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

ΔΩΡΕΑΝ

Medilife

ΤΕΥΧΟΣ 21, ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2017
ISSN: 2459-4032

Η Ευρωκλινική Παίδων στο κέντρο της Αθήνας

υγεία για όλους | γυναίκα | παιδί | ευ ζην

Medilife ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ **ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ** ΚΑΙ **ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ**
ΤΕΥΧΟΣ 21, ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2017
ISSN: 2459-4032

ΜΕΤΑΦΕΡΘΗΚΑΜΕ στο Κέντρο!

ΠΑΙΔΩΝ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο Κέντρο!

Νέες, σύγχρονες εγκαταστάσεις στην καρδιά της Αθήνας!

15 χρόνια πορείας. 300.000 παιδιά.

Από τις 13 Φεβρουαρίου 2017 η Ευρωκλινική Παίδων υποδέχεται τους μικρούς ασθενείς στο νέο της κτίριο, σε ένα σύγχρονο, άνετο και φιλικό περιβάλλον για τα παιδιά και τους γονείς.

Ευρωκλινική Παίδων
Αθανασιάδου 7-9, πάροδος Δ. Σούτσου, 115 21 Αθήνα (στάση μετρό Αμπελόκηποι)
Τηλ: 210 6416 600, **Fax:** 210 6416 555, www.euroclinic.gr

Medilife Editorial
ΤΕΥΧΟΣ 21, ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2017

Αντώνης Βουκλαρής
Διευθύνων Σύμβουλος
Ομίλου Ευρωκλινικής

Η οικογένεια της Ευρωκλινικής μεγαλώνει **υποδεχόμενη τα δύο νέα μέλη της!**

Τρεις λέξεις περιγράφουν το κλίμα στην Ελλάδα του 2017 : Αρνητισμός , συρρίκνωση, απαισιοδοξία... Εμείς στην Ευρωκλινική επιλέξαμε να πάμε κόντρα στην τάση των καιρών απαντώντας με επενδύσεις και ανάπτυξη. Όπως κάθε οικογένεια έτσι και η **«Ευρωκλινική οικογένεια»** μεγάλωσε, άλλαξε, **απέκτησε δύο νέα μέλη** και αντικρίζει την Ελλάδα της κρίσης με αισιοδοξία.

Η **Ευρωκλινική Παίδων**, μετρώντας ήδη 15 ολόκληρα χρόνια λειτουργίας και έχοντας προσφέρει τις υπηρεσίες της σε περισσότερα από 300.000 παιδιά, **μεταφέρθηκε στο κέντρο της Αθήνας** και πλέον υποδέχεται τους μικρούς της ασθενείς στο νέο, πλήρως ανακαινισμένο της κτίριο. Στις σύγχρονες εγκαταστάσεις της θα συνεχίσει να καλύπτει όλο το φάσμα των παιδιατρικών ειδικοτήτων ενώ ταυτόχρονα διευρύνει τις υπηρεσίες της με νέα τμήματα και νέες συνεργασίες με γνωστούς και καταξιωμένους ιατρούς.

Με τη μετακίνησή της στους Αμπελόκηπους, δίπλα στην Ευρωκλινική Αθηνών, σε ένα κομβικό σημείο στην καρδιά της Αθήνας ανοίγει την αγκαλιά της σε ακόμα περισσότερες περιοχές της Αττικής.

Επιπλέον στην οικογένεια της Ευρωκλινικής υποδεχτήκαμε ένα νέο μέλος, το **Πολυιατρείο – Σημείο ΔΥΟ (Διάγνωση – Υγεία - Ομορφιά)**. Το νέο Πολυιατρείο της Ευρωκλινικής παρέχει εξατομικευμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας, πρόληψης και ομορφιάς για τη γυναίκα και τον άνδρα. Με τη δημιουργία και τη σταδιακή επέκταση του Σημείου ΔΥΟ με νέα ιατρεία και υπηρεσίες η Ευρωκλινική φιλοδοξεί να διευρύνει τις υπηρεσίες της προσφέροντας υψηλής ποιότητας **ολιστική φροντίδα για όλη την οικογένεια στο κέντρο της Αθήνας**.

Σε μία περίοδο που στη χώρα η κρίση βαθαίνει, εμείς στην Ευρωκλινική αποφασίσαμε να εκμεταλλευτούμε τις ευκαιρίες. Επιλέξαμε να εργαστούμε προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης με τη φιλοδοξία να φέρουμε την Ευρωκλινική στο κέντρο των εξελίξεων. Μεγαλώσαμε, αλλάξαμε, προχωρήσαμε μπροστά χωρίς να κάνουμε εκπτώσεις στην ποιότητα και στην φροντίδα του ασθενή, με στόχο η κλινική μας να αποτελέσει **σημείο αναφοράς για τις υπηρεσίες υγείας στο κέντρο της Αθήνας**.

Conveen® Optima

Ακράτεια Ούρων; Η λύση είναι στα χέρια σας

Αντιμετωπίστε την ανδρική ακράτεια ούρων με έναν αποτελεσματικό και διακριτικό τρόπο και συνεχίστε την καθημερινότητά σας!

Ο **περιπεϊκός καθετήρας Conveen Optima** είναι μία εναλλακτική λύση σε σχέση με τις πάνες ακράτειας ή το μόνιμο καθετήρα. Εφαρμόζεται εξωτερικά του πέους και συνδέεται με έναν ουροσυλλέκτη περιπάτου ή κλίνης. Ο Conveen Optima σας προσφέρει άριστη και ασφαλή εφαρμογή εξασφαλίζοντάς σας σιγουριά και άνεση κάθε μέρα όλη μέρα.

Για **περισσότερες πληροφορίες** και **δωρεάν δείγματα** καλέστε μας στο **210 2851725**.

Το προϊόν αποζημιώνεται από τον ΕΟΠΥΥ

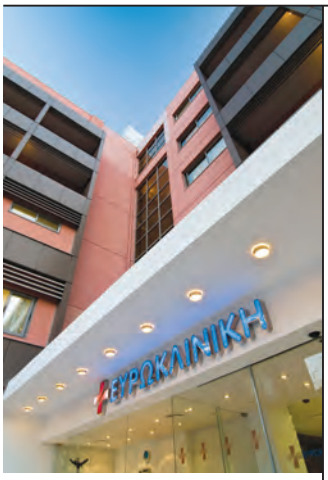
Coloplast

Αναστάσιος Μαυρογένης Α.Ε. - Απ. Αντιπρόσωπος Coloplast A/S, Έδρα: Γκιώνας 1Α, Τ.Κ. 144 51 Μεταμόρφωση - www.coloplast.gr Το Coloplast είναι σήμα κατατεθέν της Coloplast A/S. © 2017-4

MAVROGENIS
EMPOWERING HEALTH

Medilife Contents

ΤΕΥΧΟΣ 21, ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2017



ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο Κέντρο!

ΤΑ ΝΕΑ ΜΑΣ

5 9 χρόνια επιστημονικές συναντήσεις
6, 7 Ιατρικά Νέα
8 Η Ευρωκλινική κοντά στην κοινωνία
9 Τα νέα μας
11 Η Ευρωκλινική παίδων «αγκαλιάζει» τα παιδιά που γεννιούνται στην κλινική ΡΕΑ
12,13 Ευρωκλινική: Η 1η κλινική «φιλική προς τους ασθενείς» στην Ευρώπη
14 Η Ευρωκλινική Παίδων μεταφέρθηκε στο κέντρο!
15 Δημιουργία του Πολυιατρείου - Σημείο ΔΥΟ
87,88 Εκπτωτικά κουπόνια

ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

18 Κολπική Μαρμαρυγή
20 Ρήξη τενοντίου πετάλου του ώμου
22 Οξεία σκωληκοειδίτις
24 Αρθροσκοπική Χειρουργική
26 Κολικός νεφρού και λιθίαση
30 Ο πόνος στον αυχένα
32 Το φαινόμενο "Angelina Jolie"
34 Απαλλαγείτε από τις καούρες της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης με τη βοήθεια του χειρουργού
36 Mini-CT Σπλαχνικού κρανίου
38 Παρωτιδικές διογκώσεις
40 Laser. Πόνος τέλος στη θεραπεία των αιμορροΐδων
42 Σκολίωση - Κύφωση - Ορθοσωμία
44 Έχω άσθμα... Μπορώ να έχω φυσιολογική ζωή;
46 Πρέπει να καθυστερήσω την επέμβαση του καταρράκτη;

ΓΥΝΑΙΚΑ

50 Στερεοτακτική βιοψία
52 Κοσμητικές επεμβάσεις στο στήθος
54 Ο ετήσιος γυναικολογικός έλεγχος

ΕΥ ΖΗΝ

58 Κρυολιπόλυση.Τι είναι;
60 Η σημασία της ενυδάτωσης το καλοκαίρι
62 Ψυχολογία & διατροφή
64 Η διατροφή το καλοκαιρι

ΠΑΙΔΙ

68 Συστροφή Όρχεος
70 Εκκριτική Ωτίτιδα
72 Οι διαθλαστικές ανωμαλίες στην παιδική ηλικία
75 Έναρξη στερεών τροφών στα βρέφη
78 Βιταμίνη D. Η βιταμίνη του ήλιου
80 Αναφυλαξία. Εκπαίδευση παιδιού και γονέων
82 Πυρετικοί σπασμοί. Τι είναι και πως αντιμετωπίζονται

Medilife

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ
Αθανασιάδου 7-9, πάροδος Δ. Σούτσου, 115 21, Αθήνα
Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 6416 600
Fax: 210 6416 555

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ
Αθανασιάδου 7-9, πάροδος Δ. Σούτσου, 115 21, Αθήνα
Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 6416 600
Fax: 210 6416 555

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

Επιστημονικό Συμβούλιο Ευρωκλινικής Αθηνών

Πρόεδρος
Αναπλ. Καθηγητής Αριστείδης Καραγιάννης
Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών
Ευτύχιος Βορίδης
Επίτιμος Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου

Μέλη
Αντώνης Βουκλαρής
Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής
Ευάγγελος Γκόβας
Διευθυντής Τμήματος Υπερήχων, Ευρωκλινική Αθηνών
Δανάη Δαλιάνη
Διευθύντρια Ογκολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών
Εμμανουήλ Ζαχαριάδης
Διευθυντής Πνευμονολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών
Ανδρέας Κωνσταντίνου
Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας, Ευρωκλινική Αθηνών
Μιχαήλ Σούτης
Τομεάρχης Παιδιατρικού Τομέα και Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
Ελένη Τσάπρα
Διευθύντρια Παιδιατρικού Τομέα, Ευρωκλινική Παίδων

Επιτροπή Παιδιατρικού Τομέα
Πρόεδρος
Μαρία Κατσικάρη
Διευθύντρια Ακτινολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

Μέλη
Μιχαήλ Σούτης
Τομεάρχης Παιδιατρικού Τομέα και Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
Ελένη Τσάπρα
Διευθύντρια Παιδιατρικού Τομέα, Ευρωκλινική Παίδων
Νικόλαος Πέττας
Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
Παναγιώτης Μισυρλής
Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
Αγγελική Στεργιούλα
Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
Αγορή Καντζιά
Αναπληρώτρια Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
Ανδρέας Κωνσταντίνου
Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας, Ευρωκλινική Αθηνών

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

Πράσινα Αποτελέσματα 2016

Η προστασία του περιβάλλοντος αποτελεί δέσμευση για την Ευρωκλινική. Για το λόγο αυτό οι υπάλληλοι της Ευρωκλινικής ανταποκρίθηκαν με ζήλο στην προσπάθεια διατήρησης και προστασίας των φυσικών πόρων. Μέσω της εφαρμογής συγκεκριμένων περιβαλλοντικών πολιτικών, όπως η ανακύκλωση υλικών και απορριμμάτων και σε συνεργασία με την Alter Ego, **κατάφερε το 2016 να ξεπεράσει τα επίπεδα ανακυκλώσιμων υλικών του 2015 και να συλλέξει 34 περίπου τόνους υλικών.**

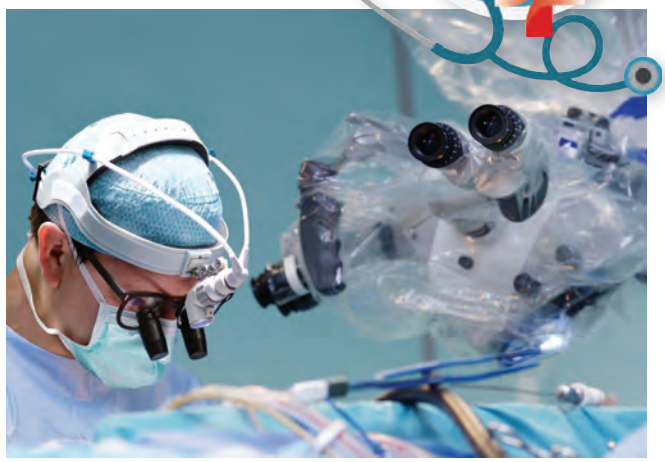
Πιο συγκεκριμένα, τα πράσινα αποτελέσματα της Ευρωκλινικής για το 2016, ως αποτέλεσμα της συλλογής **33,940 τόνων ανακυκλώσιμων υλικών**, είναι τα εξής:

- *Σώζουμε **576,8** δέντρα*
- *Γλιτώνουμε **1.086.080** lt νερού*
- *Εξοικονομούμε **68** βαρέλια πετρελαίου*
- *Εξοικονομούμε **139.154** kwh ηλεκτρικού ρεύματος, ικανού να καλύπτει τις ανάγκες ενός σπιτιού για **169** μήνες*
- *Αποκλείουμε **14.390,056** kg διοξειδίου του άνθρακα στην ατμόσφαιρα*
- *Σώζουμε **101,82** τόνους ξύλα που προορίζονται για την παραγωγή χαρτιού*

9 χρόνια Επιστημονικές συναντήσεις Ευρωκλινικής Αθηνών

Με μεγάλη επιτυχία συνεχίζονται οι **επιστημονικές συναντήσεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού** της Ευρωκλινικής Αθηνών και την περίοδο 2016-2017. Οι συμμετέχοντες ιατροί είχαν και φέτος τη δυνατότητα να αναλύσουν σε συναδέλφους τους και όχι μόνο, θέματα γύρω από τις τελευταίες εξελίξεις της ιατρικής. Τα τελευταία 9 χρόνια οι ιατροί ανταποκρίνονται στο κάλεσμα της Ευρωκλινικής Αθηνών συνεισφέροντας με τις ομιλίες τους στην επέκταση του γνωστικού επιπέδου των παρευρισκόμενων. Μέσω των επιστημονικών συναντήσεων, οι ιατροί και οι νοσηλευτές της Ευρωκλινικής έχουν τη δυνατότητα να **διευρύνουν το πεδίο γνώσεων τους, να αναπτύξουν το κλίμα συνεργασίας και να αναλύσουν θέματα που έχουν μελετήσει και τους ενδιαφέρουν**. Η επιτροπή εκπαίδευσης της Ευρωκλινικής Αθηνών, αποτελούμενη από τους **Καθηγητές κ. Δημήτριο Λουκόπουλο, κ. Φωτεινή Σκοπούλη, κ. Ευανθία Διαμάντη-Κανδαράκη και κ. Ιωάννη Μπράμη**, όπως κάθε χρόνο, συνεχίζει με τον ίδιο ζήλο την οργάνωση και το συντονισμό των επιστημονικών συναντήσεων, με εξαιρετικούς ομιλητές, παρουσιάζοντας θέματα της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης.

Ασθενείς από το εξωτερικό *εμπιστεύονται την Ευρωκλινική Αθηνών για ιδιαίτερα απαιτητικές επεμβάσεις*



Το υψηλό επίπεδο του επιστημονικού προσωπικού και **ο σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός της Ευρωκλινικής Αθηνών** την κατατάσσουν στις πρώτες επιλογές για την πραγματοποίηση απαιτητικών επεμβάσεων τόσο σε Έλληνες ασθενείς όσο και σε ασθενείς που διαμένουν στο εξωτερικό.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η πρόσφατη περίπτωση **47χρονης ασθενούς από τη Γαλλία,** η οποία διαγνώστηκε με πολύμορφο γλοιοβλάστωμα στο δεξιό εγκεφαλικό ημισφαίριο, έναν από τους πιο επιθετικούς όγκους που προσβάλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα, με ιδιαίτερα δύσκολη αντιμετώπιση. Καθώς στη Γαλλία, οι γιατροί την απέτρεπαν από μία χειρουργική αφαίρεση του όγκου, **την ασθενή ανέλαβε να χειρουργήσει στην Ελλάδα στην Ευρωκλινική Αθηνών ο κ. Απόστολος Σταθόπουλος, με μεγάλο ερευνητικό έργο και εμπειρία σε παρόμοια χειρουργεία.**

Παρά τις δυσκολίες της συγκεκριμένης περίπτωσης, καθώς ο όγκος βρισκόταν σε πολύ κρίσιμη περιοχή, με τον υπερσύγχρονο εξοπλισμό της Ευρωκλινικής Αθηνών, το άριστα εκπαιδευμένο προσωπικό του χειρουργείου και της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, καθώς και την έμπειρη χειρουργική ομάδα, η επέμβαση, διάρκειας 10 ωρών, ολοκληρώθηκε με εξαιρετική επιτυχία και η μετεγχειρητική μαγνητική τομογραφία έδειξε πως ο όγκος αφαιρέθηκε σχεδόν στο σύνολό του. Η ασθενής έλαβε εξιτήριο μία εβδομάδα μετά το χειρουργείο και ταξίδεψε αεροπορικώς για την πατρίδα της συνοδευόμενη από την οικογένειά της.

Η Γαλλίδα είναι η τρίτη ασθενής από το εξωτερικό που χειρουργείται από τον Έλληνα Νευροχειρουργό στην Ευρωκλινική Αθηνών.

Επιτυχής αντιμετώπιση σπάνιου είδους ***αθλητικής κάκωσης*** *από τον κ. Ηρακλή Πατσόπουλο*

Με επιτυχία αντιμετωπίστηκε από τον κ. **Ηρακλή Πατσόπουλο, Διευθυντή Β' Ορθοπαιδικού Τμήματος & Αθλητικών Κακώσεων Ευρωκλινικής Αθηνών** διεθνής αθλητής της χειροσφαίρισης με τραυματική κάκωση γόνατος, που συνέβει κατά τη διάρκεια αγώνα πρωταθλήματος.

Ο αθλητής είχε υποστεί ζημιά που όμοιά της έχει περιγραφεί μόνο εννέα φορές στη βιβλιογραφία και κανείς από τους προηγούμενους αθλητές που την υπέστησαν δεν κατάφερε να επιστρέψει σε αγωνιστική δραστηριότητα. Ο αθλητής είχε υποστεί ταυτόχρονα ρήξη Πρόσθιου Χιαστού Συνδέσμου (ΠΧΣ), ρήξη επιγονατιδικού συνδέσμου, ρήξη έσω & έξω καθεκτικών συνδέσμων της επιγονατίδος καθώς και ρήξη του έσω και του έξω μηνίσκου.

Η σπανιότατη αυτή κάκωση αντιμετωπίστηκε από τον κ. Πατσόπουλο με αρθροσκοπική πλαστική ΠΧΣ με αυτομόσχευμα ημιτενοντώδους τένοντα, ο επιγονατιδικός συρράφτηκε και ενισχύθηκε με αυτομόσχευμα ισχνού τένοντα, οι καθεκτικοί σύνδεσμοι συρράφτηκαν τελικοτελικά με ειδικά ράμματα μεγάλης αντοχής και τέλος συρράφτηκε ο έσω μηνίσκος και έγινε μερική έξω μηνισκεκτομή.

Σήμερα ο εν λόγω αθλητής διανύει τον έκτο μήνα πλήρους αγωνιστικής δραστηριότητας, έχοντας επιστρέψει στο προηγούμενο επίπεδο αθλητικής δραστηριότητας χωρίς συμβιβασμούς.

Το ιατρικό δυναμικό της **Ευρωκλινικής Παίδων** ενισχύεται με τον ΩΡΛ Παίδων κ. **Μιχάλη Τσακανίκο**

Η Ευρωκλινική Παίδων, πιστή στη δέσμευσή της για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, ενισχύει το επιστημονικό δυναμικό της με μία ακόμα νέα συνεργασία με το **διακεκριμένο Χειρουργό-Ωτορινολαρρυγγολόγο Παίδων κ. Μιχάλη Τσακανίκο**, ο οποίος εντάχθηκε στο δυναμικό της Ευρωκλινικής από την 01/03/2017.

Ο κ. Τσακανίκος είναι από τους πλέον έμπειρους ΩΡΛ Παίδων, έχοντας υπηρετήσει επί σειρά ετών (30) στο Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», τα τελευταία 9 χρόνια ως Συντονιστής Διευθυντής στο Τμήμα ΩΡΛ. Ειδικεύεται σε ένα ευρύ φάσμα ΩΡΛ παθήσεων και χειρουργικών επεμβάσεων που αφορούν ηλικιακά από νεογνά μέχρι εφήβους. Διαθέτει σημαντική εκπαιδευτική εμπειρία, ενώ έχει συμμετάσχει σε πλήθος ιατρικών συνεδρίων στην Ελλάδα και το εξωτερικό. Εξίσου πλούσια είναι και η συγγραφική του δραστηριότητα, με δημοσιεύσεις και ανακοινώσεις στον ελληνικό και διεθνή ιατρικό τύπο.

Sleep Endoscopy στην Ευρωκλινική Αθηνών

Η αποφρακτικού τύπου υπνική άπνοια και το ροχαλητό είναι παθήσεις που ανήκουν στο φάσμα διαταραχών αναπνοής του ύπνου. **Η υπνική άπνοια αφορά το 3-7% του πληθυσμού, ενώ το ροχαλητό απασχολεί μέχρι και το 29% του ανδρικού πληθυσμού.** Οι διαταραχές αναπνοής στον ύπνο χαρακτηρίζονται από την πρόπτωση των ανώτερων αναπνευστικών οδών κατά τη διάρκεια του ύπνου, η οποία οδηγεί σε διακοπή του αναπνευστικού κύκλου.

Όλες οι τεχνικές που έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα για να εξετάσουν το σημείο της απόφραξης του ανώτερου αεραγωγού σε ασθενείς με διαταραχές της αναπνοής στον ύπνο, παρουσιάζουν ως κύριο μειονέκτημα ότι πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης. Ως συνέπεια το αποτέλεσμα είναι μια στατική και όχι μια δυναμική αξιολόγηση του αεραγωγού.

Στην Ευρωκλινική Αθηνών εφαρμόζεται, από τον Διευθυντή ΩΡΛ κο Βοΐλα και την ομάδα του, η ενδοσκόπηση φαρμακευτικού ύπνου ή drug-induced sleep endoscopy (DISE), η οποία είναι μια **καινοτόμος διαγνωστική μέθοδος** που σε συνδυασμό με την πολυσομνογραφική μελέτη ύπνου, μας επιτρέπει να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα των διαταραχών ύπνου και της ενδεδειγμένης θεραπευτικής παρέμβασης. Η εξέταση πραγματοποιείται στο νοσοκομείο και δεν απαιτεί κάποια ιδιαίτερη προετοιμασία. Κάνοντας χρήση διαφόρων φαρμακολογικών παραγόντων επιτυγχάνουμε μια ήπια καταστολή του ατόμου με απώτερο στόχο τη μίμηση της συμπεριφοράς του ανώτερου αεραγωγού ως επί φυσιολογικού ύπνου. Στη συνέχεια πραγματοποιείται ενδοσκόπηση η οποία επιτρέπει την πλήρη αξιολόγηση του αεραγωγού με στόχο την εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση. Έτσι επιτρέπεται στο χειρουργό να αξιολογήσει και να εντοπίσει το ακριβές ανατομικό σημείο που κυρίως ευθύνεται για το αποφρακτικό σύνδρομο ούτως ώστε η παρέμβαση να έχει το **μεγαλύτερο ποσοστό επιτυχίας.**

Η Ευρωκλινική κοντά στην κοινωνία

Η Ευρωκλινική δίπλα στις **ΜΚΟ** που στηρίζουν τον άνθρωπο

Η Ευρωκλινική συνεχίζει τη συστηματική και ανεκτίμητη προσφορά της προς την κοινωνία στηρίζοντας σημαντικές ΜΚΟ και προσφέροντας δωρεάν διαγνωστικές και ιατρικές εξετάσεις σε συνανθρώπους μας που το χρειάζονται. **Πραγματοποιήθηκε σειρά δωρεάν εξετάσεων σε παιδιά της «οικογένειας» του Χαμόγελου του Παιδιού, ενω επιπλέον προσφέρθηκαν 20 δωρεάν μαστογραφίες στον οργανισμό για τον καρκίνο του μαστού EUROPA DONNA HELLAS**, συνεισφέροντας στις προσπάθειες του οργανισμού για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Εθελοντική αιμοδοσία από την Ευρωκλινική Αθηνών

Για ακόμη μία χρονιά οι εθελοντές αιμοδότες έδωσαν δυναμικό παρόν στην εκδήλωση εθελοντικής αιμοδοσίας που διοργάνωσε στις 03/11/2016 η Ευρωκλινική Αθηνών, σε συνεργασία με το Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ και το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών. Η μαζική συμμέτοχη του προσωπικού της Ευρωκλινικής Αθηνών και της Ευρωκλινικής Παίδων έδωσε τη δυνατότητα να συλλεχθεί αίμα για τους συνανθρώπους μας που το έχουν ανάγκη. Η πρωτοβουλία αυτή αποτελεί ισχυρό παράδειγμα της ανιδιοτελούς προσφοράς και αλληλεγγύης που χαρακτηρίζει το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού του Ομίλου Ευρωκλινικής.

«Συμπλεύσαμε» στον Αη Στράτη

Η Ευρωκλινική για ακόμα μία φορά απέδειξε την κοινωνική της ευαισθησία και στήριξε το έργο της Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης Σύμπλευση για την υγεία των κατοίκων των ακριτικών νησιών. Το φθινόπωρο του 2016 βρεθήκαμε στον Αη Στράτη, ένα μικρό νησί στο βορειοανατολικό Αιγαίο με μόλις 270 κατοίκους. Η Ευρωκλινική και ο εθελοντής ιατρός **κ. Ψαρουδάκης Αντώνιος, Διευθυντής Αγγειοχειρουργός**, προσέφεραν **δωρεάν υπηρεσίες υγείας.** Συγκεκριμένα προσφέρθηκαν **20 Τεστ PAP και υπερηχογραφήματα αγγείων.**

Η Σύμπλευση (+πλευση) είναι μια ΜΚΟ με στόχο την υποστήριξη και βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των κατοίκων των Ελληνικών ακριτικών νήσων. Στο πλαίσιο της επίσκεψης στον Αη Στράτη η Σύμπλευση πραγματοποίησε εκατοντάδες εξειδικευμένες εξετάσεις, ενημερωτικές και παιδαγωγικές εκδηλώσεις, ενώ παράλληλα το σχολείο και το περιφερειακό ιατρείο του νησιού ενισχύθηκαν με νέο εξοπλισμό και εφόδια.

Η **Euroclinic Running Team** στον 34ο Κλασικό Μαραθώνιο

Η «Euroclinic Running Team» του ομίλου Ευρωκλινικής δίνει δυναμικό παρόν σε όλες τις σημαντικές αθλητικές διοργανώσεις και επομένως πώς θα μπορούσε να λείπει από τον 34ο Κλασικό Μαραθώνιο της Αθήνας. Οι δρομείς μας συμμετείχαν στα αγωνίσματα των 5 και 10 χλμ. αλλά και στην κλασική διαδρομή του Μαραθωνίου επιτυγχάνοντας σημαντικές επιδόσεις και ανανεώνοντας το ραντεβού τους για το επόμενο σημαντικό αθλητικό event!

Αναβάθμιση ενεργειακής κατηγορίας Ευρωκλινικής Αθηνών

Η Ευρωκλινική Αθηνών στεγάζεται πλέον σε κτίριο **ενεργειακής κατηγορίας Β επιτρέποντας την εξοικονόμηση σημαντικών ποσοτήτων ενέργειας για λόγους θέρμανσης και ψύξης συνεισφέροντας έτσι στη μειωμένη περιβαλλοντική επιβάρυνση.** Μετά την κτιριακή αναβάθμιση που έλαβε χώρο το πρώτο δίμηνο του 2017, πραγματοποιήθηκε παρέμβαση στο κέλυφος του κτιρίου με τη χρήση πιστοποιημένης εξωτερικής θερμομόνωσης αποτρέποντας έτσι τη διαρροή ενέργειας.

Ανανέωση συνεργασίας με την ΚΑΕ ΑΕΚ

Συνοδοιπόρος της ΚΑΕ ΑΕΚ στο αγωνιστικό και ιατρικό σκέλος θα είναι και για την περίοδο 2016-2017 η Ευρωκλινική Αθηνών, η οποία ανανέωσε τη συνεργασία της με την ομάδα μπάσκετ της ΑΕΚ. **Επικεφαλής του επιτελείου της ομάδας εξακολουθεί να είναι ο κ. Ηρακλής Ι. Πατσόπουλος, Χειρουργός Ορθοπεδικός, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κολωνίας, Διευθυντής Β΄ Ορθοπαιδικού Τμήματος και Αθλητικών Κακώσεων Ευρωκλινικής Αθηνών**, ενώ σημαντική ενίσχυση στο αγωνιστικό έργο των αθλητών της ομάδας παρέχει και ο **κ. Κωνσταντίνος Ξένος, Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, M.Sc, Διευθυντής Τμήματος Διατροφογενετικής και Έρευνας Θρέψης Ευρωκλινικής Αθηνών**. Σημαντικό παράγοντα για την ανανέωση της συνεργασίας του Ομίλου Ευρωκλινικής με την ΚΑΕ ΑΕΚ αποτέλεσε η εξαιρετική συνεργασία των δύο πλευρών την προηγούμενη περίοδο, καθώς και οι εξαιρετικές επιδόσεις που είχαν οι παίκτες με τη βοήθεια του ιατρικού επιτελείου και του σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού της Ευρωκλινικής. Με την ανανέωση της συνεργασίας της ΑΕΚ με την Ευρωκλινική ανανεώνονται και τα προνόμια και παροχές υγείας του Ομίλου Ευρωκλινικής προς τους φίλους της «Βασίλισσας».

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

ΠΑΙΔΩΝ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο Κέντρο!

Η Ευρωκλινική Παίδων «αγκαλιάζει» τα παιδιά που γεννιούνται στην κλινική ΡΕΑ

Η Ευρωκλινική Παίδων σε συνεργασία με την Εθνική Ασφαλιστική και τη μαιευτική - γυναικολογική κλινική ΡΕΑ προσφέρουν μία αγκαλιά φροντίδας στα μωράκια που γεννιούνται στην κλινική ΡΕΑ.

Σε ειδική εκδήλωση, που πραγματοποιήθηκε στις 10/10/2016, με προσκεκλημένους συνεργάτες των τριών εταιρειών, παρουσιάστηκε το πρόγραμμα, ενώ χαιρετισμό απηύθυναν ο Πρόεδρος της Εθνικής Ασφαλιστικής **κ. Χριστόφορος Σαρδελής, ο κ. Σταύρος Φωτόπουλος**, Αντιπρόεδρος και Επιστημονικός Διευθυντής της ΡΕΑ Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής και ο Αναπληρωτής Διευθύνων Σύμβουλος της Εθνικής Ασφαλιστικής, **κ. Σταύρος Κωνσταντάς.** Στην εκδήλωση παρευρέθη επίσης ο **κ. Σπύρος Καπράλος**, Πρόεδρος του Ομίλου Ευρωκλινικής, ο οποίος τόνισε: «Σε μία δύσκολη οικονομική συγκυρία για τη χώρα, το πρόγραμμα αυτό στηρίζει τους νέους γονείς και προστατεύει την υγεία των μικρών ασθενών με την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας από την Ευρωκλινική Παίδων», ενώ **ο κ. Αντ. Βουκλαρής**, Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής συμπλήρωσε: «Η Ευρωκλινική ιστορικά προσηλωμένη στην ποιότητα, δίνει πλέον έμφαση και στην εξυπηρέτηση του ασθενούς, μέσω της εφαρμογής των αυστηρότερων διεθνών προτύπων αλλά και στρατηγικών συνεργασιών, όπως είναι αυτή με την Εθνική Ασφαλιστική και τη Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική ΡΕΑ».

Η Εθνική Ασφαλιστική για τα νεογνά που γεννιούνται στην Κλινική ΡΕΑ, παρέχει πρόγραμμα ασφάλισης χωρίς καμιά επιβάρυνση ασφαλίστρου για τον 1ο χρόνο και σε ιδιαίτερα προνομιακή τιμή στην ανανέωσή του. Παράλληλα σε συνεργασία με την Ευρωκλινική Παίδων μέσω του προγράμματος Full προσφέρουν παροχές υγείας δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε προνομιακούς όρους

Ο κ. Αντ. Βουκλαρής, Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής

Ο κ. Σπύρος Καπράλος, Πρόεδρος του Ομίλου Ευρωκλινικής

Το πρόγραμμα και τα ιδιαίτερα πλεονέκτηματά του παρουσιάστηκαν από τη Διευθύντρια Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής & Υγείας της Εθνικής Ασφαλιστικής **κα Ελ. Αβρανά**. Μέσω του προγράμματος Full Health περισσότερα από 4.000 παιδιά είχαν μέχρι στιγμής τη δυνατότητα δωρεάν υπηρεσιών υγείας και νοσηλείας στην Ευρωκλινική Παίδων, αλλά και άλλα σημαντικά προνόμια και παροχές υγείας. *Περισσότερες πληροφορίες για το πρόγραμμα Full Health στο 210 9409850.*

Ευρωκλινική: Η 1η κλινική «φιλική προς τους ασθενείς» στην Ευρώπη

Η Ευρωκλινική Αθηνών, σταθερά πρωτοπόρος στην παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, είναι η πρώτη κλινική στην Ελλάδα και την Ευρώπη που πιστοποιείται ως «Φιλική προς τους Ασθενείς Κλινική» ("Patients' Friendly Hospital"). Σε συνεργασία με τον πλέον αξιόπιστο φορέα πιστοποίησης, την TÜV AUSTRIA HELLAS, **η Ευρωκλινική άνοιξε πρώτη το δρόμο που βάζει τον ασθενή στο κέντρο της προσοχής και της φροντίδας**.

Βασικός στόχος της οδηγίας είναι να αισθάνονται όλοι οι ασθενείς, αλλά και το υποστηρικτικό τους περιβάλλον, άνεση, ασφάλεια και εμπιστοσύνη. Ειδική μέριμνα λαμβάνεται ώστε οι ασθενείς να μην βρίσκονται ποτέ μόνοι τους σε δύσκολες στιγμές και να ικανοποιούνται οι ανάγκες και οι προσδοκίες τους, ενώ παράλληλα ενθαρρύνονται να υποβάλουν τις παρατηρήσεις και τα παράπονα τους, συμμετέχοντας ενεργά στη διαδικασία διαρκούς βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

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

Σε ειδική εκδήλωση που πραγματοποιήθηκε στο αμφιθέατρο του Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ **ο κ. Γιάννης Καλλιάς, Διευθύνων Σύμβουλος της TÜV AUSTRIA HELLAS απένειμε την πιστοποίηση "Patients' Friendly Hospital" στον κ. Αντώνη Βουκλαρή, Διευθύνοντα Σύμβουλο Ομίλου Ευρωκλινικής.** Ο κ. Καλλιάς εξήρε την Ευρωκλινική για την εν λόγω πιστοποίηση, η οποία αποτελεί πανευρωπαϊκή πρωτοπορία, ενώ απέδωσε τα εύσημα σε αυτούς που εμπνεύστηκαν, σχεδίασαν αλλά και εφαρμόζουν στην καθημερινή κλινική πράξη τους κανόνες και τις οδηγίες ενός «Φιλικού προς τους ασθενείς νοσοκομείου».

Επιπλέον ο κ. Καλλιάς, αναφέρθηκε με τα καλύτερα λόγια στη συνεργασία της TÜV AUSTRIA HELLAS με την Ευρωκλινική, η οποία έφερε ως αποτέλεσμα αυτή την πρωτοποριακή πιστοποίηση και στην ουσία πάει ένα βήμα πέρα από τη διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας, βάζοντας τον ασθενή στο επίκεντρο.

Ο κ. Βουκλαρής αναφέρθηκε στην πιστοποίηση της Ευρωκλινικής Αθηνών δηλώνοντας: «Η

Ο κ. Γιάννης Καλλιάς, Διευθύνων Σύμβουλος της TÜV AUSTRIA HELLAS (επάνω αριστερά)

Ο κ. Αντώνης Βουκλαρής, Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής (επάνω δεξιά)

Ο κ. Γιάννης Καλλιάς, απένειμε την πιστοποίηση "Patients' Friendly Hospital" στον κ. Αντώνη Βουκλαρή, Διευθύνοντα Σύμβουλο Ομίλου Ευρωκλινικής (αριστερά)

Η διεθνής πιστοποίηση "Patients' Friendly Hospital" μας γεμίζει με υψηλό αίσθημα ευθύνης απέναντι στους ασθενείς που μας εμπιστεύονται, αλλά και στους συνοδούς τους, που μοιράζονται την ίδια αγωνία, τόνισε ο κ. Αντώνης Βουκλαρής

διεθνής πιστοποίηση "Patients' Friendly Hospital" μας γεμίζει με υψηλό αίσθημα ευθύνης απέναντι στους ασθενείς που μας εμπιστεύονται, αλλά και στους συνοδούς τους, που μοιράζονται την ίδια αγωνία. Η ανάγκη για αυτονομία, ζεστή ατμόσφαιρα, φιλικά πρόσωπα, άνεση, ασφάλεια, ανθρώπινο ενδιαφέρον, σωστή καθοδήγηση και ουσιαστική υποστήριξη σε κάθε ιατρική πράξη, βρίσκονται στην καθημερινή μας πρακτική μέσα στην κλινική και εφαρμόζονται σε κάθε ασθενή μας ξεχωριστά και εξατομικευμένα. Για εμάς ο ασθενής είναι στο κέντρο της φροντίδας».

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην εκδήλωση είχε η ομιλία της κ. Αικατερίνης Τζανακάκη, Διευθύντριας Διαχείρισης Συστημάτων Ευρωκλινικής Αθηνών η οποία αναφέρθηκε στις συνθήκες και τα συστήματα που εφαρμόζονται και πιστοποιούν την Ευρωκλινική ως Κλινική "Φιλική προς τους Ασθενείς", όπως η επιλογή με συγκεκριμένα κριτήρια του προσωπικού της Κλινικής, η συνεχής εκπαίδευση του, η δημιουργία ειδικών σημείων εξυπηρέτησης για εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς (Σημείο ΕΝΑ, Συντονιστής Εξυπηρέτησης Εξωτερικών Ασθενών), διαδικασίες «εκπαίδευσης» και ενημέρωσης συγγενών και συνοδών για τις ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες καθώς και τα εργαλεία αυτοβελτίωσης, καταγραφής και επίλυσης παραπόνων.

Η Ευρωκλινική Παίδων μεταφέρθηκε στο κέντρο!

Η Ευρωκλινική Παίδων μεταφέρθηκε και λειτουργεί από τις 13 Φεβρουαρίου 2017, σε νέες σύγχρονες εγκαταστάσεις στην καρδιά της Αθήνας, αποτελώντας μία πλήρη παιδιατρική ιδιωτική κλινική στο κέντρο της πόλης, με δυνατότητα να προσφέρει υπηρεσίες υγείας υψηλών προδιαγραφών, πάντα με επίκεντρο το παιδί.

Η Ευρωκλινική Παίδων υποδέχεται τους μικρούς ασθενείς στο **νέο της κτίριο, στην οδό Αθανασιάδου 7-9**, στο κέντρο της Αθήνας, σε κομβικό σημείο, εύκολα προσβάσιμο απ' όλη την Αττική, μόλις 50μ από τη στάση Μετρό «Αμπελόκηποι» και δίπλα ακριβώς στην Ευρωκλινική Αθηνών.

Η Ευρωκλινική Παίδων στο νέο πλήρως ανακαινισμένο 5όροφο κτίριο της, αναβαθμίζει σημαντικά τις υπηρεσίες της, συνεχίζοντας να προσφέρει ποιοτική φροντίδα υγείας και καλύπτοντας το σύνολο των παιδιατρικών ειδικοτήτων και υποειδικοτήτων, με την υποστήριξη τμημάτων και εξειδικευμένων κέντρων, όπως Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών 24ωρης λειτουργίας (ΤΕΠ), Παιδιατρικό, Παιδοχειρουργικό, Τμήμα Ελάχιστα Επεμβατικής (Λαπαροσκοπικής) Χειρουργικής (σε συνεργασία με το St. George's Hospital London), Καρδιολογικό, Πνευμονολογικό, Ορθοπεδικό, Οφθαλμολογικό, Ουρολογικό, Νευρολογικό, Ωτορινολαρυγγολογικό, Γαστρεντερολογικό, Διαβητολογικό, Ενδοκρινολογικό, Πλαστικής Χειρουργικής, Αναπτυξιακό, Αλλεργιολογικό, Ρευματολογικό, Αιματολογικό-Ογκολογικό, Τμήμα για την Εγκεφαλική Παράλυση κ.ά.

Παράλληλα, διευρύνει τις υπηρεσίες της με **νέα ιατρικά τμήματα, όπως το Ακτινοδιαγνωστικό με Αξονικό και Μαγνητικό τομογράφο** και ενισχύει το δυναμικό της με νέους, καταξιωμένους ιατρούς, ενώ παράλληλα αυξάνει και το δίκτυο των συνεργασιών με όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες για ακόμα καλύτερη εξυπηρέτηση των μικρών ασθενών.

Η Ευρωκλινική Παίδων15 ολόκληρα χρόνια, με τους καταξιωμένους ιατρούς της και το εξειδικευμένο της νοσηλευτικό προσωπικό προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας πάντα με την ίδια αγάπη και φροντίδα που την έκανε ξεχωριστή στη σκέψη των γονιών. ***Γιατί από το 2002 που ξεκίνησε την λειτουργία της, κάθε ένα από τα 300.000 παιδιά που εμπιστεύτηκαν την υγεία τους στην Ευρωκλινική Παίδων, αντιμετωπίστηκε σαν να είναι δικό μας παιδί.***

Από το 2002 *που ξεκίνησε την λειτουργία της, κάθε ένα από τα* 300.000 *παιδιά που εμπιστεύτηκαν την υγεία τους στην Ευρωκλινική Παίδων, αντιμετωπίστηκε σαν να είναι* δικό μας παιδί

Ένα νέο «μέλος» στην οικογένεια του Ομίλου Ευρωκλινικής

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής μεγαλώνει επεκτείνοντας τις υπηρεσίες του με τη δημιουργία του **Πολυιατρείου – Σημείο ΔΥΟ (Διάγνωση – Υγεία - Ομορφιά)**. Το νέο Πολυιατρείο της Ευρωκλινικής στεγάζεται στην **οδό Τσόχα 24 & Σούτσου 37**, λίγα μέτρα μόλις από την Ευρωκλινική Αθηνών και Ευρωκλινική Παίδων. Η πρόσβαση στο Πολυιατρείο είναι εύκολη, καθώς απέχει μόλις λίγα λεπτά από τον σταθμό του μετρό των Αμπελοκήπων. Στους **νέους, ανακαινισμένους, μοντέρνους χώρους του Πολυιατρείου έκτασης δύο ορόφων και 14 ιατρείων** βρίσκει κανείς υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας, πρόληψης και ομορφιάς για τη γυναίκα και τον άνδρα.

Στο Πολυιατρείο παρέχονται υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής όπως π.χ. εξατομικευμένα check up, ολοκληρωμένα προγράμματα διατροφής, προληπτικός γυναικολογικός έλεγχος κ.α. Επιπλέον παρέχονται υπηρεσίες Αισθητικής Δερματολογίας όπως προγράμματα αποτρίχωσης laser, θεραπεία κρυολιπόλυσης, μεσοθεραπεία προσώπου/σώματος, χημικά peelings κλπ. Συγκεκριμένα στο Πολυιατρείο λειτουργούν τα παρακάτω ιατρεία ενώ στις υπηρεσίες του εντάσσονται συνεχώς νέα ιατρεία και πρωτοποριακές θεραπείες:

- **Παθολογικό**
- **Οφθαλμολογικό**
- **ΩΡΛ**
- **Καρδιολογικό (κόπωση-triplex καρδιάς)**
- **Υπέρηχοι σώματος**
- **Ακτινολογικό**
- **Χειρουργικό**
- **Ουρολογικό**
- **Γυναικολογικό**
- **Τμήμα Αιμοληψίας**
- **Τμήμα Διατροφής**
- **Δερματολογικό.**

Οι αναβαθμισμένες υπηρεσίες διάγνωσης, υγείας και ομορφιάς που προσφέρει το Πολυιατρείο - Σημείο ΔΥΟ συγκεντρώνονται στο γεγονός ότι κάθε άτομο απολαμβάνει εξατομικευμένες υπηρεσίες που ανταποκρίνονται πλήρως στις ανάγκες του καθώς οι θεραπείες και οι εξετάσεις προληπτικού ελέγχου (check up) σχεδιάζονται με βάση την ηλικία, το φύλο και τις ανάγκες κάθε ατόμου. Επιπλέον, χάρη στη συγκέντρωση του συνόλου του απαραίτητου ιατρικού και διαγνωστικού εξοπλισμού στον ίδιο χώρο, οι εξετάσεις πραγματοποιούνται χωρίς περιττές μετακινήσεις και χάσιμο χρόνου. Στελεχωμένο με άρτια εκπαιδευμένο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό το νέο Πολυιατρείο περιμένει άνδρες και γυναίκες ώστε να κάνουν τις εξετάσεις τους και να συμβουλευτούν τους γιατρούς με άνεση και ευκολία.

Με τη δημιουργία και τη σταδιακή επέκταση του Σημείου ΔΥΟ με νέα ιατρεία και υπηρεσίες ο Όμιλος Ευρωκλινικής φιλοδοξεί να διευρύνει τις υπηρεσίες του προσφέροντας υψηλής ποιότητας ολιστική φροντίδα για όλη την οικογένεια (γυναίκα, άνδρα και παιδί) στο κέντρο της Αθήνας.

“Για εμάς η ποιότητα στην παραγωγή σημαίνει πραγματική φροντίδα για τον άνθρωπο.”

Στα 90 χρόνια λειτουργίας της ΒΙΑΝΕΞ στο κέντρο της φιλοσοφίας μας υπήρξε πάντα η ποιότητα στην παραγωγή. Με πάνω από 1.000 εργαζομένους, στα 4 υψηλών προδιαγραφών εργοστάσια του ομίλου παράγουμε – για τον εαυτό μας ή για λογαριασμό τρίτων – φαρμακευτικά προϊόντα σύμφωνα με τις πιο αυστηρές διεθνείς απαιτήσεις. Μέσα από διαρκείς έρευνες και μελέτες του υψηλής εκπαίδευσης προσωπικού μας και των 440 και πλέον επιστημονικών συνεργατών μας καθιερωθήκαμε στην κορυφή των πιο αξιόπιστων φαρμακευτικών εταιριών στην Ελλάδα και διεθνώς.

Με βάση την αδιαπραγμάτευτη ποιότητα των προϊόντων μας καταφέραμε να δημιουργήσουμε μια μόνιμη σχέση εμπιστοσύνης με τον Ιατρικό και Φαρμακευτικό κόσμο, διανέμοντας τα προϊόντα μας και καλύπτοντας το 100% των νοσοκομείων της Ελλάδας, των φαρμακεμπόρων και των συνεταιρισμών φαρμακοποιών.

www.vianex.gr

ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

HE15013

Υγεία για όλους

- Κολπική Μαρμαρυγή
- Ρήξη τενοντίου πετάλου του ώμου
- Οξεία σκωληκοειδίτις
- Αρθροσκοπική Χειρουργική
- Κολικός νεφρού και λιθίαση
- Ο πόνος στον αυχένα
- Το φαινόμενο "Angelina Jolie"
- Mini-CT Σπλαχνικού κρανίου
- Παρωτιδικές διογκώσεις
- Laser. Πόνος τέλος στη θεραπεία των αιμορροΐδων
- Σκολίωση - Κύφωση - Ορθοσωμία
- Έχω άσθμα... Μπορώ να έχω φυσιολογική ζωή;
- Πρέπει να καθυστερήσω την επέμβαση του καταρράκτη;

Κολπική Μαρμαρυγή

ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΚΑΙ Η **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ** ΤΗΣ

Δημοσθένης Κατρίτσης
Διευθυντής Επεμβατικής Καρδιολογίας Ευρωκλινική Αθηνών

Η κολπική μαρμαρυγή είναι η πλέον συχνή αρρυθμία στον άνθρωπο και διαγιγνώσκεται στο 1-3% του γενικού πληθυσμού, ενώ το 10% των ανθρώπων που εμφανίζουν τη νόσο είναι άνω των 80 ετών. Περίπου 10 εκατομμύρια άτομα στην Ευρώπη και πάνω από 35 εκατομμύρια παγκοσμίως υποφέρουν από κολπική μαρμαρυγή, ενώ 5 εκατομμύρια νέοι ασθενείς εμφανίζονται ανά έτος. Υπολογίζεται ότι μέχρι το 2060 οι αριθμοί αυτοί θα έχουν διπλασιασθεί. Πρόκειται επομένως για μια σύγχρονη επιδημία η οποία συσχετίζεται με αυξημένη θνητότητα και νοσηρότητα λόγω προκλήσεως σοβαρών επιπλοκών.

Κίνδυνοι από την κολπική μαρμαρυγή

Η κολπική μαρμαρυγή είναι σοβαρή πάθηση. Η ανεύρεσή της δηλώνει ότι ο ασθενής έχει 5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση εγκεφαλικού

επεισοδίου, 2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για εγκεφαλική άνοια και 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για την εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας. Είναι, επομένως, απαραίτητο να γίνουν οι αναγκαίες θεραπευτικές επεμβάσεις για την αποτροπή ανάπτυξης και εγκαθίδρυσης της αρρυθμίας σε μόνιμη μορφή.

Ποια είναι η θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής;
Η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου δεν ήταν μέχρι τώρα ικανοποιητική. Τα αντιαρρυθμικά φάρμακα είναι ανεπαρκή και ορισμένα από αυτά συνοδεύονται από παρενέργειες που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο ακόμη και τη ζωή του ασθενούς. Η αντιμετώπιση των προδιαθετικών παραγόντων μπορεί να εμποδίσει ή να καθυστερήσει την εμφάνιση της αρρυθμίας, αλλά δεν αρκεί για τη θεραπεία εγκατεστημένης νόσου. Την τελευταία 10ετια έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος με την κλινική εφαρμογή των σύγχρονων μεθόδων εκριζώσεως της νόσου (ablation). Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για τη διενέργεια αναλόγως του ασθενούς και του τύπου της μαρμαρυγής. Η βασική φιλοσοφία όμως του ablation είναι να απομονωθούν συγκεκριμένες αρρυθμιογόνες περιοχές του αριστερού κόλπου από τις οποίες συνήθως αρχίζει η αρρυθμία.

Η ομάδα ηλεκτροφυσιολογίας της Ευρωκλινικής ασχολείται με τη θεραπεία αυτής της αρρυθμίας από το 2001

Σε ποιους ασθενείς ενδείκνυται το ablation;
Καταρχάς, πρέπει να έχουν αντιμετωπιστεί οι προδιαθεσικοί παράγοντες της μαρμαρυγής και να έχει αποκλεισθεί υποκείμενη καρδιακή βλάβη ή άλλου είδους παθολογική κατάσταση η οποία προδιαθέτει σε κολπική μαρμαρυγή. Σημειωτέον ότι η υπέρταση, η οποία και αποτελεί το Νο 1 προδιαθεσικό παράγοντα για στεφανιαία νόσο και καρδιακές παθήσεις γενικότερα, είναι και η κυριότερη αιτία κολπικής μαρμαρυγής στο δυτικό κόσμο.

Δεύτερον, η επέμβαση πρέπει να πραγματοποιηθεί όσο η αρρυθμία είναι υποτροπιάζουσα, δηλαδή έρχεται και φεύγει αυτομάτως, προτού προκαλέσει ανήκεστο βλάβη στο κολπικό μυοκάρδιο με αποτέλεσμα τη διάταση του αριστερού κόλπου και την εγκατάσταση χρόνιας μαρμαρυγής. Τρίτον, υπάρχει ένα σχετικό όριο ηλικίας (γύρω στα 75 έτη) πέραν του οποίου η πιθανότητα επιπλοκών αυξάνεται ιδιαιτέρως.

Ποιες είναι οι πιθανότητες επιτυχίας και οι κίνδυνοι;
Όταν το ablation πραγματοποιείται εγκαίρως, δηλαδή προτού εγκατασταθεί μόνιμη μαρμαρυγή, η πιθανότητα επιτυχίας κυμαίνεται από 70% έως 80%. Μπορούν όμως να πραγματοποιήσουν με ασφάλεια έως και τρεις επεμβάσεις, κατόπιν των οποίων οι περισσότεροι από τους καλά επιλεγμένους ασθενείς απαλλάσσονται από την αρρυθμία. Αν η μαρμαρυγή εχει γίνει χρόνια, οι πιθανότητες επιτυχίας είναι λιγότερες του 50%. Πρέπει να σημειωθεί όμως ότι το ablation δεν είναι μια απλή επέμβαση. Υπάρχει κίνδυνος επιπλοκών οι οποίες εξαρτώνται από την εφαρμοζόμενη μέθοδο και την εμπειρία του ιατρού.

Πρόκειται για μια επέμβαση η οποία πρέπει να πραγματοποιείται σε εξειδικευμένα κέντρα με αναγνωρισμένη εμπειρία και δημοσιευμένα αποτελέσματα στον έγκριτο ιατρικό τύπο. Η ομάδα ηλεκτροφυσιολογίας της Ευρωκλινικής ασχολείται με τη θεραπεία αυτής της αρρυθμίας από το 2001. Έχει σχεδιάσει και εφαρμόσει πρωτοποριακές μεθόδους ablation, οι οποίες αποτέλεσαν και τη βάση για μερικές από τις πρώτες παγκοσμίως δημοσιεύσεις σε έγκυρα ιατρικά περιοδικά.

Α' Ορθοπαιδικό Τμήμα & Αθλητικών Κακώσεων, Ευρωκλινική Αθηνών
Δημήτρης Αλεξάκης
Διευθυντής
Πηνελόπη Κατσάκου
Επιμελήτρια
Κώστας Καραπατάκης
Επιμελητής
Σάββας Βασιλόπουλος
Επιμελητής

Ρήξη τενοντίου πετάλου του ώμου

Πάντα υπάρχει λύση

Το πέταλο των στροφέων του ώμου σχηματίζεται από τους τένοντες 4 μυών του ώμου: υπερακάνθιο, υπακάνθιο, υποπλάτιο και ελάσσων στρογγύλο. Οι καταφυτικοί τένοντες αυτών των μυών καταλήγουν στην κεφαλή του βραχιονίου την οποία κυκλώνουν σχηματίζοντας ένα πέταλο (εξού και ο όρος στροφικό πέταλο). Είναι υπεύθυνο για την έσω και έξω στροφή του άνω άκρου και υπόκειται συχνά σε τραυματισμούς.

Η ρήξη του τενοντίου πετάλου είναι συνήθως τραυματικής αιτιολογίας (μετά από πτώση, εξάρθρημα ή άρση βάρους). Μπορεί να συμβεί σε όλες τις ηλικίες, είναι όμως πιο συχνή στις μεγαλύτερες ηλικίες λόγω της εκφύλισης των τενόντων. Συνδέεται με άτομα που ασκούν χειρωνακτικό επάγγελμα σηκώνοντας τα χέρια τους πάνω από το επίπεδο των ώμων, ενώ σε πιο νέες ηλικίες συναντάται πιο συχνά σε αθλητές όπως ρίπτες, βολεϋμπολίστες ή αρσιβαρίστες.

Οι ρήξεις μπορεί να είναι πλήρεις ή μερικές, ολικού ή μερικού πάχους και να αφορούν έναν ή περισσότερους τένοντες, μεταβάλλοντας τα συμπτώματα που είναι πόνος και αδυναμία σε ορισμένες κινήσεις του ώμου και σε βαρύτερες περιπτώσεις, ατροφία των μυών του ώμου και κριγμός λόγω της αναπτυσσόμενης αρθρίτιδας της άρθρωσης. Η άρτια γνώση του αντικειμένου της παθολογίας του ώμου σε συνδυασμό με την ενδελεχή κλινική εξέταση θέτουν την κλινική υποψία της διάγνωσης της ρήξης του τενοντίου πετάλου του ώμου η οποία επιβεβαιώνεται με απεικονιστικές μεθόδους, όπως ο υπέρηχος και η μαγνητική τομογραφία.

Στην Κλινική μας γίνεται χρήση σύγχρονης τεχνολογίας όπως μηχανήματα ραδιοσυχνοτήτων, υλικά στερέωσης – απορροφήσιμες άγκυρες ή peaks

Η θεραπεία εξατομικεύεται ανάλογα με το μέγεθος και τη φύση της ρήξης, την κλινική συμπτωματολογία, την ηλικία, τη γενική κατάσταση και τις απαιτήσεις του ασθενούς. Η πρώτη προσπάθεια θεραπευτικής προσέγγισης σε περιπτώσεις

Αντιμετώπιση ρήξεων τενοντίου πετάλου του ώμου
Συντηρητική αντιμετώπιση
Αρθροσκόπηση ώμου
Inspace balloon
Τενοντομεταφορές
Ανάστροφη ολική αρθροπλαστική ώμου

Η αντιμετώπιση των ρήξεων του τενοντίου πετάλου του ώμου δεν είναι ούτε απλή ούτε πάντα η ίδια. Πρέπει ο χειρουργός ώμου να διαθέτει τη γνώση και την εμπειρία να κρίνει ποια είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία για κάθε ασθενή, καθώς και την εκπαίδευση και τη χειρουργική δεινότητα για να την εκτελέσει. Αυτή τη στιγμή στην Κλινική μας είμαστε σε θέση να προσφέρουμε στους ασθενείς μας μια αντιμετώπιση ανάλογη με οποιοδήποτε άλλο κέντρο του εξωτερικού, με σύγχρονες τεχνικές, αντίστοιχες μεθόδους και με εφάμιλλα αποτελέσματα

μικρής έκτασης μερικού πάχους ρήξεων είναι η **συντηρητική αντιμετώπιση** που περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, φυσικοθεραπεία και βιολογικές θεραπείες (έγχυση στον ώμο πλάσματος του ασθενούς πλούσιου σε αυξητικούς παράγοντες – PRP - Platelet Rich Plasma)

Όταν αποτυγχάνει η συντηρητική θεραπεία ή σε πιο μεγάλες ρήξεις όπου το χειρουργείο κρίνεται αναπόφευκτο, η αρθροσκοπική χειρουργική έχει ανοίξει νέους ορίζοντες στην πλήρη αποκατάσταση των παθήσεων του ώμου, με πολλά πλεονεκτήματα έναντι της κλασικής «ανοικτής» χειρουργικής. Κατά την **αρθροσκόπηση του ώμου**, διαμέσου μικρών οπών και με τη χρήση κάμερας, μας δίνεται η δυνατότητα της άμεσης ορατότητας της βλάβης τόσο υπακρωμιακά (από πάνω) όσο και δια της άρθρωσης (από κάτω), κάτι που δεν είναι εφικτό με την ανοιχτή μέθοδο. Στην Κλινική μας υπάρχει η δυνατότητα, με τη χρήση σύγχρονης τεχνολογίας (μηχανήματα ραδιοσυχνοτήτων, υλικά στερέωσης – απορροφήσιμες άγκυρες ή peaks) να γίνει αποκατάσταση στην πλειονότητα των ρήξεων, ακόμα και σε βλάβες που παραδοσιακά δεν μπορούσαν να αντιμετωπισθούν αρθροσκοπικά και που πολλές φορές είναι δύσκολα αντιμετωπίσιμες ακόμα και με ανοιχτό χειορυργείο.

Σε μεγαλύτερες ρήξεις που η απλή αρθροσκοπική συρραφή δεν είναι αρκετή, θέση έχουν άλλες πιο εξειδικευμένες τεχνικές που εφαρμόζονται με επιτυχία στην Κλινική μας. Σε μαζικές ρήξεις χρησιμοποιείται κατά την αρθροσκοπική αποκατάσταση το ενδαρθρικό μπαλόνι διατάσεως - **InSpace Balloon** που ενισχύει και προστατεύει την αρθροσκοπική συρραφή. Σε μη επιδιορθώσιμες βλάβες και ιδιαίτερα σε νέα άτομα βρίσκουν εφαρμογή οι **τενοντομεταφορές** (κυρίως του πλατέος ραχιαίου - latissimus dorsi), απαιτητικά χειρουργεία που προϋποθέτουν εμπειρία και χειρουργική δεινότητα. Σε πιο μεγάλες ηλικίες παραμελημένες μεγάλες ρήξεις καταλήγουν στην αρθρίτιδα της άρθρωσης του ώμου (αρθροπάθεια του τενοντίου πετάλου – rotator cuff arthropathy). Σε αυτές τις περιπτώσεις, τη λύση δίνει ένα ανοιχτό πλέον χειρουργείο, η προσθετική αποκατάστση με **ανάστροφη ολική αρθροπλαστική του ώμου (reverse)** που ξανακάνει λειτουργικό έναν ώμο και κατά συνέπεια ένα χέρι που μέχρι πριν λίγα χρόνια ήταν αδύνατο να ξαναχρησιμοποιηθεί.

Η αντιμετώπιση των ρήξεων του τενοντίου πετάλου του ώμου δεν είναι ούτε απλή ούτε πάντα η ίδια. Πρέπει ο χειρουργός ώμου να διαθέτει τη γνώση και την εμπειρία να κρίνει ποια είναι η ενδεδειγμένη θεραπεία για κάθε ασθενή, καθώς και την εκπαίδευση και τη χειρουργική δεινότητα για να την εκτελέσει. Συμπορευόμενοι με τις εξελίξεις, αυτή τη στιγμή στην Κλινική μας είμαστε σε θέση να προσφέρουμε στους ασθενείς μας μια αντιμετώπιση ανάλογη με οποιοδήποτε άλλο κέντρο του εξωτερικού, με σύγχρονες τεχνικές, αντίστοιχες μεθόδους και, ευτυχώς για τους ασθενείς μας, με εφάμιλλα αποτελέσματα. Δεν είναι τυχαίο που η εμπειρία μας και τα αποτελέσματά μας έχουν ανακοινωθεί και έχουν λάβει την αναγνώριση σε πλείστα συνέδρια τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.

Ιωάννης Ζιούνας
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Α' Χειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών

Οξεία σκωληκοειδίτις

Διάγνωση και θεραπεία

Η σκωληκοειδής απόφυση θεωρείται κατάλοιπο εμβρυϊκό και βρίσκεται στην αρχή του παχέος εντέρου (τυφλό).

Το μήκος της κυμαίνεται από 3-18 εκ. και η ακριβής της θέση διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο (π.χ. τυπική, οπισθοτυφλική, παρακολική) εξαιτίας ανατομικών παραλλαγών, αλλά και καταστάσεων με μετατόπιση των ενδοκοιλιακών σπλάγχνων, όπως η εγκυμοσύνη.

Ο ρόλος της είναι κυρίως η συμβολή στην άμυνα του οργανισμού, καθώς περιέχει λεμφικό ιστό. Η αφαίρεσή της πάντως σε περίπτωση φλεγμονής δεν δημιουργεί μεταγενέστερα προβλήματα.

Το 10% του πληθυσμού κάποια χρονική στιγμή θα εμφανίσει φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης. Οι συχνότερα προσβαλλόμενες ηλικίες είναι 10-30 ετών.

Η οξεία σκωληκοειδίτις αποτελεί τη συχνότερη επείγουσα κατάσταση στη χειρουργική και η έγκαιρη διαγνωστική αντιμετώπιση είναι κεφαλαιώδους σημασίας.

Από το 1886 που πρωτοδιαγνώσθηκε έχουν γίνει άλματα προόδου στη θεραπεία της. Η φλεγμονή στη σκωληκοειδή απόφυση είναι αποτέλεσμα απόφραξης, σύμφωνα με την επικρατέστερη θεωρία. Κατ' αυτήν αποφράσσεται ο αυλός της από κοπρόλιθο ή υπερπλασία λεμφικού ιστού, από φυτικές ίνες, παράσιτα, σπόρους ή όγκους. Εξαιτίας της απόφραξης γίνεται πολλαπλασιασμός των μικροβίων και η παραγωγή βλέννης προκαλεί διάταση της απόφυσης. Με αυτόν τον μηχανισμό δημιουργείται το περιομφαλικό άλγος. Όσο εντείνεται η παραπάνω διαδικασία, έχουμε την ισχαιμία και την σταδιακή νέκρωση της απόφυσης με αποτέλεσμα την εμφάνιση των σημείων της τοπικής περιτονίτιδος. Ο πόνος πλέον είναι έντονος και

εντοπίζεται στην κοιλιακή χώρα κάτω δεξιά. Αν ο ασθενής δεν αντιμετωπίσει τα φαινόμενα, επιδεινώνονται και οδηγούμεθα σε διάτρηση και γενικευμένη περιτονίτιδα που μπορούν να προκαλέσουν σηψαιμία.

Τα **συμπτώματα** της σκωληκοειδίτιδος είναι:

- Οξύ κοιλιακό άλγος. Με εντόπιση αρχικά περιομφαλικά και εν συνεχεία στο (δε) λαγόνιο βόθρο
- Ανορεξία, τάση προς έμετο
- Ήπια πυρετική κίνηση (μέχρι 38°C)
- Ήπια αύξηση των λευκοκυττάρων. Τα λευκά αιμοσφαίρια σε ποσοστό 10% των ασθενών είναι φυσιολογικά. Σε περιτονίτιδα όμως είναι πολύ αυξημένα (>20.000)
- C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP). Εμφανίζεται -όχι πάντα- αυξημένη
- Γενική ούρων. Ενίοτε με ευρήματα ανίχνευσης ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Η **διάγνωση** επιτυγχάνεται με:

- Κλινική εξέταση- ιστορικό
- Υπερηχογράφημα κοιλιακής χώρας. Αποτελεί την εξέταση εκλογής κυρίως για αποκλεισμό άλλων παθήσεων της περιοχής (γυναικολογικές παθήσεις, ουρολογικές παθήσεις)
- Αξονική τομογραφία κοιλίας. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις και ενήλικες.

Με όλα τα προαναφερθέντα μέσα έχουμε επιτύχει τη μείωση των άσκοπων σκωληκοειδεκτομών κατά 10-15%. Παρόλα αυτά, **επειδή η σκωληκοειδεκτομή ως επέμβαση έχει σαφώς λιγότερες επιπλοκές και θνησιμότητα από την ρήξη της σκωληκοειδούς και την περιτονίτιδα, είναι προτιμότερο επί αμφιβολίας να επιλέγουμε την χειρουργική αντιμετώπιση.**

Η **διαφορική διάγνωση** συνίσταται σε:

- Οξεία γαστρεντερίτιδα
- Εγκολεασμός του εντέρου (σε παιδιά προσχολικής ηλικίας)
- Εκκόλπωμα Meckel
- Μεσεντέριος λεμφαδενίτις
- Φλεγμονώσεις παθήσεις του εντέρου (ελκώδης κολίτις, νόσος Crohn)
- Γυναικολογικές παθήσεις (κύστις ωοθήκης, συστροφή ωοθήκης, ενδομητρίωση, έκτοπος κύησις, πυοσάλπιγγα)
- Εκκολπωματίτις
- Ουρολογικές παθήσεις (πυελονεφρίτις, λιθίαση ουρητήρα).

Η περίοδος της εγκυμοσύνης αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα. Η διάγνωση προκαλεί ναυτία, ανορεξία, αύξηση των λευκών και πόνο. Το υπερηχογράφημα και η μαγνητική τομογραφία κοιλίας (όχι αξονική τομογραφία λόγω ακτινοβολίας) βοηθούν. Επίσης στους ηλικιωμένους ασθενείς τα συμπτώματα είναι ήπια και η διάγνωση καθυστερεί. Σε αυτή την κατηγορία ασθενών το ποσοστό εμφάνισης περιτονίτιδος είναι >50% (συγκριτικά με τους νεώτερους, <20%) λόγω των ανωτέρω.

Το 10% του πληθυσμού κάποια χρονική στιγμή θα εμφανίσει φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης. Οι συχνότερα προσβαλλόμενες ηλικίες είναι 10-30 ετών

Θεραπεία

Η θεραπεία της σκωληκοειδίτιδος είναι χειρουργική. Η επέμβαση μπορεί να γίνει λαπαροσκοπικά ή με «ανοικτή» αντιμετώπιση. Τα αποτελέσματα και των δύο είναι εξίσου καλά, όμως τα τελευταία χρόνια έχουμε αύξηση της λαπαροσκοπικής τεχνικής παρά το αυξημένο κόστος της.

Τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής σκωληκοειδεκτομής είναι:

- Μείωση μετεγχειρητικού άλγους
- Ταχεία ανάρρωση και έξοδος από το νοσοκομείο (1-2 ημέρες)
- Ταχεία επάνοδος στις συνήθεις δραστηριότητες, εργασία
- Μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών (λοιμώξεις, αιμορραγία, δημιουργία συμφύσεων, ειλεός 1-3%, μόλυνση τραύματος 15-20%).
- Κοσμητικό αποτέλεσμα (3 μικρές οπές 0,5-1 εκ.)
- Διεγχειρητικώς δυνατότης ελέγχου όλης της κοιλίας.

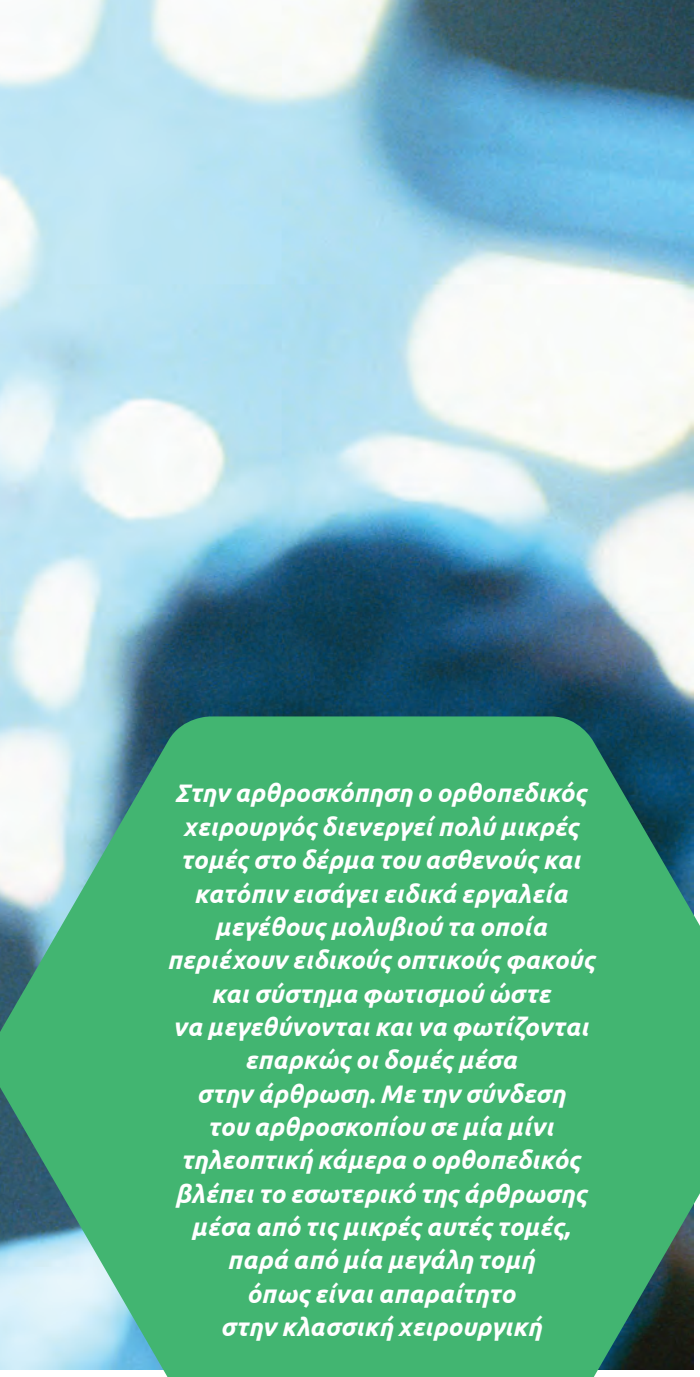
Συμπερασματικά σε περιπτώσεις οξείας σκωληκοειδίτιδος θα πρέπει να απευθυνόμαστε σε γενικό χειρουργό προς σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση διότι, εάν η συγκεκριμένη παραμεληθεί, μπορεί να έχει δυσάρεστες συνέπειες για τον ασθενή.

ΝΕΕΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ & ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ Αρθροσκοπικής Χειρουργικής

Ηρακλής Πατσόπουλος
Ορθοπαιδικός Χειρουργός
Διευθυντής Β' Ορθοπαιδικού Τμήματος & Αθλητικών Κακώσεων
Ευρωκλινική Αθηνών

Η αρθροσκόπηση είναι η μέθοδος που έχει επιτύχει να θεραπεύει την παθολογία των αρθρώσεων με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση στον άνθρωπο μέσω δύο ή περισσοτέρων μικροσκοπικών οπών. Γίνεται σε βάση ημερήσιας νοσηλείας και τα οφέλη της είναι τεράστια μιας και ο μετεγχειρητικός πόνος είναι ανύπαρκτος και η επανένταξη του ασθενούς ταχύτατη. Το αντικείμενο της αρθροσκοπικής χειρουργικής έχει επεκταθεί τόσο, ώστε πέραν των κλασσικών επεμβάσεων στο γόνατο, στην ποδοκνημική και στον ώμο, να επιτυγχάνεται με το αρθροσκόπιο και μόνο:

- ***Τενοντοσκόπηση του Αχιλλείου τένοντα*** και επιμήκυνσή του σε περιπτώσεις τραυματικών ή εκ γενετής ρικνώσεών του μέσω δύο οπών.
- ***Ανώδυνη διόρθωση βλαισού μεγάλου δακτύλου*** (Hallux Valgus) ή Hallux Rigidus μέσω δύο μικροσκοπικών οπών (χωρίς τομές).



Στην αρθροσκόπηση ο ορθοπεδικός χειρουργός διενεργεί πολύ μικρές τομές στο δέρμα του ασθενούς και κατόπιν εισάγει ειδικά εργαλεία μεγέθους μολυβιού τα οποία περιέχουν ειδικούς οπτικούς φακούς και σύστημα φωτισμού ώστε να μεγεθύνονται και να φωτίζονται επαρκώς οι δομές μέσα στην άρθρωση. Με την σύνδεση του αρθροσκοπίου σε μία μίνι τηλεοπτική κάμερα ο ορθοπεδικός βλέπει το εσωτερικό της άρθρωσης μέσα από τις μικρές αυτές τομές, παρά από μία μεγάλη τομή όπως είναι απαραίτητο στην κλασσική χειρουργική

- ***Αποκατάσταση χόνδρινων βλαβών όλων των αρθρώσεων*** χωρίς διπλές ή τριπλές επεμβάσεις, παρά μόνο με μία αρθροσκόπηση, στην οποία τοποθετείται ικρίωμα συγκράτησης των ενεργοποιημένων οστεοβλαστών-χονδροπλαστών που διαφοροποιούνται σε χόνδρινο ιστό. Η όλη επέμβαση σε κάθε άρθρωση γίνεται με δύο μόνο οπές.
- ***Πλήρης αποκατάσταση των παθήσεων του ισχίου*** που μέχρι πρότινος έμεναν αδιάγνωστες ή εθεωρείτο αδύνατο να χειρουργηθούν. Έτσι, πλέον, μέσω τριών μικροσκοπικών οπών επανακαθηλώνεται ο ραγέντας επιχείλιος χόνδρος της κοτύλης στην ανατομική του θέση, αποκαθίσταται η ρήξη του στρογγύλου συνδέσμου της άρθρωσης και αντιμετωπίζονται οι χόνδρινες βλάβες της κοτύλης και της μηριαίας κεφαλής. Επανάσταση έχει φέρει, επίσης, η αρθροσκόπηση στον τομέα της μηροκοτυλιαίας πρόσκρουσης του ισχίου είτε με αιτία τον αυχένα του μηριαίου (Cam FAI) είτε με αιτία την οφρύ της κοτύλης (Pincher FAI).
- ***Η παθολογία του αγκώνα*** αντιμετωπίζεται πλέον εύκολα με την αρθροσκόπηση της συγκεκριμένης άρθρωσης και έτσι επιτυγχάνεται συμφυσιόλυση του αγκυλωμένου αγκώνα με τρείς αρθροσκοπικές πύλες, αφαίρεση ελεύθερων σωματίων που προέκυψαν έπειτα από τραυματισμό και αντιμετώπιση των ελλειμμάτων έκτασης και κάμψης της άρθρωσης μέσω πλαστικής του ωλεκρανικού βόθρου και του ωλεκράνου μαζί με οστεοπλαστική κορωνοειδούς αποφύσεως.
- ***Η παθολογία της ποδοκνημικής άρθρωσης*** παρουσιάζει ποικιλία, από την παρουσία οστεοφύτων που προκαλούν περιορισμό στην ραχιαία ή πελματιαία κάμψη μέχρι τις χόνδρινες βλάβες και την ανάπτυξη συμφύσεων σε αυτή την άρθρωση έπειτα από κατάγματα ή διαστρέμματα της ποδοκνημικής. Η αντιμετώπισή τους αρθροσκοπικά γίνεται με δύο μικροσκοπικές οπές. Ξεχωριστή θέση ενέχει η αρθροσκοπική απελευθέρωση του μακρού καμπτήρα του μεγάλου δακτύλου με αφαίρεση του ostrigonum του αστραγάλου σε σύνδρομα προστριβής του τένοντα αυτού.
- ***Στα ενδαρθρικά κατάγματα***, η επικύρωση της άριστης ανάταξης των καταγματικών τεμαχίων και η ακριβής επαλληλία και συνέχεια των χόνδρινων επιφανειών γίνεται σε μόνιμη βάση με αρθροσκόπηση της άρθρωσης που υπέστη τον τραυματισμό.
- ***Στον ώμο***, πέραν των κλασσικών επεμβάσεων αποκατάστασης του επιχειλίου χόνδρου και των τενόντων του στροφικού πετάλου (υπερακανθίου, υπακανθίου & υποπλατίου) υπάρχει πλέον η δυνατότητα επανασυρραφής των γληνοβραχιόνιων συνδέσμων, καθώς και η αντιμετώπιση του πρόσφατου εξαρθρήματος της ακρωμιοκλειδικής μέσω τεσσάρων οπών και μόνο.
- ***Στο γόνατο***, επανάσταση έχουν φέρει οι νέες τεχνικές συρραφής του μηνίσκου που έχουν δώσει τη δυνατότητα να συρράπτονται ρήξεις που μέχρι πρότινος ήταν αντιμετωπίσιμες μόνο με μηνισκεκτομή. Στην πλαστική του Προσθίου & Οπισθίου Χιαστού δημιουργούνται διπλά κανάλια προς αποκατάσταση και των δύο μοιρών τους.

Η αρθροσκοπική χειρουργική έχει παρουσιάσει αλματώδη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια αναπτύσσοντας νέες τεχνικές και εργαλεία

Συμπερασματικά, η αρθροσκοπική χειρουργική έχει παρουσιάσει αλματώδη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια αναπτύσσοντας νέες τεχνικές και εργαλεία που δίνουν τη δυνατότητα στον εξοικειωμένο με την αρθροσκόπηση Ιατρό να πραγματοποιήσει αρθροσκοπικά επεμβάσεις που μέχρι πρότινος απαιτούσαν ανοικτό χειρουργείο.

Κολικός νεφρού και λιθίαση

Αθανάσιος Ρήγας
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Ουρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ένα συχνό πρόβλημα

Πολύ συχνά μας επισκέπτονται στο ιατρείο ή στα επείγοντα του νοσοκομείου άνδρες και γυναίκες με λιθίαση. Εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες, περίπου σε έναν στους δέκα, ενώ στις γυναίκες η συχνότητα είναι μισή (5-7%). Αφορά όλες τις ηλικίες, ακόμα και τα παιδιά, συχνότερα όμως τις ηλικίες 20-50 ετών.

Οι πέτρες μπορούν να εντοπίζονται στο εσωτερικό του νεφρού (πυελοκαλυκικό σύστημα), στον ουρητήρα (το σωληνάκι που μεταφέρει τα ούρα από τα νεφρά στην ουροδόχο κύστη), στην ουροδόχο κύστη ή την ουρήθρα. Μπορεί να είναι μονήρεις ή πολλαπλές και να είναι μικρές (λίγα χιλιοστά) ή πολύ μεγαλύτερες και να φτάνουν έως και κάποια εκατοστά. Για παράδειγμα, μια πέτρα μπορεί να καταλαμβάνει όλο το εσωτερικό του νεφρού σαν ένα κοράλι (κοραλιοειδής λίθος).

Το πόσο μεγάλη είναι η πέτρα, πόσο σκληρή η σύστασή της, πόσο ομαλό το σχήμα της και

σε ποιο ακριβώς σημείο βρίσκεται είναι βασικοί παράγοντες που εξηγούν την ποικιλία των ενοχλημάτων των ασθενών με λιθίαση και βάσει αυτών των στοιχείων αποφασίζουμε ποια είναι η κατάλληλη αντιμετώπιση για κάθε ασθενή.

Πως θα καταλάβω ότι έχω πέτρες;

Πολλοί ασθενείς με πέτρες δεν έχουν κανένα σύμπτωμα και έτσι εξηγείται, γιατί ενίοτε οι πέτρες μπορεί να μεγαλώσουν σημαντικά πριν διαγνωστούν ή να ανακαλυφθούν τυχαία. Αν η πέτρα κολυμπάει στο φαρδύ εσωτερικό του νεφρού μπορεί απλά να υπάρχει ήπιο βάρος προς την περιοχή της μέσης ή λίγο αίμα στην εξέταση ούρων, αλλά όχι έντονος πόνος.

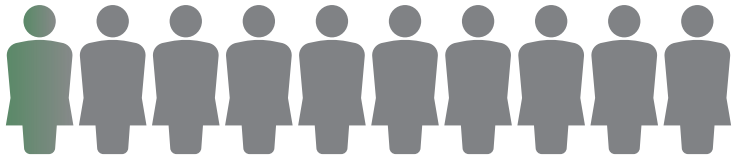
Αν η πέτρα όμως προχωρήσει μέσα στον ουρητήρα, εμποδίζει τη ροή των ούρων από τα νεφρά και προκαλεί διάταση, δηλαδή αύξηση της ενδονεφρικής πίεσης. Τότε εμφανίζεται ο κολικός του νεφρού, ένας πολύ έντονος πόνος στην περιοχή των νεφρών, που μπορεί να αντανακλά στην κοιλιά, την κύστη ή τα έξω γεννητικά όργανα. Ο πόνος, συνήθως, εμφανίζεται ξαφνικά, δεν ανακουφίζεται με την αλλαγή θέσης και συχνά συνοδεύεται από τάση για εμετό (ναυτία) ή και εμετό. Μπορεί να συνυπάρχει αίμα στα ούρα ή να το εντοπίζουμε στην εξέταση ούρων. Αυτός ο έντονος πόνος, που δεν υποχωρεί με απλά αναλγητικά, συχνά οδηγεί τον ασθενή στο νοσοκομείο επειγόντως.

Μερικές φορές που συνυπάρχει ουρολοίμωξη, η λιθίαση μπορεί να παρουσιαστεί με συμπτώματα, όπως ρίγος, πυρετός, κόπωση, δυσουρικά ενοχλήματα και πόνος στα νεφρά.

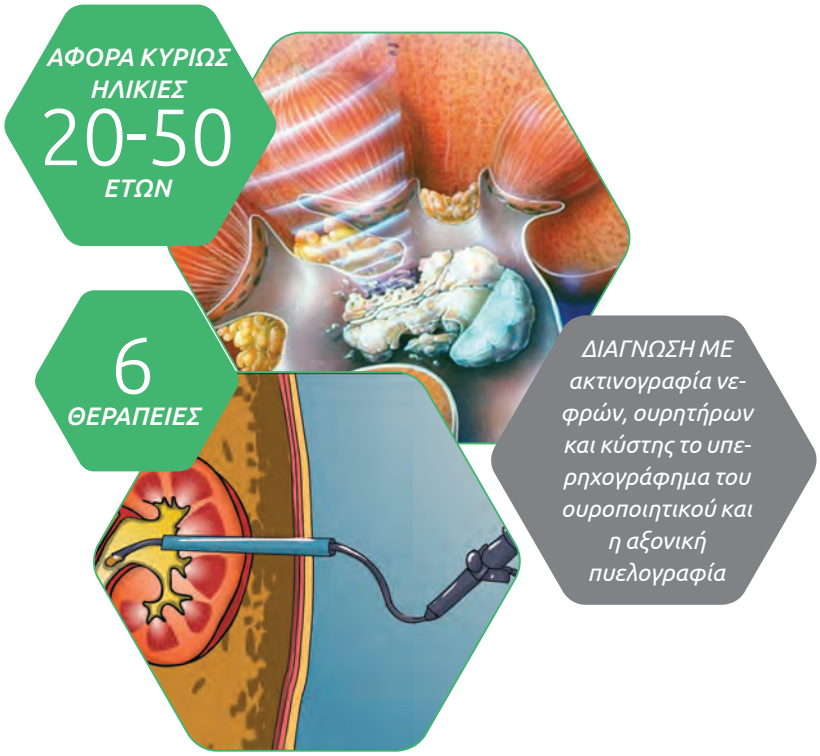
Η λιθίαση εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες, περίπου σε έναν στους δέκα, ενώ στις γυναίκες η συχνότητα είναι μισή (5-7%). Αφορά όλες τις ηλικίες, ακόμα και τα παιδιά, συχνότερα όμως τις ηλικίες 20-50 ετών

Η ακτινογραφία νεφρών, ουρητήρων και κύστης, το υπερηχογράφημα του ουροποιητικού και η αξονική πυελογραφία επιβεβαιώνουν την ύπαρξη της πέτρας, το σημείο που βρίσκεται, το μέγεθος της, καθώς και εάν προκαλεί απόφραξη και διάταση του νεφρού ή όχι

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΤΡΕΣ 1:10



ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ 0,5:10



Πετρούλες που βρίσκονται χαμηλά στον ουρητήρα ή την ουροδόχο κύστη μπορεί να προκαλούν συχνουρία, δυσουρία και κυστικά ενοχλήματα και η κλινική τους εικόνα μοιάζει με ουρολοίμωξη ή προστατίτιδα.

Τι εξετάσεις πρέπει να κάνω;.

Ο κολικός του νεφρού έχει πολύ χαρακτηριστική εικόνα, καθώς είναι ένας πολύ ισχυρός πόνος με αντανάκλαση προς το πλάγιο της κοιλιάς και τα γεννητικά όργανα, συνοδεύεται από τάση εμέτου και δε μαλακώνει όποια θέση και αν πάρει ο ασθενής. Κατά την πλήξη της νεφρικής χώρας ο ασθενής εμφανίζει ευαισθησία (σημείο Giordano).

Η απλή ακτινογραφία νεφρών, ουρητήρων και κύστης (ΝΟΚ), το υπερηχογράφημα του ουροποιητικού και η αξονική πυελογραφία επιβεβαιώνουν την ύπαρξη της πέτρας, το σημείο που βρίσκεται και το μέγεθος της, καθώς και εάν προκαλεί απόφραξη και διάταση του νεφρού ή όχι. Επίσης, προσδιο-

ρίζουν εάν υπάρχει κάποια λειτουργική ή ανατομική ανωμαλία του ουροποιητικού συστήματος που σχετίζεται με τη λιθίαση.

Εξετάσεις αίματος και ούρων μπορούν να συμπληρώσουν το διαγνωστικό έλεγχο προσδιορίζοντας την ύπαρξη αιμορραγίας ή λοίμωξης και καθορίζουν τη νεφρική λειτουργία.

Ποια είναι η θεραπεία για τις πέτρες μου;

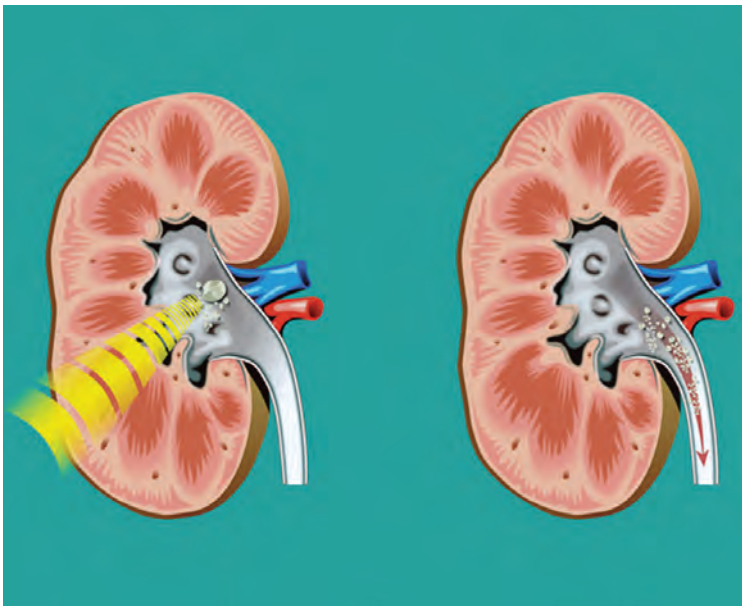
Πρώτη μας φροντίδα είναι να αντιμετωπίσουμε τον κολικό και να μην πονά ο ασθενής μας χορηγώντας ενέσιμα αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

Εάν ο πόνος δεν υποχωρεί ή υπάρχει απόφραξη του νεφρού με πυρετό και λοίμωξη, θα χρειαστεί άμεσα ενδοσκοπικά, από την ουρήθρα, να τοποθετήσουμε έναν ουρητηρικό καθετήρα (pig-tail) με σκοπό την άρση της απόφραξης και την αποκατάσταση της φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας. Συνήθως στον ίδιο χρόνο γίνεται και η ενδοσκοπική αφαίρεση του λίθου.

Να τονίσουμε ότι μικρές πετρούλες κάποιων χιλιοστών που δε δημιουργούν έντονο πόνο και απόφραξη, τις περιμένουμε, γιατί έχουν πολλές πιθανότητες με άφθονα υγρά και κίνηση να αποβληθούν με την ούρηση. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, θα χρειαστεί παρέμβαση, με σκοπό τη θραύση και την απομάκρυνση του λίθου.

- **Εξωσωματική λιθοτριψία με κύματα κρούσης (ESWL):** Πραγματοποιείται θραύση του λίθου με κρουστικά κύματα. Γίνεται συνήθως πολύ καλά ανεκτή από τον ασθενή και μπορεί να είναι αποτελεσματική σε λίθους κυρίως του νεφρού. Παρ' όλα αυτά, μεγάλοι και σκληροί λίθοι δεν μπορούν να σπάσουν με την εξωσωματική λιθοτριψία. Τα συγκρίματα μετά τη λιθοτριψία πρέπει να αποβληθούν δια του ουρητήρα και έτσι μπορεί να ακολουθήσει κολικός.

Ο κολικός του νεφρού, ένας πολύ έντονος πόνος στην περιοχή των νεφρών, που μπορεί να αντανακλά στην κοιλιά, την κύστη ή τα έξω γεννητικά όργανα. Ο πόνος, συνήθως, εμφανίζεται ξαφνικά, δεν ανακουφίζεται με την αλλαγή θέσης και συχνά συνοδεύεται από τάση για εμετό (ναυτία) ή και εμετό. Μπορεί να συνυπάρχει αίμα στα ούρα ή να το εντοπίζουμε στην εξέταση ούρων. Αυτός ο έντονος πόνος, που δεν υποχωρεί με απλά αναλγητικά, συχνά οδηγεί τον ασθενή στο νοσοκομείο επειγόντως



Εξωσωματική λιθοτριψία με κύματα κρούσης (ESWL)

- **Ουρητηροσκόπηση και ενδοσκοπική λιθοτριψία:** Είναι η μέθοδος επιλογής για πέτρες που βρίσκονται στον ουρητήρα. Το ουρητηροσκόπιο μέσω της ουρήθρας και της κύστης εισέρχεται στον ουρητήρα μέχρι το λίθο και σπάμε με laser τις πέτρες, εξασφαλίζοντας άμεση άρση της αποφράξεως και λειτουργία του νεφρού, απομάκρυνση των λιθιασικών συγκριμάτων και πλήρη ίαση του ασθενούς. Στα συγκρίματα μπορεί να γίνει χημική ανάλυση του λίθου. Ο ασθενής φεύγει την ίδια ή την επόμενη μέρα απαλλαγμένος από την πέτρα.
- **Διαδερμική νεφρολιθοτριψία:** Χρησιμοποιείται για μεγάλους λίθους του νεφρού ή λίθους του νεφρού που δεν σπάνε με την εξωσωματική λιθοτριψία. Μέσω μιας οπής που γίνεται από το δέρμα μέχρι το νεφρό, εισάγεται το νεφροσκόπιο, ανευρίσκεται ο λίθος και σπάει με τη χρήση υπερήχων.
- **Ενδοσκοπική νεφρολιθοτριψία με laser:** Τα τελευταία έτη με το εύκαμπτο ουρητηροσκόπιο και ειδική ίνα laser ενδοσκοπικά από την ουρήθρα φτάνουμε στο νεφρό και σπάμε την πέτρα στο εσωτερικό του, αποφεύγοντας τη διαδερμική προσπέλαση και οποιοδήποτε τραυματισμό του νεφρού. Είναι η απλούστερη και ασφαλέστερη μέθοδος για τον ασθενή που την επόμενη μέρα επιστρέφει στο σπίτι του.
- **Ανοικτή χειρουργική επέμβαση:** Σπανιότατα σήμερα χειρουργούμε ανοιχτά για την αντιμετώπιση της λιθίασης.
- **DaVinci ρομποτική μέθοδος.** Με το ρομποτικό σύστημα αφαιρούμε λαπαροσκοπικά μεγάλες πέτρες, διορθώνοντας παράλληλα και ανωμαλίες της ανατομίας του ουροποιητικού, λ.χ. διορθώνοντας τη στένωση της πυελοουρητηρικής συμβολής ή ένα στένωμα ουρητήρα.

ΟΜΙΛΟΣ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο Κέντρο!

AWARD 2016
PATIENTS' FRIENDLY HOSPITAL

TÜV AUSTRIA HELLAS

ΓΙΑ 1η ΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΙΑΣΤΗΚΕ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ

Η 1η Κλινική στην Ελλάδα και την Ευρώπη που έλαβε την Ευρωπαϊκή Πιστοποίηση "Patients' Friendly Hospitals"

ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΥΜΕ ΠΑΝΕΥΡΩΠΑΪΚΑ

Αθανασιάδου 7-9, πάροδος Δ. Σούτσου (στάση μετρό Αμπελοκήπων)
Τ.Κ. 115 21 Αθήνα | Τηλέφωνο: 210 6416 600 | Fax: 210 6416 555
E-mail: info@euroclinic.gr | www.euroclinic.gr
euroclinicgroup

Κωνσταντίνος Λιαρόπουλος
Διευθυντής Νευροχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο πόνος στον αυχένα

Ενθαρρυντικά αποτελέσματα μιας **νέας χειρουργικής τεχνικής**

Ο πόνος στον αυχένα, με αντανάκλαση αυτού στην πλάτη, την ωμοπλάτη και σε ένα ή και τα δύο άνω άκρα, ταλαιπωρεί μεγάλο ποσοστό πληθυσμού, μεγαλύτερης αλλά και μικρότερης ηλικίας.

Στα άτομα μεγάλης ηλικίας οφείλεται κυρίως σε οστεόφυτα που εμφανίζονται στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης, ενώ σε μικρότερης ηλικία κυρίως στην προβολή μαλακού δίσκου (αυχενική δισκοκήλη).

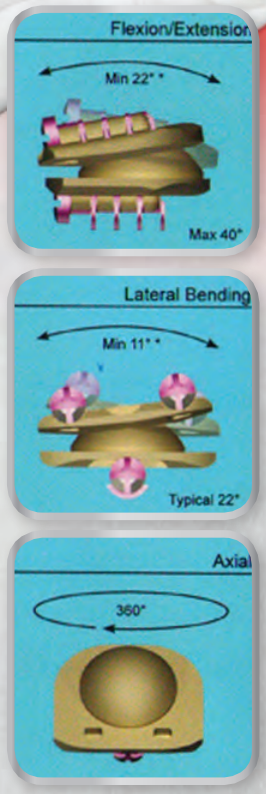
Αυτός ο επίμονος διαξιφιστικός πόνος, που συνήθως δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή, με ή χωρίς αδυναμία των αντίστοιχων μυϊκών ομάδων έχει ως αποτέλεσμα την κακή ποιότητα της ζωής των ανθρώπων, την αποχή τους από την εργασία, καθώς και την αποχή τους από τις καθημερινές τους συνήθειες. Σε άλλες δε περιπτώσεις και όχι σπανίως, όπως έχει αποδειχθεί τα τελευταία χρόνια δημιουργεί σημαντικές νευρολογικές βλάβες, από απλή πάρεση έως πλήρη αισθητικοκινητική τετραπληγία (πλήρης παράλυση άνω και κάτω άκρων).

Λόγω της αδυναμίας της φαρμακευτικής αγωγής αλλά και των άλλων συντηρητικών μέσων θεραπείας και για τις περιπτώσεις που υπάρχουν οι ενδείξεις (κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος) ανεπτύχθησαν και εφαρμόστηκαν πολλές χειρουργικές τεχνικές για την επίλυση της αυχενικής δισκοκήλης, όπως αντικατάσταση δίσκου με οστικό αυτομόσχευμα, με αλλομόσχευμα (διασωματικών ενθεμάτων τιτανίου ή ειδικού πλαστικού peak) και επιπρόσθετη, αν χρειάζεται σπονδυλοδεσία με πλάκα και βίδες. Η τεχνική αυτή οδηγεί σε ενοποίηση των σπονδύλων (σπονδυλοδεσία) και ακινητοποίηση αυτών.

Η εφαρμογή τεχνητού δίσκου τύπου Nunec είναι η εξέλιξη μιας προσπάθειας χρόνων. Η τεχνική είναι μικροχειρουργική που με τη βοήθεια της ρομποτικής φτάνει σε υψηλά επίπεδα ασφαλείας και τελειότητας

Μία νέα τεχνική, όμως, έχει καλύτερα αποτελέσματα. Η τοποθέτηση τεχνητού δίσκου τύπου Nunec. Ο Nunec είναι η εξέλιξη μιας προσπάθειας χρόνων εφαρμογής τεχνητών δίσκων στη σπονδυλική στήλη.

Η τεχνική είναι μικροχειρουργική (χειρουργικό μικροσκόπιο) που με τη βοήθεια της ρομποτικής φτάνει σε υψηλά επίπεδα ασφαλείας και τελειότητας. Μπορεί να εφαρμοστεί σε αρρώστους νέας και παραγωγικής ηλικίας, που παρουσιάζουν πρόβλημα σε ένα ή δύο και σπανίως τρία επίπεδα. Είναι ένα απολύτως καλά ανεχόμενο υλικό από τον



οργανισμό του ασθενούς, που διορθώνει την προεγχειρητική χαμένη λόρδωση ή κύφωση, εξαφανίζοντας τον υπάρχοντα ευθειασμό. Βοηθάει, λοιπόν, στην ανακατασκευή, καθώς και την αποκατάσταση της φυσιολογικής κίνησης της σπονδυλικής στήλης με αποτέλεσμα την ελεύθερη κίνηση γύρω από το επίπεδο που έχει τοποθετηθεί ο τεχνητός δίσκος, πράγμα που δεν εξασφαλίζεται με τις άλλες τεχνικές και δεν παρουσιάζει απώτερες επιπλοκές, όπως έκτοπη οστεοποίηση, με αποτέλεσμα τον πόνο στην περιοχή της αυχενικής μοίρας.

Μετεγχειρητικά δεν γίνεται χρήση του αυχενικού κηδεμόνα, σε αντίθεση με τις άλλες τεχνικές που είναι απαραίτητος για 2 με 3 μήνες. Σε 15 ημέρες ο ασθενής με ελαφρά προεγχειρητική εικόνα δύναται να επιστρέψει στην εργασία του, περιορίζοντας με αυτόν τον τρόπο τις χαμένες εργατοώρες και αυξάνοντας παράλληλα τα οικονομικά του οφέλη, αφενός μεν του ιδίου λόγω της γρηγορότερης επιστροφής του αφετέρου δε και των ασφαλιστικών ταμείων και ασφαλιστικών εταιρειών που καλύπτουν το κόστος νοσηλείας και υλικών, καθώς και μετεγχειρητικής αδείας (φθηνότερο το κόστος κατά αναλογία ανά χειρουργικό επίπεδο)

Οι άλλες χειρουργικές τεχνικές απαιτούν τουλάχιστον 3 μήνες αποχή από την εργασία, χρόνος απαραίτητος για την επίτευξη της σπονδυλοδεσίας. Στην περίπτωση δε που χρειάζεται να γίνει αξονική ή μαγνητική τομογραφία στη χειρουργηθείσα περιοχή, έχει το πλεονέκτημα σε σχέση με τα υλικά που χρησιμοποιούνται στις άλλες τεχνικές ότι δεν παρουσιάζονται artifacts που εμποδίζουν τον ιατρό να έχει μια σαφή εικόνα της περιοχής.

Ουρανία Κατωπόδη
MD, PhD
Παθολόγος Ογκολόγος
Διευθύντρια Ογκολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Το φαινόμενο "Angelina Jolie"

Η ηθοποιός Angelina Jolie, μητέρα έξι παιδιών δημιούργησε σεισμό στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, όταν πριν από λίγα χρόνια ανακοίνωσε ότι θα προχωρήσει σε αφαίρεση των ωοθηκών (σαλπιγκοωοθηκεκτομή) μετά από χειρουργείο αμφοτερόπλευρης μαστεκτομής που είχε προηγηθεί.

Η ίδια είχε δηλώσει στην εφημερίδα New-York Times «αισθάνομαι πολύ θηλυκή και χαίρομαι για τις επιλογές που μπορώ και κάνω για εμένα και την οικογένειά μου. Ξέρω ότι τα παιδιά μου ποτέ δε θα πουν ότι η μητέρα μας πέθανε από καρκίνο των ωοθηκών». Η μητέρα της ηθοποιού είχε πεθάνει σε ηλικία μόλις 56 ετών, μετά από πολύχρονη μάχη με τον καρκίνο του μαστού.

Όπως αναμενόταν η ιστορία της ηθοποιού έκανε πολλές γυναίκες να προχωρήσουν σε γενετικό έλεγχο για το σύνδρομο καρκίνου του μαστού – ωοθηκών και ακολούθως σε προφυλακτική μαστεκτομή άμφω και σαλπιγκοωοθηκεκτομή. Και οι δύο επεμβάσεις θεωρείται ότι μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού και ωοθηκών σε γυναίκες που έχουν βρεθεί θετικές σε μεταλλάξεις των αντίστοιχων γονιδίων. Η δραματική αυτή αλλαγή στη συμπεριφορά των γυναικών έμεινε γνωστή ως το φαινόμενο «Angelina Jolie».

Τα γονίδια BRCA 1 και BRCA 2 (BReast CAncer) είναι τα πιο γνωστά γονίδια που έχουν συνδεθεί με τον καρκίνο του μαστού

Κάθε κύτταρο στο σώμα μας περιέχει γονίδια. Τα γονίδια περιέχουν αποτυπώματα – πληροφορίες, το γενετικό κώδικα, που καθορίζουν πώς αναπτύσσονται, διαιρούνται ή πεθαίνουν τα κύτταρα στο σώμα μας. Οι πληροφορίες αυτές μεταφέρονται από γενιά σε γενιά.

Κάποιες αλλαγές στο γενετικό κώδικα μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργία ενός γονιδίου. Αυτές οι αλλαγές ονομάζονται μεταλλάξεις. Όπως και τα γονίδια έτσι και οι μεταλλάξεις μεταφέρονται από γενιά σε γενιά. Οι περισσότερες γενετικές μεταλλάξεις έχουν μικρή ή και καμία επίδραση στην υγεία μας. Κάποιες όμως μπορεί να αυξήσουν τη πιθανότητα να νοσήσουμε από κάποια νοσήματα.

Τα γονίδια BRCA 1 και BRCA 2 (BReast CAncer) είναι τα πιο γνωστά γονίδια που έχουν συνδεθεί με τον καρκίνο του μαστού. Όλοι μας έχουμε αυτά τα γονίδια, αλλά κάποιοι άνθρωποι φέρουν μία κληρονομική μετάλλαξη στο ένα ή και στα δύο γονίδια, που αυξάνει το ρίσκο για καρκίνο του μαστού.

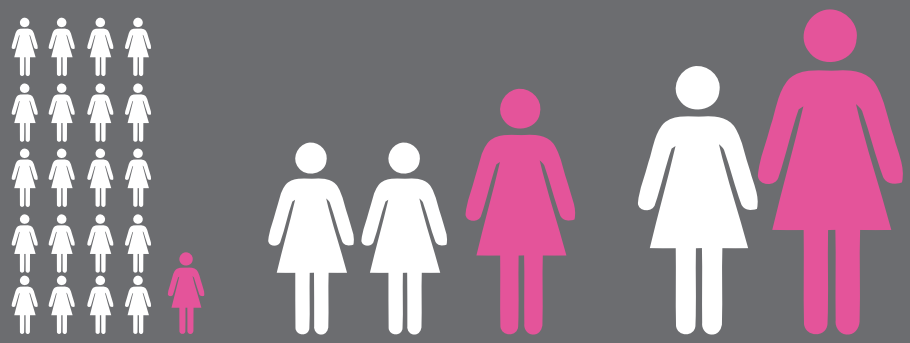
Οι μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1 και 2 μπορεί να μεταφερθούν και από τους δύο γονείς και μπορούν να επηρεάσουν τόσο γυναίκες όσο και άνδρες. Όπως και οι υπόλοιπες γονιδιακές μεταλλάξεις έτσι και οι μεταλλάξεις των BRCA1 και 2 είναι σπάνιες στο γενικό πληθυσμό. Στις ΗΠΑ η συχνότητα κυμαίνεται από 1 στους 400 έως 1 στους 800 ανθρώπους ανάλογα με την εθνικότητα.

Η πιθανότητα μια γυναίκα στη ζωή της να νοσήσει από καρκίνο του μαστού είναι περίπου 12%. Όμως, μια γυναίκα που φέρει μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA1 έχει πιθανότητα να νοσήσει από καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 70 ετών, 55-65% και περίπου 45% αν φέρει μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA2. Επίσης, ο κίνδυνος για καρκίνο ωοθηκών στο γενικό πληθυσμό είναι 1.3% μέχρι την ηλικία των 70 ετών, ενώ σε γυναίκες που κληρονομούν μια παθογόνο μετάλλαξη του BRCA1 είναι 39% και 11-17% σε αυτές που κληρονομούν μετάλλαξη του BRCA2.

Όμως οι μεταλλάξεις αυτές έχουν σχετιστεί και με άλλα ήδη καρκίνου, όπως καρκίνο σάλπιγγας, περιτοναίου ή παγκρέατος. Στους άνδρες επίσης υπάρχει αυξημένη πιθανότητα για καρκίνο μαστού ή καρκίνο προστάτη. Μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA2 που έχουν κληρονομηθεί και από τους δύο γονείς, σχετίζονται με την αναιμία Fanconi, νόσος που συνδέεται με συμπαγείς όγκους και οξεία μυελογενή λευχαιμία.

Σήμερα γενετικός έλεγχος για γονιδιακές μεταλλάξεις συστήνεται σε γυναίκες με:

- οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού, ωοθηκών, σάλπιγγας ή περιτοναίου
- καρκίνο μαστού σε ηλικία μικρότερη των 45 ετών,
- προσωπικό καρκίνο μαστού και καρκίνο μαστού σε μέλος της οικογένειας νεώτερο των 50 ετών
- εθνικότητα Jewish Ashkenazi
- καρκίνο μαστού τριπλά αρνητικό (Triple negative) σε ηλικία μικρότερη των 60 ετών
- προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό καρκίνου ωοθηκών
- προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό καρκίνο μαστού σε άντρα
- οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο μαστού σε ηλικία μικρότερη των 45 ετών



Η πιθανότητα μια γυναίκα στη ζωή της να νοσήσει από καρκίνο του μαστού είναι περίπου 12%

Μια γυναίκα που φέρει μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA1 έχει πιθανότητα να νοσήσει από καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 70 ετών, 55-65% και περίπου 45% αν φέρει μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA2

Μετά από γενετικό έλεγχο, η Jolie στη ηλικία των 39 ετών, ανακάλυψε ότι ήταν φορέας μεταλλάξεων που αύξαναν τον κίνδυνο να νοσήσει από καρκίνο του μαστού κατά 87% και από καρκίνο ωοθηκών κατά 50%

Δεν έχουν απαραίτητα όλα τα μέλη μιας οικογένειας τις μεταλλάξεις ακόμα και αν έχουν βρεθεί σε ένα μέλος της. Για παράδειγμα, αν η μητέρα έχει διαγνωσθεί ότι φέρει τις μεταλλάξεις BRCA1 ή 2, η κόρη έχει 50% πιθανότητες να έχει επίσης τις μεταλλάξεις

Δεν έχουν απαραίτητα όλα τα μέλη μιας οικογένειας τις μεταλλάξεις ακόμα και αν έχουν βρεθεί σε ένα μέλος της. Για παράδειγμα, αν η μητέρα έχει διαγνωσθεί ότι φέρει τις μεταλλάξεις BRCA1 ή 2, η κόρη έχει 50% πιθανότητες να έχει επίσης τις μεταλλάξεις.

Η εξέταση για μεταλλάξεις BRCA1 και 2 είναι μια απλή εξέταση αίματος.

Μετά από γενετικό έλεγχο, η Jolie στη ηλικία των 39 ετών, ανακάλυψε ότι ήταν φορέας μεταλλάξεων που αύξαναν τον κίνδυνο να νοσήσει από καρκίνο του μαστού κατά 87% και από καρκίνο ωοθηκών κατά 50%. Αυτό την οδήγησε σε προφυλακτική μαστεκτομή άμφω και ακολούθως προφυλακτική σαλπιγγοοωθηκεκτομή άμφω.

«Η Jolie χρησιμοποίησε τη δημοσιότητά της με ηρωικό τρόπο και επηρέασε εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως» ανέφερε ο David Fishman, διευθυντής του Mount Sinai Ovarian Cancer Risk Assessment Program στη Νέα Υόρκη.

Το 2015 ανακοινώθηκε μία μελέτη από το British Cancer Research όπου παρουσιάζεται η έκταση του φαινομένου Jolie στο Ηνωμένο Βασίλειο. Σύμφωνα με αυτήν διπλασιάστηκε ο αριθμός των ασθενών που απευθύνθηκαν σε κλινικές μαστού.

Είναι σημαντικό οι γυναίκες να γνωρίζουν ότι μπορούν να προφυλαχτούν από τον καρκίνο του μαστού τόσο κάνοντας τον ετήσιο έλεγχο με την κλινική εξέταση και τη ψηφιακή μαστογραφία, όσο και με πιο εξειδικευμένες εξετάσεις, όπως είναι ο γονιδιακός έλεγχος αν εμπίπτουν στις κατηγορίες που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Γεώργιος Σάμπαλης
Γενικός Χειρουργός - Λαπαροσκόπος, Διευθυντής Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Απαλλαγείτε από τις καούρες της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης με τη βοήθεια του χειρουργού

Παρόλο που η λέξη «καούρα» συχνά χρησιμοποιείται για να περιγράψει μία ποικιλία προβλημάτων του πεπτικού συστήματος, στην πραγματικότητα, σύμφωνα με τους ιατρικούς όρους είναι ένα σύμπτωμα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Σε αυτή την περίπτωση τα οξέα του στομάχου παλινδρομούν από το στομάχι στον οισοφάγο.

Τα συμπτώματα

Η «καούρα» περιγράφεται σαν ένα οξύ αίσθημα καψίματος στην περιοχή μεταξύ των πλευρών ή ακριβώς κάτω από τον αυχένα. Πολλοί ενήλικες εμφανίζουν αυτό το δυσάρεστο συναίσθημα τουλάχιστον μία φορά το μήνα. Άλλα συμπτώματα μπορεί να είναι: έμετοι, δυσκολία στην κατάποση και χρόνιος βήχας ή άσθμα.

Η πλειοψηφία των ασθενών που υποβάλλονται σε επέμβαση απαλλάσσονται τελείως ή έχουν μία πολύ σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων της Γαστροοισοφαγικής Παλινδρόμησης

Τι προκαλεί τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;

Όταν τρώμε, η τροφή ταξιδεύει από το στόμα στο στομάχι μέσω ενός σωλήνα, ο οποίος ονομάζεται οισοφάγος.

Στο χαμηλότερο τμήμα του οισοφάγου υπάρχει ένας μικρός μυώδης δακτύλιος, ο οποίος ονομάζεται κατώτερος οισοφαγικός σφιγκτήρας (ΚΟΣ). Ο Κατώτερος Οισοφαγικός Σφιγκτήρας ενεργεί σαν μία μονόδρομη βαλβίδα, επιτρέποντας στην τροφή να περνά μέσα από το στομάχι. Κανονικά, ο ΚΟΣ κλείνει αμέσως μετά την κατάποση για να αποτρέψει την παλινδρόμηση των υγρών του στομάχου, τα οποία έχουν υψηλή περιεκτικότητα οξέων.

Η Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση εμφανίζεται όταν ο ΚΟΣ δεν λειτουργεί σωστά επιτρέποντας στα οξέα να κυλήσουν προς τα πίσω και να κάψουν το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου. Αυτό ερεθίζει τον οισοφάγο, προκαλώντας καούρες και ενδεχομένως βλάβη στον οισοφάγο.

Τι συντελεί στη δημιουργία της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης;

Κάποιοι άνθρωποι γεννιούνται με αδύνατο σφιγκτήρα (ΚΟΣ). Επίσης λιπαρές και πικάντικες τροφές, κάποια είδη φαρμάκων, εφαρμοστά ρούχα, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, πολύ έντονη άσκηση ή απότομες αλλαγές στην στάση του σώματος (απότομο σκύψιμο ή ξάπλωμα) μπορεί να προκαλέσουν ατονία του Κατώτερου Οισοφαγικού Σφιγκτήρα, δημιουργώντας έτσι παλινδρόμηση των οξέων.

Η διαφραγματοκήλη (κοινή

ονομασία για την Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση) μπορεί να παρουσιάζεται σε πολλούς ασθενείς που υποφέρουν από Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση, αλλά είναι πιθανόν να μην προκαλεί το σύμπτωμα της καούρας.

Πως θεραπεύεται η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;

Η Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση γενικώς θεραπεύεται σε τρία στάδια:

1 **Αλλαγές στον τρόπο ζωής:** σε πολλές περιπτώσεις, η αλλαγή της διατροφής και η τακτική λήψη αντιόξινων φαρμάκων μπορεί να μειώσει τη συχνότητα και την ένταση των συμπτωμάτων.Η απώλεια βάρους, η μείωση του καπνίσματος και της κατανάλωσης του αλκοόλ και οι αλλαγές στον τρόπο διατροφής και ύπνου μπορούν, επίσης, να βοηθήσουν.

2 **Φαρμακευτική αγωγή:** Εάν τα συμπτώματα επιμένουν μετά από αυτές τις αλλαγές στον τρόπο ζωής σας, τότε ενδεχομένως θα χρειαστεί να ακολουθήσετε κάποια φαρμακευτική αγωγή. Η λήψη αντιόξινων εξουδετερώνει τα οξέα του στομάχου και η συστηματική λήψη φαρμάκων μειώνει την ποσότητα των οξέων, που παράγονται στο στομάχι. Και οι δύο τρόποι μπορεί να είναι αποτελεσματικοί για την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Φυσικά, αυτή η αγωγή πρέπει να συζητηθεί με το χειρουργό σας.

3 **Χειρουργική αντιμετώπιση:** Ασθενείς, οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται καλά στη συντηρητική (αλλαγές του τρόπου ζωής) ή στη φαρμακευτική αγωγή ή χρειάζονται συνεχώς φάρμακα για να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα, θα πρέπει να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Η χειρουργική επέμβαση είναι πολύ αποτελεσματική για τη θεραπεία της Γαστροοισοφαγικής Παλινδρόμησης. Εν τούτοις, μέχρι πρόσφατα, η επέμβαση αυτή απαιτούσε μία μεγάλη τομή στην κοιλιά και είχε σαν αποτέλεσμα αρκετό μετεγχειρητικό πόνο και μία περίοδο ανάρρωσης έξι ή και περισσότερων εβδομάδων. Πλέον, η τεχνική αυτή έχει αλλάξει και χρησιμοποιούνται λαπαροσκοπικές τεχνικές αποφεύγοντας έτσι τις μεγάλες τομές.

Η λαπαροσκοπική μέθοδος εξασφαλίζει:
• Μειωμένο μετεγχειρητικό πόνο
•Λιγότερη παραμονή στο νοσοκομείο
•Γρηγορότερη επιστροφή στη δουλειά
• Καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα

Πώς γίνεται η χειρουργική επέμβαση;

Η λαπαροσκοπική αντι-παλινδρομική χειρουργική (κοινώς αναφερόμενη ως λαπαροσκοπική θολοπλαστική κατά Nissen) περιλαμβάνει ενδυνάμωση της «βαλβίδας» μεταξύ του οισοφάγου και του στομάχου τυλίγοντας το ανώτερο τμήμα του στομάχου με το κατώτατο τμήμα του οισοφάγου.

Κατά τη λαπαροσκοπική επέμβαση, οι χειρουργοί χρησιμοποιούν μικρές τομές (1/2 ή 1 εκ.) προκειμένου να εισάγουν στην κοιλιά τους σωλήνες, μέσω των οποίων θα γίνει η επέμβαση. Το λαπαροσκόπιο, το οποίο είναι συνδεδεμένο με μία μικροσκοπική βιντεο-κάμερα, εισέρχεται μέσω της μικρής τομής, επιτρέποντας στο χειρουργό να έχει μία μεγεθυμένη εικόνα των εσωτερικών οργάνων του ασθενούς στην οθόνη μίας τηλεόρασης.

Η διαδικασία της επέμβασης και η μετεγχειρητική πορεία

Η διαδικασία της επέμβασης απαιτεί έναν απαραίτητο και ενδελεχή προεγχειρητικό έλεγχο και στη συνέχεια ο χρόνος επέμβασης (που απαιτεί γενική αναισθησία) είναι μία-μιάμιση ώρα.

Ο ασθενής κινητοποιείται την ίδια ημέρα, σιτίζεται με υγρά από την επομένη το πρωί και μπορεί να μεταβεί στην οικία του μετά από 1-2 24ωρα.

Η μετεγχειρητική πορεία είναι ομαλότατη, με μηδαμινό πόνο, ενώ η σίτιση ξεκινά με απλές χυλώδεις και πολτώδεις τροφές, με πλήρη αποκατάσταση της σίτισης μετά από 15-30 ημέρες.

Ποια είναι τα αναμενόμενα αποτελέσματα μετά τη χειρουργική επέμβαση;

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που υποβάλλονται σε επέμβαση απαλλάσσονται τελείως ή έχουν μία πολύ σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων της Γαστροοισοφαγικής Παλινδρόμησης.

Γεώργιος Βάκρινος
Διευθυντής Ακτινολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Mini-CT Σπλαχνικού κρανίου

Μια **νέα** ακτινολογική προσέγγιση της οξείας παραριννοκολπίτιδας

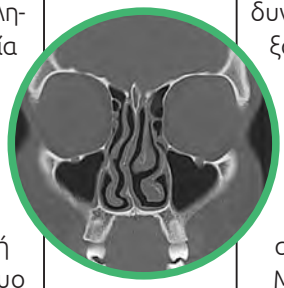
Οι ασθενείς με συμπτώματα οξείας παραρινοκολπίτιδας απευθύνονται όχι μόνο στους ωτορινολαρυγγολόγους, αλλά και τους ειδικούς παθολόγους καθώς και τους γενικούς ιατρούς.

Ακόμα και σήμερα, ως πρώτη απεικονιστική προσέγγιση της περιοχής εξακολουθεί να χρησιμοποιείται από το σύνολο σχεδόν των συναδέλφων η απλή κατά μέτωπο ακτινογραφία των παραρρίνιων κοιλοτήτων, μια μέθοδος όμως με πολύ μικρή διαγνωστική αξία, καθώς η διακριτική της ικανότητα είναι πολύ χαμηλή. (Εικόνα 1) Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο απεικονιστικός έλεγχος σε ασθενείς με εμμένουσα συμπτωματολογία να συμπληρώνεται με αξονική τομογραφία σπλαχνικού κρανίου υψηλής ευκρίνιας.

Συνολικά, λοιπόν, ο ασθενής πέραν της οικονομικής επιβάρυνσης των δυο εξετάσεων, έχει δεχθεί συνολική δόση ακτινοβολίας από τις δυο εξετάσεις περίπου 350 mGy (0,85 mGy η απλή ακτινογραφία και 350 mGy η αξονική τομογραφία). Ως ποσότητα ακτινοβολίας μπορεί να φαντάζει μικρή, αλλά δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η ακτινοβολία είναι συσσωρευτική. Για το λόγο αυτό από το 2018 θα ισχύσει ευρωπαϊκή οδηγία για τη δημιουργία μητρώου ακτινοβολίας των ασθενών το οποίο θα παρακολουθεί και θα καταγράφει τη συνολική δόση ακτινοβολίας που δέχεται κάθε εξεταζόμενος. Η οδηγία καθιστά υποχρεωτική την αναγραφή στην ηλεκτρονική μορφή της εξέτασης (που δίνεται στον εξεταζόμενο) της συνολικής δόσης ακτινοβολίας στην οποία εκτέθηκε. Επιπροσθέτως, με τη βοήθεια ειδικών λογισμικών, τα οποία έχουν ήδη δημιουργηθεί και θα ενσωματωθούν στα μηχανήματα εξέτασης (αξονικοί τομογράφοι και ακτινολογικά μηχανήματα), θα γίνεται συλλογή των στοιχείων από κεντρική βάση δεδομένων, η οποία και θα αθροίζει τη συνολική δόση ακτινοβολίας που δέχεται ο εξεταζόμενος σε βάθος χρόνου. Είναι κατανοητό ότι αυτό θα επιφέρει σταδιακά περιορισμούς στη συνταγογράφιση απεικονιστικών εξετάσεων με ιοντίζουσα ακτινοβολία.

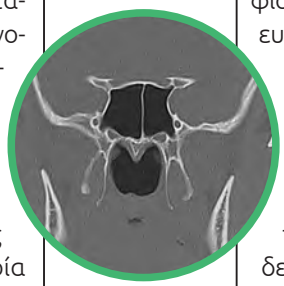
Εικόνα 1

Εικόνα 3



Εικόνα 4

Εικόνα 2



Εικόνα 5

Είναι λοιπόν επιβεβλημένο πέραν της βελτίωσης των μηχανημάτων ώστε να πραγματοποιούν εξετάσεις με τη λιγότερο δυνατή ακτινοβολία να αναπτύξουμε και πρωτόκολλα εξέτασης, τα οποία θα χαρακτηρίζονται από όσο το δυνατόν υψηλότερη διακριτική ικανότητα με τη μικρότερη έκθεση του εξεταζόμονου στην ακτινοβολία.

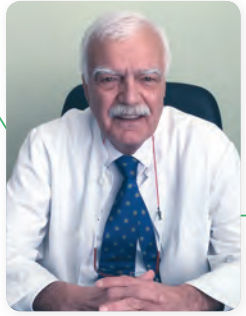
Μια τέτοια μέθοδος αποτελεί και η Mini-CT του σπλαχνικού κρανίου. Πρόκειται για μια εξέταση που σαν στόχο έχει να αντικαταστήσει την απλή ακτινογραφία ως πρώτη απεικονιστική προσέγγιση ασθενούς με συμπτώματα οξείας παραρινοκολπίτιδας. Πραγματοποιείται στον αξονικό τομογράφο, αλλά διαφέρει σημαντικά από την κλασσική αξονική τομογραφία σπλαχνικού κρανίου υψηλής ευκρίνειας.

Κατ' αρχήν ο ασθενής τοποθετείται σε πρηνή θέση με το κεφάλι σε έκταση. Στη συνέχεια σχεδιάζονται τρία πακέτα σάρωσης. Ένα στο επίπεδο του μετωπορινικού πόρου, το δεύτερο στο ηθμοειδικό κόλπωμα και το τρίτο στο σφηνοειδικό κόλπωμα. Ακολουθεί η σάρωση του εξεταζομένου. Η εξέταση διαρκεί περίπου 10 λεπτά.

Η διαφορά στην απεικόνιση των παραρρίνιων κοιλοτήτων μεταξύ της απλής ακτινογραφίας και της mini-CT, είναι τεράστια. Η βασική διαφορά μεταξύ της mini-CT και της κλασσικής αξονικής τομογραφίας του σπλαχνικού κρανίου έγκειται στο ότι δεν γίνεται σάρωση όλης της έκτασης των παραρρίνιων κοιλοτήτων, αλλά στρατηγικά επιλεγμένων τμημάτων τους και η σάρωση δεν είναι ελικοειδής. Με τον τρόπο αυτό μειώνουμε δραματικά την ποσότητα ακτινοβολίας που δέχεται ο ασθενής η οποία είναι μόλις 38 mGy, χωρίς όμως να επηρεάζουμε την ποιότητα της απεικόνισης, όπως δείχνουν οι υπόλοιπες συγκριτικές εικόνες. (Εικόνες 2,3,4 &5)

Συμπερασματικά, πρόκειται για μια εξέταση η οποία υπερέχει δραματικά της απλής ακτινογραφίας, καθώς μας δίνει τη δυνατότητα να αναγνωρίσουμε παχυβλεννογονιτιδικές αλλοιώσεις όλων των παραρρίνιων κοιλοτήτων (ακόμα και του σφηνοειδούς κόλπου), εικόνα κατάληψης αυτών, απόφραξη των ρινικών τους στομίων, παχυβλεννογονιτιδικές αλλοιώσεις των ρινικών κόγχων, σκολίωση του ρινικού διαφράγματος, χωρίς την υψηλή δόση ακτινοβολίας της κλασσικής αξονικής τομογραφίας, η οποία καθίσταται αναγκαία μόνο στην περίπτωση που η mini-CT αποκαλύψει παρουσία χωροκατακτιτικής βλάβης. Επιπλέον λόγω της μικρής δόσης ακτινοβολίας μπορεί να επαναληφθεί με σκοπό την επαναξιολόγηση.

Πρόκειται για μια εξέταση εύκολη, γρήγορη με χαμηλή δόση ακτινοβολίας που απαντά στα ερωτήματα του κλινικού ιατρού.



Ζήσης Πάππας
Διευθυντής ΩΡΛ, Ευρωκλινική Αθηνών

Παρωτιδικές διογκώσεις

Ο άνθρωπος διαθέτει έξι μείζονες σιαλογόνους αδένες (δύο παρωτίδες, δύο υπογνάθιους και δύο υπογλώσσιους) και 700 - 1.000 ελάσσονες σιαλογόνους αδένες, διάσπαρτους σε στοματική κοιλότητα, χείλη, γλώσσα και φάρυγγα. Σκοπός τους είναι η παραγωγή σάλιου.

Το σάλιο έχει πολλαπλές λειτουργίες. Βοηθάει στην κατάποση και την πέψη, προστατεύει από την τερηδόνα και έχει και ανοσοποιητική δράση. Οι διαταραχές που αφορούν τους σιελογόνους αδένες φαίνονται στον πίνακα της επόμενης σελίδας.

Η παρωτίδα είναι ο μεγαλύτερος σιαλογόνος αδένας και βρίσκεται μπροστά από το αυτί, μεταξύ δέρματος και μασητήρα μυ. Διαθέτει εκφορητικό πόρο, ο οποίος εκκρίνει το σάλιο μέσα στη στοματική κοιλότητα. Την παρωτίδα διασχίζει ένα σημαντικό κινητικό νεύρο, το προσωπικό, το οποίο διαχωρίζεται στους τελικούς κλάδους του εντός αυτής και διαιρεί την παρωτίδα σε ένα επιπολής και ένα εν τω βάθει λοβό. Οι κλάδοι του προσωπικού νεύρου νευρώνουν τους μιμικούς μύες του προσώπου.

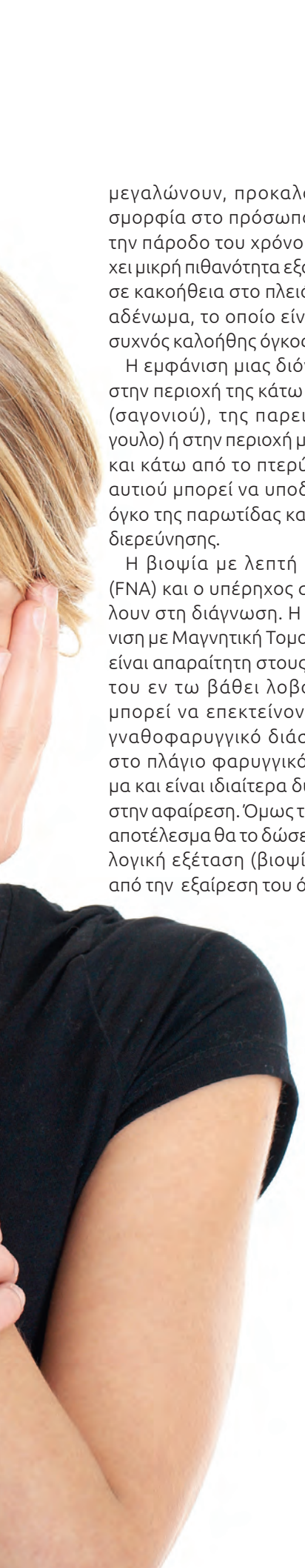
Όγκοι παρωτίδος

Όγκοι, καλοήθεις ή κακοήθεις, μπορούν να δημιουργηθούν στον αδένα ως αποτέλεσμα ανώμαλης ανάπτυξης μέρους αυτού, ενώ στην πλειονότητα αυτών δεν έχει ανεβρεθεί κάποιος παράγοντας κινδύνου. Αν και το 80% των όγκων της παρωτίδας είναι καλοήθεις, συστήνεται η αφαίρεση τους, καθώς γενικά συνεχίζουν να

μεγαλώνουν, προκαλούν δυσμορφία στο πρόσωπο και με την πάροδο του χρόνου υπάρχει μικρή πιθανότητα εξαλλαγής σε κακοήθεια στο πλειόμορφο αδένωμα, το οποίο είναι ο πιο συχνός καλοήθης όγκος.

Η εμφάνιση μιας διόγκωσης στην περιοχή της κάτω γνάθου (σαγονιού), της παρειάς (μάγουλο) ή στην περιοχή μπροστά και κάτω από το πτερύγιο του αυτιού μπορεί να υποδηλώνει όγκο της παρωτίδας και χρήζει διερεύνησης.

Η βιοψία με λεπτή βελόνη (FNA) και ο υπέρηχος συμβάλλουν στη διάγνωση. Η απεικόνιση με Μαγνητική Τομογραφία είναι απαραίτητη στους όγκους του εν τω βάθει λοβού, που μπορεί να επεκτείνονται στο γναθοφαρυγγικό διάστημα ή στο πλάγιο φαρυγγικό τοίχωμα και είναι ιδιαίτερα δύσκολοι στην αφαίρεση. Όμως το τελικό αποτέλεσμα θα το δώσει η ιστολογική εξέταση (βιοψία) μετά από την εξαίρεση του όγκου.



Νόσος	Αίτιο	Κλινικά ευρήματα	Αντιμετώπιση
Οξεία πυώδης σιαλαδενίτιδα	Βακτήριο	Αιφνίδια διόγκωση και πόνος του αδένα	Αντιβίωση, ενυδάτωση, ζεστές κομπρέσες, μασάζ του αδένα
Χρονία σιαλαδενίτιδα	Στένωση του πόρου του αδένα (+λίθος)	Επανειλημμένα επεισόδια επώδυνης διόγκωσης του αδένα	Ενυδάτωση, μασάζ του αδένα, σιαλενδοσκόπηση ή χειρουργείο
Νεόπλασμα	Καλοήθεια ή κακοήθεια	Ανώδυνη, αργά αναπτυσσόμενη μάζα	Χειρουργική αφαίρεση του αδένα
Ιογενής προσβολή	HIV ή ο ιός της παρωτίτιδας	Διόγκωση συνήθως και από τις δύο πλευρές, επώδυνη	Υποστηρικτική αγωγή
Υποτροπιάζουσα σιαλαδενίτιδα παιδικής ηλικίας	Άγνωστη	Επαναλαμβανόμενη διόγκωση της παρωτίδας σε παιδιά	Αντιβιοτικό, ενυδάτωση, σιαλενδοσκόπηση

Η εμφάνιση μιας διόγκωσης στην περιοχή της κάτω γνάθου (σαγονιού), της παρειάς (μάγουλο) ή στην περιοχή μπροστά και κάτω από το πτερύγιο του αυτιού μπορεί να υποδηλώνει όγκο της παρωτίδας και χρήζει διερεύνησης

Η απότομη αύξηση, ο πόνος, η παράλυση του προσωπικού νεύρου ή η εξέλκωση του δέρματος αποτελούν στοιχεία πιθανής κακοήθειας. Συνήθως οι καλοήθεις όγκοι εμφανίζονται ως μαλακή, ευκίνητη και ανώδυνη μάζα στο πρόσωπο.

Οι συνηθέστεροι καλοήθεις όγκοι της παρωτίδας είναι το πλειόμορφο αδένωμα και το κυσταδενολέμφωμα (ή όγκος Warthin), ο οποίος σε ένα ποσοστό 10% εμφανίζεται αμφοτερόπλευρα, ενώ οι πιο συχνοί κακοήθεις είναι το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα και ο κυψελοειδής όγκος.

Παρωτιδεκτομή ονομάζεται η χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης όλης ή μέρους της παρωτίδας μαζί με τον όγκο.

Δεν θα ήταν υπερβολή να θεωρηθεί ότι η χειρουργική της παρωτίδας αποτελεί τη χειρουργική του προσωπικού νεύρου, το οποίο νευρώνει και κινεί όλους τους μύες έκφρασης του προσώπου και βλάβη αυτού προκαλεί δυσμορφία στο μέτωπο, τα βλέφαρα και το στόμα.

Γι' αυτό, εκτός από την εμπειρία του χειρουργού, κατά τη διάρκεια της επέμβασης πρέπει να λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα για την ανεύρεση και προστασία του προσωπικού νεύρου. Έτσι, χρησιμοποιείται μικροσκόπιο, χειρουργικοί μεγεθυντικοί φακοί (λούπες) καθώς και νευροδιεγέρτης (monitoring) για την αναγνώριση, την παρακολούθηση της πορείας του νεύρου και την επιβεβαίωση της ακεραιότητας του στο τέλος της επέμβασης. Σπάνια, σε κακοήθειες μπορεί να χρειαστεί και η διατομή του προσωπικού νεύρου, αν διηθείται από τον όγκο.

Δεν θεωρείται σωστή χειρουργική τεχνική η εκπυρήνιση του όγκου, δηλαδή η αφαίρεση μόνο του όγκου, χωρίς πρώτα να αναγνωρισθεί το προσωπικό νεύρο και αποκολληθεί από την παρωτίδα. Μέριμνα λαμβάνεται και για τη μετέπειτα ουλή στο δέρμα του προσώπου και γίνεται πλαστική ραφή, η οποία κατά κανόνα δεν αφήνει σημάδι στο πρόσωπο.

Laser

Πόνος τέλος στη θεραπεία των **αιμορροΐδων**

Μία από τις ... μάστιγες του σύγχρονου τρόπου ζωής, που διακρίνεται από το έντονο στρες και την κακή διατροφή, η αιμορροϊδοπάθεια μπορεί πλέον να αποτελέσει παρελθόν ανώδυνα, αναίμακτα κι οριστικά, χάρη σε νέες, επαναστατικές τεχνικές με τη χρήση της τεχνολογίας laser.

Γνωστή στο ευρύ κοινό ως «αιμορροΐδες», η αιμορροϊδοπάθεια ταλαιπωρεί σήμερα σχεδόν έναν στους τρεις ανθρώπους στον πλανήτη, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα της καθημερινής του ζωής.

Επειδή αφορά μια ιδιαίτερη περιοχή του σώματος, οι ασθενείς συνήθως αισθάνονται άβολα να μιλήσουν για την αιμορροϊδοπάθεια. Ως συνέπεια, καταλήγουν στο γιατρό με προχωρημένα συμπτώματα.

Για τη θεραπεία της προχωρημένης αιμορροϊδοπάθειας έχουν εφαρμοστεί κατά καιρούς διάφορες χειρουργικές προσεγγίσεις, όμως, η εφαρμογή τους συνοδεύεται κατά κανόνα από τραύμα, πόνο, υψηλά ποσοστά αποτυχίας και μετεγχειρητικών επιπλοκών, καθώς και παρατεταμένη, επώδυνη μετεγχειρητική περίοδο.

Η αιμορροϊδοπάθεια ταλαιπωρεί σήμερα σχεδόν έναν στους τρεις ανθρώπους στον πλανήτη, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα της καθημερινής του ζωής

Όλα αυτά, όμως, αποτελούν πια παρελθόν, χάρη στις επαναστατικές, ανώδυνες θεραπείες με τη χρήση laser, που έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια και πλέον εφαρμόζονται με μεγάλη επιτυχία και στην Ελλάδα από τη Χειρουργική Ομάδα «G.Ilias Surgicare», με επικεφαλής τον πρωτοπόρο Χειρουργό, Δρ. Γεώργιο Π. Ηλία.

Ο λόγος για την αιμορροϊδοπλαστική LHP® και τη μέθοδο HeLP™, δυο ανώδυνες και αναίμακτες τεχνικές, στις οποίες η ομάδα του Δρ. Ηλία έχει επικεντρωθεί τα τελευταία 6 χρόνια με εντυπωσιακά κλινικά αποτελέσματα.

Αιμορροϊδοπλαστική LHP®

Η αιμορροϊδοπλαστική LHP® (Laser HaemorrhoidoPlasty) είναι μία πρωτοποριακή, ελάχιστα επεμβατική τεχνική θεραπείας της προχωρημένης αιμορροϊδοπάθειας (2ου - 4ου βαθμού).

Ως τεχνική, η αιμορροϊδοπλαστική LHP® παρουσιάστηκε για πρώτη φορά τον Ιούνιο 2009 και τα μοναδικά κλινικά της πλεονεκτήματα την έχουν καταστήσει ιδανική θεραπευτική επιλογή.

Η θεραπεία πραγματοποιείται με εξελιγμένο, ανώδυνο χειρουργικό laser και προσφέρει μικροχειρουργική ακρίβεια και απόλυτη ασφάλεια.

Η αιμορροϊδοπλαστική LHP® είναι ανώδυνη, αναίμακτη και αποκαθιστά τη φυσική ανατομία χωρίς την επώδυνη χρήση ξένων υλικών ή ραμμάτων.

Δεν συνοδεύεται από ακράτεια, αλλά ελαχιστοποιεί το ενδεχόμενο στενώσεων και επιπλοκών που παρατηρούνται συχνά σε άλλες χειρουργικές τεχνικές.

Τέλος, πραγματοποιείται με τοπική ή περιοχική αναισθησία και προσφέρει εξαιρετικά σύντομη ανάρρωση με ελάχιστο ή καθόλου μετεγχειρητικό πόνο.

Η θεραπεία HeLP™

Η μέθοδος HeLP™ (Hemorhoid Laser Procedure) είναι μια ακόμα επαναστατική τεχνική για θεραπεία των αιμορροΐδων με τη χρήση laser.

Ως θεραπεία, η μέθοδος HeLP™ είναι ενδοσκοπική, εντελώς ανώδυνη και αρκετά «απλή» σε σύγκριση με κάθε άλλη τεχνική που εφαρμόζεται σήμερα.

Όπως και η αιμορροϊδοπλαστική LHP®, η μέθοδος HeLP™, η οποία ενδείκνυται για τη θεραπεία αιμορροϊδοπάθειας 2ου και 3ου βαθμού, σφραγίζει τις αρτηρίες που μεταφέρουν το αίμα στις αιμορροΐδες χωρίς ράμματα ή τραυματισμό ιστών.

Η διαδικασία είναι εντελώς ανώδυνη και γίνεται με τη χρήση laser, υπό την καθοδήγηση υπερήχων, μέσω ειδικού πρωκτοσκοπίου, που εξασφαλίζει εύκολη πρόσβαση στο σωλήνα του ορθού.

Χάρη στην αιμοστατική δράση του laser, με τη θεραπεία HeLP™ παρατηρείται μείωση της αιμορραγίας εντός 7 – 14 ημερών, ενώ οι αιμορροϊδικοί όζοι αρχίζουν να συρρικνώνονται. Αυτή η διαδικασία συνεχίζεται για μια περίοδο που διαρκεί μέχρι και 10 εβδομάδες.

Η θεραπεία με τη μέθοδο HeLP™ είναι τόσο ασφαλής που πραγματοποιείται και σε εξωτερικά ιατρεία, ενώ συνοδεύεται από εξαιρετικά κλινικά αποτελέσματα.

Γεώργιος Ηλίας
Διευθυντής Γενικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Γεώργιος Κελάλης
Διευθυντής Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών

Σκολίωση Κύφωση Ορθοσώμία

Τι είναι, πως γίνεται η διάγνωση και ποιες οι ενδεδειγμένες θεραπείες

***Τι είναι η* Σκολίωση**

Σκολίωση είναι η τρισδιάστατη παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης, δηλαδή η πλάγια κλίση και στροφή των σπονδύλων. Η λέξη προέρχεται από το αρχαιοελληνικό «σκολιός», που σημαίνει στραβός.

Η πιο συχνή εμφάνισή της, είναι κατά την εφηβική ηλικία ενός ατόμου, (80% των περιπτώσεων εντοπίζονται σε εφήβους και αφορά το 1,5% - 4,5% του μαθητικού πληθυσμού), αλλά μπορεί να συμβεί, ακόμα και στη νηπιακή ηλικία. Στην ενήλικη ζωή η σοβαρή εκφύλιση της σπονδυλικής στήλης ή η εξέλιξη μίας παραμελημένης εφηβικής σκολίωσης μπορεί να οδηγήσει στη σκολίωση των ενηλίκων.

Στην πλειοψηφια των περιπτώσεων (85%-90%), τα αίτια που την προκαλούν είναι άγνωστα και πρόκειται για την ονομαζόμενη «εφηβική» ή «ιδιοπαθής» σκολίωση, η συχνότερη όλων και η πλέον επικίνδυνη, αφού ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ το αίτιό της για να την πολεμήσουμε. Όλες οι λοιπές μορφές που τα αίτιά τους είναι γνωστά, αποτελούν μόνο το 10%-15% όλων των σκολιώσεων (συγγενής, παραλυτική, λειτουργική κ.ά.)

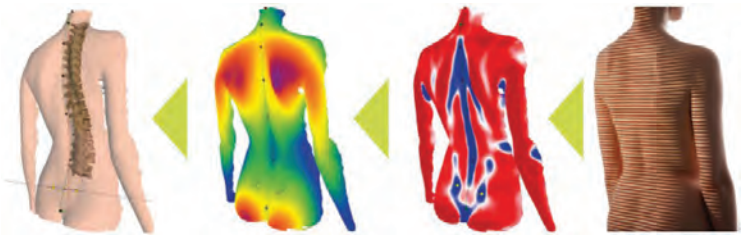
***Τι είναι* Κύφωση**

Η κύφωση (από την αρχαιοελληνική λέξη 'κυφός', η οποία σημαίνει 'καμπούρα') είναι μια παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης που δημιουργεί κύρτωση (σκυφτή στάση). Κάθε άνθρωπος έχει φυσιολογική **κύφωση** 20-40 μοίρες. Πέραν αυτού θεωρείται παθολογική.

Πρόκειται για μια πάθηση που συναντάται από την παιδική μέχρι και την τρίτη ηλικία, συνηθέστερα στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια. Η κυφωτική στάση μπορεί να προκληθεί από την κακή στάση του σώματος, γεγονός που παρατηρείται κυρίως στα μη γυμνασμένα άτομα. Επιπλέον, στα παιδιά και τους εφήβους απαντάται η ιδιοπαθής **κύφωση**, τα αίτια της οποίας δεν είναι γνωστά. Στις μεγαλύτερες ηλικίες, προκαλείται από άλλα αίτια, όπως οστεοπόρωση, αρθρίτιδα, κ.λπ. Με την πάροδο του χρόνου, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα αύξησης της κυφωτικής γωνίας, καθώς σταδιακά χάνεται το σφρίγος και η ισορροπία του κορμού.

Κακή στάση σώματος

Σωστή στάση σημαίνει ότι οι αρθρώσεις και οι υπόλοιπες δομές που σχετίζονται με αυτές συγκρατούνται σε τέτοια θέση ώστε η επιβάρυνση που δέχονται να είναι όσο το δυνατόν μικρότερη. Η ένταση της καθημερινότητας



και κυρίως οι συνήθειες της σύγχρονης ζωής (κινητό, tablets, υπολογιστής, γραφείο) προκαλούν σημαντική φόρτιση, η οποία επιδεινώνεται από τη λανθασμένη θέση και στάση του σώματος, όπως επίσης και από την αδυναμία του μυϊκού συστήματος. Τα κύρια συμπτώματα τότε είναι πόνος, περιορισμός της κίνησης και μυϊκή αδυναμία.

Πρόληψη / Διάγνωση

Εκτός από την παραμόρφωση της ράχης, η εφηβική σκολίωση και κύφωση συνήθως δεν εμφανίζουν άλλα συμπτώματα, με αποτέλεσμα πολλές φορές να υπάρχει καθυστέρηση στη διάγνωση. Αντίθετα, στα μεγαλύτερα άτομα με έντονες αλλοιώσεις, ο πόνος είναι αρκετά δυνατός. Συνήθως η σκολίωση και η κύφωση γίνεται αντιληπτή από τους γονείς ή το περιβάλλον του παιδιού λόγω της παραμόρφωσης της ράχης, αφού έχει φτάσει σε αντιληπτό με απλή επισκόπηση στάδιο. Έχει λοιπόν μεγάλη σημασία η έγκαιρη διάγνωση καθώς και ο προληπτικός έλεγχος ώστε να ξεκινήσει νωρίς η αντιμετώπιση και διόρθωση της πάθησης ή της κακής στάσης.

Έχει μεγάλη σημασία η έγκαιρη διάγνωση καθώς και ο προληπτικός έλεγχος ώστε να ξεκινήσει νωρίς η αντιμετώπιση και διόρθωση της πάθησης ή της κακής στάσης

Τόσο στους προληπτικούς ελέγχους όσο και στην παρακολούθηση χρησιμοποιούνται πλέον μέθοδοι διάγνωσης τελευταίας τεχνολογίας (**Formetric 4D, Laser scanner, Spinal Mouse**) που αντικαθιστούν σε μεγάλο βαθμό την προληπτική ακτινογραφία και ενδείκνυνται ακόμα και για εγκύους, αφού δεν κάνουν χρήση ακτινοβολίας. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις η πάθηση επιβεβαιώνεται με ακτινολογικές εξετάσεις

Το πλέον εξελιγμένο σύστημα Formetric 4D, (το οποίο χρησιμοποιείται στους ελέγχους στην ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ) είναι μέθοδος τρισδιάστατης απεικόνισης/χαρτογράφησης και ανάλυσης της στάσης της σπονδυλικής στήλης χωρίς καθόλου ακτινοβολία ή άμεση επαφή με το σώμα (Spinal Mouse) που απεικονίζει:

- τις παραμορφώσεις της σπονδυλικής στήλης (σκολίωση, κύφωση, λόρδωση)
- το μήκος του κορμού από A7 έως O4
- τη στροφή της σπονδυλικής στήλης
- την κλίση της λεκάνης

Η δυνατότητα τακτικών ελέγχων μας διευκολύνει να παρακολουθούμε την εξέλιξη και την πορεία της στάσης της σπονδυλικής στήλης, τόσο θεραπευτικά όσο και προληπτικά, ενώ διευκολύνει στη δημιουργία αρχείου ώστε να παρατηρούμε τη σταδιακή βελτίωση.

Αντιμετώπιση /Θεραπεία

Η θεραπεία της σκολίωσης και της κύφωσης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες (τύπος, ρυθμός επιδείνωσης κ.ά.), αλλά κυρίως από το βαθμό παραμόρφωσης της σπονδυλικής στήλης, η οποία μετράται σε μοίρες.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η παθολογική στάση σώματος μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά, δηλαδή με εξειδικευμένη άσκηση είτε (σε μεγαλύτερες παραμορφώσεις) με εφαρμογή ορθοπαιδικού κηδεμόνα, προκειμένου να υπάρξει αναχαίτιση της επιδείνωσης, αλλά και διόρθωση του προβλήματος, στις περιπτώσεις που αυτό είναι εφικτό.

Ειδικά όσον αφορά την άσκηση, έχει υπάρξει μεγάλη πρόοδος και ειδίκευση σε θέματα που αφορούν την κακή στάση σώματος με τεχνικές προσαρμοσμένες σε κάθε περίπτωση και κάθε ηλικία (SEAS, Schroth κ.ά), ενώ η τεχνολογία έχει οδηγήσει σε κηδεμόνες εύχρηστους και εύκολα ανεκτούς.

Αντίθετα, σε λίγες ευτυχώς περιπτώσεις όπου το μέγεθος της παραμόρφωσης είναι μεγάλο και μπορεί να επηρεάσει, τόσο την αναπνευστική όσο και την καρδιακή λειτουργία, η αντιμετώπισή της γίνεται με χειρουργική θεραπεία.

Ευαγγελία Γκιζοπούλου
Διευθύντρια Πνευμονολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Έχω άσθμα...

Το άσθμα είναι μια αρκετά συχνή πάθηση, αφού υπολογίζεται πως αφορά ως και το 10% του παγκόσμιου πληθυσμού, με σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών. Μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα και σχετίζεται με γενετική προδιάθεση (κληρονομικότητα, οικογενειακό ιστορικό) αλλά και περιβαλλοντικούς παράγοντες που το … αφυπνίζουν (κάπνισμα, εισπνεόμενοι ρύποι, αλλεργιογόνα, λοιμώξεις, άσκηση, στρες). Στα παιδιά είναι η συχνότερη χρόνια πάθηση, αφού 1 στα 10 παιδιά εμφανίζει άσθμα με μία συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα παγκοσμίως.

Πρόκειται για μια χρόνια φλεγμονώδη πάθηση των αεραγωγών, που προκαλεί μεταβλητή στένωση των βρόγχων και διαλείποντα συμπτώματα, όπως ο βήχας, ο συριγμός (κατά την εκπνοή), η δύσπνοια (κυρίως στην άσκηση) αλλά και το αίσθημα βάρους ή σφιξίματος στο στήθος. Η μεταβλητότητα στα συμπτώματα αλλά και στα κλινικά ευρήματα του ασθενούς, ημερήσια ή εποχική, είναι τόσο χαρακτηριστική που, εάν απουσιάζει, αμφιβάλλουμε για τη διάγνωση του άσθματος.

Η διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό και επιβεβαιώνεται με απλό εργαστηριακό έλεγχο, που περιλαμβάνει σπιρομέτρηση (δηλαδή έλεγχο της λειτουργίας των πνευμόνων και της ανταπόκρισής της στη βρογχοδιαστολή), έλεγχο πιθανών αλλεργιών με δερματικά ή αιματολογικά τεστ, αλλά και δοκιμασίες πρόκληση ή άσκησης (εφόσον κριθεί απαραίτητο).

Μπορώ να έχω φυσιολογική ζωή;

Κάνε το τεστ για να δεις αν υπάρχει πιθανότητα να έχεις άσθμα

Στόχοι της σύγχρονης αντιμετώπισης του άσθματος είναι η έγκαιρη και σωστή διάγνωση και, βέβαια, η εξατομικευμένη θεραπεία με στόχο τον έλεγχο της νόσου, δηλαδή λιγότερα συμπτώματα και καλύτερη πνευμονική λειτουργία με την ελάχιστη δόση φαρμάκων, που εξασφαλίζει επαρκή έλεγχο του προβλήματος.

Η θεραπεία περιλαμβάνει φάρμακα κατά κύριο λόγο εισπνεόμενα, μέσω συσκευών κατάλληλα επιλεγμένων από το γιατρό για κάθε ασθενή, που δρουν απευθείας στο όργανο-στόχος (βρόγχοι, πνεύμονες) και είναι αποτελεσματικά και ασφαλή όταν χρησιμοποιούνται σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Νεότερες θεραπείες με μονοκλωνικά αντισώματα και βιολογικούς παράγοντες απευθύνονται σε ασθενείς με σοβαρότερο άσθμα και έχουν σαν στόχο, μεταξύ άλλων, τη μείωση της ανάγκης χορήγησης κορτικοστεροειδών.

Κάθε ασθενής με άσθμα πρέπει να έχει μια φυσιολογική ζωή!

Στόχος της αντιμετώπισης του άσθματος είναι να μπορείς να πηγαίνεις κανονικά στην εργασία ή το σχολείο σου, να συμμετέχεις σε αθλητικές δραστηριότητες, να κοιμάσαι καλά το βράδυ και να αποφεύγεις τις κρίσεις του άσθματος. Για να τα πετύχεις όλα αυτά θα πρέπει να μάθεις να ελέγχεις το άσθμα σου! Το άσθμα σου είναι ελεγχόμενο, εάν έχεις:

- Καθόλου (ή ελάχιστα) συμπτώματα στη διάρκεια της ημέρας
- Καθόλου περιορισμό δραστηριοτήτων (εργασία - σχολείο)
- Καθόλου συμπτώματα τη νύχτα
- Καθόλου (ή ελάχιστη) ανάγκη για λήψη ανακουφιστικού φαρμάκου
- Φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία
- Καθόλου παροξύνσεις το τελευταίο έτος

Εάν οποιοδήποτε από τα παραπάνω δεν ισχύει, το άσθμα σου είναι μερικά ελεγχόμενο και θα πρέπει να συμβουλευτείς το γιατρό σου. Εάν τρία ή περισσότερα από τα παραπάνω δεν ισχύουν, το άσθμα σου είναι μη ελεγχόμενο και θα πρέπει να συμβουλευτείς το γιατρό σου άμεσα.

Τα άτομα με ελεγχόμενο άσθμα μπορούν να έχουν μια απολύτως φυσιολογική ζωή και δραστηριότητα, όπως όλοι οι συνομήλικοι τους, καθώς και το ίδιο προσδόκιμο επιβίωσης.

Το άσθμα αφορά ως και το 10% του παγκόσμιου πληθυσμού. Μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα και σχετίζεται με γενετική προδιάθεση αλλά και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στα παιδιά είναι η συχνότερη χρόνια πάθηση. 1 στα 10 παιδιά εμφανίζει άσθμα με μια συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα παγκοσμίως

Έχω άσθμα;

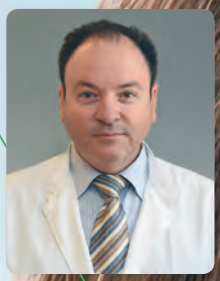
Απάντησε στις παρακάτω ερωτήσεις και δες το ενδεχόμενο να πάσχεις από άσθμα.

- Είχες ποτέ συριγμό (σφύριγμα) στο στήθος οποιαδήποτε στιγμή τους τελευταίους 12 μήνες;
  ΝΑΙ **ΟΧΙ**
- Ξύπνησες ποτέ τη νύχτα από βάρος ή σφίξιμο στο θώρακα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;
  ΝΑΙ **ΟΧΙ**
- Ξύπνησες ποτέ τη νύχτα από δύσπνοια (δυσκολία στην αναπνοή) κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;
  ΝΑΙ **ΟΧΙ**
- Ξύπνησες ποτέ τη νύχτα από έντονο βήχα τους τελευταίους 12 μήνες;
  ΝΑΙ **ΟΧΙ**
- Είχες κάποια κρίση άσθματος τους τελευταίους 12 μήνες;
  ΝΑΙ **ΟΧΙ**
- Παίρνεις αυτή τη στιγμή φάρμακα για άσθμα (π.χ. φάρμακα σε εισπνοές);
  ΝΑΙ **ΟΧΙ**
- Έχεις αλλεργίες στη μύτη ή στα μάτια;
  ΝΑΙ **ΟΧΙ**

Εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, έστω και σε 1 από τις παραπάνω ερωτήσεις υπάρχει ενδεχόμενο να έχεις άσθμα. Συμβουλέψου τον πνευμονολόγο σου για τις απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις.

Τα 5 tips για μια φυσιολογική ζωή με άσθμα

1. Ανάπτυξε μια καλή σχέση συνεργασίας και επικοινωνίας με το γιατρό σου
2. Αναγνώρισε τους ερεθιστικούς παράγοντες στο περιβάλλον που σε επιδεινώνουν και προσπάθησε να τους αποφύγεις
3. Παίρνε σωστά και τακτικά τα φάρμακά σου, σύμφωνα με τις οδηγίες
4. Αναγνώρισε τα συμπτώματα επιδείνωσης ώστε να αντιμετωπιστεί νωρίς
5. Αντιμετώπισε σωστά τις κρίσεις με έγκαιρη κινητοποίηση και επικοινωνία με το γιατρό σου.



Μιχαήλ Χριστοδουλίδης
Διευθυντής Οφθαλμίατρος, Ευρωκλινική Αθηνών

Πρέπει να καθυστερήσω την επέμβαση του καταρράκτη;

Πρέπει να καθυστερήσω την επέμβαση του καταρράκτη όσο περισσότερο γίνεται;

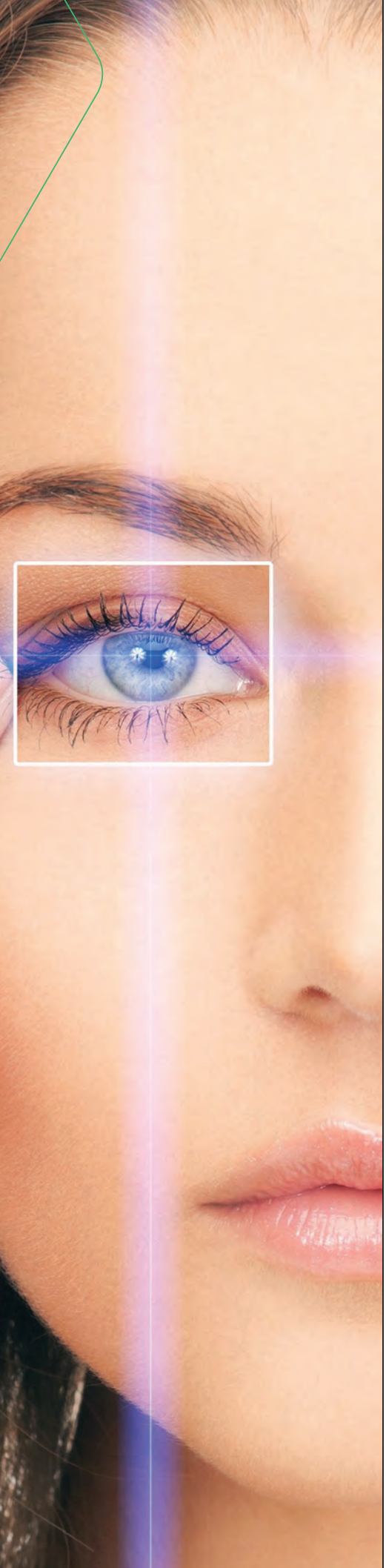
Όπως για κάθε χειρουργική επέμβαση έτσι και για τον καταρράκτη, χρειάζεται να συμβουλευτείτε το γιατρό σας πριν προχωρήσετε στην αντιμετώπισή του. Όταν τα κλινικά συμπτώματα είναι ξεκάθαρα και αρχίζουν να έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής σας, καλό θα ήταν να χειρουργηθείτε. Ορισμένες φορές όμως, υπάρχουν βάσιμες αιτίες σύμφωνα με τις οποίες πρέπει να προβείτε σε εγχείρηση καταρράκτη μόλις εμφανισθούν τα πρώτα συμπτώματα και να μην περιμένετε να εμφανισθούν πιο έντονα. Σε κάποιες περιπτώσεις η επέμβαση καταρράκτη είναι πιο επικίνδυνη. Για αυτές λοιπόν τις περιπτώσεις ίσως είναι καλύτερα να γίνεται νωρίτερα η επέμβαση. Είναι μια διαδικασία ελάχιστα επεμβατική και προτείνεται να γίνει νωρίτερα για τους παρακάτω λόγους:

1 ***Έχετε γλαύκωμα ή υποψία γλαυκώματος;***

Οι ειδικοί γνωρίζουν πως η επέμβαση του καταρράκτη είναι η καλύτερη χειρουργική επέμβαση για μερικά είδη γλαυκώματος. Μπερδευτήκατε; Οι δύο ασθένειες δεν συγγενεύουν ούτε η μία είναι υπεύθυνη για την άλλη. Οι άνθρωποι που κινδυνεύουν από ορισμένους τύπους γλαυκώματος έχουν προβλήματα με την κυκλοφορία του υδατοειδούς υγρού στους οφθαλμούς τους. Όταν δίνουμε θεραπεία για το γλαύκωμα, στόχος είναι να διευκολύνουμε την ανταλλαγή των υγρών μέσα στο μάτι και έτσι να μειώσουμε την ενδοφθάλμια πίεση. Η εγχείρηση του καταρράκτη, όπου ενδείκνυται, περιλαμβάνει την απομάκρυνση του φακού του οφθαλμού και την αντικατάστασή του με ένα πολύ μικρότερο ενδοφακό (IOL). Αυτό διευκολύνει σημαντικά την κυκλοφορία του υδατοειδούς υγρού στον οφθαλμό. Επίσης μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης γλαυκώματος κλειστής γωνίας.

2 ***Σύνδρομο ψευδοαποφολίδωσης***

Είναι μια ασθένεια του συνδετικού ιστού που προκαλεί αδυναμία στις μικροσκοπικές ίνες που συγκρατούν τον κρυσταλλοειδή φακό στη θέση του. Ο χειρισμός του φακού κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης μπορεί να είναι αρκετός



Όταν τα κλινικά συμπτώματα είναι ξεκάθαρα και αρχίζουν να έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής σας, καλό θα ήταν να χειρουργηθείτε. Ορισμένες φορές όμως, υπάρχουν βάσιμες αιτίες σύμφωνα με τις οποίες πρέπει να προβείτε σε εγχείρηση καταρράκτη μόλις εμφανισθούν τα πρώτα συμπτώματα και να μην περιμένετε να εμφανισθούν πιο έντονα

για να σπάσει κάποιες από τις ίνες αυτές με αποτέλεσμα την κακή έκβαση του χειρουργείου. Συνήθως η κόρη του οφθαλμού στο σύνδρομο αυτό δεν μπορεί εύκολα να διασταλεί. Εάν αυτή η ασθένεια είναι παρούσα, η εγχείρηση του καταρράκτη φέρει μικρότερους διεγχειρητικούς κινδύνους όταν πραγματοποιείται το συντομότερο.

3 *Υπερμετρωπία*

Η εγχείρηση καταρράκτη φέρνει πολλαπλά οφέλη σε άτομα με υπερμετρωπία. Όχι μόνο θα απαλλαγείτε από τα συμπτώματα του καταρράκτη (θάμβος) αλλά και από τα βαριά γυαλιά που φοράτε για την υπερμετρωπία σας. Το τρίτο πλεονέκτημα είναι η μείωση του κινδύνου για γλαύκωμα κλειστής γωνίας. Εάν έχετε υπερμετρωπία συνήθως έχετε λιγότερο χώρο στο εσωτερικό του ματιού σας και ένα στενό χώρο μεταξύ της ίριδας σας (έγχρωμο τμήμα του ματιού) και του κερατοειδή (μπροστινό μέρος του ματιού), με αποτέλεσμα να εμφανιστεί κίνδυνος να κλείσει το σύστημα απομάκρυνσης του υαδατοειδούς υγρού προκαλώντας την αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης, η οποία μπορεί να προκαλέσει μόνιμη βλάβη του οπτικού νεύρου. Η εγχείρηση καταρράκτη δημιουργεί χώρο και μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο αυτό. Πολλοί υπερμετρωπικοί ασθενείς προτιμούν να υποβληθούν στο χειρουργείο καταρράκτη πριν ακόμα εμφανιστούν τα κλινικά συμπτώματα αυτού.

4 *Όταν έχετε ένα συγκεκριμένο είδος καταρράκτη*

Οι περισσότεροι άνθρωποι γνωρίζουν ότι ο καταρράκτης είναι μια θόλωση που αναπτύσσεται στον κρυσταλλοειδή φακό τους και πιο συχνά οφείλεται στην αύξηση της ηλικίας. Αυτό που συχνά δεν ξέρουν είναι ότι υπάρχουν διάφορες άλλες μορφές καταρράκτη οι οποίοι απαιτούν θεραπεία νωρίτερα:

- **Καταρράκτες του φλοιού:** Αναπτύσσονται σαν τις ακτίνες ενός τροχού ποδηλάτου και συνήθως είναι ασυμπτωματικοί σε αρχική μορφή, οπότε και δεν χρήζουν άμεσης θεραπείας κατά την εμφάνιση τους. Ανάλογα, όμως, με το σημείο που εμφανίζονται, μπορεί να προκαλέσουν θάμβος όρασης και να χρειαστεί άμεση αφαίρεση τους.
- **Οπίσθιος καψικός καταρράκτης:** Αναπτύσσεται στο κέντρο του φυσιολογικού φακού, στο οπίσθιο περιφάκιο και προκαλεί άμεσα συμπτώματα ακόμη και σε μικρή μορφή. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους για τον οποίο κάποιοι άνθρωποι πρέπει να θεραπεύσουν τον καταρράκτη τους νωρίτερα από άλλους.
- **Πυρηνικοί καταρράκτες:** Αναπτύσσονται αργά και μπορεί να προκαλέσουν μυωπία κατά την ανάπτυξη τους. Από τη μεριά του ιατρού, είναι από τις μορφές καταρράκτη οι οποίες συνιστάται να αντιμετωπίζονται όσο το δυνατόν νωρίτερα συνυπολογίζοντας τις δυσκολίες που μπορεί να προκληθούν κατά τη διάρκεια του χειρουργείου όσο ο καταρράκτης εξελίσσεται.

Αναλόγως της μορφής, της θέσης και του τύπου του καταρράκτη τον οποίο έχετε, συμβουλευθείτε τον οφθαλμίατρο σας για το πότε θα πρέπει να προχωρήσετε σε εγχείρηση καταρράκτη.

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

γυναίκα

Στερεοτακτική Βιοψία

Κοσμητικές επεμβάσεις στο στήθος

Ο ετήσιος γυναικολογικός έλεγχος

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

Στερεοτακτική Βιοψία

Με τη νέα μέθοδο **οκτώ στις δέκα γυναίκες** «γλιτώνουν» τη χειρουργική βιοψία μαστού

Υπάρχει τρόπος να κάνω τη βιοψία στο μαστό χωρίς να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση; Πρέπει να κάνω βιοψία στο μαστό μου, όμως αδυνατώ να λείψω μέρες από τη δουλειά μου. Μπορώ να κάνω τη βιοψία και να βγω από το νοσοκομείο την ίδια μέρα;

Είναι απορίες που αγχώνουν τις περισσότερες γυναίκες. Ο φόβος της βιοψίας και κυρίως των αποτελεσμάτων είναι εφιάλτης για μία γυναίκα που ο γιατρός της την συμβούλευσε για περαιτέρω εξετάσεις. Το άγχος σίγουρα δεν θα περάσει εύκολα, όμως πλέον είναι εφικτό να μειώσουμε κατά πολύ την ταλαιπωρία της χειρουργικής βιοψίας.

Οχτώ στις δέκα χειρουργικές βιοψίες στο μαστό θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί με τη στερεοτακτική βιοψία με αναρρόφηση (SenoRx) που δεν αποτελεί επέμβαση. Ο φόβος για κακοήθεια στο μαστό μίας γυναίκας οδηγεί τις περισσότερες φορές στη χειρουργική βιοψία.

Ο φόβος για κακοήθεια στο μαστό μίας γυναίκας οδηγεί τις περισσότερες φορές στη χειρουργική βιοψία

Οι ασθενείς που ακολουθούν αυτή την τακτική είναι πολλοί, όμως σε πολλές περιπτώσεις τα ύποπτα, αρχικά, ευρήματα αποδεικνύονται καλοήθειες και έτσι η εξεταζόμενη έχει υποστεί μία μεγάλη ταλαιπωρία η οποία θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί. Όμως, πώς γίνεται βιοψία στο μαστό χωρίς χειρουργείο; Είναι δύσκολη η προετοιμασία και ποια είναι ακριβώς η διαδικασία;

Προετοιμασία

Για να πραγματοποιηθεί η βιοψία με το SenoRx δεν χρειάζεται κάποια ιδιαίτερη προετοιμασία. Η εξεταζόμενη θα πρέπει να έχει φάει ελαφρά και να μην έχει πάρει ασπιρίνη ή αντιπηκτική αγωγή για τουλάχιστον 3 μέρες πριν. Δεν απαιτείται ολική αναισθησία, ούτε καν μέθη για να γίνει η λήψη του υλικού. Η διαδικασία γίνεται με απλή τοπική αναισθησία μέσω μία μικρής τομής στο δέρμα. Η τομή αυτή είναι τόσο μικρή που δεν χρειάζεται ράμματα, οπότε η ασθενής μπορεί να επιστρέψει σπίτι της αμέσως, χωρίς να χρειάζεται να παραμείνει στο νοσοκομείο για ώρες ή ακόμα και για μέρες.

Διαδικασία

Η νέα μέθοδος με Αναρρόφηση γίνεται με τη βοήθεια ψηφιακού μαστογράφου, με την ασθενή να βρίσκεται είτε σε καθιστή είτε σε ύπτια θέση, αναλόγως του εξοπλισμού που διαθέτει η κλινική. Για τη λήψη ιστού από

το μαστό χρησιμοποιείται ειδική βελόνα (10gr), καθώς και μηχάνημα αναρρόφησης (SenoRx) το οποίο συλλέγει 7-8 ιστοτεμάχια στο ειδικό καλάθι που έχει ενσωματωμένο η βελόνα. Τα ιστοτεμάχια ακτινογραφούνται για να επιβεβαιωθεί η λήψη του σωστού υλικού. Είναι βασικό το γεγονός πως η συλλογή του υλικού πραγματοποιείται με μόνο μία εισχώρηση της βελόνας. Είναι απόλυτα ακριβής διαδικασία, γιατί η βελόνα κατευθύνεται ακριβώς στην αλλοίωση απεικονιστικά, αλλά και αποτελεσματική όσο η χειρουργική βιοψία, λόγω της λήψης μεγάλων ιστοτεμαχίων από την περιοχή.

Επιπρόσθετα, υπάρχει και η δυνατότητα να επιβεβαιώσουμε πως πήραμε δείγμα από τη σωστή περιοχή με λήψη μαστογραφιών μετά από τη βιοψία. Παράλληλα στην περιοχή αφήνουμε ένα μικρό μεταλλικό κλιπ για να είναι εφικτή η ακριβής εύρεση του σημείου, ώστε σε περίπτωση κακοήθειας να γίνει η χειρουργική επέμβαση. Η διάρκεια της στερεοτακτικής βιοψίας είναι μόλις 45 λεπτά και αμέσως μετά η ασθενής μπορεί να γυρίσει στο σπίτι της.

Η μέθοδος πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένο ακτινολόγο μαστού και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό σε κέντρα μαστού με τον απαραίτητο εξοπλισμό

Παρενέργειες

Σοβαρές παρενέργειες δεν υπάρχουν, όμως, μπορεί να εμφανιστεί ένα μικρό αιμάτωμα, από το οποίο μπορεί να ανακουφιστεί εύκολα η ασθενής με τη βοήθεια μίας απλής παγοκύστης ή την άσκηση πίεσης στο σημείο από όπου έχει γίνει η λήψη ιστού για λίγη ώρα μετά το πέρας της διαδικασίας. Το αιμάτωμα υποχωρεί το πολύ μέσα στις επόμενες 10 μέρες.

Σύνοψη

Η στερεοτακτική βιοψία με αναρρόφηση με SenoRx είναι μία διαφορετική μέθοδος βιοψίας του μαστού με πολλά πλεονεκτήματα. Είναι μη επεμβατική με μηδαμινές παρενέργειες και το κόστος είναι σαφώς μικρότερο από αυτό της χειρουργικής βιοψίας, αφού δεν απαιτείται νάρκωση ή παραμονή στο νοσοκομείο.

Στόχος είναι η σωστή και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού όσο αυτή παραμένει μικρή και αψηλάφητη αλλοίωση και ταυτόχρονα η αποφυγή περιττών χειρουργικών πράξεων. Πρέπει να τονιστεί, όμως, ότι η μέθοδος πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένο ακτινολόγο μαστού και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό σε κέντρα μαστού με τον απαραίτητο εξοπλισμό.

Ιωάννης Γιαννάς
Διευθυντής Πλαστικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Κοσμητικές επεμβάσεις στο στήθος

Ποιές είναι οι **συχνότερες** κοσμητικές επεμβάσεις στο στήθος;

Η αυξητική μαστών είναι η πιο συχνή κοσμητική επέμβαση στις ΗΠΑ και τη Μεγάλη Βρετανία. Τα τελευταία χρόνια η συχνότητα της έχει αυξηθεί πάρα πολύ και στην Ελλάδα. Η ανόρθωση και η μειωτική (σμίκρυνση) είναι οι άλλες κοσμητικές επεμβάσεις που συχνά κάνουμε στο γυναικείο στήθος.

Τι είναι και πώς γίνεται η αυξητική στήθους;

Με την επέμβαση αυτή έχουμε σκοπό να αυξήσουμε αισθητικά το μέγεθος και να βελτιώσουμε το σχήμα των μαστών χρησιμοποιώντας ενθέματα. Τα ενθέματα που χρησιμοποιούμε είναι είτε από σιλικόνη είτε από φυσιολογικό ορό.

Η μέθοδος εισαγωγής και τοποθέτησης των ενθεμάτων εξαρτάται από την προτίμηση της γυναίκας, την ανατομία και τη γνώμη του γιατρού. Συνήθως όμως, τοποθετείται μέσα από μια μικρή τομή στην πτυχή κάτω από το στήθος. Είναι βέβαια δυνατό να κάνουμε την τομή στη μασχάλη ή γύρω από τη θηλή. Η τομή ράβεται με λεπτά απορροφήσιμα ράμματα που δεν αφαιρούνται.

Πόσο κρατάει η επέμβαση;

Κρατάει γύρω στην 1 ώρα με γενική αναισθησία. Κάτω από συγκεκριμένους κανόνες ασφαλείας μπορεί να γίνει σαν χειρουργείο ημέρας, ειδάλλως χρειάζεται η παραμονή στο νοσοκομείο για ένα βράδυ.

Υπάρχει τρόπος να μεγαλώσω το στήθος χωρίς ενθέματα;

Μπορεί να γίνει αυξητική στήθους με μεταμόσχευση λίπους που παίρνουμε από άλλο σημείο του σώματος. Έτσι, εάν επιθυμούμε, αποφεύγουμε τα ενθέματα. Έχουμε, όμως, κάποιο περιορισμό στο μέγεθος της αύξησης του στήθους. Πολλές φόρες χρειάζεται και δεύτερη επέμβαση για να φτάσουμε στον επιθυμητό στόχο.

Σε όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις υπάρχει πιθανότητα επιπλοκών, όπως μόλυνση του τραύματος, αιμάτωμα, καθυστέρηση στην επούλωση. Οι παραπάνω επεμβάσεις, όταν γίνουν από ***καλά εκπαιδευμένους γιατρούς σε καλά οργανωμένα κέντρα*** *έχουν εξαιρετικά* ***μικρό ποσοστό*** *επιπλοκών*

Τι πρέπει να περιμένω από την επέμβαση;

Οι περισσότερες γυναίκες είναι εξαιρετικά ικανοποιημένες με τα αποτελέσματα αυτών των επεμβάσεων. Σχεδόν αμέσως, εκτός από ένα όμορφο αισθητικά στήθος, αποκτούν αυτοπεποίθηση, ειδικά όταν φορούν τα κατάλληλα ρούχα. Το πιο σημαντικό, βέβαια, είναι να έχουμε αισθητικά καλό αποτέλεσμα με ένα τελείως φυσικό σχήμα κατάλληλο για το σώμα μας.

Μπορεί να γίνει ταυτόχρονα και ανόρθωση στήθους;

Η ανόρθωση στήθους είναι μια επέμβαση που έχει σκοπό να επαναφέρει το στήθος στην προηγούμενη νεανική εμφάνιση του. Δεν αλλάζει το μέγεθος των μαστών αλλά αποκαθιστά και βελτιώνει το νεανικό σχήμα τους. Είναι δυνατόν να συνδυασθεί με την αυξητική, εάν η γυναίκα το επιθυμεί ή είναι απαραίτητο.

Χρησιμοποιούμε τις ίδιες τομές;

Για την ανόρθωση μόνο ή σε συνδυασμό με την αυξητική χρησιμοποιούμε μια τομή γύρω από τη θηλή που επεκτείνεται κάθετα πάνω στο στήθος. Αυτό είναι απαραίτητο για να αφαιρεθεί το δέρμα που έχει χαλαρώσει και ταυτόχρονα βελτιώνουμε το σχήμα του μαστού.

Πόσο κρατάει η επέμβαση;

Η ανόρθωση κρατάει γύρω στην 1.5 ώρα αλλά αν γίνει ταυτόχρονα με αυξητική φτάνει τις 2.5 ώρες. Είναι απαραίτητη η γενική αναισθησία και η παραμονή στο νοσοκομείο για μια νύχτα, αν συνδυασθούν οι δύο επεμβάσεις.

Πόσο κρατάει η περίοδος ανάρρωσης και τι πρέπει να περιμένουμε;

Τις πρώτες ημέρες μπορεί να αισθανόμαστε λίγο κουρασμένοι και να έχουμε λίγο πόνο-δυσφορία που ελέγχεται με απλά αναλγητικά. Μέσα σε 2-3 ημέρες επανερχόμαστε σε φυσιολογικές δραστηριότητες με προσοχή. Υπάρχει λίγο πρήξιμο και ευαισθησία για 7-10 ημέρες. Μπορούμε να επιστρέψουμε στην εργασία μας μέσα σε 5-7 ήμερες. Οι τομές καλύπτονται με τις απαραίτητες γάζες για δύο εβδομάδες.

Πώς γίνεται η μείωση του στήθους;

Κάνω αυτή την επέμβαση χρησιμοποιώντας την τεχνική της μικρής κάθετης τομής (short scar breast reduction), παρόμοια με την τομή της ανόρθωσης. Φυσικά, μαζί με τη μείωση επιτυγχάνουμε ανόρθωση και όμορφο σχήμα των μαστών. Συνήθως είναι απαραίτητο να μείνουμε ένα βράδυ στην κλινική και μπορούμε να επιστρέψουμε σε εργασία γραφείου με προσοχή μετά από 5-7 ήμερες. Η ανάρρωση κρατάει 2-3 εβδομάδες.

Υπάρχουν επιπλοκές σε αυτές τις επεμβάσεις;

Σε όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις υπάρχει πιθανότητα επιπλοκών, όπως μόλυνση του τραύματος, αιμάτωμα, καθυστέρηση στην επούλωση. Οι παραπάνω επεμβάσεις, όταν γίνουν από καλά εκπαιδευμένους γιατρούς σε καλά οργανωμένα κέντρα έχουν εξαιρετικά μικρό ποσοστό επιπλοκών. Σε κάθε περίπτωση, εάν παρουσιαστούν επιπλοκές και αντιμετωπιστούν άμεσα από το γιατρό, είναι εύκολα θεραπεύσιμες και δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας.

Γεώργιος - Μάριος Μακρής
Διευθυντής Γυναικολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο ετήσιος γυναικολογικός έλεγχος

Το γυναικείο σώμα επιτελεί τον απαράμιλλο σκοπό της φιλοξενίας του αναπτυσσόμενου εμβρύου στη μήτρα και τη γέννησή του. Λόγω της κρίσης, πολλοί θεωρούν ότι ο ετήσιος έλεγχος δεν είναι πια προτεραιότητα. Ωστόσο, ο ετήσιος γυναικολογικός έλεγχος έχει πολλαπλά οφέλη για την έγκαιρη διάγνωση μιας υποκείμενης ασθένειας, που μπορεί να μην αφορά μόνο το γεννητικό της σύστημα. Η γυναίκα σε κάθε ηλικιακό της φάσμα έχει διαφορετικές απαιτήσεις από την επίσκεψη στο γυναικολόγο της.

Η έφηβη και νεαρή γυναίκα πριν την έναρξη της σεξουαλικής της ζωής δεν έχει συνήθως επισκεφτεί γυναικολόγο. Παρόλα αυτά το νεαρό κορίτσι έχει την ανάγκη μιας πρώτης αναγνωριστικής επίσκεψης, με τη συνοδεία καλύτερα της μητέρας. Η γυναικολογική προσέγγιση περιλαμβάνει τις ιδιαιτερότητες της εμμήνου ρύσεως της εφήβου και τον ιδανικό τρόπο φροντίδας της περιοχής. Η συζήτηση συνεχίζεται με τη συμβουλή του ειδικού σε θέματα προφύλαξης από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, αποφυγή των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων και την προφύλαξη από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μέσω του εμβολιασμού. Η κλινική εξέταση ακολουθεί. Επαρκής χρόνος οφείλει να δίδεται για να εκφράσει η έφηβη όλες τις απορίες της και φυσικά να αισθανθεί άνετα.

Ο ετήσιος έλεγχος της γυναίκας δεν είναι απλά ένα παπ τεστ. Δεν είναι ένα γυναικολογικό υπερηχογράφημα. Ο ετήσιος έλεγχος είναι η επαφή με το γυναικολόγο, η συζήτηση και πάνω απ' όλα η κλινική εξέταση, που θα αναδείξει τα πραγματικά θέματα που απασχολούν την υγεία της γυναίκας

Για τη γυναίκα της αναπαραγωγικής ηλικίας τα θέματα ποικίλλουν: ένα πρόβλημα στο παπ τεστ, γυναικολογικής φύσεως ενοχλήσεις, θέματα σύλληψης, εγκυμοσύνη, πρόβλημα στην ούρηση, διαταραχές της περιόδου, κύστες στις ωοθήκες, ινομυώματα, σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα. Αξιόλογο κομμάτι της νεολαίας έχει εμβολιαστεί κατά του ιού HPV, όμως ο προληπτικός έλεγχος για παθολογία του τραχήλου συνεχίζει να διεξάγεται κανονικά.

Η προσωπική επαφή με το γυναικολόγο χρειάζεται προκειμένου η γυναίκα να εκφράσει όλα τα θέματα που την απασχολούν, να μπορέσει να δεχτεί την κατά τα άλλα άβολη γυναικολογική εξέταση και φυσικά να αισθανθεί την απαραίτητη εμπιστοσύνη προκειμένου να επιτευχθεί η θεραπευτική σχέση μεταξύ γιατρού και θεραπευόμενου. Με τυπική ευλάβεια η επίσκεψη στο γυναικολόγο ξεκινά με το αναλυτικό ιστορικό και συνεχίζεται με τη λεπτομερή γυναικολογική εξέταση.

Το παπ τεστ συνήθως πρέπει να ξεκινά στην ηλικία των 21 ετών. Για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας υπάρχει, επίσης, και το τεστ ανίχνευσης των ιών HPV που μπορεί να γίνει μόνο του είτε σε συνδυασμό με το παπ τεστ, καθώς επίσης και ειδικοί μοριακοί δείκτες. Η συχνότητα κατά την οποία πρέπει να γίνεται το παπ τεστ και το HPV τεστ διαφοροποιείται από την ηλικία της γυναίκας και το ιστορικό της.

Το υπερηχογράφημα είναι χρήσιμο εργαλείο και συνήθως φωτίζει τα παθολογικά ευρήματα της κλινικής εξέτασης.

Η μαστογραφία απαραίτητα συμπληρώνει τον κλινικό έλεγχο της γυναίκας από την ηλικία των 40 και άνω, εκτός και εάν υπάρχουν λόγοι να πραγματοποιείται νωρίτερα.

Δεν είναι λίγες οι φορές που αξιοποιούνται οι ειδικές γνώσεις που προσφέρουν οι 4 υποειδικότητες της γυναικολογίας (γυναικολογική

ενδοκρινολογία, ουρογυναικολογία, εμβρυομητρική ιατρική, γυναικολογική ογκολογία).

Η περι- και μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα πρώτιστα πρέπει να γνωρίζει ότι μετά τον ένα χρόνο από το τέλος της τελευταίας περιόδου δεν πρέπει να ξαναδεί αίμα στον κόλπο της. Είναι η ηλικία που πλήττεται από τα επακόλουθα της απόσυρσης των οιστρογόνων, όπως είναι ο αυξημένος καρδιαγγειακός κίνδυνος, η οστεοπόρωση και οι διαταραχές του θυμικού. Η γυναίκα πρέπει να ενημερώνεται για το τι θα περιμένει στη μεταβατική αυτή φάση και πώς θα τα αντιμετωπίσει (φουντώματα, εφιδρώσεις, αϋπνία). Ακόμη ο γυναικολόγος καλό είναι να την ενημερώνει για «ύποπτα» σημεία, π.χ. νεοεμφανισθείσα μάζα στο μαστό, στη μασχάλη ή στην κοιλιά, κολπική αιμορραγία, ανορεξία, απότομη απώλεια βάρους.

Ο ετήσιος γυναικολογικός έλεγχος έχει πολλαπλά οφέλη για την έγκαιρη διάγνωση μιας υποκείμενης ασθένειας, που μπορεί να μην αφορά μόνο το γεννητικό της σύστημα

Οι διαταραχές της σεξουαλικής ζωής δεν θίγονται με άνεση από τις ασθενείς. Καλό είναι να παίρνει η γυναίκα τον απαραίτητο χρόνο, ώστε να εκφράσει την πραγματική κατάσταση στο σημαντικό αυτό κομμάτι της καθημερινότητάς της. Και φυσικά δεν υπάρχουν ηλικιακοί περιορισμοί όσο και εάν θεωρείται ότι έχει … παρέλθει αυτή η εποχή. Η ακράτεια των ούρων επίσης είναι ένα ερώτημα, ιδιαίτερα για τις γυναίκες που είχαν εργώδεις κολπικούς τοκετούς και φλερτάρουν με τη μέση ηλικία.

Ο ετήσιος έλεγχος λοιπόν της γυναίκας δεν είναι απλά ένα παπ τεστ. Δεν είναι ένα γυναικολογικό υπερηχογράφημα. Οι δύο αυτές εξετάσεις μάλιστα δεν είναι ετησίως απαραίτητες παρά τη ριζωμένη πεποίθηση. Ο ετήσιος έλεγχος είναι η επαφή με το γυναικολόγο, η συζήτηση και πάνω απ' όλα η κλινική εξέταση, που θα αναδείξει τα πραγματικά θέματα που απασχολούν την υγεία της γυναίκας.

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

ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ | ΣΗΜΕΙΟ ΔΥΟ

Περισσότερες πληροφορίες ή κλείσιμο ραντεβού στο τηλέφωνο 210 6416 807 & 139 και www.euroclinic.gr

artime.gr

Ευζωη

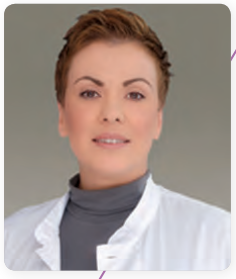
Κρυολιπόλυση
Τι είναι;

Ψυχολογία &
Διατροφή

Η σημασία
της ενυδάτωσης
το καλοκαίρι

Η διατροφή
το καλοκαιρι

Αργυρώ Παπαδοπούλου
Δερματολόγος/Αφροδισιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών



Κρυολιπόλυση ...τι είναι;

Η κρυολιπόλυση αποτελεί τεχνολογικό επίτευγμα της κοσμητικής ιατρικής των τελευταίων χρόνων. Έρχεται να προστεθεί στη φαρέτρα των όπλων του Δερματολόγου σαν το πιο αποτελεσματικό χαρτί έναντι του τοπικού πάχους χωρίς τη βοήθεια του «νυστεριού», που όλοι προσπαθούν να αποφύγουν. Μελετώντας την τάση προτίμησης του αμερικάνικου κοινού από το 2000 και έπειτα, σημειώνεται μία μεγάλη ανοδική τάση για τις ελάχιστα επεμβατικές κοσμητικές πράξεις και αντίστοιχα μία μείωση για τις χειρουργικές. Όλοι μας επιθυμούμε μία «lunch time treatment» και ας χρειαστεί να την επαναλάβουμε, γιατί το αποτέλεσμα δεν είναι τόσο δραστικό όσο το χειρουργικό.

Από τις μεθόδους που ανακαλύφθηκαν και εφαρμόστηκαν, η κρυολιπόλυση παραμένει ηγετικά η πιο εμπορικά αποδεκτή μέθοδος και η πιο καλά μελετημένη σε βάθος χρόνου, καθώς στοιχεία επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητά της μετά από την εφαρμογή της σε ζωικά και ανθρώπινα μοντέλα και τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες. Η τεχνική εγκρίθηκε το 2010 από τον US Food and Drug Administration (FDA) για εφαρμογή στην περιοχή της κοιλιάς και τα πλαϊνά και τον Απρίλιο του 2014 πήρε έγκριση για εφαρμογή και στους μηρούς.

Από τις μεθόδους που ανακαλύφθηκαν και εφαρμόστηκαν, η κρυολιπόλυση παραμένει ηγετικά η πιο εμπορικά αποδεκτή μέθοδος και η πιο καλά μελετημένη σε βάθος χρόνου

Στο Δερματολογικό Τμήμα της Ευρωκλινικής Αθηνών παρέχεται η κρυολιπόλυση από το 2015 και έχουν πραγματοποιηθεί περισσότερες από 600 εφαρμογές με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα και υπό την άμεση εποπτεία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Όλα τα περιστατικά ελέγχονται, εγκρίνονται και εξετάζονται από Δερματολόγο, Ενδοκρινολόγο και Σύμβουλο διατροφής, προτού προχωρήσουν σε θεραπεία Οι συνεδρίες πραγματοποιούνται με το μηχάνημα CRYOLIPO II με τις αξιόπιστες κεφαλές 360°

CLATUU της εταιρείας με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Πως λειτουργεί;

Έχει μελετηθεί ότι τα λιποκύτταρα είναι πολύ πιο ευαίσθητα στο ψύχος και καταστρέφονται πιο αποτελεσματικά σε σύγκριση με άλλες μεθόδους, όπως οι ραδιοσυχνότητες, οι υπέρηχοι, τα ακουστικά κύματα, τα lasers κλπ. Μετά την εφαρμογή ακριβείας του ψύχους των -9 °C στην προς θεραπεία περιοχή για διάρκεια μίας ώρας, ακολουθεί σταδιακά η διάλυση των μεμβρανών των λιποκυττάρων και η σταδιακή απορρόφηση/φαγοκυττάρωση των υπολειμμάτων από τον οργανισμό με φυσιολογική διαδικασία και χωρίς να προκληθεί βλάβη στην επιδερμίδα.

Υπάρχει αποτέλεσμα;

Σε όλες τις μελέτες, αλλά και από την εμπειρία μας, μετά την εφαρμογή των κεφαλών αναμένεται η απώλεια του 30% κατά μέσο όρο του θεραπευόμενου όγκου. Για να γίνει κατανοητό αυτό υπολογίζουμε ότι π.χ. στην κάτω κοιλιά τοποθετούνται 2 κεφαλές, που η κάθε μία επικαλύπτει την περιοχή από τον ομφαλό και κάτω έως τα πλαϊνά του κορμού στα λαγόνια οστά. Σε όλες τις μελέτες αναφέρεται ποσοστό 85% ικανοποίησης με το αποτέλεσμα και ένα μικρότερο ποσοστό που χρειάζεται επανάληψη για να γίνει αισθητή η μείωση του υποδορίου λίπους.

Μπορώ εγώ να την κάνω;

Ιδανικός υποψήφιος της κρυολιπόλυσης αποτελεί ο υγιής ενήλικας, με σωστό βάρος για το ύψος του, που συνοδεύει τη θεραπεία του με συχνή άσκηση και μεσογειακή διατροφή! Στην πραγματικότητα όμως, και χωρίς να υποδεικνύουμε ότι υπάρχει περίπτωση χρήσης της κρυολιπόλυσης ως μέθοδος απώλειας βάρους, κάθε τοπικό πάχος στην περιοχή του κορμού, μηρών και βραχιόνων μπορεί να μειωθεί με αυτή τη μέθοδο. Αποκλείονται ενήλικες με ιστορικό κακοήθειας, αυτοάνοσων και μη παθήσεων, σοβαρών νοσημάτων, υπερευαισθησίας στο ψύχος, έγκυες, θηλάζουσες και με τοπικές αντενδείξεις όπως π.χ. κιρσοί κάτω άκρων, κήλες κοιλιακού τοιχώματος, κ.λπ.

Θα προκύψει «χαλάρωση» του δέρματος;

Δεν έχει παρατηρηθεί καμία επιδείνωση του σφρίγους της επιδερμίδας και υπάρχουν θεαματικά αποτελέσματα στις περιοχές των βραχιόνων και του εσωτερικού των μηρών, δηλαδή, στις κατεξοχήν δύσκολές περιοχές για χαλάρωση.

Τι παρενέργειες υπάρχουν;

Η θεραπεία της κάθε περιοχής διαρκεί 60 λεπτά και σε όλη τη διάρκεια γίνεται καλά ανεκτή. Μικρή ενόχληση παρατηρείται στην έναρξη της εισρόφηση της προς θεραπείας περιοχής λόγω της αρνητικής πίεσης, καθώς και πιθανά στο τέλος κατά τη διάρκεια της μάλαξης. Οι συχνότερα αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι το αίσθημα καύσου, μικρές μελανιές και «μούδιασμα» του δέρματος. Σπάνια ενόχληση με ήπιους-μέτριους πόνους στην περιοχή έως και 2 εβδομάδες μετά, έχει αναφερθεί χωρίς όμως να εγκυμονεί κινδύνους. Η κρυολιπόλυση αποτελεί την πιο καλά μελετημένη, ασφαλή, αποτελεσματική, μη-χειρουργική τεχνική για μείωση του τοπικού πάχους, ΑΡΚΕΙ να διενεργείται από υπεύθυνο ιατρικό προσωπικό και με έγκυρο - πιστοποιημένο μηχάνημα ψύξης.

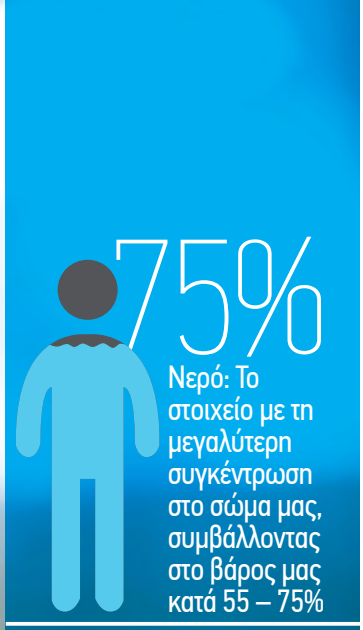
Ντορίνα Σιαλβέρα
Κλινική Διαιτολόγος Διατροφολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

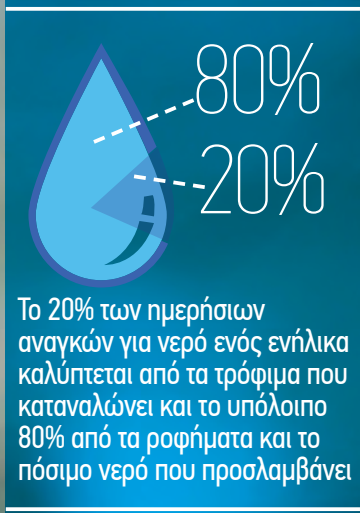
Η σημασία της ενυδάτωσης το καλοκαίρι

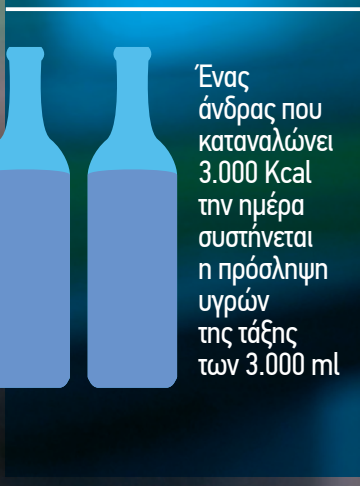
Το νερό είναι συνυφασμένο με την ύπαρξη της ζωής. Αποτελεί, άλλωστε, το στοιχείο με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση στο σώμα μας, συμβάλλοντας στο βάρος μας κατά 55 - 75%. Η αξία του είναι ανεκτίμητη, καθώς συμμετέχει σε μεγάλο αριθμό λειτουργιών

του σώματος, όπως στην πέψη, την απορρόφηση και μεταφορά θρεπτικών συστατικών των τροφών στους ιστούς, ενώ είναι απαραίτητο για τη θερμορύθμιση, τη διατήρηση δηλαδή της θερμοκρασίας του σώματος σε σταθερά επίπεδα.

Ιδιαίτερα τους καλοκαιρινούς μήνες που οι ανάγκες σε υγρά είναι αυξημένες και η επιθυμία μας για τη διατήρηση της σιλουέτας είναι ακόμη μεγαλύτερη, η καλή ενυδάτωση αποτελεί προτεραιότητα σε ένα ισορροπημένο πρόγραμμα διατροφής. Συγκεκριμένα, με τις υψηλές θερμοκρασίες που αναπτύσσονται το







καλοκαίρι, ο οργανισμός αποβάλλει περισσότερο νερό μέσω του ιδρώτα, των πνευμόνων και των ούρων, και γι' αυτό το λόγο χρειάζεται υψηλότερη αναπλήρωση των υγρών. Βέβαια, επιδημιολογικά στοιχεία γύρω από την ενυδάτωση αναγνωρίζουν πως οι Ευρωπαίοι καταναλώνουν ημερησίως μικρότερες ποσότητες υγρών συγκριτικά με τις ΗΠΑ και τον Καναδά, ανεξαρτήτως εποχής, και οι ομάδες του πληθυσμού που εμφανίζουν συχνά μειωμένη ημερήσια πρόσληψη υγρών είναι οι ηλικιωμένοι και οι νέοι.

Η δίψα δεν αποτελεί απλώς ένα αίσθημα, αλλά ένα σήμα του οργανισμού που δηλώνει ότι τα επίπεδα ενυδάτωσής του έχουν μειωθεί πολύ και υπάρχει άμεση ανάγκη για αναπλήρωση των υγρών του!

Αν αφυδατωθούμε μόλις κατά 2%, τα συμπτώματα που θα εμφανιστούν είναι άμεσα και περιλαμβάνουν έλλειψη συγκέντρωσης, αδυναμία μνήμης, μειωμένη απόδοση κατά την εργασία, το διάβασμα ακόμη και κατά την οδήγηση

Τις περισσότερες φορές, μάλιστα, αναμένουμε το αίσθημα της δίψας για να προσλάβουμε νερό ή κάποιο ρόφημα. Ωστόσο, η δίψα δεν αποτελεί απλώς ένα αίσθημα, αλλά ένα σήμα του οργανισμού που δηλώνει ότι τα επίπεδα ενυδάτωσής του έχουν μειωθεί πολύ και υπάρχει άμεση ανάγκη για αναπλήρωση των υγρών του! Είναι, μάλιστα, χαρακτηριστικό ότι αν αφυδατωθούμε μόλις κατά 2%, τα συμπτώματα που θα εμφανιστούν είναι άμεσα και περιλαμβάνουν έλλειψη συγκέντρωσης, αδυναμία μνήμης, μειωμένη απόδοση κατά την εργασία, το διάβασμα ακόμη και κατά την οδήγηση. Γι αυτό είναι σημαντικό κανείς να ενυδατώνεται επαρκώς προτού χτυπήσει το «καμπανάκι» της δίψας.

Βέβαια, όλα τα τρόφιμα, όπως το γιαούρτι, τα φρούτα, τα λαχανικά και τα ροφήματα, εκτός των αλκοολούχων, περιέχουν νερό και συνεισφέρουν στις ημερήσιες ανάγκες μας. Συγκεκριμένα, το 20% των ημερήσιων αναγκών για νερό ενός ενήλικα καλύπτεται από τα τρόφιμα που καταναλώνει και το υπόλοιπο 80% από τα ροφήματα και το πόσιμο νερό που προσλαμβάνει. Η σύσταση, ωστόσο, για λήψη 6-8 ποτηριών νερού ημερησίως είναι πολύ γενικευμένη και κάποιες φορές μπορεί να αποβεί παραπλανητική, καθώς οι απαιτήσεις του οργανισμού σε νερό διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, το βάρος, τις κλιματικές συνθήκες αλλά και τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας του ατόμου.

Αν και στο ανθρώπινο σώμα καθημερινά παράγεται κάποια ποσότητα νερού, αυτή δεν επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του και γι΄αυτό το λόγο απαιτείται η επιπλέον πρόσληψη υγρών μέσω της διατροφής. Το σώμα μας, μάλιστα, δεν μπορεί να αποθηκεύσει το νερό που προσλαμβάνει, και ως εκ τούτου πρέπει να αναπληρώνεται στη διάρκεια της ημέρας. Σύμφωνα με τις διεθνείς συστάσεις **η πρόσληψη νερού πρέπει να κυμαίνεται περίπου στο 1 ml ανά θερμίδα ενεργειακής κατανάλωσης, για άτομα που ζουν σε περιβάλλοντα με κανονική θερμοκρασία**. Για παράδειγμα, για έναν άνδρα που καταναλώνει κατά μέσο όρο 3.000 Kcal την ημέρα συστήνεται η πρόσληψη υγρών της τάξης των 3.000 ml. Σε περίπτωση αθλούμενων οι συστάσεις τροποποιούνται ανάλογα με το άθλημα και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες αυτό πραγματοποιείται.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η κάλυψη των αναγκών σε τρεις ειδικές ομάδες πληθυσμού: τους ηλικιωμένους, τις εγκυμονούσες και θηλάζουσες γυναίκες καθώς και τα παιδιά. Η αφυδάτωση και η θερμοπληξία εμφανίζεται πολύ πιο απότομα στα παιδιά σε σχέση με τους ενήλικες, καθιστώντας έτσι απαραίτητη τη λήψη υγρών ακόμη και όταν αυτά δεν διψούν, ιδιαίτερα τους καλοκαιρινούς μήνες. Ας ξεκινήσουμε, λοιπόν, να προσλαμβάνουμε δροσιστικά και απολαυστικά ροφήματα, από το πρωινό μας γεύμα ακόμη, όπως smoothies με άπαχα γαλακτοκομικά και φρούτα, φυσικούς χυμούς φρούτων και φυσικά νερό!

Άννα Κανδαράκη
Κλινική Ψυχολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Ψυχολογία & Διατροφή

Παρ όλο που ξέρω ότι δεν πρέπει … συνεχίζω και τρώω. Δεν είμαι αρκετά πειθαρχημένη.» «Όταν είμαι στεναχωρημένη είναι το μόνο που με παρηγορεί. Μετά όμως είμαι χειρότερα…»

Λόγια που τα ακούμε συχνά ή τα λέμε και εμείς οι ίδιοι. Είναι όντως θέμα πειθαρχίας η παχυσαρκία; Και γιατί ενώ είμαστε απόλυτα πειθαρχημένοι στη δουλειά μας και στην υπόλοιπη καθημερινότητά μας δυσκολευόμαστε να πειθαρχήσουμε μόνο στο κομμάτι του φαγητού;

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι η παχυσαρκία είναι ένα σύμπτωμα πολυπαραγοντικό. Είναι συνδυασμός ψυχολογικών, κοινωνικών, βιολογικών/γεννητικών και περιβαντολογικών παραγόντων. Τα πολλά παραπάνω κιλά, λοιπόν, μπορεί να οφείλονται σε πολλούς διαφορετικούς λόγους, είτε οργανικούς είτε ψυχικούς, ενώ τις περισσότερες

φορές συναντάμε τη συνύπαρξη και των δύο.

Το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνουμε είναι να ελέγξουμε τη σωματική μας υγεία προκειμένου να αποκλείσουμε την πιθανότητα να πάσχουμε από κάποιο οργανικό νόσημα.

Οι διατροφικές συνήθειες πολύ συχνά καθρεφτίζουν σημαντικά στοιχεία για τη ψυχική μας κατάσταση, καθώς είναι αποδεδειγμένο ότι το ένα επηρεάζει και επηρεάζεται από το άλλο. Ας το σκεφτούμε σαν ένα φαύλο κύκλο: η ψυχική μας διάθεση θα μας οδηγήσει να φάμε, ψάχνοντας μια εύκολη και γρήγορη απόλαυση και μετά η κακή διατροφή και το αποτέλεσμα που έχει αυτό, θα «ρίξει» ακόμα περισσότερο την ψυχική μας διάθεση και θα φάμε πάλι για να μας τιμωρήσουμε, με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να βγούμε από αυτό και να βουλιάζουμε πιο βαθιά.

Για ποιο λόγο συνεχίζω να τρώω αυτά που ήδη γνωρίζω ότι δεν πρέπει;

Η σωστή διατροφή εντάσσεται στο γενικότερο πλαίσιο του «φροντίζω τον εαυτό μου», του πόσο μαθαίνω να είμαι τρυφερός με μένα, να με νοιάζομαι και μέσα σε αυτά τα πλαίσια να φροντίσω και τη διατροφή μου

Σημαντικό είναι να καταλάβουμε τον εαυτό μας, να του επιτρέψουμε να δυσκολεύεται και να ζητήσουμε τη βοήθεια γιατρού, ειδικού ψυχικής υγείας και διατροφολόγου

Ακριβώς επειδή η κακή διατροφή έχει πολλά αίτια, δεν αρκεί να υποχρεώσουμε τον εαυτό μας σε μια σκληρή δίαιτα ή να θέσουμε ως προϋπόθεση και προαπαιτούμενο την απώλεια κιλών για να αρχίσουμε να ζούμε. Το συναντώ πολύ συχνά σε κοπέλες που βλέπω στο ιατρείο να ακούω «αν αδυνατίσω θα χωρίσω, θα βρω σύντροφο, θα αλλάξω δουλειά, … θα ξεκινήσω να ζω», μόνο που τελικά ακόμα και αν αδυνατίσουμε θα εμφανιστεί κάτι άλλο που θα αναστείλει την επιθυμία της ζωής.

Η σωστή διατροφή εντάσσεται στο γενικότερο πλαίσιο του «φροντίζω τον εαυτό μου», του πόσο μαθαίνω να είμαι τρυφερός με μένα, να με νοιάζομαι και μέσα σε αυτά τα πλαίσια να φροντίσω και τη διατροφή μου. Η ανάγκη μας να φάμε λαίμαργα και άπληστα, πρέπει να μας βάλει να σκεφτούμε ποια ανάγκη πάμε να καλύψουμε. Με τι γεμίσαμε τη μέρα μας ή ίσως καλύτερα με τι δεν γεμίσαμε τη μέρα μας και γι' αυτό έχουμε ανάγκη να γεμίσουμε το στομάχι μας; Κάναμε κάτι καλό για εμάς ή μας κατηγορούμε συνέχεια που φάγαμε και μετά, αφού μας έχουμε χτυπήσει, μας τιμωρούμε καταστρέφοντας μας με το να φάμε πάλι;

Είναι πολύ σημαντικό και καθοριστικό να αναζητήσουμε και να καταλάβουμε ποιοι είναι οι λόγοι, μοναδικοί για τον καθένα, που μας οδήγησαν να λειτουργούμε με αυτό τον τρόπο, να μην φροντίζουμε, δηλαδή, τον εαυτό μας και να του φερόμαστε τόσο σκληρά.

Αναζητώντας τους λόγους που κρύβονται πίσω από τη διατροφική δυσκολία του καθενός, είναι σημαντικό να σκεφτούμε ότι σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχει ένας κοινός παρονομαστής, που είναι η οικογένεια. Η διατροφική δυσκολία, ανορεξία ή παχυσαρκία είναι μια οικογενειακή υπόθεση. Σύγχρονη βιβλιογραφία δείχνει ότι η επικοινωνία κατά τη διάρκεια των γευμάτων της οικογένειας, οι διατροφικές συνήθειες των γονιών, το βλέμμα των γονιών και τα επικριτικά σχόλια για την εικόνα σώματος του παιδιού σχετίζονται με την παιδική παχυσαρκία που αποτελεί πυλώνα στην ενήλικη ζωή.

Ίσως, για ακόμα μια φορά, πιο σημαντικό είναι να καταλάβουμε τον εαυτό μας, να του επιτρέψουμε να δυσκολεύεται και να ζητήσουμε βοήθεια. Δεδομένου ότι οι αιτίες είναι πολλές η αντιμετώπιση οφείλει να είναι πολύπλευρη, αλλά και αντιμετωπίσιμη με τη βοήθεια γιατρού, ειδικού ψυχικής υγείας και διατροφολόγου.

Θυμηθείτε ότι η ζωή δεν μπορεί να μένει στην αναμονή. «Όταν χάσω κιλά και όταν αδυνατίσω..». Ξεκινήστε να ζείτε από σήμερα χωρίς προϋποθέσεις και αναμονές, γεμίστε τη μέρα σας με επιθυμίες και φροντίδα για τον εαυτό σας. Είναι στο δικό σας χέρι, να ζητήσετε βοήθεια και να χτίσετε έναν εαυτό, μέσα και έξω, όπως εσείς και μόνο, τον ονειρεύεστε … ***Χωρίς άλλη αναβολή … Ξεκινήστε από σήμερα.***

Ιωάννα Τσομπάνη
Διαιτολόγος - Διατροφολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Η διατροφή το καλοκαίρι

Η αγαπημένη εποχή των περισσοτέρων έχει φτάσει! Εκμεταλλευτείτε τη θάλασσα, την εξοχή, το κολύμπι και τα διάφορα άλλα καλοκαιρινά σπορ και απολαύστε το φαγητό σας με μέτρο

1ο Πρωινό
1 μερίδα γαλακτοκομικού (1 ποτήρι φρέσκο γάλα ή 1 κεσεδάκι γιαούρτι με 2% λιπαρά)
1 φέτα ψωμί με μέλι ή μαρμελάδα χωρίς πρόσθετη ζάχαρη
1-2 φέτες ψωμί
1 ποτήρι φρέσκο χυμό

2ο Πρωινό
1 ποτήρι φρέσκο γάλα (ελαφρύ ή πλήρες)
30γρ. Δημητριακά
1 κουταλάκι μέλι

Ακόμη και το καλοκαίρι, μια καλή ημέρα ξεκινάει με καλό πρωινό που θα σας δώσει ενέργεια.

Δώστε έμφαση στην κατανάλωση **φρέσκων φρούτων και λαχανικών** που τους καλοκαιρινούς μήνες υπάρχουν σε αφθονία (ροδάκινα, βερίκοκα, κεράσια, πεπόνια, σύκα, καρπούζι, πεπόνι κ.ά.) και συμβάλλουν στην καλύτερη ενυδάτωση. Ο ρόλος των φρούτων και των λαχανικών το καλοκαίρι είναι σημαντικός διότι πέρα από τις φυτικές ίνες, μας εφοδιάζουν επιλέον με βιταμίνες και ιχνοστοιχεία και βοηθούν στη διατήρηση της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας του οργανισμού. Επομένως, στοχεύστε σε καθημερινή κατανάλωση 5 μερίδων φρούτων και λαχανικών, δίνοντας παράλληλα έμφαση στην ποικιλία.

Προσέξτε την ενυδάτωση σας

Το πλέον σημαντικό συστατικό στην διατροφή μας είναι το νερό.

Οι καθημερινές υποχρεωτικές απώλειες νερού από το σώμα μας αυξάνονται το καλοκαίρι λόγω της υψηλής αφίδρωσης, γι΄αυτό είναι πολύ σημαντική η αναπληρωσή τους.

Η έλλειψη νερού οδηγεί σε αφυδάτωση, μικρή ελαστικότητα δέρματος, αύξηση παλμών και θερμοκρασίας και θερμοπληξία. Όταν νιώθουμε δίψα σημαίνει ότι έχουμε καθυστερήσει να πιούμε νερό.

Εκτός από το πόσιμο νερό, καλές πηγές νερού είναι τα φρούτα, τα φρέσκα λαχανικά και οι χυμοί. Τα αναψυκτικά, παρ΄όλο που είναι υγρά, καλό είναι να αποφεύγονται λόγω της ζάχαρης, των θερμίδων και του ανθρακικού που περιέχουν. Χρειαζόμαστε τουλάχιστον 8 ποτήρια νερού καθημερινά.

Εκτός όμως από τα υγρά, θα πρέπει μέσω της διατροφής να αναπληρωθούν και οι απώλειες των ηλεκτρολυτών.

Όσον αφορά το νάτριο, η αναπλήρωσή του είναι ευκολότερη σε σχέση με το κάλιο. Αρκεί να αυξηθεί λίγο η ποσότητα του αλατιού στα φαγητά και μεγάλο μέρος του χαμένου νατρίου θα αναπληρωθεί. Παρόλα αυτά θα πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα οι ομάδες εκείνες του πληθυσμού που πρέπει να λαμβάνουν περιορισμένη ποσότητα νατρίου (π.χ. οι υπερτασικοί). Όσο για το κάλιο, τροφές πλούσιες σε αυτό είναι το το μπρόκολο, η ντομάτα, τα βερίκοκα, η μπανάνα, το πορτοκάλι, η πατάτα, το σπανάκι, κ.ά.

Αλκοόλ με μέτρο

Είναι καλό για όσους καταναλώνουν αλκοόλ να προσπαθήσουν να μην υπερβαίνουν τη συνιστώμενη ποσότητα, δηλαδή 1-2 ποτά ημερησίως. Να θυμόμαστε ότι τα αλκοολούχα ποτά μπορεί να μας ξεδιψάνε στιγμιαία, αλλά ουσιαστικά αυξάνουν την απώλεια υγρών και τη θερμοκρασία του σώματος.

Το καλοκαίρι, σε αντίθεση με το χειμώνα, είναι μία εποχή όπου η δραστηριότητα μας αυξάνεται. Αυτό συμβαίνει διότι βγαίνουμε περισσότερο έξω, οπότε περπατάμε περισσότερο, αλλά και λόγω άλλων δραστηριοτήτων όπως το κολύμπι στην θάλασσα κ.ά. Ως εκ τούτου θα πρέπει να λαμβάνουμε αρκετή ενέργεια καθημερινά χωρίς να επιβαρύνουμε το στομάχι μας με βαριά γεύματα. Θα πρέπει να αποφεύγουμε τα μεγάλα γεύματα και να προτιμούμε μικρά και συχνά, καθώς δεν πρέπει

Tips
ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ

1 Προσοχή **στα κορεσμένα λίπη!** Η διατροφή σας πρέπει να είναι **χαμηλή σε λιπαρά** που περιέχονται κυρίως στα γλυκά και τα παγωτά

2 Αποφύγετε τη συχνή κατανάλωση κόκκινου κρέατος ειδικότερα σε μορφή κιμά (π.χ κεφτεδάκια τηγανητά, διότι μπορούν εύκολα να νοθευτούν)

3 Να προτιμάτε ψάρι 3-4 φορές την εβδομάδα

4 Να προτιμάτε η διατροφή σας να είναι φτωχή σε σάλτσες, λίπη, μπαχαρικά και καρυκεύματα ώστε να είναι πιο εύπεπτη.

5 Τρώτε ελαφρύ βραδινό ώστε να μπορείτε να πιείτε δροσιστικά ποτά και να νιώθετε ανάλαφροι.

6 Προσοχή στη μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ διότι προκαλεί διούρηση και αφυδάτωση. Καλό είναι να αποφεύγετε τα βαριά ποτά, διότι αυξάνουν τη θερμοκρασία του σώματος.

7 Μην ξεχνάτε να τρώτε μικρά και συχνά γεύματα, πρωϊνό-μεσημεριανό-βραδινό

8 Για όσους δεν μπορούν να περιορίσουν τις θερμίδες το καλοκαίρι μπορούν να ασκούνται ευχάριστα κάνοντας διάφορες αθλητικές δραστηριότητες στην παραλία, κολύμπι, περπάτημα κ.ά

9 Μην τρώτε συχνά παγωτά που είναι πλούσια σε θερμίδες. Προτιμάτε τα παγωτά τύπου γρανίτα ή τα τύπου light που είναι χαμηλά σε λιπαρά.

10 Να πίνετε πολύ νερό (8-10 ποτήρια ημερησίως) και να αποφεύγετε την κατανάλωση αναψυκτικών διότι είναι πλούσια σε ζάχαρη.

11 Να τρώτε συχνά φρούτα & λαχανικα εποχής, όπου το καλοκαίρι είναι σε αφθονία.

να μένουμε πολλές ώρες νηστικοί μεταξύ των γευμάτων, γιατί κάτι τέτοιο θα μας οδηγήσει σε υπερβολική πείνα. Καθημερινά πρέπει να καταναλώνουμε 5 γεύματα την ημέρα, 3 κύρια (πρωινό, μεσημεριανό, βραδινό) και 2 σνακ (δεκατιανό, απογευματινό), ώστε να διευκολυνθεί και η διαδικασία της πέψης. Τα λιπαρά είναι τα συστατικά εκείνα των τροφίμων που χρειάζονται τον περισσότερο χρόνο για να διασπαστούν και να απορροφήθουν από τον οργανισμό.

Τα λιπαρά, τα τηγανητά και το κόκκινο κρέας είναι τροφές που θα πρέπει να περιορίσουμε. Ένα μεγάλο και λιπαρό γεύμα θα χρειαστεί αρκετές ώρες για να το πέψουμε και το κόκκινο κρέας μπορεί να έχει τη θέση του σε μία ελαφριά διατροφή μία φορά την εβδομάδα.

Αυτό που πρέπει να αυξήσουμε, μιας και μας προσφέρετε απλόχερα το καλοκαίρι είναι η κατανάλωση ψαριών, διότι είναι ελαφριά τροφή, ιδιαίτερης αξίας, λόγω των λιπαρών Ω3 που περιέχουν.

Η διατροφη που προτείνεται το καλοκαίρι είναι βασισμένη στη μεσογειακή πυραμίδα, δηλαδή στην άφθονη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, στην καθημερινή κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης και ελαιολάδου-κατά προτίμηση ωμού (στο ελαιόλαδο περιέχονται πληθώρα αντιοξειδωτικών ουσιών), στην τακτική πρόσληψη ψαριών και οσπρίων και στην αποφυγή ζωικών λιπών και κρεάτων, ώστε να μην επιβαρύνεται ο οργανισμός από κορεσμένα λίπη.

παιδί

Εκκριτική Ωτίτιδα

Συστροφή Όρχεος

Βιταμίνη D
Η βιταμίνη του ήλιου

Οι διαθλαστικές ανωμαλίες στην παιδική ηλικία

Έναρξη στερεών τροφών στα βρέφη

Αναφυλαξία
Εκπαίδευση παιδιού και γονέων

Πυρετικοί σπασμοί
Τι είναι και πως αντιμετωπίζονται

Μιχαήλ Σούτης
Τομεάρχης Παιδιατρικού Τομέα, Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

Συστροφή Όρχεος

Μία εξαιρετικά **επείγουσα** κατάσταση

Η συστροφή του όρχι αποτελεί ένα εξαιρετικά επείγον χειρουργικό πρόβλημα της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, το οποίο αν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα θα οδηγήσει σε νέκρωση και ατροφία του όρχι. Γι' αυτό το λόγο κάθε αιφνίδια επώδυνη διόγκωση του οσχέου στα παιδιά θα πρέπει να θεωρείται συστροφή του όρχι μέχρις αποδείξεως του εναντίου και να αντιμετωπίζεται άμεσα. Η λήψη του ιστορικού και η λεπτομερής κλινική εξέταση θέτουν τη διάγνωση στα δύο τρίτα των περιπτώσεων, ενώ το υπερηχογράφημα του οσχέου είναι σχεδόν πάντα διαγνωστικό.

Κλινική εικόνα

Η συστροφή εκδηλώνεται συνήθως με έντονο, οξύ και αιφνίδιο άλγος στο όσχεο που επεκτείνεται κατά μήκος του σύστοιχου σπερματικού τόνου προς την πλάγια κοιλιακή χώρα. Ο πόνος συνοδεύεται συχνά από ναυτία ή και εμετό, ενώ δεν υπάρχουν σημεία ουρολοίμωξης, δηλαδή συχνουρία, τσούξιμο, πυρετός κλπ. Είναι πιθανό να αναφέρονται παρόμοια επεισόδια στο ιστορικό που υφέθηκαν αυτόματα (ατελής συστροφή). Η κλινική εικόνα διαφέρει ανάλογα με την ανατομική θέση της συστροφής. Διακρίνουμε δύο παραλλαγές: την εξωελυτρική που αφορά το 5% περίπου των περιπτώσεων και απαντάται συνήθως στα νεογνά, είναι αμφοτερόπλευρη σε ποσοστό 3-20% και συχνότερη σε νεογνά μεγάλου βάρους γέννησης. Η μορφή αυτή αφορά ουσιαστικά τον σπερματικό τόνο και συμβαίνει έξω από τον ελυτροειδή χιτώνα. Η δεύτερη παραλλαγή είναι η ενδοελυτρική συστροφή που αφορά το 95% των περιπτώσεων, απαντάται σε μεγαλύτερα παιδιά και σχετίζεται με ατελή ή ανώμαλη ανάρτηση και καθήλωση του όρχι. Η ατελής ανάρτηση και καθήλωση είναι συχνά αμφοτερόπλευρη. Η παραλλαγή αυτή εμφανίζει μεγαλύτερη επίπτωση στους εφήβους, εκδηλώνεται κλινικά συχνότερα αριστερά, ενώ σε ποσοστό 2% αφορά και τους δύο όρχεις.

Αιτιολογία και παθογένεια

Στην εξωελυτρική μορφή που, όπως είπαμε, απαντάται κυρίως στα νεογνά, ο όρχις συστρέφεται προτού αναπτυχθεί ο μηχανισμός καθήλωσης στο όσχεο, δηλαδή κατά την ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου. Για το λόγο αυτό είναι πρακτικά αδύνατη η διάσωση του όρχι ο οποίος είναι ήδη νεκρωμένος κατά τη γέννηση. Στην ενδοελυτρική παραλλαγή, η οποία είναι και η συχνότερη, ευθύνεται η έλλειψη καθήλωσης που επιτρέπει τη συστροφή λόγω της ελεύθερης ανάρτησης μέσα στον ελυτροειδή χιτώνα. Στην περίπτωση αυτή η στροφή κυμαίνεται από 180 έως 720 μοίρες και απαιτείται η άμεση αποσυστροφή, το πολύ μέσα σε 6-8 ώρες για να διασωθεί ο όρχις. Παραμονή της συστροφής για χρονικό διάστημα πάνω από 24 ώρες προκαλεί νέκρωση και καταστροφή του οργάνου λόγω ισχαιμίας.

Η συστροφή του όρχεος αποτελεί μια εξαιρετικά επείγουσα κατάσταση της παιδικής και εφηβικής ηλικίας που χρειάζεται άμεση διάγνωση και χειρουργική αντιμετώπιση για την αποφυγή νέκρωσης του οργάνου

Διάγνωση

Η διάγνωση θα τεθεί από το ιστορικό και την κλινική εξέταση και θα επιβεβαιωθεί με το υπερηχογράφημα. Αν τίθεται κλινικά υποψία συστροφής δεν θα πρέπει να περιμένουμε το υπερηχογράφημα, αλλά θα πρέπει να προχωρήσουμε άμεσα σε χειρουργική διερεύνηση.

Στα νεογνά συνήθως ψηλαφούμε μία ανώδυνη, σκληρή και συμπαγή μάζα που δεν διαυγάζει και συμφύεται με το όσχεο, πράγμα που υποδηλώνει νέκρωση του όρχι. Στα βρέφη και τα μεγαλύτερα παιδιά υπάρχει αιφνίδια έναρ-

ξη με έντονο άλγος στο όσχεο που συνοδεύεται από διόγκωση της περιοχής και ναυτία ή και εμετό στο ένα τρίτο των ασθενών. Στην ψηλάφηση ο όρχις είναι επώδυνος, οιδηματώδης και βρίσκεται σε υψηλότερη θέση από το κανονικό. Υπάρχει επίσης ερυθρότητα στην περιοχή και αντιδραστική υδροκήλη. Εάν η κατάσταση δεν αντιμετωπισθεί άμεσα θα επέλθει νέκρωση λόγω ισχαιμίας και στην περίπτωση αυτή θα υποχωρήσει και ο πόνος.

Η διαφορική διάγνωση της συστροφής γίνεται κυρίως από τη συστροφή των εμβρυϊκών αποφύσεων του όρχι (κύστη Morgagni), όπου η συμπτωματολογία είναι ηπιότερη και το ιστορικό πιο μακροχρόνιο. Το υπερηχογράφημα είναι σχεδόν πάντα διαγνωστικό. Πιο σπάνια η κλινική εικόνα θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από άλλες παθήσεις της περιοχής, όπως οι φλεγμονές (ορχεοεπιδιδυμίτιδα), η υδροκήλη, οι όγκοι του όρχεος και το ιδιοπαθές οίδημα του οσχέου.

Θεραπεία

Στα νεογνά η θεραπεία συνίσταται στην αφαίρεση του ήδη νεκρωμένου όρχι με ταυτόχρονη καθήλωση του υγιούς ώστε να αποκλειστεί το ενδεχόμενο συστροφής του στο μέλλον. Όπως είναι κατανοητό, δεν υπάρχει καμία πιθανότητα διάσωσης του όρχι, αφού η συστροφή έχει συμβεί κατά την ενδομήτρια ζωή. Αντίθετα στα βρέφη και τα μεγαλύτερα παιδιά επιβάλλεται η άμεση χειρουργική διερεύνηση του οσχέου με σκοπό την αποσυστροφή και επαναφορά του όρχι και τον έλεγχο της βιωσιμότητας του. Η τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων κατά την επέμβαση βοηθά σημαντικά στην επαναφορά της κυκλοφορίας. Εάν ο όρχις επανέλθει και κριθεί βιώσιμος,τότε καθηλώνεται με ραφές στο όσχεο, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να καθηλωθεί και ο άλλος για την πιθανότητα συστροφής. Εάν υπάρχει ισχαιμική νέκρωση, ο όρχις αφαιρείται και καθηλώνεται ταυτόχρονα ο υγιής. Αργότερα και συνήθως στην προεφηβική ηλικία τοποθετείται σιλικονούχο μόσχευμα στη θέση του αφαιρεθέντος όρχι τόσο για ψυχολογικούς, όσο και για αισθητικούς λόγους. Έχει αποδειχθεί με διάφορες μελέτες ότι εάν η επέμβαση καθυστερήσει πάνω από 6-8 ώρες το ποσοστό διάσωσης του όρχι κυμαίνεται από 55-85%. Καθυστέρηση πέραν του 24ώρου σημαίνει πρακτικά νέκρωση και ο νεκρωμένος όρχις πρέπει να αφαιρείται, επειδή προκαλεί παθολογικές αλλοιώσεις στον υγιή μέσω αυτοάνοσων μηχανισμών. Τέλος, έχει παρατηρηθεί μειωμένη γονιμότητα σε ενήλικες με ιστορικό μονόπλευρης συστροφής πιθανώς λόγω κάκωσης, προϋπάρχουσας παθολογικής κατάστασης που προδιαθέτει σε ανώμαλη σπερματογένεση, καθώς και ανάπτυξης αυτοάνοσου μηχανισμού από την μη αφαίρεση νεκρωμένου όρχι,όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

Συμπέρασμα

Η συστροφή του όρχεος αποτελεί μια εξαιρετικά επείγουσα κατάσταση της παιδικής και εφηβικής ηλικίας που χρειάζεται άμεση διάγνωση και χειρουργική αντιμετώπιση για την αποφυγή νέκρωσης του οργάνου, που ενδεχομένως θα έχει επιπτώσεις στη γονιμότητα του αυριανού ενήλικα.

Εκκριτική Ωτίτιδα

«Χρόνια μέση ωτίτιδα με υγρό» στα παιδιά

Μιχαήλ Τσακανίκος

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
Χειρουργός, Παιδο ΩΡΛ,
Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος,
Ευρωκλινική Παίδων

Η κατάσταση αυτή (όχι πάθηση κατ' ουσίαν) χαρακτηρίζεται από συλλογή και παραμονή υγρού στο μέσο αυτί (πίσω από το τύμπανο) **(τμήμα 2, εικ .1)** χωρίς τα συμπτώματα της γνωστής μας οξείας μέσης πυώδους ωτίτιδας (πόνο, πυρετό, κακή διάθεση κ.λπ.)

Ποια είναι επομένως τα πιθανά συμπτώματα της εκκριτικής ωτίτιδας σε ένα παιδί; Πολύ συχνά οι γονείς (αλλά και τα στενά πρόσωπα, κυρίως παππούδες και γιαγιάδες, τα άτομα που φροντίζουν το παιδί, καθώς και οι δάσκαλοι) αναφέρουν ότι το παιδί, που άκουγε μέχρι πρότινος γενικά καλά, τελευταία δεν τους δίνει σημασία. Θέλει πλέον πιο δυνατά την τηλεόραση και ρωτάει «τι» και «τι». Κάποιοι μάλιστα το χαρακτηρίζουν παιχνίδι ή αδιαφορία, γιατί «μεγαλώνει και γίνεται αντιδραστικό». Όμως η πραγματικότητα είναι άλλη. Το παιδί έχει όλα αυτά τα συμπτώματα, διότι η συλλογή και παραμονή του υγρού στο μέσο αυτί (το οποίο μειώνει την κινητικότητα του τυμπανοοσταριώδους συστήματος και την ορθή μεταφορά των ηχητικών σημάτων) προκαλεί βαρηκοϊα (συνήθως ελαφρά) χωρίς να έχει άλλα συμπτώματα (γι' αυτό λέγεται και «σιωπηλή» ωτίτιδα).

Ισως κάποια μεγαλύτερα παιδιά να παραπονεθούν για «μπούκωμα» και περίεργους ήχους του αυτιού που μπορεί να υποχωρούν όταν χασμουριέται, μασάει ή καταπίνει. Σπάνια, μπορεί να πα-

ραπονούνται ότι ακούν περίεργα τη φωνή τους.

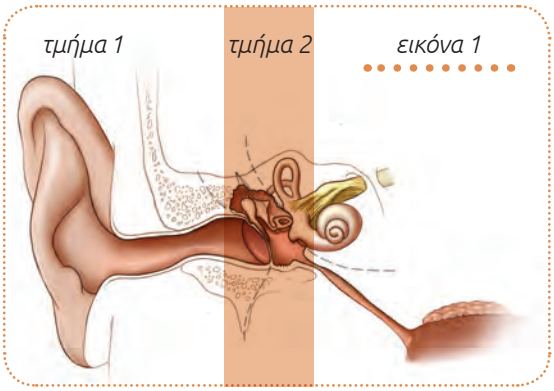
Η εκκριτική ωτίτιδα είναι πιο συχνή σε παιδιά προσχολικής και πρώτης σχολικής ηλικίας και πολλές φορές παρουσιάζεται μετά απο οξεία μέση πυώδη ωτίτιδα (ακόμη και αν αντιμετωπίστηκε με φάρμακα) ή μετά απο επίμονη καταρροή. Η κατάσταση αυτή δεν πρέπει να περνάει απαρατήρητη, γιατί και η ελαφρά βαρηκοΐα - που για ένα ενήλικα μπορεί να είναι αμελητέα- για ένα παιδί είναι πολύ σημαντική και μπορεί να προκαλέσει προβλήματα μάθησης (μειωμένη απόδοση στο σχολείο) αλλά και συμπεριφοράς, όπως ανεξήγητος εκνευρισμός (πιο σπάνια).

Καλό είναι το παιδί με τέτοια συμπτώματα να παραπέμπεται στον ειδικό παιδο-ωτορινολαρυγγολόγο. Κατά την επίσκεψη στον ειδικό, αρχικά θα δοθούν σημαντικές πληροφορίες με το λεπτομερές ιστορικό του παιδιού. Στη συνέχεια με την κλινική εξέταση του παιδιού και τη βοήθεια ειδικών συστημάτων (ωτοσκόπια, τυμπανογράφο, κ.λπ.) εμπεδώνεται η διάγνωση της εκκριτικής ωτίτιδας, η οποία θα πρέπει να διακρίνεται από άλλες μορφές μέσης ωτίτιδας.

Για τη σωστή αντιμετώπιση της εκκριτικής ωτίτιδας στα πλαίσια της εξέτασης του παιδιού θα πρέπει να διερευνάται και η πιθανή αιτία. Γι' αυτό ίσως χρειαστούν κάποιες επιπλέον εξετάσεις, όπως:

- Ενδοσκόπηση μύτης και ρινοφάρυγγα. Γίνεται συνήθως με λεπτό εύκαμπτο ενδοσκόπιο, που είναι ανεκτό από τα παιδιά ή ευθύ λεπτό ενδοσκόπιο. Οι ακτινογραφίες αποφεύγονται -λόγω ακτινοβολίας -γίνονται δε μόνο ελλείψει ενδοσκοπίων.

Με την ενδοσκόπηση αναγνωρίζονται προβλήματα της μύτης, όπως η σκολίωση του ρινικού διαφράγματος (στραβό διάφραγμα), η υπερτροφία των κογχών-αλλεργική ρινίτιδα και κυρίως **η υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων**. Οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις (κρεατάκια) συνήθως είναι υπεύθυνες για την εκκριτική ωτίτιδα αλλά και για άλλα προβλήματα (ρινίτιδες, ροχαλητό και άπνοιες) στα παιδιά.



Η εκκριτική ωτίτιδα είναι πιο συχνή σε παιδιά προσχολικής και πρώτης σχολικής ηλικίας και πολλές φορές παρουσιάζεται μετά απο οξεία μέση πυώδη ωτίτιδα (ακόμη και αν αντιμετωπίστηκε με φάρμακα) ή μετά απο επίμονη καταρροή

- Μπορεί επίσης να χρειαστεί να γίνει αλλεργιολογικός έλεγχος, αν κατά την κλινική εξέταση αναγνωριστούν σημεία αλλεργίας.

Με όλα αυτά τα δεδομένα ο παιδο-ωτορινολαρυγγολόγος θα αποφασίσει πώς θα αντιμετωπιστεί το παιδί σας. Να σημειωθεί ότι κάθε παιδί έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες. Μπορεί π.χ. να υπάρχουν ανατομικές και λειτουργικές διαταραχές στόματος-φάρυγγα, ρινοφάρυγγα, ιδιαίτερα ίσως προβλήματα υγείας και επομένως κάθε παιδί αντιμετωπίζεται σαν ξεχωριστή οντότητα.

Οι **επιλογές της αντιμετώπισης** της εκκριτικής ωτίτιδας είναι:

- **Συντηρητική αντιμετώπιση**

Μπορεί να χορηγηθούν κάποια φάρμακα αρχικά - αν δεν εχει πάρει μέχρι τότε το παιδί - αλλιώς δεν δίνεται καμία αγωγή και παρακολουθείται ανά μήνα για ένα τρίμηνο. Υπάρχουν αρκετές πιθανότητες μέσα σ' αυτό το διάστημα να γίνει αυτόματη ίαση (φυσική πορεία της νόσου). Οι πιθανότητες αυτόματης ίασης είναι πολύ περισσότερες τους καλοκαιρινούς μήνες.

- **Χειρουργική αντιμετώπιση**

Η χειρουργική επέμβαση είναι η μυριγγοτομή - με τη χρήση μικροσκοπίου γίνεται μικρή τρύπα στο τύμπανο και αφαίρεση του υγρού με ειδική αναρρόφηση. Στη φάση αυτή θα αποφασιστεί από το χειρουργό ΩΡΛ, αν θα τοποθετηθεί σωληνίσκος αερισμού.

Ο σωληνίσκος αερισμού - ανάλογα με τον τύπο - έχει διάρκεια ζωής 8 - 10μήνες και συνήθως αποβάλλεται σταδιακά από τον οργανισμό, ενώ παράλληλα γίνεται αυτόματα σύγκλειση της τρύπας του τυμπάνου. Όσο υπάρχει ο σωληνίσκος, ο οποίος ελέγχεται ανα μήνα απο τον ΩΡΛ, χρειάζονται κάποιες προφυλάξεις από το νερό. Γενικά, στα πλαίσια της παρακολούθησης ενός παιδιού με εκκριτική ωτίτιδα, αν το τέλος του τριμήνου συμπίπτει με τις αρχές του καλοκαιριού και το υγρό παραμένει, δίνουμε το περιθώριο της αναμονής μέχρι το τέλος του καλοκαιριού**,** για δύο λόγους:

1. της πιθανότητας αυτόματης ίασης (~50%) και
2. των προβλημάτων που θα έχει το παιδί (ιδιαίτερα τα μεγαλύτερα) με τα θαλασσινά μπάνια, αν γίνει επέμβαση με σωληνίσκους αρχές καλοκαιριού.

Εξαίρεση αποτελούν τα παιδιά με γνωστή συνυπάρχουσα νευροαισθητήρια βαρηκοΐα όπου η εκκριτική ωτίτιδα επιβαρύνει τη βαρηκοΐα τους.

Η επέμβαση αυτή είναι μικρή και μικρής διάρκειας. Γίνεται πάντα υπό γενική αναισθησία και συνήθως συνδυάζεται με αδενοτομή ή και αμυγδαλεκτομή, εφόσον βέβαια έχουν προκύψει τέτοιες ενδείξεις κατά την κλινική εξέταση του παιδιού.

Ο **προληπτικός** έλεγχος είναι απαραίτητος

Οι διαθλαστικές ανωμαλίες στην παιδική ηλικία

Σταμάτης Γκατζώνης
Διευθυντής Παιδοφθαλμολογικού Τμήματος Ευρωκλινική Παίδων

Οι διαθλαστικές ανωμαλίες των ματιών στην παιδική ηλικία είναι η μυωπία, η υπερμετρωπία και ο αστιγματισμός. Η σωστή διόρθωση τους στην περίοδο ωρίμανσης του οπτικού συστήματος έχει μεγάλη σημασία, γιατί έτσι θα εξασφαλισθεί η άρτια ανάπτυξη και η άριστη λειτουργία του οπτικού συστήματος στην ενήλικη ζωή.

α. Υπερμετρωπία

Οφείλεται κατά κανόνα στο μικρό αξονικό μήκος του ματιού. Στη νεογνική και βρεφική ηλικία το προσθιοπίσθιο μήκος των ματιών είναι μικρότερο από το κανονικό, γι' αυτό μια χαμηλή υπερμετρωπία έως 3 βαθμούς που δεν συνοδεύεται από υψηλό αστιγματισμό (έως 1 βαθμό) είναι η πιο κοινή και φυσιολογική διαθλαστική κατάσταση.

Κατά συνέπεια η χαμηλή υπερμετρωπία είναι μια φυσιολογική κατάσταση στην παιδική ηλικία. Δεν χρειάζεται γυαλιά και δεν δημιουργεί κάποιο πρόβλημα στο παιδί. Εξαίρεση αποτελεί η συνύπαρξή της με στραβισμό.

Αν η υπερμετρωπία υπερβαίνει τους 3 βαθμούς και αναλογικά με την ηλικία, μπορεί να χρειασθεί να διορθωθεί μερικά ή και πλήρως με γυαλιά. Στην περίπτωση

Ο τακτικός οφθαλμολογικός έλεγχος στα πρώτα χρόνια της ζωής είναι απαραίτητος, γιατί μπορεί να μειώσει ραγδαία την επίπτωση και τη νοσηρότητα οφθαλμικών παθήσεων που είτε υπάρχουν από τη γέννηση είτε εμφανίζονται μέσα στα πρώτα χρόνια της ζωής

Ο προληπτικός παιδοφθαλμολογικός έλεγχος στην προσχολική ηλικία θα πρέπει να γίνεται στην γέννηση, στους 6-12 μήνες, στον 3 και 5ο χρόνο της ζωής

που ο παιδοοφθαλμίατρος κρίνει πως χρειάζονται γυαλιά υπερμετρωπίας αυτά θα πρέπει να φοριούνται από το παιδί συνέχεια (full-time).

β. Μυωπία

Οφείλεται στο μεγάλο προσθοπίσθιο άξονα του ματιού (αξονική μυωπία), την μεγάλη διαθλαστική δύναμη (διαθλαστική μυωπία) του οπτικού συστήματος (κερατοειδής - φακός) ή και τα δύο. Ο μύωπας βλέπει θολά κυρίως μακριά. Η μυωπία μπορεί να υπάρχει από τη γέννηση, ονομάζεται **συγγενής μυωπία** και στην περίπτωση αυτή είναι συνήθως υψηλή (πάνω από 6 βαθμούς), ενώ συχνά συνδυάζεται με αστιγματισμό. Η **κλασσική σχολική μυωπία** εμφανίζεται κατά τη διάρκεια των σχολικών χρόνων και τείνει να εξελίσσεται παράλληλα με τη σωματική ανάπτυξη. Η **εκφυλιστική μυωπία** είναι η τρίτη μορφή της πάθησης, η οποία συνεχίζει να αυξάνει και στην ενήλικη ζωή. Η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση μυωπίας. Καθοριστικό όμως ρόλο φαίνεται να παίζουν και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Πρόσφατες πολυκεντρικές μελέτες έχουν δείξει ότι η έκθεση των παιδιών σε ανοιχτούς χώρους με ηλιοφάνεια δρα ανασταλτικά τόσο στην εμφάνιση όσο και στην εξέλιξη της μυωπίας.

γ. Αστιγματισμός

Στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται σε διαταραχές του σχήματος του κερατοειδούς χιτώνα, του εξωτερικού χιτώνα των ματιών, ο οποίος δεν είναι τέλεια σφαιρικός. Αυτή η διαφορά στην καμπυλότητα του κερατοειδή προκαλεί θόλωση κυρίως στην μακρινή όραση. Το παιδί δυσκολεύεται να διαβάσει γράμματα και αριθμούς (όπως το 9, το 8, το 5, το 6) από απόσταση.

Ο αστιγματισμός είναι συχνός στα νεογέννητα, καθώς πάνω από το 60% έχουν έως και 2 βαθμούς, αλλά τείνει να μειώνεται μέσα στα πρώτα 2-3 χρόνια της ζωής. Ο αστιγματισμός που παραμένει μετά από αυτή την ηλικία συνήθως δεν αλλάζει και θα συνοδεύει το παιδί στην ενήλικη ζωή του.

Πότε δίνουμε γυαλιά;

Χορηγούνται σύμφωνα με διεθνή πρωτόκολλα καθορισμένα από την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής Οφθαλμολογίας και πάντα μετά από σκιασκοπία με κυκλοπληγία. Άρα μπορούμε να πούμε ότι:

α. υπερμετρωπία πάνω από 3 διοπτρίες που συνοδεύεται από αστιγματισμό ή ακόμα περισσότερο από στραβισμό πρέπει να διορθώνεται και μάλιστα στην τελευταία περίπτωση πλήρως,

β. υψηλή μυωπία πάνω από 5 διοπτρίες διορθώνεται σταδιακά, ενώ στις ετερόπλευρες περιπτώσεις και ιδιαίτερα στη συγγενή μορφή έχει ένδειξη η χρήση φακού επαφής,

γ. αστιγματισμός πάνω 1 διοπτρία, ιδιαίτερα εάν υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο ματιών στη δύναμη ή τον άξονά του, διορθώνεται από την ηλικία των 2.5-3ετών για να αποτραπεί το ενδεχόμενο εγκατάστασης αμβλυωπίας ("τεμπέλιασμα" του περισσότερο αμετρωπικού ματιού).

Η έγκαιρη (μέσα στην "κρίσιμη" περίοδο ωρίμανσης του οπτικού συστήματος) και σωστή διαθλαστική διόρθωση εξασφαλίζει ενήλικες με άρτια ανεπτυγμένο οπτικό σύστημα και άριστη όραση. Ο τακτικός οφθαλμολογικός έλεγχος στα πρώτα χρόνια της ζωής είναι απαραίτητος, γιατί μπορεί να μειώσει ραγδαία την επίπτωση και τη νοσηρότητα οφθαλμικών παθήσεων που είτε υπάρχουν από τη γέννηση είτε εμφανίζονται μέσα στα πρώτα χρόνια της ζωής. Η επίδραση των παθήσεων αυτών στην όραση του αυριανού ενήλικα είναι καθοριστική. Κι αυτό, γιατί «μαθαίνουμε να βλέπουμε», όπως μαθαίνουμε να μιλάμε. Ένας οφθαλμός που δεν μαθαίνει να βλέπει μέσα στα πρώτα χρόνια της ζωής, θα είναι για πάντα αμβλυωπικός, δηλαδή θα έχει μειωμένη οπτική ικανότητα. Το γεγονός αυτό μετά τα πρώτα χρόνια της ζωής, δεν αντιστρέφεται με κάποια θεραπεία.

Σύμφωνα με τις διεθνείς συστάσεις ο προληπτικός παιδοφθαλμολογικός έλεγχος στην προσχολική ηλικία θα πρέπει να γίνεται στην γέννηση, στους 6-12 μήνες, στον 3 και 5ο χρόνο της ζωής.

Διατίθεται αποκλειστικά από τα φαρμακεία

Novalac

PREMIUM

Εμπλουτισμένη Διατροφή για Ιδανική Ανάπτυξη Βρεφών

Το **Novalac PREMIUM** είναι εμπλουτισμένο με

- ✓**ΠΡΕΒΙΟΤΙΚΑ GOS**
- ✓**DHA**
- ✓**ΝΟΥΚΛΕΟΤΙΔΙΑ**

για Ιδανική Ανάπτυξη των Βρεφών

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

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

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

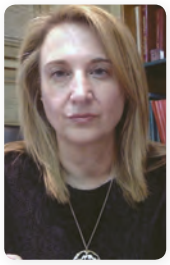
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

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

VI-7063-novalac-3/2017

Έναρξη στερεών τροφών στα βρέφη

και πιθανές επιπτώσεις στην υγεία τους



Παναγιώτα Καφρίτσα

Διευθύντρια Γαστρεντερολόγος, Ευρωκλινική Παίδων

Η εισαγωγή των στερεών τροφών αποτελεί αναμφίβολα «δημοφιλές», αλλά και ταυτόχρονα αμφιλεγόμενο θέμα στην ιατρική βιβλιογραφία. Διαχρονικά υπάρχουν αλλαγές στις συστάσεις. Διαφορετικές διαδικασίες απογαλακτισμού βασισμένες σε επιστημονικά δεδομένα, αλλά και διαφορετικές πολιτισμικές και πληθυσμιακές συνήθειες καθορίζουν την εφαρμοζόμενη πρακτική ανά χώρα.

Οι συχνές αλλαγές συστάσεων στη διατροφή τα τελευταία 50 χρόνια, αντικατοπτρίζουν την προσπάθεια αποφυγής χρόνιων νοσημάτων, όπως των αλλεργικών παθήσεων, του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, της κοιλιοκάκης και του μεταβολικού συνδρόμου, που μπορεί να συνδέονται και με την έναρξη των στερεών τροφών στα βρέφη. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συστήνει αποκλειστικό μητρικό θηλασμό τους πρώτους 6 μήνες και τουλάχιστον μέχρι τα 2 έτη και έναρξη συμπληρωματικών τροφών μετά τον 6ο μήνα. Η Αμερικανική Παιδιατρική εταιρεία, η Ευρωπαϊκή Αρχή για την Ασφάλεια των Τροφίμων (EFSA) και η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής (ESPGHAN) συστήνουν ότι ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός τους πρώτους 6 μήνες πρέπει να είναι ο «επιθυμητός στόχος», ενώ η εισαγωγή συμπληρωματικών τροφών μπορεί να γίνει μεταξύ 17ης και 26ης εβδομάδας και ενώ το βρέφος συνεχίζει να θηλάζει. Οι διαφορές αυτές στις συστάσεις προκύπτουν, κυρίως, από τις αντιθέσεις στον ορισμό του απογαλακτισμού αφού ο ΠΟΥ θεωρεί ως συμπληρωματική τροφή και το ξένο γάλα.

Εισαγωγή στερεών τροφών και αλλεργία

Προοδευτική αύξηση στη συχνό-

τητα των αλλεργικών παθήσεων και ειδικότερα της τροφικής αλλεργίας, έχει βρεθεί τα τελευταία χρόνια μεταξύ των παιδιών σε Ευρώπη και Αμερική. Οι αιτίες της αυξανόμενης συχνότητας δεν είναι απολύτως σαφείς και πιθανολογούνται παράγοντες, όπως η γενετική προδιάθεση και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, οι διατροφικές συνήθειες και ειδικά η διατροφή κατά τους πρώτους μήνες της ζωής.

Με βάση τα αποτελέσματα μελετών που δημοσιεύτηκαν στη δεκαετία του '90, επιστημονικές εταιρείες εξέδωσαν διατροφικές συστάσεις για τον απογαλακτισμό, ιδιαίτερα για τα παιδιά με κίνδυνο αλλεργίας, οι οποίες περιελάμβαναν καθυστερημένη εισαγωγή των αλλεργιογόνων τροφών, όπως το φρέσκο γάλα μετά την ηλικία των 12 μηνών και το αυγό μετά τους 24 μήνες.

Αργότερα όμως, τα δεδομένα άλλαξαν, καθώς νέες μελέτες έδειξαν ότι η καθυστέρηση της εισαγωγής των τροφών, όχι μόνο δεν μειώνει τη συχνότητα των αλλεργικών παθήσεων και την ευαισθητοποίηση, αλλά θα μπορούσε ακόμη και να αυξήσει τον κίνδυνο της ατοπίας.

Συνολικά, τα μέχρι τώρα στοιχεία δείχνουν ότι η καθυστερημένη εισαγωγή των τροφών στη διατροφή του βρέφους, δεν ωφελεί την αποφυγή αλλεργιών. Σύμφωνα με τις τελευταίες συστάσεις που έχουν εκδοθεί από την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (AAP), την Ευρωπαϊκή Ακαδημία Αλλεργίας και Κλινικής Ανοσολογίας (EAACI), και την ESPGHAN, αναγνωρίζεται ότι δεν υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία για να δικαιολογήσουν την καθυστερημένη εισαγωγή των στερεών τροφών, ακόμη και για εκείνες που αναγνωρίζονται ως περισσότερο αλλεργιογόνες, για τη μείωση αλλεργικών παθήσεων. Σημαντικά, επίσης, στοιχεία προέκυψαν για τον ευεργετικό ρόλο του μητρικού γάλακτος στην ανάπτυξη της ανοχής. Ως εκ τούτου, ο απογαλακτισμός, εφόσον συντελεστεί παράλληλα με το θηλασμό, μπορεί να μειώσει την εμφάνιση των αλλεργιών.

Η Αμερικανική Παιδιατρική εταιρεία, η Ευρωπαϊκή Αρχή για την Ασφάλεια των Τροφίμων (EFSA) και η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής (ESPGHAN) συστήνουν ότι ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός τους πρώτους 6 μήνες πρέπει να είναι ο «επιθυμητός στόχος», ενώ η εισαγωγή συμπληρωματικών τροφών μπορεί να γίνει μεταξύ 17ης και 26ης εβδομάδας και ενώ το βρέφος συνεχίζει να θηλάζει

Εισαγωγή γλουτένης και επίπτωση κοιλιοκάκης και σακχαρώδη διαβήτη

Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι η εισαγωγή γλουτένης μεταξύ 4ου και 6ου μήνα θα μπορούσε να μειώσει τον κίνδυνο της κοιλιοκάκης. Σύμφωνα με αυτές, η ESPGHAN το 2008 πρότεινε να αποφευχθεί τόσο η πρώιμη (<17 εβδομάδων) όσο και η όψιμη εισαγωγή (> 26 εβδομάδων) της γλουτένης. Προτάθηκε, επίσης, να γίνεται σταδιακή εισαγωγή γλουτένης, ενώ το βρέφος εξακολουθεί να τρέφεται με μητρικό γάλα, με σκοπό την πρόληψη της κοιλιοκάκης, αφού παλαιότερες μελέτες απέδειξαν τον προστατευτικό ρόλο του μητρικού θηλασμού στην επίπτωση της κοιλιοκάκης. Νέα πρόσφατα στοιχεία όμως έδειξαν ότι η χορήγηση γλουτένης μεταξύ 16ης - 24ης εβδομάδας δεν προφυλάσσει από την εκδήλωση κοιλιοκάκης. Φαίνεται επίσης ότι, όποτε και να εισαχθεί η γλουτένη μετά τον 6ο μήνα, η επίπτωση κοιλιοκάκης είναι ίδια, απλώς διαφέρει η χρονική εκδήλωση της νόσου. Συστήνεται όμως η χορήγηση γλουτένης σε μικρές ποσότητες τον πρώτο χρόνο ζωής, αν και δεν έχει μέχρι τώρα βρεθεί η ιδανική ποσότητα γλουτένης που πρέπει να χορηγείται.

Εισαγωγή στερεών τροφών και μεταβολικό σύνδρομο

Ο όρος «μεταβολικό σύνδρομο» αναφέρεται σε μια κλινική κατάσταση με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, εξαιτίας της παρουσίας παραγόντων, όπως η παχυσαρκία, η δυσλιπιδαιμία, η παθολογική αντίσταση στην ινσουλίνη και η αρτηριακή υπέρταση.

Η υψηλή πρόσληψη ενέργειας και πρωτεΐνης στη βρεφική ηλικία μπορεί να σχετίζεται με την αύξη-

ση του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και του σωματικού λίπους. Η υπερβολική πρωτεΐνη διεγείρει την έκκριση της ινσουλίνης και IGF1, με αποτέλεσμα τη λιπογένεση και τη διαφοροποίηση των λιποκυττάρων. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει συσχέτιση μεταξύ αυξημένου σωματικού βάρους στη βρεφική ηλικία και κινδύνου παχυσαρκίας αργότερα. Αντίστοιχα, μεγαλύτερο ενεργειακό φορτίο στην ηλικία των 4 μηνών σε βρέφη με μικτή διατροφή, συνδέθηκε με αυξημένο ΔΜΣ στην ηλικία 1 έως 5 ετών. Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη σχέση μεταξύ υψηλής πρόσληψης πρωτεΐνης στη βρεφική ηλικία και την αυξημένου ΔΜΣ στην παιδική ηλικία δείχνει ότι η πρόσληψη πρωτεϊνών άνω του 15% της συνολικής ενέργειας μεταξύ 6 και 24 μηνών, μπορεί να οδηγήσει σε παχυσαρκία στην παιδική ηλικία, ευνοώντας πιθανώς την ανάπτυξη παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή.

Δεν υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ του χρόνου της εισαγωγής συμπληρωματικών τροφών και της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία, αλλά κάποια στοιχεία δείχνουν ότι η πρώιμη εισαγωγή (πριν από τους 4 μήνες) μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο της παιδικής παχυσαρκίας. Ιδιαίτερα μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για τα βρέφη που παίρνουν ξένο γάλα συγκριτικά με αυτά που θηλάζουν.

Σε γενικές γραμμές, η υποκατάσταση υπερθερμιδικών και υψηλών σε πρωτεΐνες τροφών με τρόφιμα που έχουν χαμηλότερη ενεργειακή πυκνότητα, (δημητριακά, φρούτα και λαχανικά) μπορεί να είναι μια πιθανή προσέγγιση για τη μείωση του κινδύνου της παχυσαρκίας. Δεν υπάρχει κανένα θρεπτικό όφελος στη χορήγηση χυμών φρούτων και λαχανικών, καθώς και άλλων ζαχαρούχων ροφημάτων σε βρέφη, τους πρώτους μήνες της ζωής, γιατί συνδέονται με την παιδική παχυσαρκία. Η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία συνιστά τα βρέφη να μην πίνουν χυμούς φρούτων και να προτιμώνται τα ολόκληρα φρούτα, πολτοποιημένα ή ομογενοποιημένα.

Συμπεράσματα

Η ηλικία εισαγωγής των στερεών τροφών στο βρέφος συμβαδίζει αρχικά με την αναπτυξιακή του ωρίμανση. Ως αρχή της εισαγωγής των στερεών τροφών παραμένει ότι ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός τους πρώτους 6 μήνες αποτελεί έναν επιθυμητό στόχο. Είναι σκόπιμο να εισαχθούν τα στερεά τρόφιμα μαζί με το μητρικό γάλα όχι πριν από την ηλικία των 4 έως 6 μηνών. Δεν είναι σκόπιμο να καθυστερήσει η εισαγωγή των πιθανών αλλεργιογόνων τροφών με στόχο την πρόληψη της ανάπτυξης αλλεργικών παθήσεων. Φαίνεται, επίσης, ότι όποτε και να εισαχθεί η γλουτένη μετά τον 6ο μήνα, η επίπτωση κοιλιοκάκης είναι ίδια, απλά η χρονική εκδήλωση της νόσου διαφέρει. Συστήνεται επίσης η χορήγηση γλουτένης σε μικρές ποσότητες τον πρώτο χρόνο ζωής, αν και δεν έχει μέχρι τώρα βρεθεί η ιδανική ποσότητα που πρέπει να χορηγείται.

Δεν υπάρχει σαφής συσχετισμός μεταξύ της χρονικής στιγμής εισαγωγής συμπληρωματικών τροφών και του κινδύνου παχυσαρκίας, διαβήτη τύπου 2 και καρδιαγγειακής νόσου. Η υπερβολική πρόσληψη πρωτεΐνης - περισσότερο από το 15% των ολικών θερμίδων - κατά τη διάρκεια του απογαλακτισμού έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο υπερβολικού βάρους – παχυσαρκίας - σε μεγαλύτερη ηλικία, ενώ η υπερβολική πρόσληψη ενέργειας εξακολουθεί να είναι ένας πρωταρχικός παράγοντας για ανάπτυξη παχυσαρκίας.

Συμπερασματικά ο τρόπος απογαλακτισμού και η διατροφή του δευτέρου εξαμήνου της βρεφικής ηλικίας έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα για την πρόληψη ή αποφυγή μακροπρόθεσμων συνεπειών από τις διατροφικές επιλογές.

Η υπερβολική πρόσληψη πρωτεΐνης - περισσότερο από το 15% των ολικών θερμίδων - μεταξύ 6 και 24 μηνών έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο υπερβολικού βάρους – παχυσαρκίας - σε μεγαλύτερη ηλικία

Συστήνεται επίσης η χορήγηση γλουτένης σε μικρές ποσότητες τον πρώτο χρόνο ζωής, αν και δεν έχει μέχρι τώρα βρεθεί η ιδανική ποσότητα που πρέπει να χορηγείται

Βιταμίνη D

Η βιταμίνη του ήλιου

Νικολέττα Χριστίνα Κάσσου
Παιδίατρος, Αναπληρώτρια Διευθύντρια, Ευρωκλινική Παίδων

Η βιταμίνη D είναι μια λιποδιαλυτή βιταμίνη με πρωταγωνιστικό ρόλο στην επαρκή διατήρηση της αρχιτεκτονικής των οστών και τη φυσιολογική ομοιοστασία του ασβεστίου. Ρυθμίζει την απορρόφηση του ασβεστίου και του φωσφόρου από το γαστρεντερικό σύστημα, το μεταβολισμό του ασβεστίου των οστών και την καλή λειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος.

Εκτός από αυτό τον γνωστό ρόλο, η Βιταμίνη D, παίζει σημαντικό ρόλο στο ανοσοποιητικό σύστημα και στην πρόληψη ορισμένων παθήσεων, όπως λοιμώξεις, αυτοάνοσα νοσήματα, ορισμένες μορφές καρκίνου και διαβήτης τύπου 2. Η κύρια πηγή βιταμίνης D για τους ανθρώπους είναι η βιταμίνη D3 σε ποσοστό 90%, η οποία συντίθεται στο δέρμα με τη δράση της υπεριώδους ακτινοβολίας.

Η βιταμίνη D παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία των οστών και τη φυσιολογική ανάπτυξη τον παιδιών και η κύρια πηγή της είναι η σύνθεση στο δέρμα μετά από έκθεση στον ήλιο

Άλλη πηγή βιταμίνης D είναι οι τροφές. Λίγες τροφές όμως περιέχουν βιταμίνη D. Ορισμένα είδη ψαριών όπως ο σολομός, το σκουμπρί και η σαρδέλα, ο κρόκος του αυγού, καθώς και κάποιες τροφές που έχουν εμπλουτιστεί με βιταμίνη D όπως η μαργαρίνη. Αυτές οι τροφές όμως δεν είναι τόσο ελκυστικές για τα παιδιά.

Η έκθεση στον ήλιο του προσώπου και των χεριών για 10 -15 λεπτά την ημέρα είναι επαρκής για τη σύνθεση των ημερησίων αναγκών σε βιταμίνη D. Η σύνθεση της βιταμίνης D στο δέρμα έχει περιοριστεί λόγω των σύγχρονων-συνθηκών διαβίωσης (καθιστική ζωή, νέφος, χρήση αντιηλιακών και γυαλιών ηλίου). Η χρήση αντιηλιακού με αυξημένο δείκτη προστασίας (πάνω από 30) μειώνει κατά 95% τη σύνθεση βιταμίνης D. Είναι σημαντικό όμως να αποφεύγουμε την έκθεση στον ήλιο μεταξύ 11 πμ και 4 μμ τους καλοκαιρινούς μήνες, λόγω κινδύνου ηλιακού εγκαύματος και καρκίνου του δέρματος. Αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ανεπάρκειας ή έλλειψης βιταμίνης D έχουν:

- Τα θηλάζοντα βρέφη
- Τα πρόωρα νεογνά
- Τα υποσιτιζόμενα παιδιά
- Τα άτομα με σκουρόχρωμο δέρμα
- Τα παιδιά με χρόνια νοσήματα, καθώς και
- Τα παιδιά που λαμβάνουν χρόνια αγωγή με αντιεπιληπτικά φάρμακα.

Τέλος, ο σύγχρονος τρόπος ζωής (μη έκθεση στον ήλιο, χρήση γυαλιών ηλίου, αντιηλιακή προστασία), προδιαθέτει στην εμφάνιση ανεπάρκειας ή έλλειψης βιταμίνης D.

Συνήθως η ανεπάρκεια βιταμίνης D είναι ασυμπτωματική. Η έλλειψη βιταμίνης D μπορεί να εκδηλώνεται με σπασμούς (λόγω υπαβεστιαιμίας) στη βρεφική ηλικία, ραχίτιδα και καθυστέρηση στη σωματική ανάπτυξη των παιδιών καθώς και με οστικά άλγη και μυαλγίες ανεξαρτήτως ηλικίας.

Η εκτίμηση της επάρκειας της βιταμίνης D γίνεται βάσει της συγκέντρωσης της 25-OH D στο αίμα. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Παιδιατρική Εταιρεία ορίζεται ως έλλειψη τιμή της 25(OH)D μικρότερη των 20ng/ml, ως ανεπάρκεια: 21-29ng/ml, ενώ τιμές άνω των 30ng/ml εξασφαλίζουν σκελετική υγεία και μειώνουν τον

κίνδυνο ραχίτιδας, οστεοπόρωσης και καταγμάτων.

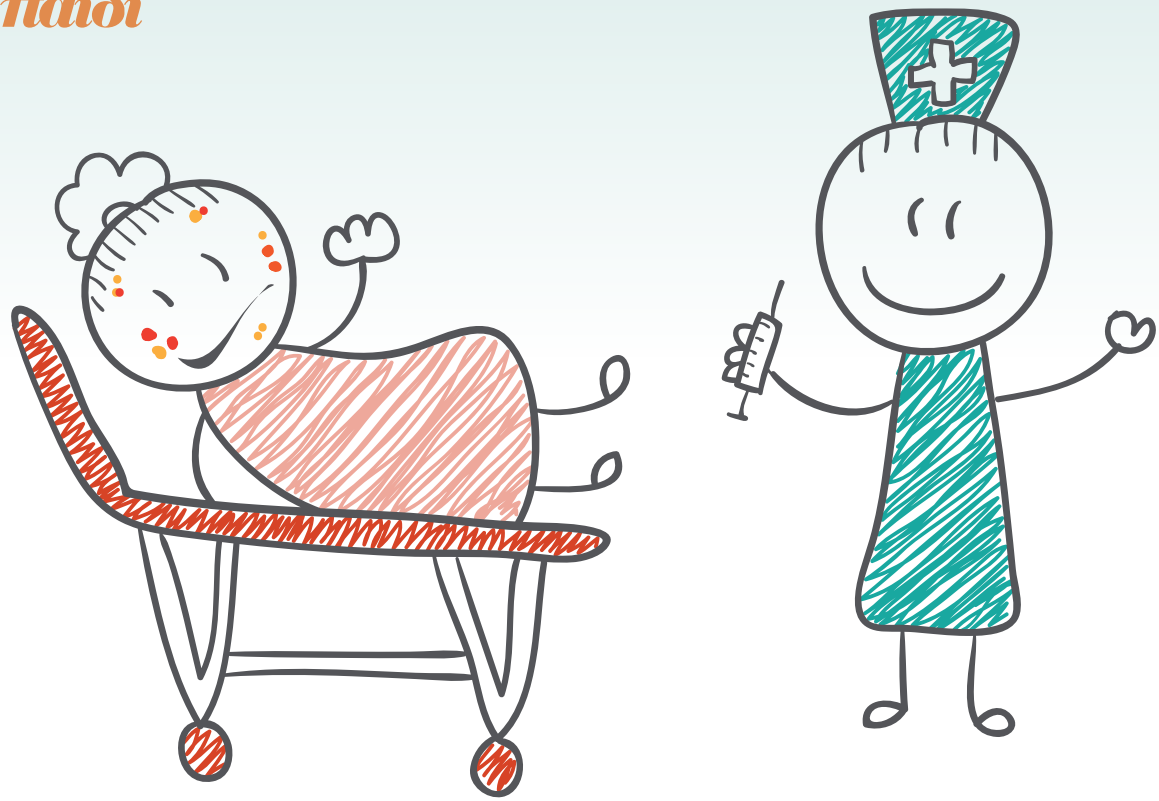
Οι ημερήσιες ανάγκες σε Βιταμίνη D στα νεογνά και βρέφη είναι 400 -1000 IU, ενώ στα μεγαλύτερα παιδιά και εφήβους είναι 600-1000 IU. Στα θηλάζοντα βρέφη, λόγω μειωμένης περιεκτικότητας του μητρικού γάλακτος σε βιταμίνη D και μειωμένης έκθεσης στον ήλιο τους πρώτους 6 μήνες ζωής, συνιστάται χορήγηση 400 IU/H, όπως επίσης στα βρέφη που σιτίζονται με λιγότερο από 1 λίτρο τροποποιημένο γάλα την ημέρα.

Δεν συνιστάται έλεγχος όλου του πληθυσμού. Επιλεκτικός έλεγχος συνιστάται σε παιδιά με πιθανή ανεπάρκεια, όπως αυτά που πάσχουν από χρόνια νοσήματα (νεφρική ανεπάρκεια, χρόνια λήψη φαρμάκων, ινοκυστική νόσος, άσθμα, δρεπανοκυτταρική αναιμία, ΣΔ), κακοήθειες, παχυσαρκία, καθώς και σε παιδιά με κινητικά προβλήματα ή καθυστέρηση σωματικής ανάπτυξης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ανάγκη σε βιταμίνη D των παχύσαρκων παιδιών είναι αυξημένη (2-3 φορές περισσότερο) διότι η βιταμίνη D είναι λιποδιαλυτή και παγιδεύεται στο λιπώδη ιστό.

Η πρόληψη της ανεπάρκειας της βιταμίνης D και η ικανοποιητική πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D στην παιδική ηλικία μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο για οστεοπόρωση, καθώς και για άλλες παθήσεις στην ενήλικη ζωή (καρδιαγγειακά νοσήματα, σακχαρώδης διαβήτης, αυτοάνοσα νοσήματα, διάφορες μορφές καρκίνου). Από διάφορες μελέτες φαίνεται ότι η επάρκεια βιταμίνης D στην εγκυμοσύνη συσχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων του αναπνευστικού, άσθματος και ατοπίας σε βρεφική και παιδική ηλικία.

Για τη θεραπεία της έλλειψης βιταμίνης D συνιστάται χορήγηση βιταμίνης D3: για νεογνά και παιδιά κάτω του έτους συνιστάται χορήγηση 2.000 IU για 6 εβδομάδες και στη συνέχεια δόση συντήρησης 400-1.000IU/H, για παιδιά 1-18 ετών χορήγηση 2.000 IU D3 για 6 εβδομάδες και στη συνέχεια δόση συντήρησης 600-1.000 IU/H. Στα παχύσαρκα παιδιά και σε αυτά με αυξημένο κίνδυνο υποβιταμίνωσης D συνίσταται να χορηγούνται διπλάσιες ή τριπλάσιες δόσεις. Στα παιδιά με ανεπάρκεια βιταμίνης D που είναι ασυμπτωματικά συνιστάται η χορήγηση δόσης προφύλαξης. (Clinical Guidelines Subcommittee of The Endocrine Society-2011)

Η βιταμίνη D παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία των οστών και τη φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών και η κύρια πηγή της είναι η σύνθεση στο δέρμα μετά από έκθεση στον ήλιο. Ο χρόνος έκθεσης στον ήλιο που χρειάζεται για τη σύνθεση της βιταμίνης D εξαρτάται από την ηλικία, το χρώμα του δέρματος, τα υποκείμενα νοσήματα και συνήθως είναι μικρός. Η υποβιταμίνωση D είναι συχνή και σε χώρες με ηλιοφάνεια, όπως η Ελλάδα, λόγω αλλαγής τρόπου ζωής. Έτσι πρέπει να ενθαρρύνονται τα παιδιά να περάσουν χρόνο έξω από το σπίτι παίρνοντας παράλληλα μέτρα πρόληψης ηλιακού εγκάυματος και καρκίνου του δέρματος.



Αναφυλαξία

Εκπαίδευση παιδιού και γονέων

Μαρία Κουλούρη
Παιδίατρος-Παιδοαλλεργιολόγος
Ευρωκλινική Παίδων

Η αναφυλαξία είναι, ως γνωστό, μια εξαιρετικά ταχεία και απειλητική για τη ζωή αντίδραση υπερευαισθησίας, η οποία συνδυάζει συμπτωματολογία που εμπλέκει διάφορα συστήματα του οργανισμού, όπως το κυκλοφορικό, το αναπνευστικό, το δέρμα και τους βλεννογόνους. Η επιτυχής αντιμετώπισή της συνίσταται βασικά στην ενδομυϊκή χορήγηση αδρεναλίνης, που προκαλεί περιφερική αγγειοσύσπαση, αύξηση της καρδιακής παροχής, μείωση των μεσολαβητών φλεγμονής και αναστολή του βρογχόσπασμου. Η συσκευή που περιέχει αδρεναλίνη έτοιμη προς χρήση, προορίζεται για μη ιατρική χρήση προκαθορισμένης δόσης του φαρμάκου ενδομυϊκά. Στην περίπτωση που συνταγογραφείται μία συσκευή αυτοενιέμενης αδρεναλίνης, πρέπει να παρέχεται και η κατάλληλη εκπαίδευση για τις ενδείξεις και τον τρόπο χρήσης. Άκρως σημαντική θεωρείται η εκπαίδευση των ασθενών και των γονέων τους, καθώς και των ατόμων που επιμελούνται ανήλικα παιδιά.

Ποιοι πρέπει να εκπαιδεύονται;

Η εκπαίδευση πρέπει να παρέχεται σε όποιον μπορεί να παράσχει βοήθεια σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Προηγούνται

οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, φοιτητές Ιατρικής). Σημαντικότατη, ωστόσο, κρίνεται η επιτυχής εκπαίδευση του ασθενούς, εφόσον το επιτρέπει η ηλικία και η διανοητική του ωριμότητα. Η εκπαίδευση των γονέων είναι βασικό στοιχείο αποφυγής και αντιμετώπισης ενός αναφυλακτικού επεισοδίου, ειδικά στην περίπτωση βρεφών και παιδιών προσχολικής ηλικίας, όπου η έλλειψη προγεμισμένης σύριγγας αδρεναλίνης θεωρείται αρνητικός παράγοντας. Σε περίπτωση τροφικής αλλεργίας, η συμβολή του ειδικού διαιτολόγου είναι απαραίτητη. Ακόμη, εκπαιδευτικοί και προσωπικό παιδικών σταθμών και νηπιαγωγείων θα ήταν καλό να εκπαιδεύονται, ώστε να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν έγκαιρα και σωστά μια αναφυλακτική αντίδραση. Στη συνέχεια θα δοθεί βάση στην εκπαίδευση παιδιών και γονέων.

Τι πρέπει να περιλαμβάνει η εκπαίδευση;

Η εκπαίδευση για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της αναφυλαξίας πρέπει να εμπεριέχει αρχικά την **αναγνώριση των σημείων και συμπτωμάτων που σηματοδοτούν την έναρξη και πρόοδο ενός αναφυλακτικού επεισοδίου**. Οι εκπαιδευόμενοι οφείλουν να αναγνωρίζουν τις αιτίες που μπορούν να δράσουν ως εκλυτικά αίτια και να αποφεύγουν την έκθεση σε αυτές. Έμφαση πρέπει να δίνεται στη συνεχή μεταφορά της αυτοενιέμενης αδρεναλίνης από τον ασθενή.

Πώς πρέπει να γίνεται η εκπαίδευση;

Τα προγράμματα εκπαίδευσης των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος πρέπει να περιλαμβάνουν σαφές γραπτό σχεδιάγραμμα δράσης σε επείγουσα περίπτωση. Δέον είναι να υπάρχει βασική γνώση των πιθανών εκλυτικών αιτίων, καθώς και των συμπτωμάτων «συναγερμού». Έχει, επίσης, βρεθεί ότι η πολυδιάστατη προσέγγιση του θέματος, με παράθεση εικονικών περιπτώσεων, επικαιροποίηση και έλεγχο των γνώσεων και η εν γένει ευαισθητοποίηση των οικείων στην επικινδυνότητα της αλλεργίας, έχουν βοηθήσει σημαντικά στη μείωση των αναφυλακτικών αντιδράσεων. Σε περίπτωση γνωστού ιστορικού οι οδηγίες πρέπει να εναρμονίζονται με το εκλυτικό αίτιο (λόγου χάρη αν πρόκειται για τροφική αλλεργία ή αλλεργία στους νυγμούς υμενοπτέρων).

Επιδημιολογικές εκτιμήσεις ανάγουν το ποσοστό αναφυλαξίας στο χώρο του σχολείου στο 25%-30% των αναφυλακτικών αντιδράσεων

Η εκπαίδευση των γονέων είναι βασικό στοιχείο αποφυγής και αντιμετώπισης ενός αναφυλακτικού επεισοδίου

Οι μικροί μαθητές θα πρέπει να εκπαιδευτούν έτσι ώστε να βρίσκονται σε θέση να αναγνωρίσουν συμπτώματα, να αποφύγουν επικίνδυνες καταστάσεις και να αντιμετωπίσουν τα ίδια κάποιο αναφυλακτικό επεισόδιο

Εκπαίδευση σε σχέση με την κοινωνική δραστηριότητα;

Επιδημιολογικές εκτιμήσεις ανάγουν το ποσοστό αναφυλαξίας στο χώρο του σχολείου στο 25%-30% των αναφυλακτικών αντιδράσεων. Εδώ η εκπαίδευση πρέπει να επικεντρώνεται σε συμβουλές που έχουν άμεση συνάφεια με την ωριμότητα των μικρών μαθητών, να βρίσκονται σε θέση να αναγνωρίσουν συμπτώματα, να αποφύγουν επικίνδυνες καταστάσεις και να αντιμετωπίσουν οι ίδιοι κάποιο αναφυλακτικό επεισόδιο. Η ευαισθητοποίηση των φίλων είναι πρωτεύουσα για να προφυλάσσεται ο αλλεργικός ασθενής από δυνητικά επικίνδυνες καταστάσεις, όπως η έκθεσή του σε bullying, αλλά και να βοηθείται από αυτούς σε έκτακτη ανάγκη. Ειδικά στην εφηβεία, τα παιδιά πρέπει να ενθαρρύνονται ούτως ώστε να αναλαμβάνουν την ευθύνη της κρίσης και των επιλογών τους. Στην Ελλάδα ειδικότερα, η νομοθεσία αποτελεί τροχοπέδη στην εφαρμογή σχεδίου επείγουσας αντιμετώπισης με τη συνδρομή των εκπαιδευτικών.

Χάσματα και προοπτικές

Είναι εξαιρετικά θετική η δυνατότητα συνταγογράφησης του κύριου φαρμάκου αντιμετώπισης της αναφυλαξίας, που είναι η προγεμισμένη σύριγγα αδρεναλίνης. Ωστόσο η νομοθεσία σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, δεν κατοχυρώνει την παροχή φαρμακευτικής αγωγής από τον εκπαιδευτικό. Μία τροποποίηση αυτής, καθώς και μία ενοποιημένη κοινοτική οδηγία για την εκπαίδευση στην αντιμετώπιση της αναφυλαξίας, αποτελούν προοπτική του εγγύς μέλλοντος και στη χώρα μας.

Σύνοψη

Η αναφυλαξία αποτελεί μια κλινική οντότητα που απαιτεί άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση. Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν γίνει πολλές προσπάθειες κατανόησης της νόσου και θεώρησής της από διαφορετικές οπτικές γωνίες. Ωστόσο, δεν έχει εξαντληθεί η δυνατότητα πλήρους κατανόησης και επαρκούς αντιμετώπισης. Το αναφυλακτικό επεισόδιο είναι απλά η κορυφή του παγόβουνου. Η αναφυλαξία πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν χρόνια νόσος με μεγάλη επίδραση στην ασφάλεια και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους, πρέπει να αποτελεί πραγματική πρόκληση για τους εμπλεκόμενους φορείς που εκπροσωπούν την υγεία και την Πολιτεία.

Πυρετικοί σπασμοί

Τι είναι και πως αντιμετωπίζονται

Με ποσοστό 2-4% σε παιδιά ηλικίας 6 μηνών έως 5 χρονών και ηλικία αιχμής το δεύτερο χρόνο ζωής, οι πυρετικοί σπασμοί είναι ο πιο συχνός τύπος σπασμών στην παιδική ηλικία. Είναι στην πλειονότητά τους καλοήθεις χωρίς βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες δυσμενείς συνέπειες για την ανάπτυξη του παιδιού.

Λήδα Ιατρίδου
Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων

Είναι άγνωστο τι ακριβώς προκαλεί τους πυρετικούς σπασμούς. Υπάρχουν ενδείξεις που συσχετίζουν συγκεκριμένες λοιμώξεις και την αντίδραση του αναπτυσσόμενου (ανώριμου) παιδικού εγκεφάλου του παιδιού στον πυρετό. Κάποιες μελέτες σχετίζουν την εκδήλωση πυρετικών σπασμών με την έλλειψη σιδήρου, αλλά και την προγεννητική έκθεση σε νικοτίνη.

Είναι γνωστό ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση, χωρίς, ωστόσο, να είναι σαφής ο τρόπος κληρονομικότητας. Στο 25-40% των περιπτώσεων υπάρχει ιστορικό πυρετικών σπασμών στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον. Εάν ο ένας γονέας είχε ιστορικό πυρετικών σπασμών το παιδί έχει 4,4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για εκδήλωση πυρετικών σπασμών

2-4% — ***σε παιδιά ηλικίας 6 μηνών έως 5 χρονών και ηλικία αιχμής το δεύτερο χρόνο ζωής, οι πυρετικοί σπασμοί είναι ο πιο συχνός τύπος σπασμών***

25-40% — ***των περιπτώσεων υπάρχει ιστορικό πυρετικών σπασμών στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον***

4,4 φορές — ***μεγαλύτερο κίνδυνο για εκδήλωση σπασμών συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό εάν ο ένας γονέας είχε ιστορικό πυρετικών σπασμών***

3,6 φορές — ***μεγαλύτερο κίνδυνο του αντίστοιχου στο γενικό πληθυσμό έχει το αδελφάκι παιδιού με πυρετικούς σπασμούς***

Οι πυρετικοί σπασμοί περιγράφονται ως **επεισόδια ακούσιων συσπάσεων μυών του σώματος** με διαταραχή ή απώλεια της συνείδησης που συνοδεύουν τον πυρετό

συγκριτικά με τον αντίστοιχο κίνδυνο στο γενικό πληθυσμό. Εάν έχουν και οι δύο γονείς ιστορικό πυρετικών σπασμών, ο κίνδυνος είναι 20πλασιος. Τέλος, το αδελφάκι παιδιού με πυρετικούς σπασμούς έχει κίνδυνο 3,6 φορές μεγαλύτερο του αντίστοιχου στο γενικό πληθυσμό.

Οι πυρετικοί σπασμοί περιγράφονται ως επεισόδια ακούσιων συσπάσεων μυών του σώματος με διαταραχή ή απώλεια της συνείδησης που συνοδεύουν τον πυρετό. Από τον ορισμό αποκλείονται λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, ιστορικό απύρετων σπασμών ή υποκείμενη νόσος που προδιαθέτει σε σπασμούς. Συχνά ο πυρετός δεν γίνεται αντιληπτός από τους γονείς και οι πυρετικοί σπασμοί μπορεί να αποτελούν την πρώτη εκδήλωση μιας λοίμωξης. Οι πυρετικοί σπασμοί ταξινομούνται σε:

- απλούς πυρετικούς σπασμούς που είναι γενικευμένοι, διαρκούν λιγότερο από 15 λεπτά και δεν επαναλαμβάνονται στο 24ωρο
- επιπεπλεγμένους ή σύνθετους πυρετικούς σπασμούς που είναι εστιακοί, παρατεταμένης διάρκειας (περισσότερο από 15 λεπτά) ή επαναλαμβάνονται εντός 24ωρου.

Το 70-75% των πυρετικών σπασμών είναι απλοί και υπάρχει γρήγορη και πλήρης νευρολογική ανάκαμψη.

Παιδί με πρώτο επεισόδιο πυρετικών σπασμών είναι απαραίτητο να προσκομίζεται στο νοσοκομείο για παιδιατρική εκτίμηση. Στις περισσότερες περιπτώσεις, δεδομένου ότι η διάρκεια των σπασμών είναι, όπως αναφέρθηκε, μικρή, το επεισόδιο έχει λήξει πριν το παιδί φθάσει στο νοσοκομείο. Σε κάποιες όμως περιπτώσεις, το παιδί προσκομίζεται σε φάση υπνηλίας ή σύγχυσης, στη λεγόμενη μετακριτική φάση.

Βασικός ρόλος του παιδιάτρου είναι, αφού σταθεροποιηθεί η κατάσταση του παιδιού, να διαπιστώσει την αιτία του πυρετού και να διερευνήσει αν υπάρχει λοίμωξη του κεντρικού νευρικού συστήματος. Μπορεί οι ιογενείς λοιμώξεις να αποτελούν την πιο συχνή αιτία πυρετού που έχει σχέση με την εμφάνιση πυρετικών σπασμών, ωστόσο είναι σημαντικό, από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο σε παιδί με πυρετό και σπασμούς, να αποκλειστούν σοβαρές λοιμώξεις, όπως μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα αλλά και άλλα αίτια, όπως τραυματισμοί, λήψη τοξικών ουσιών, ηλεκτρολυτικές διαταραχές κλπ.

Από το ιστορικό και την κλινική εξέταση, συνεπώς, ο παιδίατρος θέτει την διάγνωση πυρετικών ή άλλων σπασμών και του είδους (απλοί ή επιπεπλεγμένοι). Για τη σωστή διάγνωση θα χρειαστούν πιθανότατα και εργαστηριακές εξετάσεις (αιματολογικές, βιοχημικές, μικροβιολογικές) ή σε κάποιες περιπτώσεις και απεικονιστικός έλεγχος εγκεφάλου, αν υπάρχουν στοιχεία ενδοκράνιας διεργασίας.

Σε παιδί με συμπτώματα και σημεία μηνιγγίτιδας συνιστάται να γίνεται και οσφυονωτιαία παρακέντηση. Η εξέταση αυτή, που γίνεται για λήψη και έλεγχο εγκεφαλονωτιαίου υγρού, **ΔΕΝ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ** στις περισσότερες περιπτώσεις πυρετικών σπασμών που είναι απλοί. Παρόλα αυτά σε περιπτώσεις απλών πυρετικών σπασμών που εκδηλώνονται σε βρέφη (δηλαδή ηλικίας κάτω του έτους), ιδίως αν δεν έχουν συμπληρώσει τα εμβόλια έναντι του πνευμονιόκοκκου και του αιμόφιλου της γρίπης, συνήθως

συστήνεται οσφυονωτιαία παρακέντηση. Επίσης, η εξέταση αυτή μπορεί να χρειαστεί να διενεργηθεί σε παιδί με απλούς πυρετικούς σπασμούς που ήταν σε αντιβιοτική αγωγή, καθώς μπορεί να καλύπτεται η τυπική εικόνα λοίμωξης κεντρικού νευρικού συστήματος.

Αφού ολοκληρωθεί ο αρχικός έλεγχος που συστήνει ο παιδίατρος και διαπιστωθεί ότι πρόκειται για επεισόδιο πυρετικών σπασμών, τα ερωτήματα των γονέων αφορούν κυρίως τα εξής:

Τι πιθανότητα επανεμφάνισης επεισοδίου πυρετικών σπασμών υπάρχει;

Σημαντικός παράγοντας που καθορίζει την πιθανότητα επανεμφάνισης επεισοδίου πυρετικών σπασμών είναι η ηλικία του παιδιού στο πρώτο επεισόδιο. Όσο μικρότερη η ηλικία αυτή, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα.

Υπάρχει συσχέτιση με εμφάνιση επιληψίας στο μέλλον;

Ο κίνδυνος εμφάνισης επιληψίας σε παιδί με απλούς πυρετικούς σπασμούς δεν διαφέρει σημαντικά από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Ωστόσο ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται σημαντικά αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό επιληψίας, αν το παιδί παρουσίασε επιπεπλεγμένους πυρετικούς σπασμούς ή έχει αναπτυξιακή ή ψυχοκινητική καθυστέρηση.

Προκαλείται κάποια βλάβη στην ανάπτυξη του παιδιού ιδίως από νευρολογικής άποψης;

Δεν φαίνεται να υπάρχει κίνδυνος για νευρολογικά επακόλουθα, όπως νοητική υστέρηση, μαθησιακές διαταραχές, διαταραχές συμπεριφοράς σε παιδιά με απλούς πυρετικούς σπασμούς.

Υπάρχει ανάγκη μακροχρόνιας θεραπευτικής αγωγής;

Σπάνια κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση προφυλακτικής αντιεπιληπτικής αγωγής ακόμα και σε παιδιά με υποτροπές.

Παιδί με πρώτο επεισόδιο πυρετικών σπασμών είναι απαραίτητο να προσκομίζεται στο νοσοκομείο για παιδιατρική εκτίμηση. Στις περισσότερες περιπτώσεις, δεδομένου ότι η διάρκεια των σπασμών είναι μικρή, το επεισόδιο έχει λήξει πριν το παιδί φθάσει στο νοσοκομείο. Σε κάποιες όμως περιπτώσεις, το παιδί προσκομίζεται σε φάση υπνηλίας ή σύγχυσης, στη λεγόμενη μετακριτική φάση

Είναι απαραίτητος πιο ειδικός έλεγχος όπως η εξέταση με ηλεκτροεγκεφαλογράφημα;

Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα συνήθως δεν συνιστάται ως εξέταση ρουτίνας σε νευρολογικά υγιές παιδί με πυρετικούς σπασμούς.

Τι ενέργειες συστήνονται σε νέο επεισόδιο πυρετικών σπασμών;

Είναι σημαντικό οι γονείς να πάρουν σαφείς οδηγίες από τον παιδίατρο σχετικά με τις ενέργειές τους σε επεισόδιο σπασμών:

- Τοποθέτηση παιδιού σε πλάγια θέση ανάνηψης με κεφάλι σε ουδέτερη θέση για απελευθέρωση αεραγωγών και αποφυγή εισρόφησης σε περίπτωση εμετού.
- Χαλάρωση ενδυμάτων γύρω από το λαιμό του παιδιού, απομάκρυνση επικίνδυνων αντικείμενων σε κοντινή απόσταση.
- Αποφυγή τοποθέτησης δακτύλων στο στόμα του παιδιού ή χορήγησης φαρμάκων ή υγρών από το στόμα όσο διαρκούν οι σπασμοί.
- Στις περισσότερες περιπτώσεις οι σπασμοί λύνονται εντός λίγων λεπτών. Αν διαρκέσουν πάνω από 5 λεπτά, πρέπει να γίνει κλήση ασθενοφόρου.
- Χορήγηση ενδοορθικά διαζεπάμης ή ενδοπαρειακά μιδαζολάμης βάσει των ιατρικών οδηγιών που έχουν δοθεί.

Η εκδήλωση πυρετικών σπασμών αποτελεί πράγματι τρομακτική εμπειρία για έναν γονιό. Η περιγραφή των τονικοκλονικών συσπάσεων ή της χαλαρότητας του σώματος του παιδιού, η προσήλωση του βλέμματος του σε σταθερό σημείο χωρίς να ανταποκρίνεται σε φωνητικά ή άλλα ερεθίσματα, το μελανό χρώμα των χειλιών του (περιστοματική κυάνωση), είναι μερικές μόνο από τις περιγραφές των γονέων που έχουν γίνει μάρτυρες επεισοδίου. Ωστόσο είναι σημαντικό οι γονείς να παραμείνουν ψύχραιμοι στη διάρκεια του συμβάντος, που στην πλειονότητα των περιπτώσεων λύνεται εντός λίγων λεπτών και έχει καλή πρόγνωση, ώστε να αναζητήσουν την κατάλληλη ιατρική βοήθεια και να παράσχουν τις σωστές και ακριβείς πληροφορίες στους θεράποντες ιατρούς που θα τους κατευθύνουν στην ενδεδειγμένη διαγνωστική προσέγγιση και στη σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση.

ΠΑΙΔΩΝ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο Κέντρο!

Παιδιατρικός Τομέας

- Αιματολογικό - Ογκολογικό
- Παιδιατρικό
- Παιδική και Εφηβική Παχυσαρκία
- Παιδο-Αλλεργιολογικό
- Παιδο-Αναπτυξιολογικό
- Παιδο-Γαστρεντερολογικό
- Παιδο-Δερματολογικό
- Παιδο-Ενδοκρινολογικό
- Παιδο-Καρδιολογικό
- Παιδο-Νευρολογικό
- Παιδο-Πνευμονολογικό
- Παιδο-Ρευματολογικό
- Παιδο-Ψυχιατρικό

Διαγνωστικός τομέας

- Κλασική ακτινολογία
- Παιδιατρικοί Υπέρηχοι
- Εργαστήριο Βιοπαθολογίας
  - Μικροβιολογικό
  - Αιματολογικό
  - Βιοχημικό
  - Ανοσολογικό

Κέντρα Υψηλής Εξειδίκευσης

- Μονάδα Σακχαρώδη Διαβήτη
- Τμήμα Προληπτικού Ελέγχου & Παρακολούθησης στην Εγκεφαλική Παράλυση

Ειδικά τμήματα

- Τεστ ιδρώτα
- Ιατρείο Θηλασμού

Παιδοχειρουργικός τομέας

- Λαπαροσκοπική Χειρουργική
- Παιδο-Αναισθησιολογικό
- Παιδο-Ορθοπεδικό
- Παιδο-Ουρολογικό
- Παιδο-Οφθαλμολογικό
- Παιδο-Πλαστική Χειρουργική & Εγκαυμάτων
- Παιδο-Χειρουργικό
- Παιδο-Ωτορινολαρυγγολογικό - Ακουολογικό

Εξωτερικά ιατρεία

Για την πραγματοποίηση ραντεβού για οποιαδήποτε ιατρική εξέταση επικοινωνήστε με το **210 64 16 600** (09:00-21:00, Δευτέρα - Παρασκευή)

Επείγοντα Περιστατικά

Στην Ευρωκλινική Παίδων λειτουργεί τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, με εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, για την άμεση αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών σε **24ωρη βάση, 365 μέρες το χρόνο.**

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

ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ | ΣΗΜΕΙΟ ΔΥΟ

Περισσότερες πληροφορίες ή κλείσιμο ραντεβού
210 64.16.807 &139 www.euroclinic.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 6416800 & 801

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

Η προσφορά ισχύει με την επίδειξη του κουπονιού

Περιοδικό Medilife

Πλήρης Προληπτικός Έλεγχος Οστεοπόρωσης 50€

Για ραντεβού καλέστε στα τηλέφωνα 210 6416650 και 651

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

Η προσφορά ισχύει με την επίδειξη του κουπονιού

Περιοδικό Medilife

Πλήρης προληπτικός έλεγχος μαστού 60€

Για ραντεβού καλέστε στα τηλέφωνα 210 6416650 και 651

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

Η προσφορά ισχύει με την επίδειξη του κουπονιού

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
Είσαι στο Κέντρο!

Ονοματεπώνυμο: _____

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

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

Δωρεάν κλινική εξέταση από ενδοκρινολόγο και αξιολόγηση κινδύνου για οστεοπόρωση.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

Ονοματεπώνυμο: _____

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

Elipse™

Η πρώτη συσκευή
απώλειας
βάρους χωρίς
επέμβαση*
παγκοσμίως

allurion

*Δεν απαιτείται χειρουργείο, ενδοσκόπηση ή αναισθησία

Ευρωκλινική Αθηνών
Ποιοτική Φροντίδα Υγείας

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Ευρωκλινικής

Η κορυφαία επιλογή για κάθε έκτακτο περιστατικό στο κέντρο της Αθήνας

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

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ 1011
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

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