά

Λαχανικά: Σπανάκι, λάχανο, παντζάρια, πατάτα, φασόλια, κρεμμύδι, κουνουπίδι, καρότα, αγκινάρες, μελιτζάνα, αβοκάντο, μπρόκολο, φασόλια, πιπεριά, γογγύλια, σκόρδο κ.ά.Η ντομάτα είναι το τρόφιμο με τη μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε λυκοπένιο.

Φρούτα: Γκρέιπφρουτ, βατόμουρα, πορτοκάλι, μύρτιλα, ρόδι, κεράσια, ακτινίδια, μήλα, δαμάσκηνα, μπανάνα, αχλάδι, κόκκινα μούρα, σμέουρα, βερί-

Διατροφικές συμβουλές

- Τρώτε καθημερινά αρκετά φρούτα και λαχανικά.
- Μην αποθηκεύετε μεγάλες ποσότητες νωπών τροφών (φρούτων και λαχανικών) στην κατάψυξη, να προτιμάτε να είναι φρέσκα.
- Προτιμήστε τη μεσογειακή διατροφή.
- Τρώτε περισσότερες φυτικές ίνες και λιγότερες ζωικές τροφές.
- Προτιμήστε τις βιολογικές αντί τις συμβατικές τροφές.
- Τρώτε τα φρούτα μόνα τους και όχι σαν επιδόρπιο μετά το γεύμα.
- Προτιμήστε τα λαχανικά να τα βράζετε στον ατμό και όχι στο νερό.
- Το βράσιμο να διαρκεί όσον το δυνατόν λιγότερο χρόνο.
- Προσθέστε στο φαγητό ή στη σαλάτα αρωματικά βότανα, ελαφρά μπαχαρικά και καρυκεύματα.

κοκα κ.ά.Όλα τα εσπεριδοειδή αποτελούν άριστη πηγή βιταμίνης C, που αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές αντιοξειδωτικές ουσίες

Ποτά: Πράσινο τσάι, χυμοί φρούτων, κόκκινο κρασί. Το κόκκινο κρασί περιέχει φλαβονοειδή και φαινόλες.

Φυτικά έλαια: Ελαιόλαδο, ελιές, ταχίνι, σουσάμι, καρύδια, φουντούκια, αμύγδαλα, ηλιόσποροι, φιστίκια κ.ά. είναι πλούσια σε βιταμίνη Ε.

Ψάρια: Ο σολομός, η πέστροφα, το σκουμπρί κ.ά. είναι πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα όπως και οι σαρδέλες, αλλά είναι επιπλέον και καλή πηγή του συνενζύμου Q10.

Θαλασσινά: Όλα τα θαλασσινά είναι καλές πηγές σεληνίου.

Καρυκεύματα: Κάρδαμο, τζίντζερ, κουρκουμάς, ρίγανη κ.ά.Τα καρυκεύματα γαρίφαλο και κανέλα σε σκόνη περιέχουν πληθώρα αντιοξειδωτικών ουσιών.

Δημητριακά: Βρώμη, λιναρόσπορος δημητριακά που περιέχουν βρώμη κ.ά.

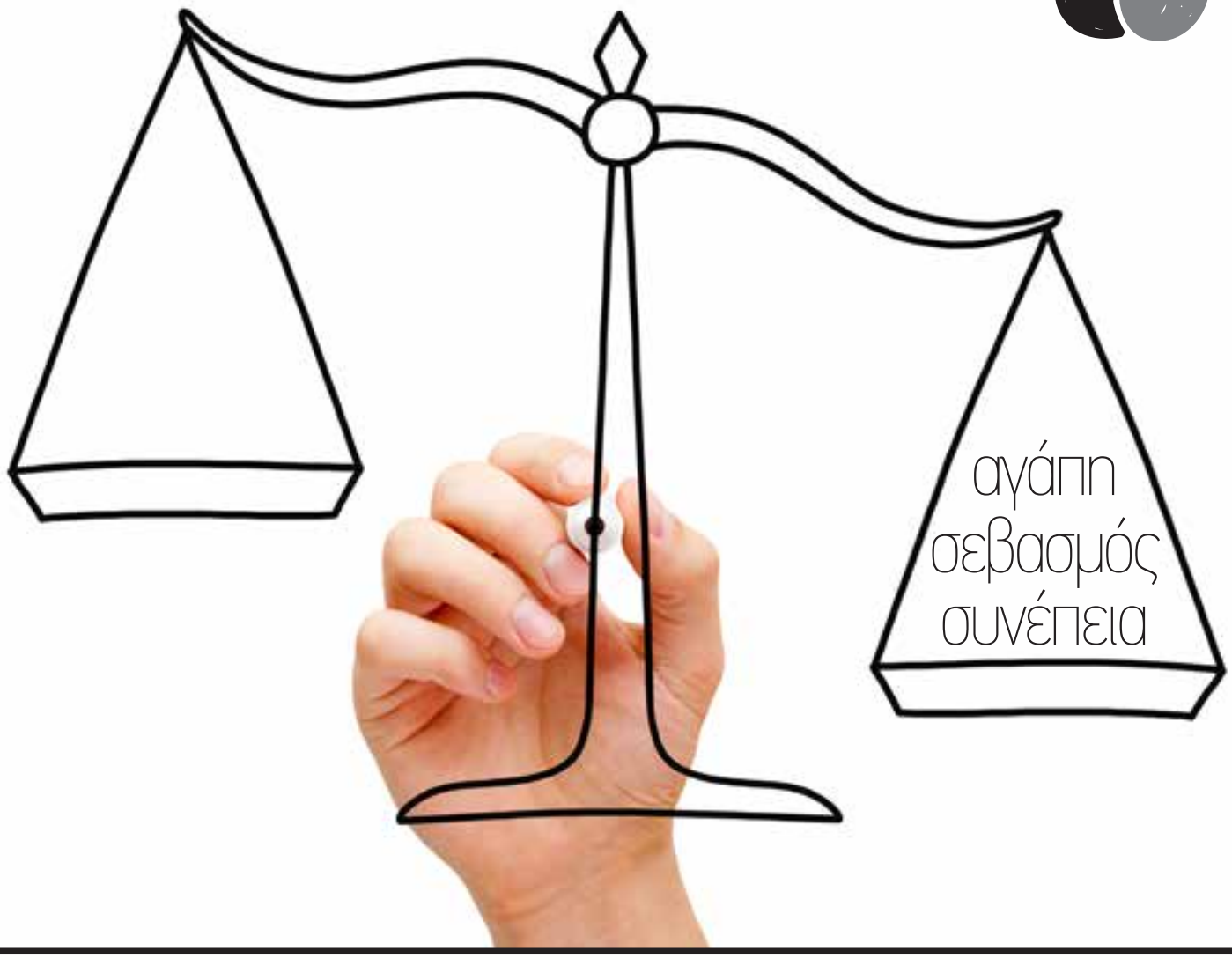
Γλυκά: Η πικρή σοκολάτα περιέχει πολυφαινόλες.

Φασόλια: Κόκκινα και μαύρα φασόλια.

Κανένα τρόφιμο από μόνο του δεν περιέχει όλα τα απαραίτητα αντιοξειδωτικά. Η ποικιλία στη διατροφή μας είναι σημαντική για τη διατήρηση της καλής υγείας.

Άννα Κανδαράκη
Κλινική Ψυχολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Ας εκτιμήσουμε τ' αυτονόητα



Συναντώ συχνά ανθρώπους που παραπονιούνται ότι φέτος δεν θα πάνε διακοπές, ότι όλα πάνε στραβά και ότι είναι κουρασμένοι. Όταν παίρνουν την απάντηση ότι κουράζονται από αυτά που ***δεν*** κάνουν και όχι από αυτά που κάνουν, η ερώτηση που ακολουθεί είναι σχεδόν πάντα η ίδια: «Τι εννοείτε;».

Πόσο, τελικά, ζούμε το σήμερα και χαιρόμαστε αυτό που κάνουμε; Χωρίς να μπαίνουμε είτε σε κατάσταση αναμονής περιμένοντας το αύριο για να ζήσουμε, περιμένοντας να έρθει το Σαββατοκύριακο, τα Χριστούγεννα ή το καλοκαίρι, είτε σε κατάσταση αναπόλησης και νοσταλγίας για το χθες, αφήνοντας την πραγματική ζωή για μερικές παρενθέσεις. Και πώς, λοιπόν, να ζήσω το σήμερα; Τι να κάνω για να μη χάνω τη ζωή; Για αρχή μήπως να ξεκινήσουμε να εκτιμάμε τα αυτονόητα;

☑ Να εκτιμήσουμε αυτόν που δεν βιάζεται να βάλει ταμπέλες και να καταδικάσει. Αυτόν που δεν βιάζεται να πει τρελό τον άνθρωπο που μιλάει μόνος του, που δεν χαρακτηρίζει άγριο και επικίνδυνο τον αλλοδαπό που βρέθηκε μόνος σε μια αφιλόξενη χώρα. Εκείνον που δεν χρειάζεται να του συμβεί κάτι για να καταλάβει, εκείνον που επιτρέπει στον άλλο να κάνει λάθος, όχι γιατί «όλοι κάνουμε», αλλά γιατί κάποιες φορές μπορεί αυτό το λάθος εκείνη τη στιγμή να φαντάζει η μόνη επιλογή.

☑ Να εκτίμησουμε τα ζευγάρια που όταν έξω ο ήλιος λάμπει δεν στοιβάζουν τα παιδιά τους μέσα σε ανθυγιεινά εμπορικά κέντρα. Που δεν στρουθοκαμηλίζουν ότι περάσανε μαζί τον χρόνο τους μη θέλοντας να παραδεχτούν ότι βαριούνται ο ένας τον άλλο και ακόμα πιο πολύ τον εαυτό τους. Να εκτίμησουμε τους συντρόφους που θέλουν να καταλάβουν τον άλλον, για ποιον λόγο θυμώνει, για ποιον λόγο γκρινιάζει, για ποιον λόγο σιωπά και όχι απλώς να υπομένουν μέχρι να σταματήσει. Χωρίς να καταλαβαίνουν ότι ακριβώς εκεί τελειώνει ο έρωτας, όταν πας να αντέξεις και όχι να καταλάβεις.

☑ Να εκτιμήσουμε τους ανθρώπους με τις άσπρες μπλούζες που σώζουν σώματα και ψυχές με την ίδια ταπεινότητα που ο κηπουρός θα φροντίσει τον άρρωστο σπόρο.

☑ Να εκτιμήσουμε εκείνον που στη φροντίδα βάζει τρυφερότητα. Που θα ρωτήσει «πώς είσαι;» και θα περιμένει ν' ακούσει την απάντηση. Που δεν εκτελεί διεκπεραιωτικά. Να εκτιμήσουμε τη δημιουργικότητα της μητέρας που σκέφτεται «τι να τους φτιάξω σήμερα;» και θέλει να 'ναι υγιεινό αλλά και νόστιμο. Τον σύντροφο που ξέρει να είναι ερωτικός ακόμα και στην ασχήμια της αρρώστιας. Γιατί φροντίδα χωρίς τρυφερότητα είναι φυλακή.

☑ Να εκτιμήσουμε τη συνέπεια. Εκείνον που θα πει «θέλω» όταν θέλει, «σ' αγαπώ» όταν αγαπάει και «είμαι εδώ» όταν είναι. Εκείνον που ξέρει να εκτιμάει. Εκείνον που σέβεται. Γιατί σεβασμός χωρίς συνέπεια δεν νοείται. Συνέπεια σ' αυτό που λες, σ' αυτό που κάνεις, σ' αυτό που είσαι.

☑ Να εκτιμήσουμε τον σύντροφο που δεν ενισχύει ανασφάλειες, προσπαθώντας να καλύψει δικές του. Που δεν αφήνει υπονοούμενα για καλύτερες αναλογίες μέσα από χειρουργικά νυστέρια, που δεν υποτιμά για να μη νιώθει απειλή, που δεν ευνουχίζει για να έχει έλεγχο. Να εκτιμήσουμε εκείνον που ξέρει να αναδεικνύει και να καμαρώνει αυτόν που επέλεξε να έχει δίπλα του. Γιατί όταν υποτιμάς την επιλογή σου, υποτιμάς εσένα.

TIP

Να εκτίμησουμε τους συντρόφους που θέλουν να καταλάβουν τον άλλον, για ποιον λόγο θυμώνει, για ποιον λόγο γκρινιάζει, για ποιον λόγο σιωπά και όχι απλώς να υπομένουν μέχρι να σταματήσει. Χωρίς να καταλαβαίνουν ότι ακριβώς εκεί τελειώνει ο έρωτας, όταν πας να αντέξεις και όχι να καταλάβεις

☑ Να εκτιμήσουμε εκείνον που πονάει με αξιοπρέπεια. Χωρίς να ζητάει τον οίκτο, να ζητιανεύει προσοχή και να καλλιεργεί ενοχές. Γιατί η ποιότητα φαίνεται στον πόνο και στο «αντίο».

☑ Ας δούμε με εκτίμηση αυτόν που δεν θεωρεί τίποτα αυτονόητο. Που δεν θεωρεί αυτονόητο τον άνθρωπο που κοιμάται δίπλα του επειδή ξέρει ότι κοιμόταν χθες και ανόητα πιστεύει ότι θα κοιμάται και αύριο, που δεν θεωρεί αυτονόητη την καινούργια ζωή που έρχεται στον κόσμο, το νερό που θα πιει και τον διπλανό που θα του πει «καλημέρα».

☑ Να εκτιμήσουμε τον εαυτό μας, που, ενώ μπορεί να τον συνάντησες κάπου στις παραπάνω γραμμές, δεν φοβάσαι να το αναγνωρίσεις. Δεν φοβάσαι να αναγνωρίσεις ότι δυσκολεύεσαι, που μέσα στην αγωνία σου είσαι αισιόδοξος. Γιατί αισιόδοξος δεν είναι ο ρομαντικός ονειροπόλος που βλέπει τ' άδεια ποτήρια γεμάτα, είσαι εσύ που η επιθυμία σου να ξεδιψάσεις σε ορκίζει να βρεις το πιο γάργαρο νερό.

Ξεκίνα... Και είθε οι πηγές που συναντάς να σε ξεδιψάνε τόσο όσο να διψάς για την επομένη.

παιδί

Πνευμονία & παραπνευμονική συλλογή

Παιδί και παιδικός σταθμός

Αντιμετώπιση της αναπτυξιακής δυσπλασίας του ισχίου

Η κρυψορχία στην εποχή της λαπαροσκόπησης

Προληπτικός - προσχολικός - προαθλητικός

Πόνος στο αυτί

Παιδί & παιδικός σταθμός

Ο παιδικός σταθμός είναι μία πραγματικότητα στη ζωή του παιδιού και της οικογένειας. Αποτελεί αναγκαία και εναλλακτική λύση των εργαζόμενων γονιών που αντιμετωπίζουν πρόβλημα στη φροντίδα και στη φύλαξη των παιδιών τους όσο εκείνοι βρίσκονται στην εργασία τους.

Ελένη Τσάπρα
Διευθύντρια Παιδιατρικού Τομέα, Ευρωκλινική Παίδων

Πότε το παιδί πρέπει να πάει στον παιδικό σταθμό;

Αυτό είναι ένα σημαντικό ερώτημα που απασχολεί τους γονείς και έχει να κάνει με τη δυνατότητα φροντίδας του παιδιού. Ιδανικότερη ηλικία αποδοχής στον παιδικό σταθμό θεωρείται η πάνω από 2,5 χρόνων ή από 8 έως 12 μηνών μετά τη θεσμοθέτηση της άδειας μητρότητας.

Τα πλεονεκτήματα των παιδιών που πηγαίνουν στον παιδικό σταθμό φαίνεται να είναι αρκετά:

- Γίνονται πιο αυτάρκη και ανεξάρτητα
- Εκφράζονται καλύτερα λεκτικά
- Προσαρμόζονται σ' ένα κοινό πρόγραμμα και συναλλάσσονται ικανοποιητικά με άλλα παιδιά
- Έχουν την ικανότητα να γνωρίσουν τις αδυναμίες τους αλλά και τις δυνάμεις τους
- Αναπτύσσουν φιλίες που έχουν θετική επίδραση στις γνωστικές ικανότητες και στην κοινωνική συμπεριφορά. Μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν την απόρριψη και αποκτούν δεξιότητες επικοινωνίας.

Γιατί αρρωσταίνουν τα παιδιά που πηγαίνουν παιδικό σταθμό;

Το βρέφος που πηγαίνει στον παιδικό σταθμό:

- Βγαίνει πρώρα από τον κλειστό οικογενειακό χώρο του σπιτιού και γίνεται μέλος μιας κοινωνικής ομάδας, οπότε εκτίθεται και γίνεται επιρρεπές σε πλείστα παθογόνα που δεν είναι ικανό να αντιμετωπίσει, καθώς το ανοσοποιητικό του σύστημα δεν έχει τελειοποιηθεί. Πιο ευαίσθητα θεωρούνται τα βρέφη ηλικίας 6-12 μηνών λόγω της απώλειας των μητρικών αντισωμάτων και της έλλειψης των απαραίτητων αντισωμάτων έναντι των διάφορων λοιμογόνων παραγόντων με συνέπεια η επαφή με τους ιούς ή τα μικρόβια να προκαλεί νόσο. Μελέτες έδειξαν ότι τα παιδιά που πηγαίνουν στον παιδικό σταθμό αρρωσταίνουν 2-3 φορές συχνότερα από αυτά που φροντίζονται στο σπίτι. Ένα φυσιολογικό παιδί αρρωσταίνει 8-10 φορές τον χρόνο κυρίως κατά τη χειμερινή περίοδο και μπορεί να είναι άρρωστο με νέα ιογενή λοίμωξη κάθε 10-14 ημέρες.
- Ένας άλλος λόγος διασποράς των λοιμώξεων είναι ο συγχρωτισμός πολλών μικρών παιδιών στο ίδιο δωμάτιο για αρκετές ώρες την ημέρα και η στενή επαφή με άλλα παιδιά που ή νοσούν ελαφρά και δεν απομακρύνθη-

καν από τον παιδικό σταθμό ή είναι ασυμπτωματικά αλλά αποβάλλουν τους ιούς ή τα μικρόβια με τις εκκρίσεις τους από το στοματοφάρυγγα, τη μύτη, τους επιπεφυκότες ή τα κόπρανα διασπείροντας στο περιβάλλον τις λοιμώξεις.

- Τα παιδιά επίσης μοιράζονται τα ίδια παιχνίδια, ακουμπούν το ένα το άλλο κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού και επιμολύνονται.
- Τα βρέφη και τα νήπια βάζουν τα χέρια τους ή κάποιο παιχνίδι στο στόμα κάθε3 λεπτά διευκολύνοντας με αυτό τον τρόπο τη μετάδοση των λοιμώξεων.
- Σε αυτή την ηλικία δεν καταλαβαίνουν και δεν ακολουθούν στοιχειώδεις κανόνες ατομικής υγιεινής όταν πηγαίνουν μόνα τους στην τουαλέτα.
- Το προσωπικό που τα φροντίζει δεν είναι πάντα επαρκές ούτε καλά εκπαιδευμένο για το πόσο σημαντικό είναι το πλύσιμο των χεριών κατά την αλλαγή της πάνας ή πριν από την προετοιμασία του φαγητού.

Ιδανικότερη ηλικία αποδοχής στον παιδικό σταθμό θεωρείται η πάνω από 2,5 χρόνων ή από 8 έως 12 μηνών μετά τη θεσμοθέτηση της άδειας μητρότητας

Οι συχνότερες λοιμώξεις που μεταδίδονται στους παιδικούς σταθμούς αφορούν το ανώτερο ή το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα (κοινό κρυολόγημα, φαρυγγίτιδα, οξεία μέση ωτίτιδα -3-4 επεισόδια τον χρόνο-, βρογχίτιδα, βρογχιολίτιδα, πνευμονία), καθώς και το πεπτικό σύστημα (γαστρεντερίτιδα).

Οι λοιμώξεις μεταδίδονται με ευκολία στους παιδικούς σταθμούς:

1 Διαμέσου της αναπνευστικής οδού με μεγάλα ή μικρά σταγονίδια (με το φτάρνισμα ή τον βήχα), τα οποία αιωρούνται στον αέρα και εισέρχονται στην αναπνευστική οδό διά του στόματος, της μύτης ή των επιπεφυκότων. Λιγότερο συχνά, αναπνευστικές νόσοι μεταδίδονται με μορφή αερολύματος ή εκκρίσεων που παραμένουν σε επιφάνειες και αγγίζονται από άλλα παιδιά. Η πλειονότητα των ιογενών λοιμώξεων του αναπνευστικού (RSV, παραγρίπης, ρινοϊοί, αδενοϊοί) μεταδίδεται με μεγάλα σταγονίδια. Με τον ίδιο τρόπο μεταδίδονται ο πνευμονιόκοκκος, ο μηνιγγιτιδόκοκκος και ο στρεπτόκοκκος. Με μικρά σταγονίδια μεταδίδονται οι ιοί της γρίπης, της ερυθράς, της ιλαράς, της παρωτίτιδας, της ανεμοβλογιάς, του κοκκύτη και της φυματίωσης.

2 Με άμεση επαφή από παιδί σε παιδί, διότι τα παιδιά δεν καλύπτουν το στόμα και τη μύτη τους όταν βήχουν ή φτερνίζονται και οι μολυσματικές ρινικές εκκρίσεις μπορούν να περάσουν άμεσα στα άλλα παιδιά ή μέσω μολυσμένων επιφανειών. Με άμεση επαφή μεταδίδονται οι σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις, η ψώρα, η φθειρίαση του τριχωτού της κεφαλής και ο ιός του έρπητα διά επαφής με αίμα, ούρα και σωματικές εκκρίσεις.

3 Διαμέσου της κοπρανο-στοματικής οδού, μετάδοση η οποία συμβαίνει λόγω επιμόλυνσης των χεριών του προσωπικού με κόπρανα κατά την αλλαγή της πάνας ή τη φροντίδα μεγαλύτερων παιδιών που δεν έχουν ακόμη καταφέρει να αναπτύξουν τεχνικές ατομικής υγιεινής. Με τα μολυσμένα χέρια τα μέλη του προσωπικού και τα μεγαλύτερα παιδιά ακουμπούν επιφάνειες (αλλαξιέρες, πόμολα, βρύσες, παιχνίδια) που θα ακουμπήσουν τα χέρια άλλων και ακολούθως θα τα βάλουν στο στόμα. Ορισμένα εντερικά παθογόνα επιβιώνουν αρκετές ώρες ή και ημέρες σε επιφάνειες. Στα συνηθέστερα εντερικά παθογόνα που μεταδίδονται στον παιδικό σταθμό περιλαμβάνονται οι ροταϊοί, ο εντερικός αδενοϊός, ο νοροϊός, η σιγκέλλα, η σαλμονέλα, η ηπατίτιδα Α και οι λάμβλιες.

Πότε ένα άρρωστο παιδί παραμένει στο σπίτι;

- Όταν τα μέλη του προσωπικού κρίνουν ότι το παιδί λόγω της νόσου δεν μπορεί να συμμετέχει στις δραστηριότητες του παιδικού σταθμού. Ο αποκλεισμός ισχύει έως την υποχώρηση των συμπτωμάτων για παραπάνω από ένα 24ωρο και έως την αποκατάσταση της ικανότητας συμμετοχής στις δραστηριότητες.
- Όταν υπάρχει σοβαρή νόσος με πυρετό και αλλαγή της συμπεριφοράς, λήθαργος, ευερεθιστότητα, επίμονο κλάμα, δυσκολία στην αναπνοή, εξάνθημα γίνεται ιατρική αξιολόγηση και αποκλεισμός μέχρι υποχωρήσεως των συμπτωμάτων (πλήρης ανάρρωση του παιδιού).
- Σε επίμονο ή διαλείπον κοιλιακό άλγος (≥ 2 ώρες) με συνοδό πυρετό, αφυδάτωση και άλλα συνοδά σημεία και συμπτώματα. Γίνεται ιατρική αξιολόγηση και αποκλεισμός μέχρι υποχωρήσεως των συμπτωμάτων.
- Επί εμέτων 2 ή περισσότερες φορές το τελευταίο 24ωρο, αποκλεισμός μέχρι υποχωρήσεως των συμπτωμάτων και το παιδί να μπορεί να παραμείνει ενυδατωμένο και να συμμετέχει στις δραστηριότητες.
- Όταν εμφανισθούν διάρροιες πάνω από τα συνήθη για το συγκεκριμένο παιδί, υδαρείς, ογκώδεις, με πρόσμειξη αίματος και βλέννης. Γίνεται ιατρική αξιολόγηση, αποκλεισμός έως ότου αποκατασταθούν οι κενώσεις στο φυσιολογικό.
- Βλάβες δέρματος: Αποκλεισμός εάν οι βλάβες είναι ανοιχτές ή έχουν έκκριμα και δεν μπορούν να καλυφθούν και μέχρι να αρχίσει η κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή.
- Βλάβες στόματος: Αποκλεισμός εάν το παιδί δεν είναι σε θέση να ελέγξει τα σάλια του ή παρουσιάζει και άλλα συμπτώματα που δεν το καθιστούν ικανό να συμμετέχει στον παιδικό σταθμό.
- Εξάνθημα με πυρετό ή αλλαγή συμπεριφοράς: Ιατρική παρακολούθηση και αποκλεισμός μέχρι καθορισμού της μη μετάδοσης της νόσου.

Μελέτες έδειξαν ότι τα παιδιά που πηγαίνουν στον παιδικό σταθμό αρρωσταίνουν 2-3 φορές συχνότερα από αυτά που φροντίζονται στο σπίτι

Προληπτικά μέτρα πρέπει να λαμβάνονται για μείωση και έλεγχο μετάδοσης των λοιμώξεων

1 **Εμβολιασμός** του παιδιού και του προσωπικού σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού.

2 **Πλύσιμο των χεριών** με σαπούνι για 20 sec και ξέπλυμα με άφθονο τρεχούμενο νερό. Τα παιδιά πρέπει να μάθουν να πλένουν τα χέρια τους πριν από το φαγητό και μετά την τουαλέτα. Εάν δεν υπάρχει σαπούνι, χρησιμοποιούνται τα απολυμαντικά μαντιλάκια.

3 Το προσωπικό οφείλει να ακολουθεί όλες τις **οδηγίες ατομικής υγιεινής** και να φροντίζει να τηρούνται.

4 Σωστή διαδικασία **προετοιμασίας φαγητού** (το προσωπικό που ασχολείται με την αλλαγή της πάνας δεν θα πρέπει να ασχολείται και με την προετοιμασία του φαγητού, όπως και εργαζόμενοι που είναι άρρωστοι).

5 **Αλλαγή πάνας** (πλύσιμο των χεριών και απολύμανση της επιφάνειας).

6 **Κάλυψη της μύτης και του στόματος** με χαρτομάντιλο ή εναλλακτικά με το εσωτερικό του αγκώνα.

7 **Καθαρισμός** και **απολύμανση** ανά διαστήματα των επιφανειών (πόμολα, βρύσες, δάπεδα κ.λπ.).

8 Συστηματικός και επαρκής **αερισμός** των χώρων.

9 Το παιδί που είναι άρρωστο πρέπει να **παραμείνει στο σπίτι του**, ώστε οι γονείς να είναι σίγουροι ότι το παιδί τους λαμβάνει την απαιτούμενη φροντίδα και επιπλέον η παραμονή στο σπίτι βοηθά στην αποτροπή μετάδοσης της λοίμωξης στα υπόλοιπα παιδιά.

Πνευμονία & παραπνευμονική συλλογή στα παιδιά

Αικατερίνη Αγραφιώτου
Διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής, Ευρωκλινική Παίδων

Για την πνευμονία στην παιδική ηλικία, έχουν γραφτεί πολλά άρθρα, αφού αφορά 34-40 παιδιά ανά 1.000 υγιή στην Ευρώπη και προβληματίζει γονείς και παιδιάτρους. Τα αίτιά της διαφέρουν ανά ηλικιακή ομάδα (ιοί, μικρόβια κ.λπ.), ενώ η πνευμονία της κοινότητας αφορά παιδιά που νοσούν και αντιμετωπίζονται **εκτός** νοσοκομείου.

Ωστόσο υπόνοια **βακτηριακής** πνευμονίας τίθεται σε κάθε παιδί, που ως συμπτώματα έχει επίμονο ή υποτροπιάζοντα πυρετό πάνω από 38,5°C σε συνδυασμό με βήχα, ταχύπνοια και εισολκές. Ο παιδίατρος εξετάζει και αποφασίζει με βάση τις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες την θεραπεία του ασθενούς του, ενώ **κριτήρια εισαγωγής στο νοσοκομείο** αποτελούν τα παρακάτω:

- Κορεσμός οξυγόνου < 93% ή κυάνωση
- Αριθμός αναπνοών > 70/min σε βρέφη και >50 /min σε παιδιά
- Δύσπνοια
- Άπνοια σε βρέφη
- Γογγυσμός

- Μείωση λήψης υγρών ή τροφής
- Επηρεασμένη γενική κατάσταση, «τοξική εμφάνιση»
- Οικογενειακό περιβάλλον χωρίς δυνατότητα παρακολούθησης και επίβλεψης
- Ηλικία μικρότερη των 3 μηνών.

Το 15% των παιδιών που νοσηλεύονται με πνευμονία (σύμφωνα με άλλες μελέτες 36%-57%) θα αναπτύξουν παραπνευμονική συλλογή και το 3,3/100.000 του πληθυσμού. Συχνότερα εμφανίζεται στα αγόρια, στα βρέφη και τα μικρά παιδιά κατά τη διάρκεια του χειμώνα και της άνοιξης.

Παθογένεια

Οι πνεύμονες περιβάλλονται από τον υπεζωκότα, ο οποίος αποτελείται από δύο πέταλα-μεμβράνες (τοιχωματικός - σπλαχνικός υπεζωκότας) που ανάμεσά τους υπάρχει φυσιολογικά ελάχιστη ποσότητα υγρού για να μετακινούνται στη διάρκεια της αναπνοής. Η φυσιολογική ποσότητα του υγρού είναι 0,3 ml/Kg βάρους σώματος. Υπάρχει συνεχής κυκλοφορία του πλευριτικού υγρού στη διάρκεια του 24ώρου, που απομακρύνεται διά των «στομάτων» των λεμφαγγείων του τοιχωματικού υπεζωκότα στον μείζονα θωρακικό πόρο και στις μεγάλες φλέβες του πνεύμονα. Συλλογή πλευριτικού υγρού έχουμε όταν ο ρυθμός παραγωγής ξεπερνά τον ρυθμό απομάκρυνσης. Σε περίπτωση πνευμονίας, δηλαδή φλεγμονής στο πνευμονικό παρέγχυμα, αυξάνεται η διαπερατότητα των αγγείων (τριχοειδών), με αποτέλεσμα την αύξηση της παραγωγής υγρού, ενώ στα επόμενα στάδια εξέλιξης της νόσου μπορεί να μειώνεται και η απομάκρυνση υγρού, λόγω απόφραξης των «στομάτων» των λεμφαγγείων από ινώδες.

	ΗΠΙΑ	ΣΟΒΑΡΗ
ΒΡΕΦΗ	Θ< 38,5°C	Θ> 38,5°C
	<50 αναπνοές/ min	>70 αναπνοές/ min
	ήπιες εισολκές	μέτριες - σοβαρές εισολκές, κοπιώδης αναπνοή, αναπέταση ρινικών πτερυγίων, κυάνωση
	πλήρης σίτιση	όχι σίτιση

	ΗΠΙΑ	ΣΟΒΑΡΗ
ΠΑΙΔΙΑ	Θ< 38,5°C	Θ> 38,5°C
	<50 αναπνοές/ min	>50 αναπνοές/ min
	ήπια δύσπνοια	σοβαρή δυσκολία, αγωνιώδης αναπνοή, αναπέταση ρινικών πτερυγίων, κυάνωση
	όχι έμετοι	σημεία αφυδάτωσης

Η πνευμονία στην παιδική ηλικία, αφορά **34-40** *παιδιά ανά 1.000 υγιή στην Ευρώπη και προβληματίζει γονείς και παιδιάτρους*

Το **15%** *των παιδιών που νοσηλεύονται με πνευμονία (σύμφωνα με άλλες μελέτες 36%-57%) θα αναπτύξουν παραπνευμονική συλλογή*

Παραπνευμονική συλλογή ονομάζουμε τη συλλογή πλευριτικού υγρού ανάμεσα στα δύο πέταλα του υπεζωκότα (πλευριτικός χώρος), ενώ εμπύημα την παρουσία πύου στο παραπάνω διάστημα.

Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα του παιδιού με πλευριτική συλλογή είναι χαρακτηριστική: Ο ασθενής συνεχίζει, παρά την αντιμικροβιακή αγωγή, να εμφανίζει πυρετό ή να είναι σε επηρεασμένη γενική κατάσταση, παρουσιάζει θωρακικό ή και κοιλιακό άλγος, γογγυσμό, ταχύπνοια, δύσπνοια και αυξημένες ανάγκες σε O_2. Οι παραπάνω πίνακες αποτυπώνουν την εκτίμηση της κλινικής βαρύτητας.

Εργαστηριακός έλεγχος

Εκτός από τις εξετάσεις αίματος (αυξημένοι δείκτες φλεγμονής, μειωμένη αλβουμίνη ορού κ.λπ.), η διερεύνηση μετά την αρχική ακτινογραφία θώρακα αρχίζει με υπερηχογράφημα θώρακα. Στο σημείο αυτό να αναφέρουμε ότι ακολουθούνται τρία στάδια στην παθοφυσιολογική διεργασία που αφορά το πλευριτικό υγρό.

Στάδιο I: Εξιδρωματικό: Ανηχογενής χωρίς εγκυστώσεις υπεζωκοτική συλλογή. Εξίδρωση υγρού, παραγωγή φλεγμονωδών κυτταροκινών, μεταβολές στα μεσοθηλιακά κύτταρα που επιτρέπουν την περαιτέρω εισροή υγρού.

Στάδιο II: Ινωδοπυώδες: Μετανάστευση ουδετερόφιλων, ενεργοποίηση πηκτικού μηχανισμού και καταστολή ινωδόλυσης, σχηματισμός ινικής και διαφραγματίων, αυξημένη παραγωγή γαλακτικού οξέος, πτώση pH και Glu και αύξηση LDH στο πλευριτικό υγρό.

Στάδιο III: Οργάνωσης: Πολλαπλασιασμός ινοβλαστών, σχηματισμός συμπαγούς ινώδους φλοιού στον υπεζωκότα που παρεμποδίζει την επανέκπτυξη του πνεύμονα και ευνοεί την επιμονή της λοίμωξης στον κλειστό χώρο.

Η χρονική διάρκεια των σταδίων μπορεί να είναι μερικές ημέρες.

Θεραπεία

Η αντιμετώπιση συνίσταται αρχικά την ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών, αντίστοιχων των ύποπτων μικροβίων. Υπεύθυνα μικρόβια θεωρούνται κυρίως ο πνευμονιόκοκκος (streptococcus pneumonia, ορότυποι 3.7F και 19A), αλλά και ο β-αιμολυτικός streptococcus ομάδας Α και ο staphylococcus aureus, αναερόβια, mycoplasma pneumoniae, klebsiella κ.λπ. Η συλλογή θεωρείται μικρή (<1/4 ημιθωρακίου ή <10 mm υγρού σε ακτινογραφία lateral decubitus), μέτρια (>1/4 και ή 10-20 mm και <1/2 ημιθωρακίου) και μεγάλη (>1/2 ημιθωρακίου ή παρεκτόπιση του μεσοθωρακίου ή >20 mm).

Στη μικρή συλλογή, εφόσον ο ασθενής είναι χωρίς πυρετό και δεν παρουσιάζει σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας, μπορεί να μη χρειαστεί περαιτέρω αντιμετώπιση πλην των αντιβιοτικών. Αν η συλλογή είναι μέτρια ή ο ασθενής εξακολουθεί να εμφανίζει πυρετό ή σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας, προχωρούμε σε παροχέτευση του υγρού με τοποθέτηση σωλήνα παροχέτευσης (Bullau). Η προσθήκη ινωδολυτικού μέσω του σωλήνα ανεβάζει τα ποσοστά επιτυχίας στη θεραπεία κατά 90% και μειώνει τις ημέρες νοσηλείας κατά 50%. Χρησιμοποιούνται περισσότερο τελευταία η ουροκινάση και η αλτεπλάση με παρόμοια αποτελεσματικότητα. Συνήθως στα στάδια I και II πλευριτικής συλλογής αρκούν τα παραπάνω μέτρα αντιμετώπισης.

Σε αποτυχία των παραπάνω (παροχέτευσης, αντιβιοτικών, ινωδόλυσης), σε επίμονη εικόνα ή σε παρουσία συλλογής υγρού παρά τα παραπάνω προχωρούμε σε επεμβατικούς τρόπους αντιμετώπισης. Αυτό συμβαίνει κυρίως στο στάδιο III πλευριτικής συλλογής. Στους επεμβατικούς τρόπους ανήκουν η θωρακοτομή και το VATS (Video Assisted Thoracoscopy). Προηγείται αξονική τομογραφία θώρακα για ακριβέστερη και λεπτομερή απεικόνιση της περιοχής (των εγκυστώσεων) και μεγαλύτερη διευκόλυνση των παιδοχειρουργών για την περαιτέρω αντιμετώπιση. Σε κάθε περίπτωση το πλευριτικό υγρό αποστέλλεται στο μικροβιολογικό εργαστήριο για βιοχημική ανάλυση, gram χρώση-καλλιέργεια και PCR.

Τα αντιβιοτικά χορηγούνται μέχρι ο ασθενής να παραμείνει χωρίς πυρετό ή μέχρι να αφαιρεθεί η παροχέτευση. Η θεραπεία συνεχίζεται με αντιβιοτικά από του στόματος για 1-4 εβδομάδες.

Παραπνευμονική συλλογή *ονομάζουμε την συλλογή πλευριτικού υγρού ανάμεσα στα δύο πέταλα του υπεζωκότα (πλευριτικός χώρος), ενώ εμπύημα την παρουσία πύου στο παραπάνω διάστημα*

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές της πνευμονίας με παραπνευμονική συλλογή μπορεί να είναι:

Πνευμονικές: Πνευμοθώρακας, εμπύημα, πνευμονικό απόστημα, βρογχοπλευρικό συρίγγιο, νεκρωτική πνευμονία, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, παχυπλευρίτιδα.

Απομακρυσμένες: Μηνιγγίτιδα, απόστημα ΚΝΣ, περικαρδίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, οστεομυελίτιδα, σηπτική αρθρίτιδα.

Συστηματικές: Ουραιμικό αιμολυτικό σύνδρομο.

Πρόγνωση

Συνήθως είναι πολύ καλή. Τα παιδιά δεν έχουν όπως οι ενήλικες υποκείμενη νόσο, αναρρώνουν πλήρως με φυσιολογική την αναπνευστική τους λειτουργία. Σπάνια παρουσιάζεται πνευμονοπάθεια περιοριστικού ή αποφρακτικού τύπου.

Η ακτινογραφία θώρακος face αποκαθίσταται σε 3 μήνες στο 60%-83% των περιπτώσεων, ενώ είναι φυσιολογική σε ποσοστό μεγαλύτερο του 90% σε 18 μήνες.

Πέτρος Βαλιούλης
Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος
Ευρωκλινική Παίδων

Τεχνολογία και νέες δυνατότητες

Η κρυψορχία στην εποχή της βιοπαροσκόπησης

Κρυψορχία είναι η πάθηση όπου ο ένας ή και οι δύο όρχεις δεν βρίσκονται στη φυσιολογική θέση τους μέσα στο όσχεο. Είναι γνωστό ότι οι όρχεις διαπλάθονται στην εμβρυϊκή ζωή μέσα στην κοιλιά και κατέρχονται στο όσχεο γύρω στην 28η εβδομάδα της κυήσεως. Η διαδικασία της καθόδου ολοκληρώνεται μέχρι τη γέννηση στο 96%-97% των τελειόμηνων νεογνών αγοριών, ενώ στο υπόλοιπο 3%-4% έχουμε την εκδήλωση της κρυψορχίας.

Η κάθοδος του όρχεως μπορεί να ολοκληρωθεί τους πρώτους μήνες μετά τη γέννηση στα δύο τρίτα περίπου των κρυψορχιών της νεογνικής περιόδου, με αποτέλεσμα το ποσοστό της κρυψορχίας με τη συμπλήρωση του ενός έτους να μειώνεται από το 3%-4% της γέννησης στο 1%. Αυτό θεωρείται ότι συμβαίνει λόγω της έκκρισης τεστοστερόνης μέσα στο πρώτο τρίμηνο της ζωής (μίνι εφηβεία των βρεφών), με την ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης, συνεπεία της απώλειας του αρνητικού παλίνδρομου κυκλώματος που προσέφερε το μητρικό ορμονικό περιβάλλον. Για τον λόγο αυτό πολύ σπάνια παρατηρείται κάθοδος του όρχι στο όσχεο μετά τους έξι πρώτους μήνες της ζωής. Η παρατήρηση αυτή έχει οδηγήσει τα τελευταία χρόνια την ένδειξη για χειρουργική διόρθωση της κρυψορχίας σε μικρότερη ηλικία, με προφανή στόχο να προληφθούν μόνιμες αλλοιώσεις στο ορχικό παρέγχυμα, οι οποίες είναι ήδη ορατές στους 12 μήνες της ζωής. Έτσι οι σύγχρονες οδηγίες μιλούν για εγχειρητική διόρθωση της κρυψορχίας στον συντομότερο δυνατό χρόνο μετά τους έξι μήνες της ζωής, εφόσον φυσικά δεν έχει γίνει, ή έστω δεν κοντεύει να γίνει αυτόματη κάθοδος του όρχεως στο όσχεο.

Η διαδικασία της καθόδου του όρχεως ολοκληρώνεται μέχρι τη γέννηση στο 96%-97% των τελειόμηνων νεογνών αγοριών, ενώ στο υπόλοιπο 3%-4% έχουμε την εκδήλωση της κρυψορχίας

Η κλασική χειρουργική επέμβαση με βουβωνική προσπέλαση για την ορχεοπηξία είναι απλή και με καλά αποτελέσματα, όταν η θέση του όρχεως είναι κοντά στο όσχεο. Στα δύο τρίτα περίπου των κρυψορχιών ο όρχις βρίσκεται στον βουβωνικό πόρο και τότε η βουβωνική ορχεοπηξία είναι απλή και ασφαλής μέθοδος, με άριστα αποτελέσματα σε έμπειρα χέρια. Στο ένα τρίτο όμως των περιπτώσεων ο όρχις βρίσκεται ενδο-

κοιλιακά ή στο έσω βουβωνικό στόμιο και τότε τα πράγματα είναι δυσκολότερα. Το εμπόδιο σε αυτές τις περιπτώσεις είναι το κοντό μήκος των σπερματικών αγγείων, που δεν επιτρέπουν την τοποθέτηση του όρχεως στο όσχεο. Για τον λόγο αυτό ήδη από το 1959 οι Αυστραλοί Fowler και Stephens περιέγραψαν τη διατομή των έσω σπερματικών αγγείων για να μπορέσει ο όρχις να φτάσει στο όσχεο, βασίζοντας τη βιωσιμότητά του στη μικρή αρτηρία που συνοδεύει τον σπερματικό πόρο και παράπλευρα μικρά αγγεία που πορεύονται κατά μήκος του οίακα. Επειδή η μέθοδος αυτή έχει σημαντικά ποσοστά ατροφίας του όρχεως είναι αποδεκτή μόνο ως έσχατη λύση. Έτσι, λοιπόν, η κρυψορχία με ενδοκοιλιακό όρχι αποτελεί δύσκολο πρόβλημα.

Η λαπαροσκοπική χειρουργική έφερε επανάσταση στη χειρουργική θεραπεία της υψηλής κρυψορχίας. Προσφέρει ικανή προσπέλαση σε μεγάλο μήκος των σπερματικών αγγείων και σημαντική οπτική μεγέθυνση. Έτσι δίνει τη δυνατότητα για εκτεταμένη παρασκευή των αγγείων, σε μεγάλο ύψος, σχεδόν μέχρι την έκφυσή τους, που στις περισσότερες περιπτώσεις τούς δίνει το απαιτούμενο μήκος για να φθάσει ο όρχις στο όσχεο. Η ανάγκη για διατομή των σπερματικών αγγείων κατά Fowler - Stephens περιορίζεται πολύ μόνο όταν ο όρχις βρίσκεται πολύ ψηλά ενδοκοιλιακά, τουλάχιστον 3 cm πάνω από το έσω βουβωνικό στόμιο. Με τον τρόπο αυτό τα ποσοστά επιτυχίας της λαπαροσκοπικής ορχεοπηξίας αυξάνονται σημαντικά, διότι ο όρχις διατηρεί τα κύρια αγγεία του, που είναι τα σπερματικά.

Η λαπαροσκόπηση αρχίζει από το διαγνωστικό μέρος. Παρατηρούνται τα έσω βουβωνικά στόμια. Αν βρεθούν σπερματικός πόρος και σπερματικά αγγεία που λήγουν τυφλά μπροστά σε κλειστό βουβωνικό στόμιο πρόκειται για ανορχία και δεν χρειάζεται άλλη διερεύνηση. Αν βρεθεί σπερματικός πόρος και σπερματικά αγγεία που εισέρχονται στο βουβωνικό στόμιο, η λαπαροσκόπηση ολοκληρώνεται και ακολουθεί διερεύνηση με βουβωνική προσπέλαση.

Αν πράγματι βρεθεί ενδοκοιλιακός όρχις, εκτιμάται η απόστασή του από το βουβωνικό στόμιο. Στις ακραίες περιπτώσεις που η απόστασή του είναι πάνω από 3 cm είναι απαραίτητη η διατομή των σπερματικών αγγείων, κατά Fowler - Stephens. Γίνεται απολίνωσή τους με clips, κατά το δυνατόν μακριά από τον όρχι. Το σημαντικό πλεονέκτημα της λαπαροσκόπησης είναι ότι η απολίνωση των αγγείων γίνεται χωρίς να πειραχτούν καθόλου ο οίακας και ο σπερματικός πόρος και έτσι διαφυλάσσεται η παράπλευρη κυκλοφορία που επιτρέπει να επιβιώσει ο όρχις. Η ορχεοπηξία σε αυτή την περίπτωση γίνεται σε δεύτερο χρόνο, μετά μερικούς μήνες, πάλι λαπαροσκοπικά.

Τέλος, στις περισσότερες περιπτώσεις ο όρχις βρίσκεται στα 3 cm το πολύ από το έσω βουβωνικό στόμιο. Διακρίνεται ο όρχις κοντά στο έσω βουβωνικό στόμιο, με την επιδιδυμίδα, τα αγγεία και τον σπερματικό πόρο.

Η επέμβαση αρχίζει με τη διατομή του οίακα περιφερικά του σπερματικού πόρου, προσέχοντας να μη γίνει κάκωση σε αυτόν.

Ακολούθως παρασκευάζονται τα σπερματικά αγγεία με τομή του οπίσθιου περιτοναίου παράλληλα προς τα αγγεία, που τους δίνει το απαιτούμενο μήκος. Το απαιτούμενο μήκος έχει εξασφαλισθεί όταν ο όρχις φθάνει στο ετερόπλευρο έσω βουβωνικό στόμιο. Τότε είμαστε έτοιμοι για την ορχεοπηξία. Δημιουργείται νέο βουβωνικό στόμιο επί τα εντός των επιγαστρικών αγγείων και από αυτό τοποθετείται ο όρχις στο όσχεο. Όταν χρειάζεται παραπάνω παρασκευή των αγγείων για να μην έχουν τάση είναι δυνατόν να γίνει σε μεγάλο ύψος, κοντά στο τυφλό έντερο και το μεσεντέριο, που είναι αδύνατον να επιτευχθεί με τη βουβωνική προσπέλαση.

Συνολικά με τη βοήθεια της εξέλιξης της τεχνολογίας που κατέστησε πραγματικότητα τη λαπαροσκοπική χειρουργική, τα ποσοστά επιτυχίας στη δύσκολη κρυψορχία έχουν αυξηθεί σημαντικά, με αποτέλεσμα ελάχιστοι όρχεις που έχουν διαπλασθεί κανονικά να χάνονται λόγω της υψηλής ενδοκοιλιακής τους θέσης προς όφελος των μικρών μας ασθενών.

«Συμπερασματικά, η λαπαροσκόπηση δίνει μεγάλες δυνατότητες και στη διαγνωστική προσπέλαση αλλά και στη θεραπευτική αντιμετώπιση της δύσκολης κρυψορχίας με ενδοκοιλιακό όρχι. Δυνατότητες που ήταν αδιανόητες με την κλασική επέμβαση με βουβωνική προσπέλαση.»

Το συμπέρασμα αυτό τροποποιεί ενδείξεις και κριτήρια για την κρυψορχία ως εξής:

- Όταν ο όχις είναι ψηλαφητός, γίνεται κλασική ορχεοπηξία με βουβωνική προσπέλαση.
- Όταν ο όρχις δεν ψηλαφάται, η λαπαροσκόπηση είναι στις μέρες μας απόλυτη ένδειξη.
- Αν ο ενδοκοιλιακός όρχις βρεθεί σε θέση μέχρι 3 cm από το βουβωνικό στόμιο γίνεται λαπαροσκοπική ορχεοπηξία με τη διατήρηση των σπερματικών αγγείων.
- Αν βρεθεί ψηλότερα, γίνεται απολίνωση των σπερματικών αγγείων για να ακολουθήσει ορχεοπηξία σε 2ο χρόνο, κατά Fowler - Stephens, λίγους μήνες αργότερα.

Η λαπαροσκοπική χειρουργική έφερε επανάσταση στη χειρουργική θεραπεία της υψηλής κρυψορχίας. Προσφέρει ικανή προσπέλαση σε μεγάλο μήκος των σπερματικών αγγείων και σημαντική οπτική μεγέθυνση

Νικόλαος Πέττας
Διευθυντής Τμήματος Ορθοπαιδικής Χειρουργικής, Ευρωκλινική Παίδων

Αντιμετώπιση της αναπτυξιακής δυσπλασίας του ισχίου

Κριτήρια θεραπείας

Η αναπτυξιακή δυσπλασία του ισχίου ορίζεται ως φάσμα ανωμαλιών της ανάπτυξης του ισχίου που παρουσιάζεται με διαφορετικές μορφές σε διαφορετικές ηλικίες.

Ιστορικά πρώτος ο Ιπποκράτης το 390 π.Χ. αναφέρεται στην πάθηση και στη συνέχεια ο Ambroise Paré αναφέρεται στην ανεπαρκή ανάπτυξη του ισχίου. Ο Wilhelm Roser πρώτος με τον καθορισμό της λαγονοϊσχιακής γραμμής, ο Roentgen το 1895 με την ακτινογραφία, ο Ortolani το 1937 με το ομώνυμο τεστ, ο Barlow το 1962 με παρόμοιο τεστ και τελευταία ο Graf το 1980 με το υπερηχογράφημα ως διαγνωστική μέθοδο συνετέλεσαν στην έγκαιρη διάγνωση και βοήθησαν για τη θεραπεία της νόσου.

Σύμφωνα με τον Klisic (1989), η αναπτυξιακή δυσπλασία του ισχίου θεωρείται μια δυναμική διαταραχή, δυνητικά ικανή για βελτίωση ή επιδείνωση όσο το παιδί μεγαλώνει και αυτό εξαρτάται από τη φροντίδα που του παρέχεται από παιδιάτρους ή παιδορθοπεδικούς.

Η αναπτυξιακή δυσπλασία του ισχίου ορίζεται ως φάσμα ανωμαλιών της ανάπτυξης του ισχίου που παρουσιάζεται με διαφορετικές μορφές σε διαφορετικές ηλικίες

Αίτια

Τα αίτια της νόσου είναι πολυπαραγοντικά. Η συνδεσμική χαλαρότητα, η ισχιακή προβολή, η θέση του παιδιού μετά τη γέννηση, το φάσκιωμα μετά τη γέννηση με τα ισχία σε έκταση και τα φυλετικά αίτια θεωρούνται υπεύθυνα για τη νόσο.

Η συνήθεια του φασκιώματος των μωρών με τα ισχία σε έκταση αυξάνει σε μεγαλύτερο ποσοστό την αναπτυξιακή δυσπλασία του ισχίου. Τα προγράμματα αλλαγής αυτής της συνήθειας με τα ισχία σε βατραχοειδή θέση έδειξαν υποχώρηση της επίπτωσης της νόσου έως και 65%.

Σε ό,τι αφορά τα φυλετικά αίτια παρατηρείται αυξημένη επίπτωση σε λευκούς και ιθαγενείς Αμερικανούς, ενώ χαμηλή είναι η επίπτωση στη μαύρη φυλή και στους Ασιάτες.

Στο νεογέννητο συνυπάρχουν σε διάφορα ποσοστά το συγγενές ραιβόκρανο (15%-20%), το ραιβό μετατάρσιο σε ποσοστό 1,5% έως 10%, ενώ σε πρωτότοκα παιδιά ή παιδιά που γεννήθηκαν από μητέρες με ολιγοϋδράμνιο η νόσος εμφανίζεται σε αυξημένο ποσοστό.

Τα διάφορα στάδια της νόσου, όπως η αστάθεια του ισχίου, η δυσπλασία του ισχίου, το υπεξάρθρημα και το εξάρθρημα, μπορούμε σήμερα να τα θεραπεύσουμε συντηρητικά, αρκεί να γίνει έγκαιρη διάγνωση. Η ηλικία όμως καθορίζει και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Στο νεογέννητο η εξέλιξη ενός «ασταθούς» ισχίου παραμένει ένα αίνιγμα για το πώς ανατάσσεται αυτόματα ή προχωρά προς το υπεξάρθρημα ή το εξάρθρημα.

Τα νέα υπερηχογραφικά δεδομένα καθορίζουν την έννοια του «ασταθούς» ισχίου πάντα έπειτα από τη σωστή φυσική εξέταση (σημείο Ortolani - Barlow) και ορίζουν τη συντηρητική θεραπεία.

Θεραπεία

Η συντηρητική θεραπεία είναι επιτυχής επί πρώιμης διάγνωσης και εφόσον δεν έχουν εγκατασταθεί δευτεροπαθείς αλλοιώσεις των ανατομικών στοιχείων του ισχίου που καθιστούν αδύνατη την ανάταξη.

Σκοπός της θεραπείας είναι να υπάρχει, κατά το δυνατό, ανατομικά φυσιολογικό ισχίο στο τέλος της σκελετικής ωρίμανσης για να αποφευχθεί η μελλοντική εκφυλιστική αρθροπάθεια του ισχίου. Όσο πιο νωρίς αρχίσει η θεραπεία τόσο καλύτερα αποτελέσματα έχουμε.

Η φυσιολογική ανάπτυξη της αρθρώσεως εξαρτάται σημαντικά από τον χρόνο που γίνεται η επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής στην κοτύλη.

Στη συντηρητική θεραπεία πρωτεύοντα ρόλο έχουν οι διαφόρου τύπου νάρθηκες απαγωγής των ισχίων, αρχίζοντας από τις απλές πάνες απαγωγής και τα διαφόρου τύπου μαξιλαράκια απαγωγής.

Οι κηδεμόνες σταθερής απαγωγής και οι μεταβλητοί κηδεμόνες περιλαμβάνονται στη θεραπευτική μας φαρέτρα τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο.

Σε νεογέννητα με μειωμένη απαγωγή των ισχίων, ανισοπτύχωση και φυσιολογικό υπερηχογράφημα, οι πάνες απαγωγής των ισχίων συνιστούν θεραπεία εκλογής και η επανεξέταση πρέπει να γίνεται σε 3 με 4 εβδομάδες, οπότε συνήθως τα κλινικά ευρήματα εξαφανίζονται.

Σε νεογέννητα με μειωμένη απαγωγή, ανισοπτύχωση, click και δυσπλασία κοτύλης στο υπερηχογράφημα, οι πάνες ή τα μαξιλαράκια απαγωγής αποτελούν θεραπεία εκλογής με συνήθη εξέλιξη τα κλινικά και τα υπερηχογραφικά ευρήματα να εξαφανίζονται σε 8 με 12 εβδομάδες. Οπωσδήποτε η επανεξέταση πρέπει να γίνεται κάθε 4 εβδομάδες.

Σε νεογέννητα με μειωμένη απαγωγή, ανισοπτύχωση, click, υπεξάρθρημα στο υπερηχογράφημα που εφαρμόστηκε θεραπεία με πάνες ή μαξιλαράκια απαγωγής για 6 με 8 εβδομάδες και στον επανέλεγχο υπάρχουν κλινικά ή υπερηχογραφικά ευρήματα, η ακτινογραφία είναι χρήσιμη για την επιβεβαίωση του υπεξαρθρήματος και η εφαρμογή του γύψου σε βατραχοειδή θέση για 3-4 μήνες θεωρείται απαραίτητη.

Η συνδεσμική χαλαρότητα, η ισχιακή προβολή, η θέση του παιδιού μετά τη γέννηση, το φάσκιωμα μετά τη γέννηση με τα ισχία σε έκταση και τα φυλετικά αίτια θεωρούνται υπεύθυνα για τη νόσο

Τέλος, σε νεογέννητα με μειωμένη απαγωγή, ανισοπτύχωση, θετικό σημείο Ortolani και εξάρθρημα του ισχίου στο υπερηχογράφημα και έπειτα από εφαρμογή κηδεμόνων απαγωγής των ισχίων για 8-12 εβδομάδες όπου εξακολουθεί θετικό σημείο Ortolani και εξαρθρωμένο ισχίο στο υπερηχογράφημα, θα πρέπει ο ασθενής να εισάγεται στο νοσοκομείο για θεραπεία, όπου ελέγχεται η σταθερότητα ανάταξης του ισχίου υπό νάρκωση και ακολουθείται πρωτόκολλο θεραπείας κλειστής ή ανοικτής ανάταξης του ισχίου.

Ενδείξεις ανοικτής ανάταξης

Οι ενδείξεις ανοικτής ανάταξης είναι κυρίως όταν είναι ανέφικτη η κλειστή ανάταξη υπό γενική αναισθησία, όταν είναι λίαν ασταθής η ανάταξη, όταν η μηριαία κεφαλή βρίσκεται σε απόσταση από την κοτύλη ή δεν καλύπτεται ικανοποιητικά. Υπάρχουν επεμβάσεις που αφορούν τα μαλακά μόρια και τα οστά και που κριτήρια πάντα είναι η ηλικία του πάσχοντος και η μορφή του εξαρθρωμένου ισχίου.

Συμπερασματικά, η αναπτυξιακή δυσπλασία του ισχίου αντιμετωπίζεται τόσο συντηρητικά όσο και χειρουργικά από παιδορθοπεδικούς με την επαρκή γνώση και εμπειρία.

Βασίλης Παϊλόπουλος
Διευθυντής Παιδοκαρδιολόγος, Ευρωκλινική Παίδων

Προληπτικός - προσχολικός - προαθλητικός έλεγχος

Με την έναρξη της σχολικής χρονιάς αρχίζουν και οι αθλητικές δραστηριότητες των παιδιών. Όπως είναι γνωστό τα παιδιά κάθε χρόνο αλλάζουν γνώμη και ζητούν να κάνουν άλλο άθλημα που βλέπουν ή ακούν από τους φίλους τους.

Επιτρέπεται ένα παιδί να κάνει οποιοδήποτε άθλημα;
Στο ερώτημα αυτό έρχεται να απαντήσει ο παιδίατρος, ο οποίος γνωρίζει τη φυσική κατάσταση του παιδιού και συστήνει τον προληπτικό έλεγχο και του καρδιαγγειακού συστήματος.

Το καρδιαγγειακό σύστημα, η καρδιά, δηλαδή, είναι το όργανο που υποστηρίζει όλο το σώμα μας. Σε συνθήκες αυξημένης φυσικής δραστηριότητας, όπως είναι το παιχνίδι και βέβαια ο αθλητισμός, η καρδιά απαιτείται να είναι ικανή να υποστηρίξει τις αυξημένες ανάγκες των μυών, των πνευμόνων και άλλων οργάνων.

> *Συνιστάται στα παιδιά πριν από την έναρξη των αθλητικών τους δραστηριοτήτων να υποβάλλονται σε παιδοκαρδιολογική εκτίμηση*

Με την ανωτέρω θεώρηση συνιστάται στα παιδιά πριν από την έναρξη των αθλητικών τους δραστηριοτήτων να υποβάλλονται σε παιδοκαρδιολογική εκτίμηση. Ο παιδοκαρδιολόγος, ευαισθητοποιημένος με τις ανάγκες του παιδιού για παιχνίδι - άθληση, οφείλει μετά την εξέταση να καθησυχάσει τους γονείς ότι το παιδί τους μπορεί να κάνει ό,τι θέλει χωρίς να υπάρχουν ενδείξεις κινδύνου, δεδομένου ότι τα σπάνια (1:100.000 αθλητές ανά έτος) αλλά τραγικά συμβάντα αιφνίδιου θανάτου κατά την άθληση είναι αυτά που τρομάζουν τον κάθε γονιό για το παιδί του.

Η παιδοκαρδιολογική εξέταση επομένως δεν πρέπει να θεωρείται εξέταση ρουτίνας ούτε από εμάς, τους επαγγελματίες υγείας, ούτε από τους γονείς. Αρχικά πρέπει να περιλαμβάνει τη λήψη πλήρους και προσεκτικού ιστορικού για το παιδί και την ευρύτερη οικογένεια. Από

το ατομικό ιστορικό θα αξιολογηθεί αν ένα παιδί λαχανιάζει εύκολα ή κουράζεται εύκολα στην άσκηση ή αν έχει παραπονεθεί για ζάλη και ακόμη αν έχει λιποθυμήσει κατά ή μετά την άσκηση. Ο θωρακικός πόνος κατά την άσκηση είναι άλλη μία πληροφορία που μαζί με τα προηγούμενα συμπτώματα θα πρέπει να τα συνεκτιμήσουμε κατά την κλινική μας εξέταση, αν και γνωρίζουμε ότι συνήθως δεν σχετίζονται με καρδιακό νόσημα σε ένα υγιές παιδί.

Από το οικογενειακό ιστορικό να γνωρίζουμε αν υπάρχει αιφνίδιος θάνατος ή στεφανιαία νόσος σε νέα άτομα και να αποκλεισθούν διάφορες αρρυθμίες (κολποκοιλιακοί αποκλεισμοί, σύνδρομο WPW, σύνδρομο long QT, σύνδρομο Brugada κ.ά.) ή καρδιακά νοσήματα στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον (αρρυθμιογόνες μυοκαρδιοπάθειες) που είναι οικογενή και γνωρίζοντάς τα θα συμβουλεύσουμε ανάλογα γονείς και παιδιά σε σχέση με τις αθλητικές δραστηριότητες.

Εξετάζοντας το παιδί κλινικά δεν περιοριζόμαστε μόνο στην ακρόαση της καρδιάς για φύσημα, αλλά ελέγχουμε τους καρδιακούς τόνους, ψηλαφούμε τις μηριαίες αρτηρίες, αξιολογούμε την αρτηριακή πίεση και εν γένει παρατηρούμε τη σωματική ανάπτυξη και το βάρος σώματος προς αποκλεισμό σημείων που μπορεί να έχουν σχέση και με το καρδιαγγειακό σύστημα (σύνδρομο Marfan).

Η κλινική εξέταση θα ολοκληρωθεί με τον εργαστηριακό έλεγχο που θα πρέπει να περιλαμβάνει οπωσδήποτε το ΗΚΓ και ανάλογα το υπερηχοκαρδιογράφημα (Triplex) ή άλλες πιο ειδικές εξετάσεις, όπως δοκιμασία κόπωσης, Holter ρυθμού, όταν υπάρχουν ανάλογες ενδείξεις για αυτές.

Στο ΗΚΓ θα διαπιστωθούν η παρουσία εκτακτοσυστολών, η παρουσία αρρυθμιογόνων συνδρόμων (βραχύ ή μακρύ PR διάστημα, μακρύ QT διάστημα), η παρουσία διαταραχών αγωγής ερεθισμάτων ή άλλων ΗΚΓραφικών ευρημάτων (εικόνα WPW) που πιθανόν να προκαλέσουν επεισόδια ταχυκαρδίας στο μέλλον.

Αν ένα παιδί δεν έχει κάνει ποτέ Triplex ή έχουν περάσει 3-5 χρόνια από το τελευταίο Triplex, δικαιούται να κάνει, ώστε να γνωρίζουμε αφενός ότι η ανατομία της καρδιάς και των μεγάλων αγγείων είναι φυσιολογική και αφετέρου ότι η ανάπτυξη των καρδιακών τοιχωμάτων και οι διαστάσεις των καρδιακών κοιλοτήτων και των αγγείων ακολουθούν την ηλικία και τη σωματική του ανάπτυξη.

Παθήσεις που διαγιγνώσκονται υπερηχοκαρδιογραφικά χωρίς να δίνουν κλινικά σημεία ή συμπτώματα τουλάχιστον στην παιδική ηλικία είναι:

- Μυοκαρδιοπάθειες (υπερτροφική, διατατική, ασύμμετρη υπερτροφία του μεσοκοιλιακού διαφράγματος).
- Ανώμαλη έκφυση ή πορεία των στεφανιαίων.
- Διγλώχινα αορτική βαλβίδα.
- Πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας.
- Μικρές μεσοκολπικές επικοινωνίες.
- Ελαφρού βαθμού στένωση του αορτικού ισθμού.
- Ανοικτός αρτηριακός πόρος.
- Αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες.

Από την κλινικοεργαστηριακή παιδοκαρδιολογική εκτίμηση μπορούμε να συστήσουμε σε ένα παιδί ελεύθερη συμμετοχή σε οποιαδήποτε αθλητική δραστηριότητα και επανεκτίμηση κάθε 3 ή 5 χρόνια, ανάλογα με την ένταση της άθλησης, ή περιορισμό σε κάποιες ή ακόμη και αποκλεισμό σε ορισμένες ανάλογα με τα ευρήματα της εξέτασης.

Αν ένα παιδί δεν έχει κάνει ποτέ Triplex ή έχουν περάσει 3-5 χρόνια από το τελευταίο Triplex, δικαιούται να κάνει, ώστε να γνωρίζουμε αφενός ότι η ανατομία της καρδιάς και των μεγάλων αγγείων είναι φυσιολογική και αφετέρου ότι η ανάπτυξη των καρδιακών τοιχωμάτων και οι διαστάσεις των καρδιακών κοιλοτήτων και των αγγείων ακολουθούν την ηλικία και τη σωματική του ανάπτυξη

Ο προληπτικός έλεγχος δεν αποσκοπεί μόνο στη διάγνωση καρδιακών νοσημάτων, τα οποία συνήθως έχουν διαπιστωθεί από τους παιδιάτρους, αλλά κυρίως στην ευαισθητοποίηση των νέων μας όσον αφορά την υγιεινή διατροφή, τον υγιεινό τρόπο ζωής και τα ευεργετικά αποτελέσματα του αθλητισμού ώστε να μειωθούν η παχυσαρκία και η παρουσία καρδιαγγειακών συμβαμάτων στην ενήλικη ζωή.

Συμβουλές για υγιεινές διατροφικές συνήθειες, αποφυγή καπνίσματος και υπέρμετρης χρήσης οινοπνευματωδών ποτών από νεαράς ηλικίας άτομα, περπάτημα και χρήση ποδηλάτου, αντί για αυτοκίνητο, κατά τις μικρές τουλάχιστον μετακινήσεις μας και συμμετοχή σε καθημερινές αθλητικές δραστηριότητες που μας φέρνουν κοντά στη φύση, όπως κολύμπι και πεζοπορία στο βουνό, είναι απαραίτητο να θίγονται από τους επαγγελματίες της υγείας προς τους γονείς και τα μεγαλύτερα παιδιά.

Ο προληπτικός έλεγχος έχει στόχο:

- Την πρόληψη αιφνίδιου θανάτου στην άσκηση.
- Τη διάγνωση παθήσεων που απαιτούν περιορισμό της άσκησης.
- Τη διάγνωση παθήσεων που απαιτούν απλή παρακολούθηση.

Πόνος στο αυτί & παιδί

Αλέξανδρος Κορδάς
Επιμελητής Ωτορινολαρυγγολογίας, υπεύθυνος Ακοολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

Σε κάθε περίπτωση πόνου στο αυτί που δεν υποχωρεί ή συνοδεύεται από άλλα συμπτώματα, το παιδί θα πρέπει πάντα να εξετάζεται από ειδικό παιδο- ΩΡΛ για αποκλεισμό κάποιας σοβαρότερης πάθησης

Παθήσεις του αυτιού που προκαλούν πόνο

Συνηθέστερες αιτίες είναι οι φλεγμονές του ωτός, όπως:

Οξεία μέση πυώδης ωτίτιδα: Εννέα στα δέκα παιδιά ηλικίας έως 3 ετών εμφανίζουν οξεία μέση ωτίτιδα με ή χωρίς ωτόρροια τουλάχιστον μία φορά, ενώ συχνά ταλαιπωρεί πολλά παιδιά έως την ηλικία των 6 ετών.

Επιπλοκή της οξείας μέσης πυώδους ωτίτιδος είναι η οξεία μαστοειδίτιδα που εκδηλώνεται με έντονο πόνο πίσω από το αυτί και προβολή του πτερυγίου του.

Ιογενής ωτίτιδα - Εξωτερική ωτίτιδα: Είναι η φλεγμονή του έξω ακουστικού πόρου του ωτός και εμφανίζεται συχνότερα το καλοκαίρι λόγω κολύμβησης.

Δοθιήνας - απόστημα έξω ακουστικού πόρου: Σπανιότερες αιτίες ωταλγίας είναι η συσσώρευση κυψελίδος ή παρουσία ξένου σώματος στον έξω ακουστικό πόρο, η δυσλειτουργία της ευσταχιανής σάλπιγγας, που συμβαίνει συχνά στις ρινίτιδες, οι τραυματισμοί του ωτός (χρήση μπατονέτας, χαστούκι) και το βαρότραυμα (έπειτα από προσγείωση αεροπλάνου).

Παθήσεις παρακείμενων ιστών που προκαλούν πόνο στο αυτί - αντανακλαστικός πόνος

Αρθραλγία κροταφογναθικής άρθρωσης (διαταραχή άρθρωσης των γνάθων) λόγω ορθοδοντικών προβλημάτων, μάσησης σκληρών τροφών ή τσίχλας, τριξίματος ή σφιξίματος δοντιών κατά τον ύπνο, οδονταλγίας στα πίσω δόντια.

Παθήσεις στοματοφάρυγγα

'Οπως είναι η οξεία αμυγδαλίτιδα, ο περιαμυγδαλικός φλέγμονας ή το απόστημα.

Ο πόνος στο αυτί (ωταλγία) αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες που αναγκάζει τους γονείς ενός παιδιού να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια. Συνήθως είναι πολύ δυνατός και διαξιφιστικός και είναι τις περισσότερες φορές ένδειξη ύπαρξης φλεγμονής στο αυτί του παιδιού ή σε παρακείμενους ιστούς.

Μπορεί να συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα, όπως πυρετός, μείωση της ακοής (βαρηκοΐα), εκροή υγρού (ωτόρροια) ή αίμα στον έξω ακουστικό πόρο, πόνο στον λαιμό και ρινίτιδα.

Μπορεί να είναι συνεχής ή διακοπτόμενος, έντονος ή βαθύς, διαξιφιστικός (σαν σουβλιά) ή ενοχλητικός, να αυξάνεται κατά την πίεση του αυτιού ή όταν το παιδί μασάει, φτερνίζεται ή φυσάει τη μύτη του, ενώ στα νεογνά και τα βρέφη εκδηλώνεται με έντονο κλάμα, ανησυχία ή ευερεθιστότητα. Λόγω της πολύπλοκης νεύρωσης του αυτιού, ο πόνος μπορεί να οφείλεται σε αιτίες που αφορούν το ίδιο το αυτί ή να είναι αντανακλαστικός από παρακείμενους ιστούς.

Αντιμετώπιση

Για την ανακούφιση του παιδιού αρχικά χορηγούμε παυσίπονα. Δεν συνιστάται άμεσα η χορήγηση τοπικών σταγόνων αντιβιοτικού έως ότου γίνει η διάγνωση.

Στη συνέχεια αναζητούμε ιατρική βοήθεια από παιδίατρο ή ειδικό παιδο-ΩΡΛ και χορηγούμε την ανάλογη θεραπεία.

Στην οξεία μέση ωτίτιδα χορηγούμε αντιβιοτικά με ή χωρίς ωτικές σταγόνες. Σε υποτροπιάζουσες ωτίτιδες συνιστάται έλεγχος για υπερτροφία αδενοειδών εκβλαστήσεων (κρεατάκια) και αμυγδαλών. Στην εξωτερική ωτίτιδα χορηγούμε αντιβιοτικά, ωτικές σταγόνες και αποφεύγουμε την επαφή του έξω ακουστικού πόρου με το νερό.

Σε κάθε περίπτωση αδυναμίας ωτοσκόπησης και διάγνωσης, υποτροπιάζουσας ωταλγίας, πόνου στο αυτί που δεν υποχωρεί ή συνοδεύεται από άλλα συμπτώματα, το παιδί θα πρέπει πάντα να εξετάζεται από ειδικό παιδο- ΩΡΛ για αποκλεισμό κάποιας σοβαρότερης πάθησης.

Η καλύτερη εμπειρία αποτρίχωσης που είχατε ποτέ

SOPRANO ICE

Το Τμήμα Αισθητικής Δερματολογίας της Ευρωκλινικής
σας παρέχει ολοκληρωμένη & αποτελεσματική λύση στο θέμα της τριχοφυΐας με το καινοτόμο σύστημα Soprano ICE, το νεότερης γενιάς laser αποτρίχωσης.

Εντελώς Ανώδυνη
Ασφαλής & Ευχάριστη
Γρήγορη & Αποτελεσματική
Κατάλληλη για όλους τους τύπους δέρματος, ακόμα και σε μαυρισμένα δέρματα

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

Περισσότερες πληροφορίες ή κλείσιμο ραντεβού
210 64.16.139 , www.euroclinic.gr

artime.gr

εκπτωτικά κουπόνια

Περιοδικό Medilife

Τρίμηνο πρόγραμμα παρακολούθησης από Διατροφολόγο – Διαιτολόγο 60€

Στο πακέτο διατροφής περιλαμβάνεται δωρεάν αιματολογικός έλεγχος
(σάκχαρο, χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, ουρικό οξύ).

Για ραντεβού καλέστε στο τηλέφωνο 210-6416312

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

Η προσφορά ισχύει με την επίδειξη του κουπονιού

Περιοδικό Medilife

Θεραπεία αποτρίχωσης με laser
στο Τμήμα Αισθητικής - Δερματολογίας

- Στήθος & Κοιλιακή χώρα 50€
- Πλάτη & Ώμοι 50€

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.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

Η προσφορά ισχύει με την επίδειξη του κουπονιού
Για προγραμματισμό των ραντεβού καλέστε στα τηλέφωνα 210 64.16.312 και 210 64.16.139

Περιοδικό Medilife

Θεραπεία αποτρίχωσης με laser
στο Τμήμα Αισθητικής - Δερματολογίας

- Μασχάλες & Γραμμή κοιλίας/μπικίνι 50€
- Full Πρόσωπο 50€

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.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

Η προσφορά ισχύει με την επίδειξη του κουπονιού
Για προγραμματισμό των ραντεβού καλέστε στα τηλέφωνα 210 64.16.312 και 210 64.16.139

εκπτωτικά κουπόνια

Ονοματεπώνυμο: _____

Το πακέτο περιλαμβάνει:

- **Μία συνεδρία κάθε 15 ημέρες** για τη σωστή παρακολούθηση, έλεγχο της προόδου, και επαναπροσδιορισμό του διατροφολογικού προγράμματος
- **Λιπομέτρηση - Ανάλυση σύστασης σώματος**
- **Λήψη αναλυτικού διατροφικού ιστορικού,** καταγραφή συνηθειών
- **Προσωπική στοχοθέτηση,** κατάρτιση προσωπικού προγράμματος διατροφής
- **Διατροφική εκπαίδευση** και συμβουλευτική σε προσωπικό επίπεδο

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Ονοματεπώνυμο: _____

Το Τμήμα Αισθητικής Δερματολογίας της Ευρωκλινικής σας παρέχει ολοκληρωμένη & αποτελεσματική λύση στο θέμα της τριχοφυΐας με το καινοτόμο σύστημα **Soprano ICE,** το νεότερης γενιάς laser αποτρίχωσης.

> Εντελώς Ανώδυνη

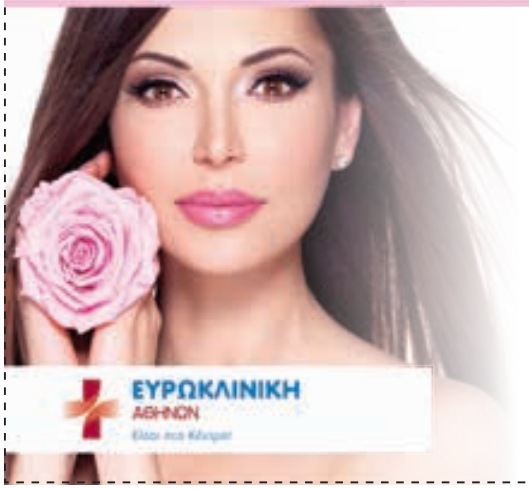
> Ασφαλής & Ευχάριστη

> Γρήγορη & Αποτελεσματική

Κατάλληλη για όλους τους τύπους δέρματος, ακόμα και σε μαυρισμένα δέρματα.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Ονοματεπώνυμο: _____



Το Τμήμα Αισθητικής Δερματολογίας της Ευρωκλινικής σας παρέχει ολοκληρωμένη & αποτελεσματική λύση στο θέμα της τριχοφυΐας με το καινοτόμο σύστημα **Soprano ICE,** το νεότερης γενιάς laser αποτρίχωσης.

> Εντελώς Ανώδυνη

> Ασφαλής & Ευχάριστη

> Γρήγορη & Αποτελεσματική

Κατάλληλη για όλους τους τύπους δέρματος, ακόμα και σε μαυρισμένα δέρματα.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Elipse™

Η πρώτη συσκευή
απώλειας
βάρους χωρίς
επέμβαση*
παγκοσμίως

allurion

*Δεν απαιτείται χειρουργείο, ενδοσκόπηση ή αναισθησία

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