ΔΩΡΕΑΝ

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

Medilife

ΤΕΥΧΟΣ 22, ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ - ΧΕΙΜΩΝΑΣ 2017
ISSN: 2459-4032

Πρωταθλητές στην ποιότητα!

υγεία για όλους | γυναίκα | παιδί | ευ ζην

ΕΘΝΙΚΗ
Η ΠΡΩΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Χαρίστε στο μωρό σας την αφοσίωσή σας χωρίς καμία έγνοια!

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

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

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

Full [Health]

ΡΕΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

Medilife
ΤΕΥΧΟΣ 22, ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ - ΧΕΙΜΩΝΑΣ 2017

Editorial

Αντώνης Βουκλαρής
Διευθύνων Σύμβουλος
Ομίλου Ευρωκλινικής

Πρωταθλητές στην ποιότητα!

Το να είσαι ΠΡΩΤΟΣ είναι απλό … γι' αυτό είναι και πολύ δύσκολο! Μερικές φορές για να βγεις πρώτος δεν χρειάζεται να είσαι πολύ μεγάλος. Δεν χρειάζεται να έχεις εντυπωσιακές και υπερπολυτελείς εγκαταστάσεις. Δεν χρειάζεται να είσαι ο ακριβότερος ή να κάνεις τις περισσότερες διαφημίσεις.

Απλά χρειάζεται να αντιμετωπίζεις τους ανθρώπους που σε εμπιστεύονται για την υγεία τους, με ανθρωπιά και κατανόηση. Να κάνεις βήματα για να καταργείς τις απρόσωπες διαδικασίες και τη γραφειοκρατία που χαρακτηρίζει συχνά ένα νοσοκομείο. Να έχεις ανθρώπους που θα βρίσκονται πραγματικά δίπλα στον ασθενή σε κάθε του «βήμα», αντιμετωπίζοντας οποιοδήποτε πρόβλημα μπορεί να προκύψει με ευελιξία και κατανόηση.
Να έχεις διαδικασίες που σε βοηθούν να μαθαίνεις από τα λάθη σου και να κάνεις ενέργειες ώστε να διορθώνονται και να γίνεσαι καλύτερος. Να έχεις ιατρούς και προσωπικό με γνώση και φιλότιμο που προσπαθούν καθημερινά για το καλύτερο.

Για εμάς στην Ευρωκλινική όλα τα παραπάνω δεν είναι λόγια. Όλα γίνονται πράξη κάθε μέρα. Και αυτό είχε ως αποτέλεσμα η Ευρωκλινική να ξεχωρίσει και να βραβευτεί με το Χρυσό Βραβείο για την Ποιότητα Υπηρεσιών και με το Ασημένιο βραβείο Καινοτομίας μεταξύ των ιδιωτικών κλινικών και νοσοκομείων για το 2017.

Η μεγαλύτερη αναγνώριση όμως για εμάς, παραπάνω από κάθε βραβείο, είναι το χαμόγελο και η ικανοποίηση των ασθενών που στην Ευρωκλινική δεν συναντούν ένα απρόσωπο νοσοκομείο, αλλά αισθάνονται πραγματικά στο ΚΕΝΤΡΟ!

Εμείς το ξέραμε…

Το ζούμε και το βιώνουμε κάθε μέρα...

Τώρα το αναγνωρίζουν και οι άλλοι!!!

ΠΑΙΔΩΝ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο Κέντρο!

Είσαι στο κέντρο!

Νέες, σύγχρονες εγκαταστάσεις στην καρδιά της Αθήνας!
15 χρόνια πορείας, 300.000 παιδιά

Φέραμε την Ευρωκλινική Παίδων στο κέντρο και υποδεχόμαστε τους μικρούς ασθενείς και τις οικογένειές τους σε νέο κτίριο, σε ένα σύγχρονο, άνετο και φιλικό περιβάλλον, έχοντας πάντα το παιδί στο κέντρο της προσοχής και της φροντίδας!

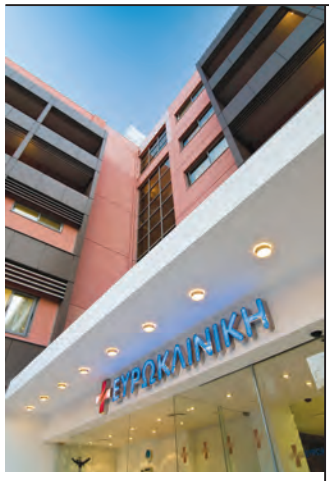
Ευρωκλινική Παίδων

Αθανασιάδου 7–9,
πάροδος Δ. Σούτσου, 115 21 Αθήνα
(στάση μετρό Αμπελόκηποι)

Τηλ.: 210 6416 600
Fax: 210 6416 555
www.euroclinic.gr

Medilife Contents

ΤΕΥΧΟΣ 22, ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ - ΧΕΙΜΩΝΑΣ 2017



ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο Κέντρο!

ΤΑ ΝΕΑ ΜΑΣ

5 Εκπαιδευτικές δραστηριότητες της Νοσηλευτικής υπηρεσίας
6-9 Ιατρικά Νέα
11 Ευρωκλινική Παίδων. Η παραμονή στο νοσοκομείο γίνεται παιχνίδι!
12,13 Η Ευρωκλινική Παίδων μεταφέρθηκε στο κέντρο!
15 Ευρωκλινική Αθηνών: Στην κορυφή της ποιότητας
16 Ευρωκλινική Αθηνών *Healthcare Business Awards 2017 & Facilities Management Awards 2017*
17-21 Τα νέα μας

ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

24 Καρκίνος ουροδόχου κύστεως
26 Η αξιοπιστία της πληροφόρησης σε θέματα υγείας
28 Μικροεπεμβατική αφαίρεση θυρεοειδούς
30 Ευρωπαϊκές Οδηγίες Πρόληψης καρδιαγγειακής νόσου στην κλινική πράξη
32 Διαφραγματοκήλη
34 Καρκίνος νεφρού
36 Λίγα λόγια για τη γρίπη
38 Ροχαλητό: αθώο ή ένοχο;
41 Τα πολλά πρόσωπα της ΧΑΠ
44 Δυσκαταποσία
46 Πελματογράφημα
48 Παχυσαρκία και καρκίνος
50 Σύστημα συνεχούς καταγραφής σακχάρου
52 Λαπαροσκοπική κολεκτομή
54 Ανάπλαση ελλείποντος πτερυγίου ωτός
56 Υπερπαραθυρεοειδισμός
58 Καρκίνος του μαστού στον άνδρα

ΓΥΝΑΙΚΑ

62 Μπροστά στην εύκολη ή δύσκολη αλήθεια μιας απεικονιστικής εξέτασης μαστού
64 Ο καρκίνος των ωοθηκών δεν «σβήνει» το δικαίωμα στη μητρότητα

ΕΥ ΖΗΝ

66 Όλα... στο δερματοσκόπιο!
68 Η διατροφή των γυναικών γύρω στα 50
70 Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο

ΠΑΙΔΙ

74 Πλατυποδία
77 Εισρόφηση ξένου σώματος
78 Αιμαγγειώματα
80 Ιλαρά
82 Βήχας στα παιδιά
84 Έλεγχος υγείας πριν τη νέα σχολική χρονιά
86 Κατάποση ξένων σωμάτων στα παιδιά

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.facebook.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 Τμήματος, 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 Τμήματος , 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

AWARD 2017 PATIENT FRIENDLY HOSPITAL

ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΟΡΕΑ TÜV AUSTRIA HELLAS

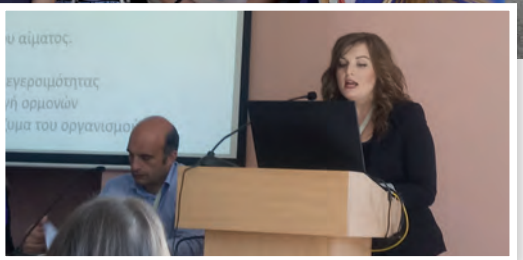
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

Η 1η Παιδιατρική Κλινική «Φιλική προς τους ασθενείς»

Ο Όμιλος Ευρωκλνικής συνεχίζει να πρωτοπορεί! Η Ευρωκλινική Παίδων πιστοποιήθηκε από την TUV AUSTRIA HELLAS, τον πλέον αξιόπιστο φορέα πιστοποιήσεων, ως η πρώτη παιδιατρική κλινική στην Ευρώπη «Φιλική προς τους ασθενείς».

Ως βασικός πυλώνας της οδηγίας «Patients Friendly Hospitals» είναι ο μικρός ασθενής να βρίσκεται στο κέντρο της φροντίδας. Η Ευρωκλινική Παίδων έχει επανδρωθεί με το κατάλληλο ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό το οποίο μπορεί να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας ενός παιδιού ώστε να μην αισθάνεται ποτέ του μόνο ή φοβισμένο, να ικανοποιούνται οι ανάγκες και οι προσδοκίες του, ενώ παράλληλα να νιώθει ευτυχισμένο και υγιές.

Εκπαιδευτικές Δραστηριότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας



Η Νοσηλευτική Υπηρεσία της Ευρωκλινικής συμμετείχε σε αρκετές εκπαιδευτικές δραστηριότητες που πραγματοποιήθηκαν στη χώρα μας τους προηγούμενους μήνες.

1 Πολυμελής ομάδα νοσηλευτών του νοσοκομείου μας συμμετείχε στο **Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο που πραγματοποιήθηκε στη Νάξο το Μάιο**. Ο κος Παπαγεωργίου Δημήτριος, Προϊστάμενος Εκπαίδευσης ήταν αντιπρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου. Τα νοσηλευτικά θέματα που παρουσιάστηκαν στο Συνέδριο από τους νοσηλευτές της Ευρωκλινικής ήταν μεταξύ άλλων:

- Διάλεξη με θέμα: «Νοσηλευτικές προκλήσεις στην Ογκολογία» με ομιλητή τον κο **Παπαγεωργίου Δημήτρη**, *Προιστάμενο Ογκολογικού Τμήματος.*
- Στρογγυλό τραπέζι Ογκολογικής Νοσηλευτικής: «Σκελετική υγεία στην επιβίωση των Ογκολογικών Ασθενών» με ομιλήτρια την **Καραγεώργου Ραφαέλα**, *Νοσηλεύτρια Ογκολογικού Τμήματος.*
- «Επιπτώσεις βακτηριαιμίας σχετιζόμενης με κεντρικό φλεβικό καθετήρα σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες» κα. **Καφαζή Αλκμένα**, *Νοσηλεύτρια 4ου Ορόφου.*
- «Νοσηλευτική συμβολή στην καρκινική καχεξία» κος **Στυλιανού Χρήστος**, *Νοσηλευτής 4ου Ορόφου.*
- Στρογγυλό τραπέζι Παιδιατρικής Νοσηλευτικής: «Λοιμώξεις χειρουργικής θέσης στα παιδιά» με ομιλήτρια την **κα. Χατζηπέτρου Αικατερίνη**, *Προισταμένη Επίβλεψης Ευρωκλινικής Παίδων.*

2 Επιπρόσθετα, δύο νοσηλευτές μας συμμετείχαν ως ομιλητές στο **διήμερο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο** που πραγματοποιήθηκε από την Πανεπιστημιακή Ογκολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου στην Πάτρα το Μάιο: ο κος **Δημήτριος Παπαγεωργίου**, *Προϊστάμενος Ογκολογικού* με θέμα: «Η συμβολή της θεωρίας και της έρευνας στη βελτιστοποίηση της κλινικής πρακτικής» και η κα **Ελένη Ξυγκάκη**, *Νοσηλεύτρια Ογκολογικού αναλύοντας* τη Διακίνηση Ασθενών στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας.

3 Στο **Πρόγραμμα Παθολογικής Ειδικότητας**, που διοργανώνει το Νοσοκομείο Σισμανόγλειο, συμμετείχε τον Ιούλιο ο κος **Δημήτριος Παπαγεωργίου** με 3ωρο μάθημα για τη Διαχείριση των Κυτταροστατικών Ουσιών.

4 Σε συνεργασία με την **Ιατρική Υπηρεσία και το Νοσοκομείο Παίδων Αγλαΐα Κυριακού** πραγματοποιήθηκε εκπαίδευση και του Νοσηλευτικού προσωπικού της Ευρωκλινικής Παίδων, στην Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση με εξειδίκευση στα παιδιά.

5 Επιπλέον, στην Ευρωκλινική Παίδων πραγματοποιήθηκαν ενδοκλινικά μαθήματα από την κυρία **Μουρδουκούτα** με θέμα: «Triage και νοσηλευτική αξιολόγηση στο ΤΕΠ» και από την κυρία **Ρουσμάλη** με θέμα «Νεανικός σακχαρώδης διαβήτης και η νοσηλευτική αντιμετώπισή του».

Η εκπαίδευση θα συνεχιστεί και τους επόμενους μήνες.

FORMETRIC 4D

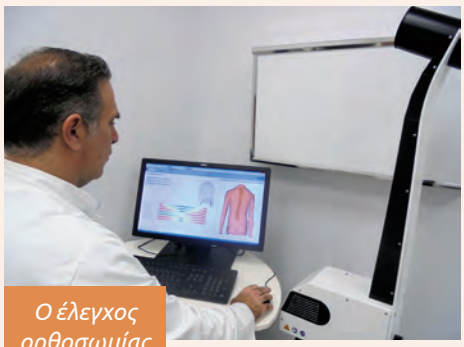
Έλεγχος ορθοσωμίας χωρίς ακτινοβολία στην Ευρωκλινική

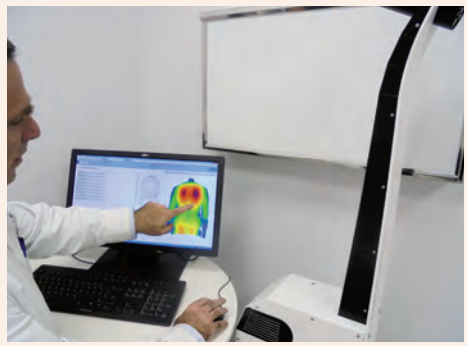
Στην Ευρωκλινική εφαρμόζεται πρωτοποριακή μέθοδος για τον έλεγχο ορθοσωμίας σε ενήλικες και παιδιά χωρίς ακτινοβολία. Η συγκεκριμένη εξέταση, FORMETRIC 4D, πραγματοποιείται από τον ιατρό κο **Γεώργιο Κελάλη**, *Διευθυντή Ορθοπαιδικό* δίνοντας εκπληκτικά αποτελέσματα απεικόνισης και διάγνωσης προβλημάτων ορθοσωμίας χωρίς τα μειονεκτήματα που περιλαμβάνει η κλασσική ακτινογραφία.

Η εξέταση FORMETRIC 4D γίνεται με επιφανειακή τοπογραφία μέσω συστήματος ταχυφωτογράφησης (10 εικόνες/δευτερόλεπτο) και ανάλυση με ειδικό λογισμικό. **Ως εκ τούτου δε χρησιμοποιείται καθόλου ακτινοβολία.** Η μέθοδος είναι ασφαλής για κάθε ηλικία, ανεξάρτητα προβλημάτων υγείας, ενώ μπορεί να ελέγξει τόσο τη στάση όσο και την κίνηση (δυναμικός έλεγχος). Η εξέταση είναι κατάλληλη τόσο για παιδιά (από ηλικίας 10 ετών και άνω) όσο και για ενήλικες. Τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερα είναι ολοένα και περισσότεροι οι ενήλικες στους οποίους συστήνεται να πραγματοποιούν σχετικό έλεγχο καθώς ολοένα και αυξάνονται τα προβλήματα της σπονδυλικής στήλης λόγω κακής στάσης σώματος, καθιστικής ζωής κ.λπ.

Με τη μέθοδο αυτή δίνεται η δυνατότητα δημιουργίας συγκριτικού χάρτη εξέλιξης της στάσης του σώματος τόσο στον ενήλικα όσο και στο παιδί, ως ένα ιδιαίτερα σημαντικό εργαλείο παρακολούθησης του κορμού του, καθώς είναι εφικτό να γίνονται τακτικοί επανέλεγχοι λόγω της έλλειψης ακτινοβολίας.

Ο έλεγχος ορθοσωμίας συστήνεται να γίνεται κάθε φορά που εντοπίζεται οποιαδήποτε ανισορροπία ή μεταβολή στην εμφάνιση, στάση και βάδιση ενός παιδιού ή ενήλικα (ύψος ώμων και ωμοπλάτης, θέση λεκάνης κ.ά). Τέλος, στην παιδική ηλικία είναι απαραίτητο να γίνεται προληπτικός έλεγχος σκολίωσης - κύφωσης - ορθοσωμίας τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο.





Ο έλεγχος ορθοσωμίας συστήνεται να γίνεται κάθε φορά που εντοπίζεται οποιαδήποτε ανισορροπία ή μεταβολή στην εμφάνιση, στάση και βάδιση ενός παιδιού ή ενήλικα

Η Ευρωκλινική Παίδων εντάσσει στο επιστημονικό δυναμικό της τον Παιδοορθοπαιδικό κ. Ευγένιο Ζ. Βλάχο

Η Ευρωκλινική Παίδων, φροντίζοντας για τη συνεχή αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει στους μικρούς ασθενείς, ξεκίνησε από τον **Ιούνιο του 2017 νέα συνεργασία με το διακεκριμένο Χειρουργό-Παιδοορθοπαιδικό Δρ. Ευγένιο Βλάχο.**

Ο κος Βλάχος θα ενισχύσει το επιστημονικό δυναμικό της Ευρωκλινικής με την πολυετή του εμπειρία στην ειδικότητα του. Είναι από τους πλέον καταξιωμένους Παιδοορθοπαιδικούς, έχοντας υπηρετήσει στα μεγαλύτερα Παιδιατρικά και μη, Δημόσια Νοσοκομεία (Νοσοκομείο Παίδων Π. & Α. Κυριακού, Νοσοκομείο Νίκαιας Άγιος Παντελεήμων, Β' Παιδιατρική Πανεπιστημίου Αθηνών-Μονάδα Εφηβικής Υγείας κ.ά.). Τα τελευταία εννέα χρόνια κατείχε τη θέση του συντονιστή Διευθυντή στο Παιδοορθοπαιδικό τμήμα του Π. Γ. Νοσοκομείου ΚΑΤ, ενώ ειδικεύεται σε ένα ευρύ φάσμα Παιδοορθοπαιδικών παθήσεων και χειρουργικών εξειδικεύσεων.

Για **περισσότερο από 25 χρόνια** διετέλεσε υπεύθυνος του Ιατρείου Σκολίωσης και άλλων παραμορφώσεων της σπονδυλικής στήλης του Νοσοκομείου Παίδων Π. & Α. Κυριακού έχοντας εξετάσει **περισσότερα από 8.500 παιδιά και εφήβους** και έχοντας πραγματοποιήσει σημαντικό αριθμό επεμβάσεων σπονδυλοδεσίας.

Διαθέτει εξίσου σημαντική ακαδημαϊκή εμπειρία, ενώ έχει συμμετάσχει σε πλήθος ιατρικών συνεδρίων-συμποσίων στην Ελλάδα και το εξωτερικό, τόσο ως πρόεδρος, όσο και ως εισηγητής-ομιλητής. Παράλληλα έχει δημοσιεύσει πλήθος άρθρων και ανακοινώσεων στον ελληνικό και διεθνή ιατρικό τύπο.

*Πρωτοποριακή μέθοδος **ανάπλασης πτερυγίου αυτιού**, από τον ΩΡΛ - Πλαστικό Χειρουργό Προσώπου, **Dr. med. Βασίλη Παυλιδέλη***

Στην Ευρωκλινική Παίδων εφαρμόζεται **πρωτοποριακή μέθοδος ανάπλασης πτερυγίου αυτιού, με εντυπωσιακό αποτέλεσμα, από τον Dr. med. Βασίλη Παυλιδέλη, Χειρουργό ΩΡΛ,** εξειδικευμένο στην ωτοπλαστική στη Δυτική Γερμανία. Πρόκειται για εξελιγμένη χειρουργική τεχνική, την οποία εφαρμόζει ο Dr. Παυλιδέλης και αποτελεί τη μόνη ανά τον κόσμο αποδεκτή τεχνική για την ολική ανάπλαση ελλείποντος πτερυγίου αυτιού. Η ανάπλαση του πτερυγίου που λείπει πραγματοποιείται με χρήση πλευρικού χόνδρου, ο οποίος λαμβάνεται από το ίδιο το άτομο (αυτογενής χόνδρος). Αυτό σημαίνει δημιουργία με πλαστική επέμβαση ενός φυσιολογικού πτερυγίου, χωρίς χρήση ξένου σώματος ή προσθήκης ομοιώματος.

Το αποτέλεσμα, το οποίο επιτυγχάνεται με τη νέα αυτή χειρουργική τεχνική είναι εντυπωσιακό, τόσο από αισθητική, όσο και από λειτουργική άποψη του πτερυγίου του αυτιού. Η ομοιότητα του νέου πτερυγίου αυτιού ως προς το άλλο, δηλαδή προς το φυσιολογικό πτερύγιο του ατόμου, υπερβαίνει το 90%, ανάλογα με κάθε περίπτωση.

Πλήρης ή μερική έλλειψη πτερυγίου αυτιού εμφανίζεται στα νεογέννητα αγόρια και κορίτσια στον κόσμο, με συχνότητα 1 στα 10.000 παιδιά. Το φαινόμενο ονομάζεται απλασία πτερυγίου ωτός. Ειδικότερα, εάν πρόκειται για πλήρη έλλειψη του πτερυγίου, τότε μιλάμε για ανωτία, ενώ, εάν πρόκειται για μερική έλλειψη του πτερυγίου ή όταν αυτό είναι υποαναπτυγμένο, τότε μιλάμε για μικρωτία. Σε κάθε περίπτωση σήμερα, μπορούμε να επιτύχουμε χειρουργικά, για όλη τη ζωή, θεαματικό και σταθερό αποτέλεσμα ανάπλασης του πτερυγίου σε παιδιά, όπως βεβαίως και σε ενήλικες.

Ο Dr. med. Βασίλης Παυλιδέλης, τόνισε: «Εφαρμόσαμε τη συγκεκριμένη μέθοδο σε τρία παιδιά 8, 12 και 13 ετών. Όπως όλα τα προηγούμενα περιστατικά, έτσι και αυτά, αντιμετωπίστηκαν με απόλυτη επιτυχία, γεγονός που αναδεικνύει τη δυνατότητα, αλλά και την υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας της Ευρωκλινικής Παίδων.

Δακρυοκυστογραφία

Η δακρυοκυστογραφία, μία νέα πρωτοποριακή εξέταση, πραγματοποιείται στην Ευρωκλινική Αθηνών από τον ιατρό κο **Γιώργο Βοΐλα, Χειρουργό ΩΡΛ**. Ένα συχνό πρόβλημα των ματιών είναι η επιφορά, δηλαδή το δάκρυσμα των ματιών. Το αποχετευτικό σύστημα των δακρύων ξεκινάει από το μάτι και καταλήγει μέσα στη μύτη. Αυτό μπορεί να αποφραχθεί σε διάφορα σημεία του και ανάλογα με το σημείο που δημιουργείται το εμπόδιο αντιμετωπίζεται χειρουργικά ή συντηρητικά.

Η δακρυοκυστεογραφια είναι μια εξέταση γρήγορη και ανώδυνη εγχύοντας εντος του αποχετευτικού συστήματος των δακρύων σκιαγραφικό, οπού απεικονίζεται όλη η πορεία του.

Με τη δακρυοκυστεογραφία έχουμε ακριβείς πληροφορίες για τη θέση της απόφραξης εάν είναι πλήρης ή λειτουργική, πράγμα το οποίο καθορίζει την αντιμετώπιση, αλλά και το αποτέλεσμα της.

Η δακρυοκυστεογραφια είναι μια εξέταση γρήγορη και ανώδυνη εγχύοντας εντος του αποχετευτικού συστήματος των δακρύων σκιαγραφικό

Η δακρυοκυστεογραφία μπορεί να συνδυαστεί και με αξονική τομογραφία δίνοντας τη δυνατότητα μελέτης και των γειτονικών ανατομικών δομών.

Τέλος ο συνδυασμός της δακρυοκυστεογραφίας με την ενδοσκόπηση ρινός, την περιοχή αποχέτευσης του συστήματος, ολοκληρώνει τον έλεγχο και μπορούμε να συστήσουμε την καταλληλότερη αντιμετώπιση δίνοντας οριστική λύση στον ασθενή με επιφορά.

*Ο **κος Κ. Κουμάκης**, Διευθυντής Νευρολόγος στο **MoDD International Medical Conference***

Στο MoDD, International Medical Conference, το οποίο πραγματοποιήθηκε στις 20-23 Ιουλίου στην Κατερίνη, συμμετείχε με ομιλία ο κος **Κ. Κουμάκης**, *Διευθυντής Νευρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών*. Εκτός από την ομιλία με θέμα «Non pharmaceutical treatment of depression and pain in patients with gastrointestinal disorders: The role of Transcranial Magnetic Stimulation», ο κος Κουμάκης συμμετείχε σε στρογγυλή τράπεζα, όπου αναλύθηκε το θέμα «Gastroenterology without borders» μαζί με τους συνομιλητές του S. Jeannette, P. Vico, Q. Dongliang και Abi Aaad.

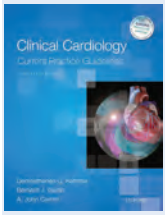
*Τιμητική διάκριση για τον κο **Ιωάννη Βασιλειάδη**, Διευθυντή Καρδιολόγο, Ευρωκλινική Αθηνών*

Ο Δρ. **Ιωάννης Βασιλειάδης**, *Διευθυντής Δ΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών και Αναπληρωτής Διευθυντής Σύνταξης της επίσημης επιστημονικής έκδοσης της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας*, επιλέχτηκε πρόσφατα ως Εθνικός Αντιπρόσωπος στην Ευρωπαϊκή Ένωση για τις ιατρικές ειδικότητες στον τομέα της Καρδιολογίας (UEMS-Cardiology Section). Η επιλογή του κ. Βασιλειάδη για την εκπροσώπηση της χώρας μας στα Ακαδημαϊκά δρώμενα της Ευρώπης αποτελεί μια ακόμη αναγνώριση του επιστημονικού επιπέδου των στελεχών της Ευρωκλινικής.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Παγκόσμια συγγραφική αναγνώριση για τον Dr. Δημοσθένη Κατρίτση

Ο **Δρ Δημοσθένης Κατρίτσης**, Διευθυντής του Τμήματος Επεμβατικής Καρδιολογίας και Ηλεκτροφυσιολογίας της **Ευρωκλινικής Αθηνών**, διακρίθηκε σε παγκόσμιο επίπεδο για το συγγραφικό του έργο «Clinical Cardiology: Current Practice Guidelines, Updated Edition» στα Medical Book Awards 2017 στην Οξφόρδη.

Συγκεκριμένα, το βιβλίο κλινικής καρδιολογίας **«Clinical Cardiology: Current Practice Guidelines, Updated Edition»** του Δρ Κατρίτση και των καρδιολόγων Bernard Gersh και John Camm που δημοσιεύτηκε τον Ιούνιο του 2016, βρίσκεται πλέον ανάμεσα στα **5 καλύτερα ιατρικά συγγράμματα παγκοσμίως**. Το βιβλίο του κου Κατρίτση, σύμφωνα με το διάσημο καρδιολόγο Dr Valentin Fuster, αποτελεί «… το πλέον χρήσιμο καρδιολογικό εγχειρίδιο που έχει γραφτεί τα τελευταία 20 χρόνια», ενώ ήδη αποτελεί best seller του εκδοτικού του οίκου.



Το βιβλίο του κου Κατρίτση «Clinical Cardiology: Current Practice Guidelines, Updated Edition»

Ο **Δρ Κατρίτσης**, MD, PhD, FRCP, FESC, FACC, είναι διδάκτωρ των Πανεπιστημίων **Αθηνών και Λονδίνου**, μέλος του Βρετανικού Κολλεγίου Παθολόγων, επίτιμος Διευθυντής Καρδιολογίας στο St Thomas' Hospital, London, επισκέπτης καθηγητής του **City University** του Λονδίνου και μέλος του Faculty της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου **Harvard** (**Harvard Medical School**), με τίτλο Lecturer on Medicine. Πρόσφατα προέδρευσε διεθνούς ομάδας ιατρών και επιστημόνων από χώρες της Ευρώπης, της Αμερικής και της Ασίας, με σκοπό τη συγγραφή των οδηγιών της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (European Heart Rhythm Association) για τις υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες.

Η Ευρωκλινική πρωτοπόρος, με διεθνή αναγνώριση και στην Καρδιοχειρουργική

Η σταθερή προσήλωση της Ευρωκλινικής για προσφορά των πλέον σύγχρονων και αποτελεσματικών Θεραπειών αποτυπώνεται και από την υψηλή ποιότητα των αποτελεσμάτων των καρδιοχειρουργικών ασθενών. Ιδιαίτερα δε στους ασθενείς που πάσχουν από στεφανιαία νόσο, η Ευρωκλινική είναι γνωστή για την υλικοτεχνική της υποδομή και οργάνωση, η οποία προσφέρει στους ασθενείς της την ιδανικότερη ποιότητα αρτηριακών μοσχευμάτων, ιδίως των μαστικών αρτηριών, έναντι των ποιοτικά κατώτερων φλεβικών μοσχευμάτων τα οποία προέρχονται από τα κάτω άκρα.

Πρόσφατα, στο Διεθνές Συνέδριο Στεφανιαίας νόσου «2017 International Coronary Congress. State of the Art Surgical Coronary Revascularization», το οποίο διεξήχθη στη Νέα Υόρκη των ΗΠΑ με συμμετοχή των επιφανέστερων Καρδιολόγων (όπως ο Greg Stone, Columbia University Medical Center, New York και Valentin Fuster, Mount Sinai Medical Center, New York) και αναγνωρισμένων Καρδιοχειρουργών, η Ευρωκλινική έκανε ιδιαίτερα αισθητή τη παρουσία της σε διεθνές επίπεδο αναδεικνύοντας την ιδιαίτερη ποιότητα Καρδιοχειρουργικής ανάμεσα στα καλύτερα Καρδιολογικά και Καρδιοχειρουργικά κέντρα της υφηλίου. Συγκεκριμένα, ο Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής της Ευρωκλινικής Αθηνών, κ. Ιωάννης Α. Χλωρογιάννης, MD, εκλήθη στο συνέδριο και παρουσίασε τα αποτελέσματα του με τίτλο «Total Arterial Myocardial Revascularization. Efficacy And Efficiency» (http://internationalcoronarycongress.com/program/2017/A01.cgi). Πρόκειται για τη μεγαλύτερη δημοσιευμένη σειρά παγκοσμίως, η οποία περιλαμβάνει την εμπειρία από 2.604 συνεχόμενους καρδιοχειρουργικούς ασθενείς, που υποβλήθηκαν σε bypass αποκλειστικά με αρτηριακά μοσχεύματα τις δύο έμμισχες μαστικές αρτηρίες με ή χωρίς την κερκιδική αρτηρία, από τον ίδιο καρδιοχειρουργό. Μάλιστα δε η συχνότητα χρήσης αυτών των ευεργετικών αρτηριακών μοσχευμάτων ήταν καθολική σε όλους σχεδόν τους ασθενείς σε ποσοστό 99,2%, όταν σήμερα ο μέσος όρος χρησιμοποίησης και των δύο μαστικών αρτηριών στις ΗΠΑ δεν υπερβαίνει το 5%, ενώ στη Σουηδία είναι μόνο 1%! Οι ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζονται με αυτά τα αρτηριακά μοσχεύματα ευεργετούνται περισσότερο σε σχέση με τα κατώτερα φλεβικά μοσχεύματα και απολαμβάνουν όχι μόνο καλύτερη ποιότητα ζωής, αλλά και μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης, που μπορεί να αυξηθεί στο 26% στα 20 έτη μετεγχειρητικά. Επομένως, εύλογα στα κύρια συμπεράσματα του Συνεδρίου ήταν ότι τα αρτηριακά μοσχεύματα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται περισσότερο συχνά παρά τις ιδιαίτερες καρδιοχειρουργικές τεχνικές απαιτήσεις τους, ως χρυσή επιλογή (Gold Standard), όπως και στη Κλινική μας.

ΠΑΙΔΩΝ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο Κέντρο!

PATIENTS' FRIENDLY HOSPITAL

AWARD 2017
PATIENTS' FRIENDLY HOSPITAL

Φροντίδα που παίρνει βραβείο!

Ευρωκλινική Παίδων

‘Οταν η παραμονή στο νοσοκομείο γίνεται παιχνίδι...

Κάθε πτυχή της Ευρωκλινικής Παίδων μαρτυρά πως δεν είναι άδικα η μόνη πιστοποιημένη «φιλική κλινική» για παιδιά και γονείς. Μία σημαντική επένδυση ολοκληρώθηκε διακοσμώντας στο σύνολό της την Ευρωκλινική Παίδων με διαδραστικά παιχνίδια και επιτοίχιες ζωγραφιές, ώστε οι μικροί μας φίλοι και οι οικογένειές τους να αισθάνονται ότι βρίσκονται σε ένα άνετο και φιλικό περιβάλλον. Οι νέοι χώροι της Ευρωκλινικής Παίδων θυμίζουν περισσότερο ένα χώρο που μπορούν να διασκεδάσουν και να περάσουν δημιουργικά τα παιδιά, παρά ένα νοσοκομείο. Έτσι η παραμονή στην κλινική γίνεται περισσότερο ξέγνοιαστη με ζωγραφική στον τοίχο, με παιχνίδια, όπως «λαβύρινθος», «ένωσε τις τελείες», «βρες τις διαφορές», χαρούμενα ζωάκια, διαδραστικές κατασκευές και επιδαπέδια παιχνίδια.

Το νέο κτίριο της Ευρωκλινικής Παίδων διαθέτει 5 ορόφους με πλήρως ανακαινισμένους χώρους και δωμάτια νοσηλείας διαμορφωμένα, ώστε κάθε μικρός ασθενής που την επισκέπτεται όχι μόνο να βγαίνει υγιής αλλά και χαρούμενος.

ΠΑΙΔΩΝ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο Κέντρο!

Είσαι στο κέντρο!

Η Ευρωκλινική Παίδων μεταφέρθηκε στο κέντρο!

Η Ευρωκλινική Παίδων ήρθε στο Κέντρο και εγκαινίασε τις νέες της εγκαταστάσεις!

Σε μία λαμπρή εκδήλωση που πραγματοποιήθηκε στις 28 Ιουνίου 2017 η Ευρωκλινική Παίδων εγκαινίασε τις νέες της εγκαταστάσεις στο κέντρο της Αθήνας. Πλήθος κόσμου, εκπρόσωποι της πολιτικής και επιχειρηματικής ηγεσίας, της τοπικής αυτοδιοίκησης, της ασφαλιστικής αγοράς, της ιατρικής κοινότητας, ιατροί και προσωπικό του Ομίλου Ευρωκλινικής παρευρέθησαν στην εκδήλωση.

Την κορδέλα των εγκαινίων έκοψε η μικρή Ηλέκτρα και ο μικρός Θωμάς, με τη βοήθεια του Πρόεδρου του Ομίλου Ευρωκλινικής κ. **Σπύρου Καπράλου** και του Διευθύνοντος Συμβούλου κ. **Αντώνη Βουκλαρή**, παρουσία της κας **Εύας Κοντοσταθάκου**, Αντιδημάρχου Οικονομικών του Δήμου Αθηναίων.

Τα εγκαίνια της Ευρωκλινικής Παίδων σηματοδοτούν ένα νέο κεφάλαιο σε μία μακρά πορεία 15 χρόνων που είχε ως κεντρικό άξονα την προσφορά φροντίδας υγείας και αγάπης στα παιδιά

Η κα. Εύα Κοντοσταθάκου στο χαιρετισμό της αναφέρθηκε στην προσφορά υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας του Ομίλου Ευρωκλινικής στο κέντρο της Αθήνας από το 1998, η οποία ενισχύεται με την μεταφορά της Παιδιατρικής κλινικής στην περιοχή των Αμπελοκήπων.

Στο χαιρετισμό του ο κ. Καπράλος ανέφερε μεταξύ άλλων: «Η Ευρωκλινική Παίδων, με τις νέες, σύγχρονες εγκαταστάσεις της αποτελεί μία εξαιρετικά αξιόπιστη επιλογή νοσηλείας στο κέντρο της Αθήνας. Στις καθημερινές προκλήσεις που αντιμετωπίζει η χώρα μας σε όλους τους τομείς, η συνεχής ανάπτυξη του Ομίλου της Ευρωκλινικής και η επένδυση στην υγεία και τον άνθρωπο, δίνει μήνυμα αισιοδοξίας και μας γεμίζει υπερηφάνεια»

Ο Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής κ. Αντώνης Βουκλαρής στην ομιλία του τόνισε: «Σήμερα γιορτάζουμε μία καινούρια σελίδα της Ευρωκλινικής Παίδων. Ήρθαμε στο κέντρο της Αθήνας και βάλαμε στο κέντρο το παιδί και την οικογένειά του. Προσπαθούμε καθημερινά να δημιουργούμε εξελίξεις στον κλάδο

4. *Από αριστερά: κος Αντώνης Βουκλαρής, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, κα Σάντρα Ζαφειρακοπούλου, Γενική Διευθύντρια του Φιλανθρωπικού Οργανισμού Make-a-wish και ο κος Σπύρος Καπράλος, Πρόεδρος Ομίλου Ευρωκλινικής*

1. *Από αριστερά: κος Αντώνης Βουκλαρής, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, κα Εύα Κοντοσταθάκου, Αντιδήμαρχος Οικονομικών Δήμου Αθηναίων και κος Σπύρος Καπράλος, Πρόεδρος Ομίλου Ευρωκλινικής*
2. *Ο κος Σπύρος Καπράλος με την Ηλέκτρα και τον Θωμά*
3. *Οι μικροί μας φίλοι στον προαύλιο χώρο της Ευρωκλινικής*
5. *Η βραδιά των εγκαινίων της Ευρωκλινικής Παίδων*
6. *Κατά την διάρκεια του αγιασμού*

Στα 15 χρόνια λειτουργίας έχουν εμπιστευτεί την Ευρωκλινική Παίδων για την υγεία τους περισσότερα από 300.000 παιδιά

μας και όχι απλά να τις παρακολουθούμε. Πρόσφατα καταφέραμε να είμαστε η πρώτη κλινική στην Ευρώπη που πιστοποιήθηκε ως Patients' Friendly, μια επιβράβευση της προσπάθειάς μας για καινοτομία και εξέλιξη».

Στην εκδήλωση παρευρέθησαν εκτός της Αντιδημάρχου Οικονομικών του Δήμου Αθηναίων, κυρίας **Εύας Κοντοσταθάκου**, οι Καθηγητές Ιατρικής κ.κ. **Ευτύχιος Βορίδης, Νικόλαος Νικητέας, Παναγιώτης Ασημακόπουλος, Δημήτριος Λουκόπουλος** και η Γενική Διευθύντρια του Φιλανθρωπικού Οργανισμού Make-A-Wish (Κάνε-Μια-Ευχή Ελλάδος), κυρία **Σάντρα Ζαφειρακοπούλου.**

Η εκδήλωση των εγκαινίων είχε ως κέντρο το παιδί και την προσφορά σε αυτό. Στο πλαίσιο αυτό ανακοινώθηκε μία ακόμα σημαντική ενέργεια της Ευρωκλινικής Παίδων προς την κατεύθυνση της προσφοράς στην κοινωνία. Ο κύριος Βουκλαρής ανακοίνωσε την έναρξη στήριξης του Φιλανθρωπικού Οργανισμού Make-A-Wish (Κάνε-Μια-Ευχή Ελλάδος) με την υιοθεσία της ευχής ενός 10χρονου αγοριού.Με τη μετακίνηση στις νέες της εγκαταστάσεις η Ευρωκλινική Παίδων γίνεται η μόνη παιδιατρική ιδιωτική κλινική στο κέντρο της Αθήνας προσφέροντας αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας έχοντας πάντα στο κέντρο το παιδί.

ΟΜΙΛΟΣ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο Κέντρο!

AWARD 2017
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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Στην κορυφή της ποιότητας

Η Ευρωκλινική Αθηνών, συμπλήρωσε ένα έτος ως η **πρώτη και μοναδική κλινική στην Ελλάδα και την Ευρώπη που είναι πιστοποιημένη ως «Φιλική προς τους ασθενείς» (Patients' Friendly Hospitals) από τον ανεξάρτητο οργανισμό πιστοποιήσεων ΤÜV AUSTRIA HELLAS**. Η πιστοποίηση Patients' Friendly Hospitals εξασφαλίζει ότι στην Ευρωκλινική Αθηνών προτεραιότητα έχει το τρίπτυχο Εμπιστοσύνη-Ασφάλεια-Φροντίδα, θέτοντας τον ασθενή στο κέντρο του ενδιαφέροντος και ικανοποιώντας κάθε του ανάγκη. Πρόσφατα η Ευρωκλινική πιστοποιήθηκε εκ νέου για ένα ακόμα χρόνο ως «Φιλική προς τους ασθενείς» αποδεικνύοντας ότι η φροντίδα του ασθενή είναι μέρος της φιλοσοφίας της και βασικός στόχος του νοσηλευτικού, ιατρικού και διοικητικού προσωπικού της.

Για τη δημιουργία των συνθηκών που την πιστοποιούν ως Κλινική "Φιλική προς τους Ασθενείς" η Ευρωκλινική Αθηνών επιλέγει με συγκεκριμένα κριτήρια το προσωπικό της και φροντίζει για τη συνεχή εκπαίδευση του. Επίσης, έχει δημιουργήσει σημεία εξυπηρέτησης για εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς, ενώ "εκπαιδεύει'' και ενημερώνει τους συγγενείς και συνοδούς για τις ισχύουσες πολιτικές και διαδικασίες.

Ο Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής κ. **Αντώνης Βουκλαρής** ανέφερε σχετικά: «Είμαστε ιδιαίτερα περήφανοι τόσο για τις νέες μας πιστοποιήσεις όσο και για την επαναπιστοποίηση των υπηρεσιών μας από την ΤÜV AUSTRIA HELLAS. Η ανταπόκριση της Ευρωκλινικής στα διεθνή πρότυπα μάς γεμίζει με υψηλό αίσθημα ευθύνης απέναντι στους ασθενείς, που μας εμπιστεύονται, αλλά και τους συνοδούς τους που μοιράζονται την ίδια αγωνία. Στρατηγική μας προτεραιότητα είναι να συνεχίσουμε με το ίδιο πάθος για άριστη, ασφαλή και ανθρώπινη κλινική αντιμετώπιση κάθε περιστατικού υγείας. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στους νοσηλευτές – τριες, τους ιατρούς και το διοικητικό προσωπικό μας που καθημερινά παλεύουν και προσπαθούν να κάνουν πραγματικότητα το στόχο μας – να βάλουν τον ασθενή - άνθρωπο στο κέντρο».

Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την επιθεώρηση επισημάνθηκαν η εξαιρετική λειτουργία του εργαστηρίου Βιοπαθολογίας, η πληρότητα των Νοσηλευτικών πρωτοκόλλων, η πολύ καλή λειτουργία της Αποθήκης Υγειονομικού Υλικού, η αρτιότητα των ιατρικών φακέλων και η εξαιρετική λειτουργία της ανακαινισμένης κουζίνας.

Πιστοποιητικά ποιότητας ISO 22000, ISO 9001

Η Ευρωκλινική Αθηνών πέρασε επιτυχώς τον ετήσιο έλεγχο σε σχέση με τη συμβατότητα των λειτουργιών της με την επίσημη Ευρωπαϊκή προδιαγραφή ΕΝ 15224:2012 για παρόχους υγείας, η οποία διασφαλίζει την ποιότητα Ιατρικών, Νοσηλευτικών και Διοικητικών υπηρεσιών, καθώς και για την ασφάλεια των γευμάτων σύμφωνα με το διεθνές πρότυπο ISO 22000:2013 (Food Safety) που δηλώνει την άρτια και ελεγχόμενη λειτουργία της αλυσίδας: Πρώτες ύλες-υλικά-παραλαβή-προετοιμασία, διαχείριση γευμάτων και διακίνηση & διανομή εντός της κλινικής.

Επίσης, σε ένα συνολικό επίπεδο παροχών πιστοποιήθηκε με το νέο διεθνές πιστοποιητικό ποιότητας ISO 9001: 2015 για όλες τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει, καλλιεργώντας σταθερότητα και συνέπεια στο μηχανισμό λειτουργίας της.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ HEALTHCARE AWARDS 2017

Χρυσό βραβείο ποιότητας Ασημένιο βραβείο καινοτομίας

Η Ευρωκλινική Αθηνών, η πρώτη κλινική στην Ελλάδα και την Ευρώπη πιστοποιημένη ως «Φιλική προς τους ασθενείς» (Patients' Friendly Hospitals) με συνέπεια και προτεραιότητα στο τρίπτυχο Εμπιστοσύνη-Ασφάλεια-Φροντίδα, κέρδισε Χρυσό και Ασημένιο βραβείο στα Healthcare Awards 2017.

Για δεύτερη συνεχόμενη χρονιά διοργανώθηκαν τα Healthcare Business Awards που αναδεικνύουν και τιμούν μέσα από συγκεκριμένα και αυστηρά κριτήρια τους παρόχους υγείας.

Στην τελετή απονομής των βραβείων, διακεκριμένοι εκπρόσωποι του κλάδου υγείας επιβράβευσαν την επιχειρηματική αριστεία, την καινοτομία, τις αναπτυξιακές πρωτοβουλίες και τις βέλτιστες πρακτικές των επιχειρήσεων, φορέων και οργανισμών του κλάδου. Σε αυτό το πλαίσιο και ειδικότερα στην κατηγορία Νοσοκομεία-Ιδιωτικές Κλινικές-Διαγνωστικά Κέντρα, ο Όμιλος Ευρωκλινικής ξεχώρισε και βραβεύτηκε με Χρυσό Βραβείο «Ποιότητας Υπηρεσιών» για την γενική ποιότητα υπηρεσιών

1. Ο κος Αντώνης Βουκλαρής, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, παραλαμβάνει το Χρυσό Βραβείο στην κατηγορία «Ποιότητας Υπηρεσιών» από τον κο. Δημητρη Γιαννακόπουλο, Αντιπρόεδρο ΔΣ και Αναπληρωτή Διευθύνων Σύμβουλο Ομίλου ΒΙΑΝΕΞ

2. Το Χρυσό Βραβείο «Ποιότητας Υπηρεσιών» και το Ασημένιο βραβείο Καινοτομίας

3. Ο κος Αντώνης Βουκλαρής με την κα. Κατερίνα Τζανακάκη, Διευθύντρια Συστημάτων Διαχείρισης Ομίλου Ευρωκλινικής

4. Ο κος Αντώνης Βουκλαρής κατά την ευχαριστήρια ομιλία του

της Ευρωκλινικής Αθηνών. Επιπλέον έλαβε Ασημένιο βραβείο Καινοτομίας ως «η πρώτη Κλινική στην Ευρώπη» που πιστοποιήθηκε ως «Patients' Friendly Hospital» από την TUV Austria.

Ο Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής κ. Αντώνης Βουκλαρής ανέφερε μεταξύ άλλων:

«Νιώθουμε ιδιαίτερη τιμή και υπερηφάνεια για τη βράβευση του ομίλου Ευρωκλινικής στα Healthcare Business Awards που πλέον έχουν γίνει θεσμός στον κλάδο υγείας. Τα βραβεία αυτά είναι η αναγνώριση της προσήλωσής μας για άριστες υπηρεσίες με κέντρο τον άνθρωπο και τις ανάγκες του. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στους ανθρώπους που αναγνώρισαν το έργο μας και σε όλους τους ιατρούς- συνεργάτες μας και το προσωπικό μας που με γνώση και φιλότιμο ξέρουν και κάνουν τη διαφορά..»

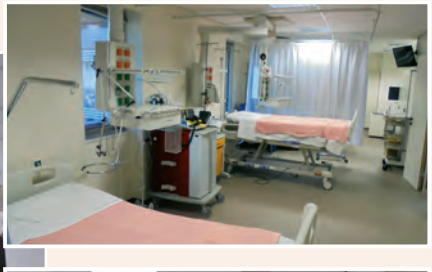
Βράβευση Ομίλου Ευρωκλινικής στα Facilities Management Awards 2017

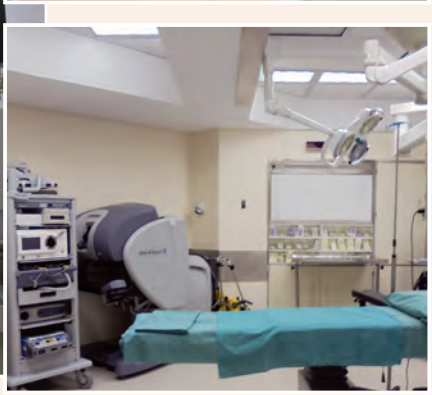
Ο Όμιλος Ευρωκλινικής βραβεύτηκε στα Facilities Management Awards 2017 αποσπώντας το ασημένιο βραβείο στην κατηγορία Νοσοκομεία & Κέντρα διάγνωσης για την "Ολική ανάθεση υπηρεσιών τεχνικής υποστήριξης" στην εταιρεία Istos Engineering, ενώ κέρδισε το χάλκινο βραβείο στην κατηγορία Συντήρηση Εγκαταστάσεων για την "Ολική ανάθεση υπηρεσιών τεχνικής υποστήριξης, για τη συντήρηση αλλά και τη λειτουργία της Ευρωκλινικής Αθηνών".

Η Ευρωκλινική Αθηνών αναβαθμίζει τους χώρους της!!

Εντός του τρίτου τριμήνου του 2017 αναβαθμίστηκαν τέσσερα σημαντικά τμήματα της Ευρωκλινικής Αθηνών:

1. **Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**
2. **Τα χειρουργεία του 2ου ορόφου**
3. **Τα χειρουργεία του 1ου ορόφου**
4. **Ο 5ος νοσηλευτικός όροφος**





Οι ανακαινίσεις πραγματοποιήθηκαν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα χωρίς να προκληθεί οποιοδήποτε πρόβλημα στην ομαλή λειτουργία της κλινικής και τηρώντας όλα τα μέτρα ασφαλείας που προτείνει το ΚΕΕΛΠΝΟ διατηρώντας καθαρό τον περιβάλλοντα χώρο και τον αέρα εντός του νοσοκομείου με χρήση ειδικών μηχανημάτων.

Πιο συγκεκριμένα, στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και στα χειρουργεία έγινε πλήρης ανακατασκευή των δαπέδων, των οροφών και της τοιχοποιίας με σκοπό την επίτευξη της καλύτερης δυνατής αποστείρωσης στους χώρους περιορίζοντας σημαντικά την πιθανότητα μεταφοράς λοιμώξεων. Επίσης εγκαταστάθηκαν ειδικές θύρες ερμητικά κλειστές που αντέχουν στις υπερπιέσεις ή σε συνθήκες κενού, πράγμα που εγγυάται τη μη διάχυση των βακτηριδίων που μπορεί να προκληθούν από την απώλεια της πόρτας. Έγινε σημαντική αναβάθμιση στα συστήματα κλιματισμού των χειρουργείων με σκοπό την καλύτερη ρύθμιση της θερμοκρασίας, αλλά και της πλήρους προστασίας των εργαζομένων και των ασθενών από αερόβιες μολύνσεις.

Οι ανακαινίσεις πραγματοποιήθηκαν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα χωρίς να προκληθεί οποιοδήποτε πρόβλημα στην ομαλή λειτουργία της κλινικής και τηρώντας όλα τα μέτρα ασφαλείας που προτείνει το ΚΕΕΛΠΝΟ

Σημαντική αναβάθμιση με σκοπό την ασφάλεια των νοσηλευόμενων ασθενών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ήταν η προσθήκη ειδικής μονάδας τεχνητού νεφρού τελευταίας τεχνολογίας με σημαντικά πλεονεκτήματα σε σχέση με τις υφιστάμενες μονάδες. Η αυτονομία και η ασφάλεια που παρέχει σε περίπτωση αστοχίας υλικού ή παροχών είναι τέτοια που επιτρέπει ακόμα και σε πολλούς ταυτόχρονα ασθενείς να ολοκληρώσουν τη θεραπείας τους χωρίς προβλήματα υπό όλες τις συνθήκες και ταυτόχρονα να παρέχει σημαντικά καλύτερη αποστείρωση της διαδικασίας και των δικτύων.

Σημαντική αναβάθμιση έγινε και στον 5ο νοσηλευτικό όροφο, όπου με τη βοήθεια έμπειρων αρχιτεκτόνων έγιναν οι απαραίτητες μελέτες για παρεμβάσεις στα δωμάτια και τους κοινόχρηστους χώρους με σκοπό την ποιοτική αναβάθμιση των υποδομών. Έτσι, στον όροφο αυτό ο ασθενής νιώθει πιο ζεστά και πιο κοντά σε περιβάλλον πιο οικείο με απαλά και ήπια χρώματα και χρήση υλικών τελευταίας τεχνολογίας. Παράλληλα, επετεύχθη η καλύτερη αποστείρωση του χώρου με τη δυνατότητα ο όροφος αυτός να καθαρίζεται πιο εύκολα και πιο αποτελεσματικά.

Τέλος, μειώθηκε το ενεργειακό αποτύπωμα του κτιρίου της Ευρωκλινικής Αθηνών με χρήση φωτισμού LED.

Συνεργασία Ευρωκλινικής με Interlife Ασφαλιστική

Σε ειδική εκδήλωση που πραγματοποιήθηκε στο Ινστιτούτο Παστέρ, ενημερώθηκαν 170 και πλέον συνεργάτες της INTERLIFE νομού Αττικής για τη συνεργασία της με τον Όμιλο Ευρωκλινικής και για το νέο Παιδικό Πρόγραμμα Υγείας KinderCARE99.

Οι Διαμεσολαβητές της INTERLIFE είχαν την ευκαιρία να ξεναγηθούν στις νέες εγκαταστάσεις της Ευρωκλινικής Παίδων και να γνωρίσουν από κοντά τους πλήρως οργανωμένους και σύγχρονους χώρους της που επιτρέπουν στους ιατρούς της να εφαρμόζουν πρωτοποριακές μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας, ενώ εξασφαλίζουν σε παιδιά και γονείς ένα φιλικό, άνετο και ασφαλές περιβάλλον.

Από αριστερά: κος Γιάννης Βοτσαρίδης, Διευθύνων Σύμβουλος της Interlife, κος Αντώνης Βουκλαρής, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής και κος Μαρίνος Κατημερτζής, Εμπορικός Διευθυντής Ομίλου Ευρωκλινικής

Ξενάγηση στους χώρους της Ευρωκλινικής Παίδων

Η Αναπληρώτρια Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κα Α. Καντζιά με τους ασφαλιστές στην Ευρωκλινική Παίδων

Ανανέωση συνεργασίας της ΑΕΚ Β.C. με τον Όμιλο Ευρωκλινικής

Η ΑΕΚ Β.C. **ανανέωσε για τρίτη συνεχόμενη χρονιά την συνεργασία της με τον Όμιλο Ευρωκλινικής ως Επίσημο Χορηγό της ομάδας για την τρέχουσα αγωνιστική περίοδο 2017-2018.** Επικεφαλής του ιατρικού επιτελείου της «Βασίλισσας», παραμένει ο κος **Ηρακλής Ι. Πατσόπουλος, Χειρουργός Ορθοπεδικός,** Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κολωνίας, Διευθυντής Β΄ Ορθοπεδικής Κλινικής και Αθλητικών Κακώσεων Ευρωκλινικής Αθηνών.

Η άριστη συνεργασία της ομάδας με το ιατρικό επιτελείο καθώς και ο σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός της Ευρωκλινικής κατείχαν καθοριστικό ρόλο στις υψηλές επιδόσεις των παικτών της ΑΕΚ Β.C. κατά την περσινή περίοδο, αποτελώντας σημαντικό παράγοντα για την ανανέωση της συνεργασίας με την Ευρωκλινική.

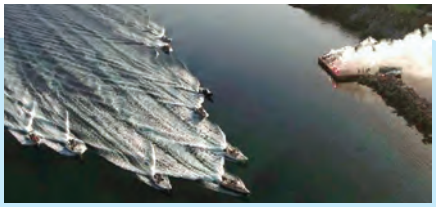
Ήδη με την ευκαιρία της ανανέωσης της συνεργασίας με την Ευρωκλινική, η ομάδα της ΑΕΚ, παλιοί και νέοι παίκτες, επισκέφτηκαν την Ευρωκλινική περνώντας με επιτυχία τον καθιερωμένο προληπτικό έλεγχο και ιατρικά τεστ πριν την έναρξη της προετοιμασίας και των αγωνιστικών υποχρεώσεων, ενώ ακολούθησαν και τα εφηβικά μπασκετικά τμήματα της «Βασίλισσας».

Με την ανανέωση της συνεργασίας της ΑΕΚ με την Ευρωκλινική ανανεώνονται και τα προνόμια και παροχές υγείας του Ομίλου Ευρωκλινικής προς τους φίλους της ΑΕΚ.

Η Ευρωκλινική κοντά στην κοινωνία

Η Ευρωκλινική δίπλα στην **Axion Hellas**

Οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό της Ευρωκλινικής απέδειξαν για άλλη μία φορά το κοινωνικό τους πρόσωπο συμμετέχοντας στο 2ο Διάπλου της ΜΚΟ Axion Hellas. Οι κύριοι **Πέτρος Μαλακάσης, Ειδικός Ακτινοδιαγνώστης Μαστού** και **Δημήτριος Καρδούλας, Ακτινολόγος** ταξίδεψαν με τα φουσκωτά της Axion Hellas στα νησιά Φολέγανδρο, Θηρασιά και Σαντορίνη για να προσφέρουν στους κατοίκους αυτών των περιοχών και στους τρόφιμους του Πτωχοκομείου Σαντορίνης, δωρεάν ιατρική φροντίδα και εξετάσεις, όπως υπερήχους μαστών, παρακεντήσεις, βιοψίες μαστού και θυρεοειδούς, εξετάσεις αγγείων και προληπτικές αιμοληψίες. Παράλληλα ο κος Μαλακάσης πραγματοποίησε ενημερωτική ομιλία με θέμα τον καρκίνο του μαστού στη Σαντορίνη.



+ πλέουμε στα νησιά που μας χρειάζονται...

Η **Ευρωκλινική** είναι σταθερός συνοδοιπόρος τα τελευταία χρόνια στα ταξίδια της **Σύμπλευσης** για την υγεία των κατοίκων των ακριτικών νησιών. Αυτή τη φορά ο ιατρός κος. **Ψαρουδάκης Αντώνιος, Διευθυντής Αγγειοχειρουργός** ταξίδεψε με τη «Σύμπλευση» στα νησιά Κίμωλο, Σίκινο, Ηρακλειά, Σχοινούσα, Ανάφη, Ψέριμο, Τέλενδο, Λειψούς και Αρκιούς προσφέροντας εθελοντικά δωρεάν υπηρεσίες υγείας.

Ταυτόχρονα η Ευρωκλινική παρείχε δωρεάν 45 τεστ ΠΑΠ στις γυναίκες των νησιών που το είχαν ανάγκη.

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 στα παραπάνω νησιά η Σύμπλευση πραγματοποίησε εκατοντάδες εξειδικευμένες εξετάσεις, ενημερωτικές και παιδαγωγικές εκδηλώσεις.

«Μαζεύουμε καπάκια, χαρίζουμε χαμόγελα!»

Με αυτό το σλόγκαν ως οδηγό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της Ευρωκλινικής απέδειξε για άλλη μία φορά το κοινωνικό του πρόσωπο μαζεύοντας 50 κιλά πλαστικά καπάκια που αντιστοιχούν σε περίπου 27.000 τεμάχια. Η ποσότητα που συγκεντρώθηκε και παραδόθηκε στον εθελοντικό σύλλογο Άνω Λιοσίων «Αγαπώ» θα χρησιμοποιηθεί για να αποκτήσουν αναπηρικά αμαξίδια συμπολίτες μας που το έχουν ανάγκη.

Συμμετοχή **Ευρωκλινικής και Κέντρου Μαστού** σε Πρόγραμμα Ενημέρωσης και Κλινικής Εξέτασης μαστού για νέες γυναίκες 20-39 ετών

Η Ευρωκλινική για άλλη μια χρονιά στηρίζει τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού **«Άλμα Ζωής»** συμμετέχοντας στο Πρόγραμμα Ενημέρωσης και Κλινικής Εξέτασης μαστού για νέες γυναίκες 20-39 ετών, προσφέροντας 20 δωρεάν μαστογραφίες. Η Ευρωκλινική και το Κέντρο Μαστού είναι δίπλα σε κάθε προσπάθεια που στοχεύει στην ενημέρωση των γυναικών για την πρόληψη και πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Η Ευρωκλινική «στηρίζει» το Greece Race for the Cure

και πρωτοπορεί με τη δημιουργία Facebook & Tablet Application για την ενημέρωση πρόληψης κατά του καρκίνου του μαστού

Η Ευρωκλινική Αθηνών στήριξε έμπρακτα και φέτος, τη διοργάνωση του Greece Race for the Cure, στο πλαίσιο των δράσεων εταιρικής κοινωνικής ευθύνης και ενημέρωσης που υλοποιεί.

Για την ενίσχυση της ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού, η Ευρωκλινική σε συνεργασία με τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού «Άλμα Ζωής», δημιούργησε ένα πρωτοποριακό και εύχρηστο application ενημερωτικού χαρακτήρα. Βασικός στόχος της Ευρωκλινικής ήταν να δώσει με το application τη δυνατότητα στους χρήστες μέσα από ένα παιχνίδι ερωτήσεων και info tips να κατανοήσουν τη σημαντικότητα της έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού. **Το Greece Race Contest Application by Ευρωκλινική** βρισκόταν στις επίσημες σελίδες Facebook της Ευρωκλινικής, του Άλματος Ζωής και την ημέρα του αγώνα σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, όπου μέσα από tablets ή τα smartphones τους οι χρήστες μπορούσαν να παίζουν, να ενημερώνονται αλλά και να κερδίζουν σημαντικά δώρα υγείας. Σε αυτή τη μέρα γιορτής ο Όμιλος Ευρωκλινικής δεν θα μπορούσε να λείπει. Ένωσε τις δυνάμεις του με το Άλμα Ζωής, έγινε μία μεγάλη αγκαλιά και συμμετείχε με περισσότερους από 260 δρομείς στο 9ο Race for the Cure.

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής συμμετείχε με 263 δρομείς στο φετινό Race for the Cure

Αυτή τη στιγμή, το Greece Race for the Cure® είναι η δεύτερη μεγαλύτερη διοργάνωση παγκοσμίως, χάρη στη συμμετοχή σχεδόν 31.000 ατόμων για το 2016, που ένωσαν τις δυνάμεις τους ενάντια στον καρκίνο του μαστού.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η Ευρωκλινική Αθηνών **διαθέτει εξειδικευμένο, υπερσύγχρονο Κέντρο Μαστού το οποίο παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας σε γυναίκες όσον αφορά την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των παθήσεων του μαστού**. Η Ιατρική ομάδα του τμήματος διαθέτει πλούσια επιστημονική κατάρτιση, ενώ χαίρει της αναγνώρισης του ελληνικού και διεθνούς ιατρικού κόσμου.

Η κα. **Φιορίτα Πουλακάκη, Διευθύντρια Χειρουργικής Κλινικής Μαστού,** Ευρωκλινικής Αθηνών ανέφερε σχετικά: «Είναι μια ημέρα γιορτής για όλες τις γυναίκες! Είμαστε ιδιαίτερα χαρούμενοι που θα συμβάλουμε σε μια ενέργεια με τόσο δυνατή επίδραση και ενημέρωση. όπως αυτή του Greece Race for the Cure®. Το Τμήμα Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών διαθέτει όλα τα απαραίτητα εφόδια και μια ομάδα επιστημόνων για τη φροντίδα της γυναίκας, ικανοποιώντας κάθε ανάγκη για έγκαιρη και σωστή διάγνωση μέχρι και την ολοκλήρωση της θεραπείας της».

Αντίστοιχα, **ο κος Πέτρος Μαλακάσης, Διευθυντής Απεικονιστικού Τμήματος Διάγνωσης Μαστού & Οστικής Πυκνομετρίας** της Ευρωκλινικής Αθηνών, είπε: «Ο αγώνας κατά του καρκίνου του μαστού είναι καθημερινός και δύσκολος. Είμαστε κι εμείς μέρος της μεγάλης ανθρώπινης αλυσίδας που τρέχει στο Race for the Cure® και είμαστε παρόντες να στηρίξουμε κάθε γυναίκα με την εξειδικευμένη ιατρική μας ομάδα».

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής δίνει σάλιο, χαρίζει ζωή!

BE MY HERO
Γίνε ο Ήρωάς μου!

Την Παρασκευή 6/10 ο Όμιλος Ευρωκλινικής σε συνεργασία με το σωματείο του Ομίλου και την Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία **Be my Hero** διοργάνωσε εκδήλωση που στόχο είχε την ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση του κόσμου για τη δωρεά του μυελού των οστών. Συγκεντρώθηκαν 316 «ήρωες» οι οποίοι εγγράφηκαν ως εθελοντές δότες μυελού των οστών αποδεικνύοντας την ανθρωπιά τους δίνοντας μόνο λίγο σάλιο και χαρίζοντας ελπίδα σε ενήλικες και παιδιά που το έχουν ανάγκη.

Μεταξύ των «ηρώων» και η ομάδα μπάσκετ της **ΑΕΚ** με εκπρόσωπό της τον μπασκετμπολίστα **Βασίλη Ξανθόπουλο**, ο οποίος βρέθηκε και συμμετείχε ενεργά στην εκδήλωση, καθώς και η **2η μοίρα αλεξιπτωτιστών** που μας τίμησαν με την παρουσία τους.

Elipse™

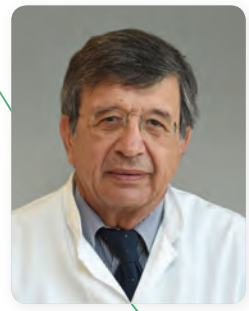
Η πρώτη συσκευή
απώλειας
βάρους χωρίς
επέμβαση*
παγκοσμίως

allurion

*Δεν απαιτείται χειρουργείο, ενδοσκόπηση ή αναισθησία

Υγεία για όλους

- Καρκίνος ουροδόχου κύστεως
- Η αξιοπιστία της πληροφόρησης σε θέματα υγείας
- Μικροεπεμβατική αφαίρεση θυρεοειδούς
- Ευρωπαϊκές Οδηγίες Πρόληψης καρδιαγγειακής νόσου στην κλινική πράξη
- Διαφραγματοκήλη
- Καρκίνος νεφρού
- Λίγα λόγια για τη γρίπη
- Ροχαλητό: Αθώο ή ένοχο;
- Τα πολλά πρόσωπα της ΧΑΠ
- Δυσκαταποσία
- Πελματογράφημα
- Παχυσαρκία και καρκίνος
- Σύστημα συνεχούς καταγραφής σακχάρου
- Λαπαροσκοπική κολεκτομή
- Ανάπλαση ελλείποντος πτερυγίου ωτός
- Υπερπαραθυρεοειδισμός
- Καρκίνος του μαστού στον άνδρα



Αριστείδης Καραγιάννης
Διευθυντής Α΄ Ουρολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών

Καρκίνος ουροδόχου κύστεως

Αίτια • Συμπτώματα • Διάγνωση • Θεραπεία

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως είναι ο ένατος συχνότερος καρκίνος στον κόσμο. Είναι το δεύτερο πιο συχνό νεόπλασμα του ουροποιητικού συστήματος μετά τον καρκίνο του προστάτη. Στους άνδρες είναι 4 φορές συχνότερος από ό,τι στις γυναίκες. Το 2012 εκτιμήθηκε ότι 14,1 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως έπασχαν από καρκίνο της ουροδόχου κύστεως, από τους οποίους οι 330.000 αφορούσαν νέες διαγνώσεις. Στην Ευρώπη η επίπτωση της νόσου είναι 10 έως 29 περιστατικά ανά 100.000 ασθενείς ετησίως και η θνησιμότητα 5 έως 8 περιστατικά ανά 100.000 ασθενείς ετησίως.

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης αποτελεί τη συχνότερη κακοήθεια της ουροποιητικής οδού και το κυρίαρχο σύμπτωμα της νόσου είναι η αιματουρία, η παρουσία δηλαδή αίματος στα ούρα του ασθενούς

Αίτια

Σαφής αιτιολογία δεν υπάρχει. Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου.

- **Το κάπνισμα.** Οι καπνιστές διατρέχουν 2.5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με τους μη καπνιστές. Επιπλέον εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής.
- Η έκθεση σε **χημικές ουσίες** στο χώρο εργασίας.
- Η αύξηση της **ηλικίας**, φάρμακα, μακροχρόνιες λοιμώξεις της ουροδόχου κύστεως.

Συμπτώματα

- Αιματουρία (συνήθως ανώδυνη)

- Συχνουρία
- Επώδυνη ούρηση.

Παρόμοια συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν επίσης σε πολλές άλλες παθήσεις.

Πολλές φορές είναι ασυμπτωματικός και μπορεί να ανακαλυφθεί σε τυχαίους ελέγχους.

Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται με: **Κυστεοσκόπηση και Βιοψία ουροδόχου κύστεως,** καθώς και με σημαντικές **διαγνωστικές εξετάσεις** όπως: Γεν. εξέταση ούρων, Κυτταρολογική εξέταση ούρων, Υπερηχογράφημα, Αξονική Τομογραφία.

Οι συνηθέστεροι ιστολογικοί τύποι στο καρκίνωμα της ουροδόχου κύστεως είναι οι ακόλουθοι: Ουροθηλιακό καρκίνωμα (περισσότερο από 90% όλων των περιπτώσεων), Καρκίνωμα από πλακώδη κύτταρα, Αδενοκαρκίνωμα, Καρκίνωμα *in situ*.

Πολλές φορές πρέπει να γίνεται επαναληπτική κυστεοσκόπηση στις 2-6 εβδομάδες μετά τη μη πλήρη αρχική εκτομή ή όταν αυτή ανέδειξε (high grade) όγκο ή T1 όγκο. Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως διαχωρίζεται σε **δύο μεγάλες κατηγορίες**:

- Επιφανειακός ή μη διηθητικός καρκίνος της κύστεως.
- Διηθητικός καρκίνος της κύστεως.

Τα περισσότερα περιστατικά παρουσιάζονται ως επιφανειακοί καρκίνοι (θηλώματα) που απαιτούν μόνο τοπική θεραπεία. Παρόλα αυτά, το 25% των περιστατικών είναι διηθητικοί καρκίνοι, ενώ το 5% παρουσιάζονται υπό μορφή μεταστατικής νόσου.

Θεραπεία

Το είδος της θεραπείας εξαρτάται από το στάδιο της νόσου και τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή.

Το είδος της θεραπείας εξαρτάται από το στάδιο της νόσου και τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή. Η παρακολούθηση γίνεται με εξετάσεις ούρων, κυτταρολογικές ούρων, υπερηχογράφημα και κυστεοσκόπηση. Στόχος είναι η πρώιμη ανεύρεση νέων βλαβών και η αφαίρεση τους

Επιφανειακός καρκίνος: Η θεραπεία γίνεται με διουρηθρική αφαίρεση του όγκου και μπορεί συμπληρωματικά να χρειασθεί να γίνουν ενδοκυστικές εγχύσεις (χημειοθεραπεία ή ανοσοθεραπεία).

Η συχνότητα και η διάρκεια των ενδοκυστικών εγχύσεων διαφέρουν ανάλογα με το πρωτόκολλο που εφαρμόζει κάθε γιατρός.

Η παρακολούθηση γίνεται με εξετάσεις ούρων, κυτταρολογικές ούρων, υπερηχογράφημα και κυστεοσκόπηση. Στόχος είναι η πρώιμη ανεύρεση νέων βλαβών και η αφαίρεση τους.

Διηθητικός καρκίνος: Αποτελεί την πιο επικύνδυνη μορφή. Η θεραπεία του διηθητικού καρκίνου της ουροδόχου κύστεως μπορεί να γίνει με: 1. Ριζική κυστεκτομή, 2. Χημειοθεραπεία, 3. Χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με ακτινοβολία, 4. Ανοσοθεραπεία, 5. Συνδυασμός ριζικής κυστεκτομής και χημειοθεραπείας.

Ριζική κυστεκτομή: Η αντιμετώπιση του διηθητικού καρκίνου είναι χειρουργική. Είναι η προτεινόμενη θεραπευτική μεταχείρηση για τον εντοπισμένο καρκίνο της κύστεως. Στη ριζική κυστεκτομή αφαιρείται η ουροδόχος κύστη, ο προστάτης με τις σπερματοδόχους κύστεις στον άνδρα, ενώ στις γυναίκες αφαιρείται και η μήτρα, εξαρτήματα και το πρόσθιο τμήμα του κόλπου. Η επέμβαση συνοδεύεται πάντοτε από Λεμφαδενικό καθαρισμό, η έκταση του οποίου εξαρτάται από τον χειρουργό.

Σε όλους τους T1 όγκους με υψηλό κίνδυνο εξέλιξης (π.χ. εκείνους που είναι υψηλού βαθμού, πολυεστιακοί, με παρουσία in situ) η άμεση ριζική κυστεκτομή είναι μία επιλογή.

Ορισμένες φορές χρειάζεται να γίνει παρηγορητική κυστεκτομή για ανακούφιση από τα συμπτώματα. Υπάρχουν δύο κύριες τεχνικές αποκατάστασης αποβολής των ούρων:

- Δημιουργία νέας κύστης από τμήμα λεπτού εντέρου, όπου τα ούρα εξέρχονται μέσω της ουρήθρας (ορθότοπη νεοκύστη) ή μέσω του δέρματος (ουρητηροεντεροστομία).
- Ουρητηροδερμοστομία όπου οι ουρητήρες εκβάλλουν στο δέρμα είτε με ένα κοινό στόμιο είτε με δύο διαφορετικά στόμια.

- Όλες αυτές οι τεχνικές έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.
- Η επέμβαση μπορεί να γίνει με ανοικτή τομή ή λαπαροσκοπικά με τη χρήση ρομπότ.
- Ο τύπος της εκτροπής των ούρων δεν επηρεάζει την ογκολογική έκβαση.
- Καθυστέρηση της χειρουργικής θεραπείας μπορεί να ελαττώσει το ποσοστό επιβίωσης.

Χημειοθεραπεία

Είναι απαραίτητη και επιβάλλεται σε μεταστατική νόσο. Σε πολλές περιπτώσεις χρειάζεται πριν τη χειρουργική επέμβαση, επικουρικά. Η νέα επικουρική χημειοθεραπεία βελτίωσε τη συνολική επιβίωση κατά 5-7% στα 5 χρόνια.

Η νεοεπικουρική χημειοθεραπεία δεν συστήνεται σε ασθενείς με performance status (PS) >2 και μειωμένη νεφρική λειτουργία.

Χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με ακτινοβολίες: Αυτή η μέθοδος εφαρμόζεται σε ασθενείς που αρνούνται ή δεν τους επιτρέπει η γενική τους κατάσταση να υποβληθούν σε κυστεκτομή.

- Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία δεν πρέπει να χορηγείται.
- Η θεραπεία επιλογής για ανεγχείρητη, μεταστατική ή υποτροπιάζουσα νόσο είναι η συμπτωματική χημειοθεραπεία.

Φωτεινή Σκοπούλη
Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής & Τμήματος Αυτοανόσων Νοσημάτων Ευρωκλινικής Αθηνών

Η αξιοπιστία της πληροφόρησης σε θέματα υγείας

Ο καθένας μας, σήμερα παρά ποτέ, έχει τη μεγαλύτερη δυνατή πρόσβαση στην ενημέρωση και την κάθε είδους πληροφορία. Μείζονα αντικείμενα που απασχολούν τους πολίτες είναι τα θέματα υγείας. Η τηλεόραση, το ραδιόφωνο, τα περιοδικά, οι εφημερίδες και το διαδίκτυο είναι τα κύρια μέσα από τα οποία αντλούνται οι περισσότερες πληροφορίες αλλά και επιβάλλονται οι σχετικές με την υγεία αντιλήψεις.

Οι πληροφορίες για την υγεία και τη νόσο σχετίζονται άμεσα με επιστημονικά δεδομένα που εκλαϊκεύονται και προβάλλονται στα μέσα μαζικής επικοινωνίας ώστε να τα αντιληφθεί ο καθένας. Τα μέσα προβάλλουν την εγκυρότητα των πληροφοριών που προάγουν στηρίζοντας την σε επιστημονικά δεδομένα. Όμως είναι όντως έγκυρη αυτή η πληροφόρηση που δέχεται ο πολίτης;

Ο δρόμος από την παραγωγή των επιστημονικών δεδομένων μέχρι την προβολή στη μαζική ενημέρωση επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Θα αναφέρω ορισμένες σημαντικές παραμέτρους που δρουν καταλυτικά στην αληθοφανή αλλά μη καλά τεκμηριωμένη πληροφόρηση, που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά το άτομο, αλλά και το κοινωνικό σύνολο.

Μελέτες για φάρμακα και τρόφιμα που υποστηρίζονται ή καθοδηγούνται από τη βιομηχανία, αρκετά συχνά καταλήγουν σε υπερβολικά θετικά συμπεράσματα ή υποβαθμίζουν τις παρενέργειες. Η δημόσια διάθεση των πρωτογενών δεδομένων για έλεγχο αποτελεί αντικείμενο συζήτησης στο σύγχρονο επιστημονικό κόσμο. Οι μελέτες αυτές υποστηρίζονται οικονομικά ώστε

Οι πληροφορίες για την υγεία και τη νόσο σχετίζονται άμεσα με επιστημονικά δεδομένα που εκλαϊκεύονται και προβάλλονται στα μέσα μαζικής επικοινωνίας ώστε να τα αντιληφθεί ο καθένας. Τα μέσα προβάλλουν την εγκυρότητα των πληροφοριών που προάγουν στηρίζοντας την σε επιστημονικά δεδομένα. Όμως είναι όντως έγκυρη αυτή η πληροφόρηση που δέχεται ο πολίτης;

να διαχυθούν τα αποτελέσματά τους όσο γίνεται νωρίτερα και ευρύτερα, τόσο στον επιστημονικό κόσμο όσο και στο κοινό. Πρόσφατα ένας βιολογικός παράγοντας που μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά σε μη λοιμώδη φλεγμονώδη νοσήματα, δοκιμάσθηκε για την επίδρασή του στα καρδιαγγειακά συμβάματα. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης εξήραν την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου, αποκρύπτοντας παντελώς τόσο τους παθογενετικούς μηχανισμούς μείωσης των καρδιαγγειακών επεισοδίων όσο και τις σοβαρές παρενέργειες. Χρησιμοποιήθηκε ουσιαστικά ένας καθαρά πολιτικός λόγος με στόχο το κέντρισμα του ενδιαφέροντος, ανεξάρτητα από το ποιά είναι η αλήθεια.

Η μεθοδολογία της στατιστικής ανάλυσης δεδομένων ορισμένες φορές μπορεί να οδηγεί σε λάθος συμπεράσματα ή σε υποβάθμιση σημαντικών διαφορών που καλύπτουν τη βιολογική αλήθεια.

Είναι ιδιαίτερα προσφιλές τα μέσα μαζικής επικοινωνίας να επικεντρώνονται σε δεδομένα με αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, χωρίς να γίνεται προσεκτική και ισορροπημένη ανάλυση των δεδομένων, προβάλλοντας απλοϊκά συμπεράσματα. Επενδύουν στο γεγονός ότι γενικά ο πληθυσμός δίνει πολύ μεγαλύτερη βαρύτητα στην αρνητική παρά στη θετική πληροφορία. Αξιοσημείωτο παράδειγμα με τεράστιες κοινωνικές επιπτώσεις αποτελεί το αντιεμβολιαστικό κίνημα που ξεκίνησε από δεκαετίας στην Αμερική και εξαπλώθηκε στο δυτικό κόσμο. Η μη τεκμηριωμένη συσχέτιση του εμβολιασμού με τον αυτισμό οδήγησε στην άρνηση των γονέων να εμβολιάζουν τα παιδιά τους. Σήμερα εισπράττουμε την επανεμφάνιση λοιμωδών νοσημάτων όπως η ιλαρά.

Η μεγάλη ανταγωνιστικότητα στην ενημέρωση, σε συνδυασμό με οικονομικά συμφέροντα, ιδιαίτερα στο χώρο των τροφίμων, οδηγεί σε δημοσιοποίηση πρόωρων αποτελεσμάτων που οδηγούν σε λάθος συμπεράσματα που συνήθως σε εύλογο χρονικό διάστημα αναιρούνται. Υπάρχουν αρκετές μελέτες που δείχνουν ότι η καθημερινή κατανάλωση υπερβολικών ποσοτήτων φυτοστερολών με τη μορφή εμπλουτισμένων τροφίμων (πχ BECEL) οδηγεί στη μειωμένη απορρόφηση της χοληστερόλης και τη μείωση των επιπέδων της στο αίμα. Δεν υπάρχει όμως καμία αξιόλογη μελέτη που να υποστηρίζει ότι η αντικατάσταση της χοληστερόλης από φυτοστερόλες, τόσο στο αίμα όσο και στους ιστούς, προστατεύει τον ανθρώπινο οργανισμό από τα καρδιαγγειακά επεισόδια. Αντίθετα υπάρχουν βάσιμες υπόνοιες ότι δρα αρνητικά. Η μισή αλήθεια και η σαθρή πληροφόρηση οδήγησαν, την τελευταία δεκαετία, ιδιαίτερα στη χώρα μας, σε μια μανιώδη κατανάλωση λιπών εμπλουτισμένων με φυτικές στερόλες ακόμη και από παιδιά, χωρίς να γνωρίζουμε τις επιπτώσεις στην υγεία του καθενός, υπολογίζοντας όμως εύκολα τις επιπτώσεις στην οικονομία.

Τα παραπάνω είναι μόνο μερικά δείγματα της κατάστασης που επικρατεί στην πληροφόρηση, από τα μέσα ενημέρωσης σχετικά με τα θέματα υγείας. Ο πολίτης οφείλει να είναι κριτικός απέναντι σε κάθε πληροφορία, όσο και αν παρουσιάζεται έγκυρη. Οι επιστήμονες οφείλουν να παρεμβαίνουν επώνυμα, όπου είναι δυνατή η πρόσβασή τους, με καθαρό και όχι πολιτικό λόγο και να αποκαθιστούν την αλήθεια.

Μικροεπεμβατική αφαίρεση θυρεοειδούς

Εξατομικευμένη και **αποτελεσματική** λύση

Ευάγγελος Καρβούνης
MD, PhD, FACS
Διευθυντής Χειρουργός
Εξειδικευμένος
στη Χειρουργική Ενδοκρινών Αδένων
Ευρωκλινική Αθηνών

Ο θυρεοειδής είναι ένας αδένας στην περιοχή του τραχήλου (λαιμού) και κατέχει πολύ σημαντικό συντονιστικό ρόλο για τις οργανικές λειτουργίες, μέσω των ορμονών που εκκρίνει. Η χειρουργική του εξαίρεση αποτελεί την ενδεικνυόμενη θεραπεία για ένα ευρύ φάσμα παθολογικών παθήσεων, τόσο καλοηθών όσο και κακοηθών. Οι **ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές χειρουργικής θυρεοειδούς (minimal invasive surgery)** εισήχθησαν στις αρχές του 21ου αιώνα. Η προσδοκία που οδήγησε στην ανάπτυξη, χρήση και εξέλιξή τους, ήταν **η ελαχιστοποίηση του μετεγχειρητικού πόνου, η ελάττωση του χρόνου ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, καθώς και το άριστο αισθητικό αποτέλεσμα** χωρίς συμβιβασμούς στη χειρουργική τεχνική.

Παραδοσιακά η συμβατική χειρουργική του θυρεοειδούς αδένα πραγματοποιείται από Γενικούς Χειρουργούς, μέσω μίας τομής περί τα 10cm συνήθως στο κατωφερέστερο σημείο του τραχήλου, οδηγώντας συχνά σε

ευμεγέθεις δύσμορφες ουλές. Σήμερα, ο **Εξειδικευμένος Χειρουργός Ενδοκρινών Αδένων**, με πρωτοπόρα τεχνογνωσία προσεγγίζει την ίδια ανατομική περιοχή μέσω μικρότερης **(περί τα 2cm) τομής**, η οποία φροντίζει να συμπίπτει με μία φυσική δερματική πτυχή, ώστε να μη φαίνεται. Δίνεται δε η δυνατότητα, με τη **χρήση ενδοσκοπίου** υψηλής ευκρίνειας και ταυτόχρονη προβολή των εικόνων σε οθόνη, να αναγνωρισθεί με ακρίβεια η προς αντιμετώπιση παθολογία, χωρίς εκτεταμένους τραυματικούς χειρουργικούς χειρισμούς. **Η επέμβαση θυρεοειδούς είναι μία ιδιαίτερα «λεπτή» επέμβαση, διότι ο αδένας γειτνιάζει με ανατομικές δομές που είναι υπεύθυνες για πολύτιμες λειτουργίες,** όπως οι παραθυρεοειδείς αδένες (ρυθμιστές του ασβεστίου), η τραχεία (αναπνοή), ο οισοφάγος (κατάποση τροφής), η καρωτίδα αρτηρία (αιμάτωση του εγκεφάλου), τα λαρυγγικά νεύρα (ομιλία) και άλλα αγγειονευρώδη στοιχεία, των οποίων η διαφύλαξη και προστασία είναι εξαιρετικά σημαντική. Στις περιπτώσεις δε κακοήθειας, η ριζικότητα του καθαρισμού περιλαμβάνει, εκτός από την τυπική θυρεοειδεκτομή, και ταυτόχρονο **λεμφαδενικό καθαρισμό**.

Η σύγχρονη εγχειρητική προσέγγιση περιλαμβάνει τη χρήση λεπτών, ειδικής κατασκευής, **εργαλείων μικροχειρουργικής,** που επιτρέπουν, με ριζικότητα και ασφάλεια, την αναίμακτη πρακτικά και πλήρη αφαίρεση του αδένα. Το κλασικό χειρουργικό νυστέρι αντικαθίσταται πλέον από νεότερες, προηγμένες τεχνολογικά συσκευές εκπομπής ενέργειας, όπως οι **ραδιοσυχνότητες.**

Με επιστημονική υπευθυνότητα και σεβασμό στον άνθρωπο, με ένα επιτελείο εξαίρετων συνεργατών, 24ωρη δυνατότητα επικοινωνίας ασθενούς με τους ιατρούς και τη γραμματεία, παρέχουμε εξατομικευμένη και αποτελεσματική λύση στις χειρουργικές παθήσεις του θυρεοειδούς αδένα χωρίς ταλαιπωρία για τον ασθενή

Στην τεχνολογία αιχμής, επίσης, κυρίαρχη θέση έχει η διεγχειρητική παρακολούθηση της ακεραιότητας των λαρυγγικών νεύρων με το **νευροδιεγέρτη**, ένα υπερσύγχρονο μηχάνημα για την προστασία των φωνητικών χορδών του ασθενούς. Προς την ίδια κατεύθυνση της κανονικής ομιλίας του ασθενούς μετά το χειρουργείο, προστίθεται στον υπερσύγχρονο εξοπλισμό μας η χρήση **βιντεολαρυγγοσκοπίου**.

Ως **κέντρο εξειδικευμένο στη χειρουργική του θυρεοειδούς αδένα**, παρακολουθούμε καθημερινά την ιατρική βιβλιογραφία από κέντρα αναφοράς της αλλοδαπής, σχετικά με την ανάπτυξη των ανωτέρω τεχνικών. Όντας τα τελευταία χρόνια στις κορυφαίες θέσεις επιλογής για τις θυρεοειδεκτομές στην ελληνική επικράτεια, **αντιμετωπίζουμε με εμπειρία, ετησίως, εκατοντάδες περιστατικά** με καλοήθεις, κακοήθεις παθήσεις, υποτροπές και επανεπεμβάσεις, εξασφαλίζοντας στους ασθενείς μας υψηλή ποιότητα χειρουργικών υπηρεσιών. Έμπειροι Ιατροί Αναισθησιολόγοι, μόνιμοι συνεργάτες μας, πλαισιώνουν την ομάδα μας, παρέχοντας **ασφαλή, ανεπίπλεκτη και σύμφωνα με τα διεθνή standards αναισθησία.**

Εφαρμόζοντας καθημερινά τη μικροεπεμβατική θυρεοειδεκτομή δίνουμε επιτυχώς λύση σε ποικίλες παθήσεις θυρεοειδούς, με λιγότερη των 24 ωρών νοσηλεία, με κινητοποιημένο πλήρως τον ασθενή, χωρίς πολύωρη χορήγηση ορρών, χωρίς την ύπαρξη σωλήνων παροχέτευσης στο λαιμό και χωρίς την ανάγκη λήψης αναλγητικών μετεγχειρητικά. Ο ασθενής μας απολαμβάνει άμεση ομιλία μετά το πέρας του χειρουργείου, πλήρη σίτιση την ίδια ημέρα και σύντομη επάνοδο στις καθημερινές του δραστηριότητες και εργασία.

Η έγκαιρη εντός εβδομάδας παραλαβή της ιστολογικής έκθεσης από τους έμπειρους μόνιμους συνεργάτες μας Ιατρούς Παθολογοανατόμους, σε συνδυασμό με τη στενή επιστημονική συνεργασία μας με τον εκάστοτε θεράποντα Ιατρό Ενδοκρινολόγο, δίνουν τη δυνατότητα στον ασθενή μας να ξεκινήσει άμεσα την αγωγή υποκατάστασης με χάπι, χωρίς να επηρεασθεί στο ελάχιστο ο μεταβολισμός, το βάρος του καθώς και όλη η φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού του.

Μία επέμβαση δεν θα ήταν άριστη, εάν δε φροντίζαμε επιπλέον το θέμα της επούλωσης. **Με ειδική τεχνική πλαστικής αποκατάστασης χωρίς δερματικά ή ενδοδερμικά ράμματα** και με τη συνταγογράφηση επιλεγμένων σκευασμάτων περιποίησης, επιτυγχάνουμε όμορφη ανάπλαση του δέρματος.

Στις μέρες μας πληθώρα ασθενών οδηγείται καθημερινά στη χειρουργική αίθουσα με σκοπό την οριστική λύση της θυρεοειδοπάθειάς τους. **Οι άνθρωποι αυτοί δεν έχουν ιδιαίτερο λόγο να ανησυχούν, έχοντας εμπιστευθεί τη θεραπεία τους σε εξειδικευμένο Χειρουργό Ενδοκρινών Αδένων.** Με επιστημονική υπευθυνότητα και σεβασμό στον άνθρωπο, με ένα επιτελείο εξαίρετων συνεργατών, 24ωρη δυνατότητα επικοινωνίας ασθενούς με τους ιατρούς και τη γραμματεία, παρέχουμε εξατομικευμένη και αποτελεσματική λύση στις χειρουργικές παθήσεις του θυρεοειδούς αδένα χωρίς ταλαιπωρία για τον ασθενή.

Δημήτρης Ρίχτερ
Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Πρόληψης καρδιαγγειακής νόσου στην κλινική πράξη

Οι νέες οδηγίες πρόληψης καρδιαγγειακής νόσου της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής εταιρείας του 2016 σε συνεργασία με άλλες εννέα επιστημονικές εταιρίες διατυπώθηκαν με σκοπό να αυξήσουν το επίπεδο πρόληψης καρδιαγγειακής νόσου σε πληθυσμιακό επίπεδο λαμβάνοντας υπόψη πως 1% μείωση του κινδύνου του συνολικού πληθυσμού για καρδιαγγειακό συμβάν θα προλάμβανε 25. 000 καρδιαγγειακά συμβάντα και θα εξοικονομούσε 40 εκατομμύρια ευρώ ανά έτος και ανά ευρωπαϊκή χώρα.

Τονίζεται με ιδιαίτερο τρόπο για πρώτη φορά, η πρόληψη σε επίπεδο πληθυσμού προτείνοντας αυστηρότερους νόμους και πολιτικές σε επίπεδο διατροφής, φυσικής δραστηριότητας, καπνίσματος και ποιότητας ατμοσφαιρικού αέρα.

Οι ατομικοί στόχοι παραγόντων κινδύνου επιβεβαιώνονται στην αποφυγή της παχυσαρκίας (Δείκτης Μάζας Σώματος 20-25 κιλά/μ^2):

- Περιφέρεια μέσης <94 εκ. για τους άντρες και <80 για τις γυναίκες
- Τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα αερόβια άσκηση μέτριας έντασης ή 75 λεπτά την εβδομάδα έντονης άσκησης
- Δίαιτα χαμηλή σε κορεσμένα λιπαρά και πλούσια σε προϊόντα ολικής άλεσης, λαχανικά, φρούτα και ψάρια
- Αποχή από το κάπνισμα
- Αρτηριακή πίεση <140/90 mmHg, και
- LDL χοληστερόλη <115 mg/dl για όλους, <100 mg/dl για τα άτομα υψηλού κινδύνου, και <70 mg/dl για τα άτομα πολύ υψηλού κινδύνου.

Η χρήση ασπιρίνης στην πρωτογενή πρόληψη συνεχίζει να έχει αντένδειξη, δηλαδή να μην χορηγείται σε καμία υποομάδα πληθυσμού, καθώς οι παρενέργειές της καταργούν το προληπτικό όφελός της σε ασθενείς που δεν έχουν ήδη νόσο.

> 1% *μείωση του κινδύνου του συνολικού πληθυσμού για καρδιαγγειακό συμβάν θα προλάμβανε* 25. 000 *καρδιαγγειακά συμβάντα και θα εξοικονομούσε 40 εκατομμύρια ευρώ ανά έτος και ανά ευρωπαϊκή χώρα*

Ακόμη συνιστάται να μην χρησιμοποιούνται ενδιάμεσοι βιοχημικοί δείκτες όπως οι λιποπρωτείνες, η CRP, η ομοκυστείνη κ.λπ., διότι δεν προσφέρουν τίποτα στο συνολικό υπολογισμό του καρδιαγγειακού κινδύνου, ο οποίος γίνεται με τους κλασικούς δείκτες (ηλικία, κάπνισμα, χοληστερίνη, υπέρταση). Αυτοί εφαρμόζονται σε ένα υπολογιστικό μοντέλο στον υπολογιστή (υπάρχει και ειδικό μοντέλο για την Ελλάδα με βάση τα εθνικά στατιστικά) και υπολογίζεται ο συνολικός κίνδυνος θανάτου από καρδιαγγειακή νόσο την επόμενη δεκαετία.

Συνεχίζει να έχει σημασία το οικογενειακό ιστορικό (άντρας συγγενής Α' βαθμού με καρδιαγγειακή νόσο πριν τα 55, η γυναίκα πριν τα 65), το οποίο μεταβάλλει το συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ακόμη σε περίπτωση οριακών καταστάσεων η ύπαρξη πλάκας στις καρωτίδες ή η ύπαρξη υψηλού ποσού ασβεστίου στην αξονική στεφανιογραφία βοηθούν περαιτέρω στην κατηγοριοποίηση σε ειδικές περιπτώσεις.

Τονίζεται με ιδιαίτερο τρόπο για πρώτη φορά η πρόληψη σε επίπεδο πληθυσμού προτείνοντας αυστηρότερους νόμους και πολιτικές σε επίπεδο:

- **Διατροφής:** Υποχρέωση αναγραφής συστατικών φαγητών με στόχο τη μείωση των θερμίδων, του αλατιού, των κορεσμένων λιπών και της ζάχαρης, κατάργηση βιομηχανικής παραγωγής τρανς-κορεσμένων λιπών, αυστηροποίηση

νομοθεσίας για τη διαφήμιση και αύξηση φορολογίας για φαγητά πλούσια σε ζάχαρη και κορεσμένα λίπη, καθώς και του αλκοόλ.

- **Φυσικής Δραστηριότητας**: Φορολογικές ελαφρύνσεις για αγορά μηχανημάτων για κατ΄ οίκον άσκηση ή εγγραφή σε γυμναστήριο, σημειώματα στα κτίρια που να ενθαρρύνουν τη χρήση σκαλών και όχι ανελκυστήρα, πρόβλεψη για δυνατότητα σωματικής δραστηριότητας στον πολεοδομικό σχεδιασμό πόλεων, οικονομικά κίνητρα για απώλεια βάρους.
- **Καπνίσματος:** Απαγόρευση καπνίσματος στα σχολεία, σύσταση στους γονείς να μην καπνίζουν μπροστά στα παιδιά, περιορισμοί στη διαφήμιση καπνού και ηλεκτρονικού τσιγάρου.

Ακόμη σημειώνεται η ιδιαίτερα σημαντική επίδραση της **ποιότητας του αέρα** στην καρδιαγγειακή υγεία, η σύσταση για ενημέρωση του κοινού σε περίπτωση επιδείνωσης της ποιότητας του ατμοσφαιρικού αέρα και η σύσταση για φορολογικές ελαφρύνσεις στα ηλεκτρικά και υβριδικά αυτοκίνητα. Σε αυτές τις οδηγίες τονίζονται και άλλες νόσοι οι οποίες αλλάζουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στον υπολογισμό του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου. Αυτές είναι:

1 **Χρόνια νεφρική νόσος:** Φλεγμονώδεις παράγοντες προκαλούν αγγειακή βλάβη ανεξάρτητα απ' τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου.

2 **Γρίπη:** Υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ λοιμώξεων του αναπνευστικού, ειδικά σε εποχές που υπάρχει επιδημία γρίπης και εμφράγματος του μυοκαρδίου.

3 **Περιοδοντίτιδα:** Η περιοδοντική νόσος έχει φανεί να σχετίζεται τόσο με την αθηρωμάτωση όσο και με την καρδιαγγειακή νόσο.

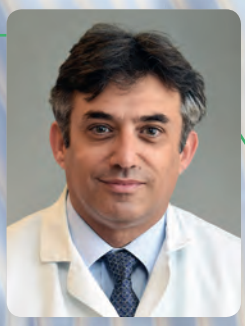
4 **Καρκινοπαθείς:** Οι ασθενείς που επιβιώνουν του καρκίνου έχοντας λάβει χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Συνιστάται οι καρκινοπαθείς αυτοί να ελέγχονται συστηματικά για καρδιακή δυσλειτουργία.

5 **Αυτοάνοσα νοσήματα:** Η ρευματοειδής αρθρίτις, η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα και η ψωρίαση αυξάνουν σε σημαντικό βαθμό τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακού επεισοδίου.

6 **Στυτική δυσλειτουργία:** Η εμφάνιση στυτικής δυσλειτουργίας φαίνεται να αποτελεί πρώιμο σημάδι μελλοντικού καρδιαγγειακού επεισοδίου, καθώς εμφανίζεται περίπου 3 χρόνια πριν την εμφάνιση εμφράγματος, εγκεφαλικού κ.λπ.

7 **Υπνική άπνοια:** Συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση υπέρτασης, κολπικής μαρμαρυγής και καρδιακής ανεπάρκειας. Η απώλεια βάρους και η χρήση της κατάλληλης μάσκας μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβάντα.

Έχοντας ασχοληθεί σε όλη μου την επιστημονική πορεία με την πρόληψη των καρδιαγγειακών συμβάντων, **ήταν μια μεγάλη αναγνώριση και τιμή για μένα η συμμετοχή σε αυτές τις Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες, η οποία επιβεβαιώνει το ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο της Ελληνικής Καρδιολογίας, αφού σε όλες τις Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες οδηγίες τα τελευταία χρόνια υπάρχει Ελληνική συμμετοχή**.



Ιωάννης Ζιούνας
Διευθυντής Γενικός Χειρουργός
Ευρωκλινική Αθηνών

Διαφραγματοκήλη

Αίτια, διάγνωση και αντιμετώπιση

Ο όρος διαφραγματοκήλη χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη διεύρυνση του οισοφαγικού τμήματος του διαφράγματος και τη μετανάστευση ενδοκοιλιακών σπλάχνων στο μεσοθωράκιο. Η ακριβής αιτία της νόσου είναι άγνωστη, ωστόσο η εξασθένιση του φρενοοισοφαγικού συνδέσμου, ενός συνδέσμου που διατηρεί τον κατώτερο οισοφαγικό σφικτήρα ενδοκοιλιακά, οδηγεί στη μετακίνηση της γατροοισοφαγικής συμβολής, τμήματος του στομάχου ή άλλων ενδοκοιλιακών σπλάχνων στη θωρακική κοιλότητα.

Η ακριβής αιτία της νόσου είναι άγνωστη. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί με συχνότερο σύμπτωμα αυτό του αισθήματος καύσου οπισθοστερνικά

Αναλόγως του σπλάχνου που προπίπτει ενδοθωρακικά η διαφραγματοκήλη ταξινομείται σε:

- Ολισθαίνουσα ή τύπος I, όπου μόνο η γαστροοισοφαγική συμβολή μετακινείται (ολισθαίνει) ενδοθωρακικά.
- Παραοισοφαγική ή τύπος II, όπου ο θόλος του στομάχου προπίπτει στο θώρακα παράλληλα και κατά μήκος του σώματος του οισοφάγου, ενώ η γαστροοισοφαγική συμβολή παραμένει στη φυσιολογική ενδοκοιλιακή θέση της.
- Μεικτή ή τύπος III, που είναι συνδυασμός των δύο.
- Τύπος IV, όπου πρόκειται για προχωρημένο στάδιο παραοισοφαγικής διαφραγματοκήλης, κατά το οποίο ολόκληρος ο στόμαχος και κάποιο άλλο ενδοκοιλιακό σπλάχνο (παχύ έντερο, σπλήνας) προπίπτουν στο θώρακα.

Προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου

- Η προχωρημένη ηλικία, που σχετίζεται με εξασθένιση των μυών και απώλεια ελαστικότητας των ιστών
- Η παχυσαρκία
- Η εγκυμοσύνη

- Ο ασκίτης
- Η χρόνια αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση, όπως συμβαίνει με το χρόνιο βήχα, τη δυσκοιλιότητα ή την άρση βάρους
- Νόσοι του καλλαγόνου, σκληρόδερμα.

Συμπτώματα

Οι περισσότεροι ασθενείς με διαφραγματοκήλη είναι ασυμπτωματικοί.

Το συχνότερο σύμπτωμα είναι το αίσθημα καύσου οπισθοστερνικά.

Επίσης, εμφανίζονται συμπτώματα όπως αναγωγή του περιεχομένου του στομάχου, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής ξαπλώνει, πόνος και δυσκολία κατά την κατάποση, πόνος στο στήθος, ναυτία και ερυγές (ρεψίματα). Τελευταία αναγνωρίζονται συχνότερα και συμπτώματα που δεν έχουν σχέση με τον οισοφάγο, όπως χρόνιος βήχας, λαρυγγίτιδα, πνευμονία από εισρόφηση, άσθμα, χρόνιες παραρινοκολπίτιδες, βραχνάδα, φαρυγγίτιδα κ.ά.

Διάγνωση

Το ιστορικό του ασθενούς αποτελεί πολύτιμο διαγνωστικό βοήθημα. Η κλινική εξέταση και οι αιματολογικές εξετάσεις δεν προσφέρουν σημαντικά. Οι κύριες διαγνωστικές μέθοδοι που θέτουν τη διάγνωση και βοηθούν στην κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας είναι οι εξής:

- Ενδοσκόπηση του οισοφάγου – στομάχου – δωδεκαδακτύλου. Τα ευρήματα ποικίλλουν από ήπια οισοφαγίτιδα μέχρι εξελκώσεις του βλεννογόνου, στενώσεις ή μεταπλασία του επιθηλίου που αποτελεί δυνητικά προκαρκινική κατάσταση (Οισοφάγος Barrett).
- Ακτινολογικός έλεγχος με τη βοήθεια σκιαγραφικού.
- Εικοσιτετράωρη Πεχαμετρία του οισοφάγου. Καταγράφεται η 24ωρη διακύμανση της οξύτητας στον οισοφάγο.
- Μανομετρία. Μετράται η πίεση στον οισοφάγο για την εξακρίβωση συνυπάρχουσας διαταραχής της κινητικότητας (π.χ. αχαλασία του οισοφάγου).
- Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος. Μπορεί να αποκαλύψει διαταραχές κινητικότητας του οισοφάγου ή παλινδρόμηση. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για ασθενείς που δεν ανέχονται εύκολα την πεχαμετρία ή τη μανομετρία.

Θεραπεία

Η οισοφαγίτιδα που οφείλεται στην παλινδρόμηση αντιμετωπίζεται συντηρητικά με φάρμακα και το 90% των ασθενών έχει καλή ανταπόκριση. Παρόλη την ανάσχεση των ενοχλημάτων και τη θεραπεία της οισοφαγίτιδας, περίπου το 70-80% υποτροπιάζουν μέσα σε ένα χρόνο από τη διακοπή της θεραπείας, ενώ περίπου το 50% των ασθενών που έχει παλινδρόμηση έχει συνοδό διαφραγματοκήλη (Τύπου Ι).

Συντηρητική αντιμετώπιση

Συνδυασμός αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες, όπως:

- Απώλεια βάρους
- Αποφυγή τροφών που επιδεινώνουν την παλινδρόμηση (λιπαρά, τηγανιτά, σοκολάτα, χυμός πορτοκαλιού, αγελαδινό γάλα, αλκοόλ, σκόρδο, κρεμμύδι, καφές, τσάι, πικάντικα)
- Όχι κλινήρης θέση κατά τη διάρκεια του ύπνου
- Όχι κατάκλιση μετά το γεύμα
- Λήψη μικρών γευμάτων κατά τη διάρκεια της ημέρας
- Αποφυγή καπνίσματος, stress.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Εάν υπάρχει εμμονή των συμπτωμάτων πάρα την εφαρμογή των συντηρητικών μέτρων, τότε συστήνεται φαρμακευτική αγωγή όπως αντιόξινα, αναστολείς υποδοχέων ισταμίνης H2 Blockers και αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (Proton Pump Inhibitors – PPIS).

Η διαφραγματοκήλη είναι συχνή νόσος, ιδίως στις δυτικές κοινωνίες, με τη συχνότητά της να φτάνει το 10% σε ηλικίες μικρότερες των 40 ετών και το 70% σε ηλικίες μεγαλύτερες των 70 ετών. Συχνότερος τύπος είναι η ολισθαίνουσα και αφορά κυρίως γυναίκες κατά την 5η ή 6η δεκαετία ζωής

Χειρουργική επέμβαση

1 **Ανοικτή αποκατάσταση διαφραγματοκήλης.** Αποτελεί ιδιαίτερα τραυματική επέμβαση. Το μετεγχειρητικό άλγος είναι σημαντικό και ο ασθενής δεν μπορεί να κινητοποιηθεί άμεσα.

2 **Λαπαρασκοπική αποκατάσταση.** Από το 1990 η λαπαροσκοπική τεχνική προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα και μηδαμινές πιθανότητες διεγχειρητικών επιπλοκών. Συνήθως εκτελούνται 5 μικρές τομές (5mm) και η κάμερα επιτρέπει στο χειρουργό μεγέθυνση των ιστών 10-15 φορές σε μία οθόνη. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι τα εξής:

- Λιγότερος μετεγχειρητικός πόνος
- Ταχύτερη ανάρρωση
- Μικρότερη απώλεια αίματος
- Ελαχιστοποίηση μετεγχειρητικών επιπλοκών που σχετίζονται με το τραύμα (διαπύηση, διάσπαση, κήλη, χρόνιο άλγος)
- Περιορισμός των μετεγχειρητικών συμφύσεων
- Βέλτιστο κοσμητικό αποτέλεσμα.

3 **Ρομποτική αποκατάσταση.** Εφαρμόζεται από το 2006 και αποτελεί εξέλιξη της λαπαροσκοπικής μεθόδου. Η νοσηλεία απαιτεί ένα – δύο 24ωρα και η επιστροφή στην καθημερινή δραστηριότητα επιτυγχάνεται με οδηγίες σε λίγες μέρες.

Καρκίνος νεφρού

Από τη διάγνωση στη θεραπεία

Αθανάσιος Ρήγας
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Ουρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο καρκίνος του νεφρού αναλογεί στο 2% των κακοήθων όγκων του ανθρώπου, ενώ αποτελεί το τρίτο σε συχνότητα νεόπλασμα του ουροποιητικού συστήματος. Παρουσιάζει δύο έως τρείς φορές αυξημένη συχνότητα στους άντρες και η συχνότητα του είναι υψηλότερη στις αστικές περιοχές, παρότι δε σχετίζεται με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Δεν έχουν παρατηρηθεί διαφορές ανάμεσα στις φυλές, αλλά υπάρχουν διαφορές από χώρα σε χώρα, με μεγαλύτερη συχνότητα στις Σκανδιναβικές χώρες, μέτρια στην Ευρώπη και τη Β. Αμερική, μικρότερη στην Ισπανία και τη Ν. Αμερική και ακόμη χαμηλότερη στην Ινδία, Ιαπωνία και Αφρική. Η έκτη με έβδομη δεκαετία της ζωής αποτελούν τη συχνότερη περίοδο εμφάνι-

σης του, έχει όμως αναφερθεί ακόμη και σε εφήβους.

Αιτιολογία

Επαγγελματικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, διαιτητικοί, ορμονικοί καθώς και χρωμοσωμικές ανωμαλίες και δράση ογκογονιδίων έχουν αναλυθεί προκειμένου να διευκρινιστεί το αίτιο του καρκίνου του νεφρού. Απόλυτα κανένας συγκεκριμένος παράγοντας δεν έχει επισημανθεί. Έχουν ενοχοποιηθεί ο καπνός, το κάδμιο και η ακτινοβολία. Ειδικότερα στους καπνιστές έχει παρατηρηθεί πενταπλάσια συχνότητα καρκίνου του νεφρού από τους μη καπνιστές. Πάνω από το 30% του νεφροκυτταρικού καρκίνου συνδέεται με το κάπνισμα. Από τους διαιτητικούς παράγοντες η χρήση κυρίως λιπαρών τροφών, ζάχαρης, γάλατος και καφέ σχετίζεται με την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του νεφρού. Ομοίως η κατάχρηση αναλγητικών και η παχυσαρκία αποτελεούν παράγοντα κινδύνου. Αύξηση της συχνότητας του παρατηρείται στους επαγγελματικά ασχολούμενους με την κατεργασία δερμάτων, τα υποδήματα, τα πετρελαϊκά προϊόντα και αυτούς που εκτίθενται στο κάδμιο και τον αμίαντο.

Κλινική εικόνα- διάγνωση

Η κλινική διάγνωση του νεφρικού καρκινώματος είναι αρκετές φορές δύσκολη, καθώς εμφανίζεται με ποικιλία συμπτωμάτων. Στο ένα τρίτο των περιπτώσεων παρουσιάζεται με σημεία άσχετα από το ουροποιητικό σύστημα (λ.χ. υπέρταση, υπερασβεστιαιμία). Η ευρεία χρήση του υπερηχογραφήματος και της αξονικής τομογραφίας έχει οδηγήσει στην τυχαία διάγνωση όγκων του νεφρού σε ποσοστό 25-40%. Επίσης, σε ποσοστό 30%, εμφανίζονται ασθενείς με συμπτώματα οφειλόμενα σε μεταστατική νόσο, όπως δύσπνοια και βήχας ή οστικός πόνος λόγω πνευμονικών ή οστικών εντοπίσεων αντίστοιχα.

Ο καρκίνος του νεφρού αναλογεί στο 2% των κακοήθων όγκων του ανθρώπου, ενώ αποτελεί το τρίτο σε συχνότητα νεόπλασμα του ουροποιητικού συστήματος. Παρουσιάζει δύο έως τρείς φορές αυξημένη συχνότητα στους άντρες και η συχνότητα του είναι υψηλότερη στις αστικές περιοχές

Πολύ σημαντική είναι η έγκαιρη διάγνωση και η σωστή χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του νεφρού. Η σύγχρονη γνώση και η εφαρμογή τελευταίων μεθόδων διάγνωσης και χειρουργικής θεραπείας, εξασφαλίζουν την πλήρη ίαση

Ο ανθρώπινος νεφρός εντοπίζεται σε ένα καλά προστατευμένο χώρο και η μοναδική του έκφραση προς το εξωτερικό περιβάλλον είναι μέσω του άμεσου προϊόντος του, δηλαδή των ούρων. Το σύμπτωμα του πόνου δεν παρουσιάζεται, εκτός αν ο όγκος επεκτείνεται πέραν του νεφρού ή παρεμποδίζει την ελεύθερη ροή των ούρων λόγω αιμορραγίας και δημιουργίας πηγμάτων αίματος. Έτσι λοιπόν, δεν είναι περίεργο πως τα σημεία κλινικής εμφάνισης του όγκου είναι αυτά της τοπικής επέκτασης ή των απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Η κλασσική τριάδα του πόνου, της αιματουρίας και της οσφυϊκής μάζας απαντάται σήμερα σε λιγότερο από 10% των ασθενών. Η αιματουρία είναι το συχνότερο σύμπτωμα σε ποσοστό 60%, ακολουθούμενη από την οσφυϊκή μάζα (45%) και το οσφυϊκό άλγος (40%). Η απώλεια βάρους, ο πυρετός, η αιφνίδια ανάπτυξη κιρσοκήλης είναι συνήθη ευρήματα.

Θεραπεία

Το νεφρικό καρκίνωμα είναι ιδιαίτερα ανθεκτικό στις μη χειρουργικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως η ακτινοβολία, η χημειοθεραπεία, οι ορμονικοί χειρισμοί και η ανοσοθεραπεία. Μόνο το ριζικό χειρουργείο μπορεί να προσφέρει την ίαση, που εξαρτάται απόλυτα από το στάδιο του νεοπλάσματος και το βαθμό διαφοροποίησής του.

Θεραπεία εκλογής για τον εντοπισμένο καρκίνο του νεφρού αποτελεί η ριζική νεφρεκτομή, αφαιρείται δηλαδή ο νεφρός en block με το περινεφρικό λίπος και το σύστοιχο επινεφρίδιο. Σε περίπτωση ύπαρξης μικρότερου των 4 εκατοστών περιφερικού όγκου, μπορεί να εκτελεσθεί μερική νεφρεκτομή, όπως και σε μονήρη νεφρό ή σε αμφοτερόπλευρη εντόπισή του.

Με τη χρήση του ρομποτικού συστήματος Da Vinci επιτυγχάνουμε εξαιρετικά ογκολογικά αποτελέσματα με πολύ μεγάλη ασφάλεια για τον ασθενή. Η νεφρεκτομή γίνεται αναίμακτα, χωρίς τομή στην κοιλιά και έτσι ο ασθενής δεν αισθάνεται πόνο, κινητοποιείται άμεσα, η νοσηλεία του στο νοσοκομείο είναι βραχύτατη και επιστρέφει συντομότατα στις δραστηριότητές του. Η τρισδιάστατη όραση και η ακρίβεια των χειρισμών επιτρέπει την αφαίρεση του όγκου και τη διατήρηση του υπόλοιπου νεφρού.

Η πρόγνωση των ασθενών με εντοπισμένο καρκίνο του νεφρού μετά τη νεφρεκτομή είναι εξαιρετική, σε αντίθεση με αυτή των ασθενών με μεταστατική νόσο, που ουσιαστικά εμφανίζουν μηδαμινά ποσοστά μακροχρόνιας επιβίωσης και η θνητότητα εντός του πρώτου χρόνου ξεπερνά το 50%.

Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, πόσο σημαντική είναι η έγκαιρη διάγνωση και η σωστή χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του νεφρού. Η σύγχρονη γνώση και η εφαρμογή τελευταίων μεθόδων διάγνωσης και χειρουργικής θεραπείας, όπως η ρομποτική χειρουργική, εξασφαλίζουν την πλήρη ίαση.

Ιωάννης Ζελενίτσας
Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Λίγα λόγια για τη γρίπη

Το καλοκαίρι πέρασε, το φθινόπωρο μπήκε και ο χειμώνας έρχεται. Δεν φτάνει όμως μόνο αυτό, γιατί μαζί με το χειμώνα θα έρθει και η γρίπη που κάθε χρόνο βασανίζει εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Τα ιατρεία και τα νοσοκομεία γεμίζουν, πολλοί ταλαιπωρούνται και ελάχιστοι χάνονται.

Τι είναι όμως η γρίπη (influenza);

Ορισμός: Η γρίπη είναι μια ιογενής μεταδοτική ασθένεια του αναπνευστικού συστήματος. Μπορεί να προκαλέσει από ήπια έως πολύ σοβαρή νόσο. Σοβαρές επιπλοκές της, μπορεί να οδηγήσουν σε θάλαμο νοσηλείας ή εντατικές νοσοκομείων, ακόμα και στο θάνατο.

Ιοί της γρίπης

Υπάρχουν τέσσερις τύποι των ιών της γρίπης A,B,C,D.

Οι **ιοί A και B** προκαλούν εποχικές επιδημίες συνήθως κάθε χειμώνα. Εξ αυτών μεταλλάξεις του A μπορούν να προκαλέσουν πανδημίες. Ο **ιός C** προκαλεί συνήθως ήπια συμπτώματα του αναπνευστικού και δεν ευθύνεται για επιδημίες. Ο **ιός D** δεν φαίνεται να μεταδίδεται και να προκαλεί νόσο στον άνθρωπο.

Ας αναλύσουμε τους ιούς A και B

Ο A χωρίζεται σε δύο υποκατηγορίες ανάλογα με δύο πρωτεΐνες επιφάνειας του ιού, την Haemaglutiin (H) και την Neuronaminidose (N). Έτσι λοιπόν, έχουμε τον H1N1, που επί σαράντα χρόνια μέχρι το 2009 προκαλούσε επιδημίες και μετά μεταλλάχθηκε και ονομάστηκε (2009H1N1) και H3N2.

Ο B έχει μικρές παραλλαγές χωρίς ιδιαίτερη σημασία. Σε αυτό το σημείο να πούμε πως τα εμβόλια καλύπτουν τον H1N1, τον H3N2 και ένα με δύο τύπους B, ΟΧΙ τον C.

Σημεία και συμπτώματα

Αιφνίδια έναρξη συμπτωμάτων:

- Πυρετός συνήθως με φρίκια ή ρίγος
- Βήχας ξηρός
- Ρινική συμφόρηση και καταρροή
- Πολύ έντονα οστικά και μυϊκά άλγη
- Κεφαλαλγία
- Κόπωση

Μερικοί άνθρωποι, κυρίως παιδιά, μπορεί να παρουσιάσουν διάρροια και εμέτους μιμούμενοι εικόνα γαστρεντερίτιδας.

Να θυμίσω εδώ ότι τα συμπτώματα ξεκινούν άμεσα με μεγάλη ένταση και συνήθως εξαντλούν πολύ γρήγορα τον ασθενή.

Πώς μεταδίδεται ο ιός;

Η μετάδοση γίνεται με σταγονίδια που εκπέμπει ο ασθενής ή ο φορέας (βήχας, ομιλία, φτάρνισμα) και εισπνέει το υποψήφιο θύμα του ιού. Σπανιότερα μεταδίδεται ακουμπώντας

επιφάνειες όπου έχουν πάει τα σταγονίδια που μεταφέρονται, τοποθετώντας τα άπλυτα χέρια στο στόμα ή τη μύτη. Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί μια ημέρα πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα μέχρι 5 με 7 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Το διάστημα μεταξύ επαφής με τον ιό και της εμφάνισης της νόσου είναι 1 με 4 ημέρες.

Επιπλοκές

Οι περισσότεροι άνθρωποι που προσβάλλονται από τον ιό της γρίπης αναρρώνουν σε λίγες ημέρες ή το πολύ σε λιγότερο από δύο εβδομάδες. Υπάρχουν όμως σε μερικούς εξ αυτών σοβαρές και λιγότερο σοβαρές επιπλοκές: ιγμορίτιδα, ωτίτιδα, πνευμονία που μπορεί να προκληθούν από τον ιό ή με επιμόλυνση από μικρόβια είναι ήπιες συνήθως επιπλοκές. Μυοκαρδίτιδα (φλεγμονή καρδιάς), εγκεφαλίτιδα (φλεγμονή εγκεφάλου), μυοσίτιδα (φλεγμονή μυών με ραβδομυόλυση), ανεπάρκεια πολλαπλών οργάνων όπως και η μικροβιακή πνευμονία είναι από τις πολύ σοβαρές επιπλοκές (σε ασθενείς με ιστορικό αναπνευστικών προβλημάτων) που μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή στη Μονάδα Εντατικής θεραπείας ή στο θάνατο.

Ασθενείς υψηλού κινδύνου

Κάθε άνθρωπος που νοσεί από γρίπη, ακόμα και οι υγιείς, μπορεί να νοσήσουν βαριά ή και να χάσουν τη μάχη με το θάνατο.

Όμως ιδιαίτερη προσοχή και καθόλου χρονοτριβή χρειάζονται οι ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Αυτό είναι:

- Παιδιά μικρότερα των πέντε ετών, αλλά κυρίως μικρότερα των δύο ετών
- Ενήλικες 65 ετών και άνω

Η γρίπη είναι μια ιογενής μεταδοτική ασθένεια του αναπνευστικού συστήματος. Μπορεί να προκαλέσει από ήπια έως πολύ σοβαρή νόσο. Σοβαρές επιπλοκές της, μπορεί να οδηγήσουν σε θάλαμο νοσηλείας ή εντατικές νοσοκομείων, ακόμα και στο θάνατο. Η γρίπη όπως κάθε χρόνο θα μας βασανίσει για ένα τρίμηνο. Χρειάζεται ψυχραιμία, εμβολιασμός ανθρώπων που το έχουν ανάγκη, ευσυνειδησία όσον αφορά την προφύλαξη των συνανθρώπων μας και κυρίως να ακούμε τις συμβουλές των γιατρών

- Έγκυες έως δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό
- Ασθενείς με προϋπάρχοντα νοσήματα
  - α) Άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
  - β) Καρδιαγγειακά νοσήματα (στεφανιαία νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια)
  - γ) Αιματολογικά νοσήματα
  - δ) Σακχαρώδης διαβήτης
  - ε) Νεφρική ανεπάρκεια
  - ζ) Ηπατική ανεπάρκεια
  - η) Ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς (καρκίνος, HIV) ή ασθενείς που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (κορτιζόνη).
  - θ) Ασθενείς μικρότεροι των 19 ετών που λαμβάνουν για μεγάλη περίοδο ασπιρίνη.
  - ι) Παχύσαρκοι

Πρόληψη

1 Εμβολιασμός κάθε χρόνο. Αφορά τους ασθενείς υψηλού κινδύνου που αναφέρουμε πιο πάνω, καθώς και ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Το εμβόλιο καλό θα ήταν να γίνεται Οκτώβριο ή αρχές Νοεμβρίου.

2 Καλή υγιεινή των χεριών.

3 Προστασία των συνανθρώπων μας όταν νοσούμε με χρήση μάσκας και διατηρώντας αερισμένο το χώρο μας, καθώς και καλό πλύσιμο των χεριών.

4 Αποφυγή κλειστών χώρων σε περιόδους επιδημίας.

Διάγνωση της γρίπης

- Εύκολη συνήθως από τη συμπτωματολογία και την κλινική εξέταση.
- Γρήγορα test που μπορεί να ανιχνεύσουν τον ιό αλλά με μικρή πιστότητα. Τέτοια αρνητικά test δεν επιβεβαιώνουν τη μη ύπαρξη του ιού.
- Test που λαμβάνουν υλικό από το φάρυγγα ή τη μύτη και στέλνονται σε ειδικά κέντρα, έχουν πολύ καλή πιστότητα αλλά απαιτούν τουλάχιστον 24 ώρες.

Αντιμετώπιση

- Υπάρχουν αντιϊκά φάρμακα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία αλλά και προληπτικά, όταν βρεθούμε σε επαφή με ασθενή.
- Δεν αντικαθιστούν το εμβόλιο. Χρησιμεύουν για να μειώσουμε την ένταση των συμπτωμάτων, να μειώσουμε κατά 1 με 2 ημέρες τη χρονική διάρκεια της νόσου και ενδεχομένως να προλάβουμε επιπλοκές.
- Καλό θα ήταν να λάβουμε την αγωγή τις πρώτες δύο ημέρες του πυρετού, γιατί μετά μειώνεται το όφελος - αλλά και πάλι ας λάβουμε αγωγή.
- Το αντιϊκό φάρμακο δίδεται για πέντε (5) ημέρες. Όταν πρόκειται για ασθενείς που νοσηλεύονται με επιπλοκές, δίδεται για περισσότερες ημέρες.
- Κάποια σκευάσματα μπορούν να λάβουν και παιδιά μεγαλύτερα των δύο εβδομάδων, ενώ για προφύλαξη μόνο παιδιά άνω των τριών ετών.
- Συγκεκριμένο σκεύασμα μπορούν να λάβουν και έγκυες γυναίκες.
- Τα αντιϊκά φάρμακα μπορούν να δοθούν για προφύλαξη σε ανθρώπους που ήρθαν πολύ κοντά ή πρέπει να φροντίσουν τον ασθενή.

Η γρίπη όπως κάθε χρόνο θα μας βασανίσει για ένα τρίμηνο.

Χρειάζεται ψυχραιμία, εμβολιασμός ανθρώπων που το έχουν ανάγκη, ευσυνειδησία όσον αφορά την προφύλαξη των συνανθρώπων μας και κυρίως να ακούμε τις συμβουλές των γιατρών.

Γεώργιος Χρυσοχεράκης
Πνευμονολόγος, Αναπληρωτής Διευθυντής, Ευρωκλινική Αθηνών

Ροχαλητό

Αθώο ή ένοχο;

Το ροχαλητό είναι μια εμπειρία κοινή σε όλους, εμφανίζεται όμως συχνότερα σε ορισμένους ανθρώπους, όπως π.χ. σε παχύσαρκους μεσήλικες άνδρες και έχει την τάση να επιδεινώνεται με την ηλικία.

Συχνά το ροχαλητό παίρνει κοινωνικές διαστάσεις, γιατί μπορεί να γίνει αιτία ενδοοικογενειακών συγκρούσεων, αφού η/ο σύντροφος στερείται και αυτός ύπνου.

Το ροχαλητό μπορεί να είναι διακοπτόμενο ή συνεχές, σποραδικό, συχνό ή καθημερινό. Συχνά προκαλείται στην ύπτια θέση (ανάσκελα) και εμφανίζεται ή επιδεινώνεται, όταν είμαστε κουρασμένοι ή όταν έχουμε φάει ή έχουμε πιει αλκοόλ πριν τον ύπνο.

Η ένταση του ροχαλητού ποικίλει και μπορεί να ακούγεται ακόμη και στα διπλανά δωμάτια. Το ροχαλητό μπορεί να οδηγήσει σε κακής ποιότητας ύπνο με επιπτώσεις στην υγεία και την καθημερινότητα του ανθρώπου που ροχαλίζει.

Πώς προκαλείται το ροχαλητό;

Παράγεται στον ύπνο, όταν μια ανώμαλη ροή αέρα που περνά από τη μύτη ή/και από το στόμα προκαλεί ταλαντώσεις (δονήσεις) σε ορισμένες ανατομικές δομές του ανώτερου αναπνευστικού.

Οι ανατομικές δομές, που, όταν ταλαντώνονται παράγουν ροχαλητό, είναι:

Η μύτη: Π.χ. η ρινική συμφόρηση, η ρινίτιδα, η σκολίωση του ρινικού διαφράγματος, οι ρινικοί πολύποδες μπορούν να προκαλέσουν ροχαλητό.

Το ροχαλητό μπορεί να είναι περιστασιακό και να μην υποδηλώνει κάτι ανησυχητικό. Είναι βέβαια ενοχλητικό για την (ή τον) παρακοιμώμενο και καλό θα είναι να ζητείται η γνώμη του Ωτορινολαρυγγολόγου ή του Πνευμονολόγου. Αν όμως είναι συχνό ή μόνιμο, ή αν συνοδεύεται από άλλα ενοχλήματα ή συμπτώματα (που θα δούμε παρακάτω), τότε το ροχαλητό ίσως είναι εκδήλωση κάποιας Διαταραχής του Αερισμού στον Ύπνο (η πιο συνηθισμένη είναι η Αποφρακτική Άπνοια στον Ύπνο) και θα πρέπει να ζητηθεί η γνώμη του Πνευμονολόγου

Η μαλθακή υπερώα (ουρανίσκος) και η σταφυλή: Π.χ. η χαλαρή μαλθακή υπερώα ή η μεγάλη σταφυλή μπορούν να προκαλέσουν ροχαλητό.

Ο φάρυγγας: Η αυξημένη ποσότητα ιστού γύρω από το φάρυγγα είναι συχνή αιτία ροχαλητού. Π.χ. στα παιδιά, μπορεί να είναι αποτέλεσμα υπερτροφικών αμυγδαλών ή/και αδενοειδών εκβλαστήσεων. Οι ενήλικες δεν έχουν αδενοειδείς εκβλαστήσεις, μπορεί όμως να έχουν υπερτροφικές αμυγδαλές, οι οποίες μπορούν επίσης να προκαλέσουν ροχαλητό.

Οι παχύσαρκοι έχουν αυξημένο μαλακό ιστό γύρω από το φάρυγγα, ο οποίος μπορεί να προκαλέσει ροχαλητό.

Οι κύστες και οι όγκοι είναι σπανιότερα αίτια ροχαλητού.

Η γλώσσα: Π.χ. η πολύ μεγάλη ή πολύ μακριά γλώσσα μπορεί να προκαλέσει ροχαλητό. Επίσης, αν η γλώσσα έχει μειωμένο μυϊκό τόνο (σε συνδυασμό με το μειωμένο τόνο των μυών του φάρυγγα), μπορεί να πέσει προς τα πίσω και να προκαλέσει ροχαλητό. Αυτό μπορεί να συμβεί στο βαθύ ύπνο ή όταν καταναλώσουμε αλκοόλ ή όταν πάρουμε ορισμένα υπνωτικά φάρμακα πριν τον ύπνο. Η γήρανση επίσης προκαλεί χαλάρωση αυτών των μυών.

Ποιους κινδύνους για την υγεία μας μπορεί να κρύβει το ροχαλητό;

Το ροχαλητό μπορεί να είναι περιστασιακό και να μην υποδηλώνει κάτι ανησυχητικό. Είναι βέβαια ενοχλητικό για την (ή τον) παρακοιμώμενο και καλό θα είναι να ζητείται η γνώμη του Ωτορινολαρυγγολόγου ή του Πνευμονολόγου.

Αν όμως είναι συχνό ή μόνιμο, ή αν συνοδεύεται από άλλα ενοχλήματα ή συμπτώματα (που θα δούμε παρακάτω), τότε το ροχαλητό ίσως είναι εκδήλωση κάποιας Διαταραχής του Αερισμού στον Ύπνο (η πιο συνηθισμένη είναι η Αποφρακτική Άπνοια στον Ύπνο) και θα πρέπει να ζητηθεί η γνώμη του Πνευμονολόγου.

- Η **Αποφρακτική Άπνοια στον Ύπνο** είναι σοβαρή πάθηση με σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία και την καθημερινότητά μας και θα πρέπει μόλις διαγνωσθεί, να αντιμετωπισθεί (π.χ. με τις συσκευές συνεχούς θετικής πίεσης-PAP).

Τα παρακάτω είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά της Αποφρακτικής Άπνοιας στον Ύπνο. Εφόσον συνοδεύουν το ροχαλητό, τότε η διαπίστωσή τους θα βοηθήσει να καταλάβουμε αν το ροχαλητό είναι αθώο ή όχι:

- **Διακοπές της αναπνοής στον ύπνο:** Διαρκούν από λίγα δευτερόλεπτα έως και μερικά λεπτά και προκαλούν μερική ή ολική παρεμπόδιση της διέλευσης του αέρα στους πνεύμονες. Το σοβαρότερο επακόλουθο αυτής της «διακεκομμένης» αναπνοής στον ύπνο είναι η σημαντική αυξομείωση του οξυγόνου στο αίμα που προκαλεί διαταραχές στην οξυγόνωση των οργάνων του σώματος.

● **Κακή ποιότητα του ύπνου:** Αν οι διακοπές της αναπνοής είναι συχνές, μας ξυπνούν από τον ύπνο (ακόμα και χωρίς να το καταλάβουμε), προκαλούν κατακερματισμό του, με αποτέλεσμα να χαλάει η φυσιολογική του αρχιτεκτονική.

● **Ημερήσια συμπτώματα:** Ο κατακερματισμένος ύπνος δεν είναι αναζωογονητικός και δεν μας ξεκουράζει. Αυτό έχει σαν επακόλουθο την επόμενη μέρα να είμαστε άκεφοι, να αισθανόμαστε κουρασμένοι και να έχουμε υπνηλία, συμπτώματα που επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινότητά μας και μπορούν να οδηγήσουν ακόμη και σε σοβαρά ατυχήματα (εργατικά ή τροχαία).

● **Μακροπρόθεσμες συνέπειες της Αποφρακτικής Άπνοιας στον Ύπνο στην υγεία μας:** Σωρεία μελετών έχουν δείξει ότι όλος ο οργανισμός μας (καρδιά, εγκέφαλος, νεφροί, μεταβολισμός κ.ά.) επηρεάζεται δυσμενώς από τον κακής ποιότητας ύπνο. Η καρδιά είναι ένα από τα όργανα που επηρεάζεται συχνά, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται υπέρταση, αρρυθμίες και γενικά να αυξάνεται ο κίνδυνος για καρδιαγγειακά συμβάματα.

Συμπερασματικά...

Αν το ροχαλητό σας (ή το ροχαλητό του/της συντρόφου σας):

- επιμένει ή είναι πολύ θορυβώδες ή
- συνοδεύεται από διακοπές της αναπνοής στον ύπνο, ημερήσια υπνηλία, αίσθημα κόπωσης κ.λπ. ή
- πάσχετε από αυξημένη πίεση (υπέρταση) ή από τη καρδιά σας ή
- από σακχαρώδη διαβήτη ή
- είστε παχύσαρκος/η ή
- έχετε διαταραχές στη σεξουαλική σας ζωή ή
- είχατε τροχαίο ή εργατικό ατύχημα λόγω υπνηλίας,

τότε το ροχαλητό δεν είναι αθώο και μπορεί να είναι εκδήλωση κάποιας σοβαρότερης κατάστασης, συνήθως της Αποφρακτικής Άπνοιας στον Ύπνο. Σε αυτή την περίπτωση χρειάζεστε εκτίμηση από Πνευμονολόγο που θα σας συστήσει περαιτέρω έλεγχο (Μελέτη Ύπνου κ.λπ.).

Ευαγγελία Γκιζοπούλου
Διευθύντρια Πνευμονολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Τα πολλά πρόσωπα της ΧΑΠ

Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια:
Μία νόσος, διαφορετικοί φαινότυποι

Τα επίσημα επιδημιολογικά δεδομένα που προέρχονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) είναι πραγματικά ανησυχητικά: Η ΧΑΠ (από τα αρχικά των λέξεων Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια) αποτελεί την 3η αιτία θανάτου παγκοσμίως (μετά τα καρδιαγγειακά και τα εγκεφαλικά επεισόδια) και ευθύνεται ετησίως για το 5,6% (ή σε απόλυτο αριθμό τα 3 εκατομμύρια) των θανάτων παγκοσμίως.

Η παλαιότερη και μέχρι πρόσφατα χρησιμοποιούμενη ταξινόμηση των ασθενών με ΧΑΠ σε 4 στάδια της νόσου, βασιζόταν μόνο στη βαρύτητα της ελάττωσης της αναπνευστικής λειτουργίας με έναν πολύ χρήσιμο αλλά μονοδιάστατο δείκτη, που προκύπτει από

τη βασικότερη εξέταση της πνευμονικής λειτουργίας, τη σπιρομέτρηση. Ο δείκτης αυτός ονομάζεται FEV1 (Forced Expiratory Volume in the 1st sec) και αντιπροσωπεύει τον όγκο αέρα που ο ασθενής μπορεί να εκπνεύσει στο 1ο δευτερόλεπτο μιας βίαιης εκπνοής.

Άλλη μία διάκριση των ασθενών με ΧΑΠ σε διαφορετικούς τύπους βασιζόταν παραδοσιακά στην κλινική εμφάνιση και τα κλινικά χαρακτηριστικά: από τη μια ήταν ο βρογχιτιδικός ασθενής (ο λεγόμενος blue bloater), συνήθως υπέρβαρος και πυκνικός, του οποίου το κύριο σύμπτωμα είναι ο παραγωγικός βήχας, η υπερβολική απόχρεμψη και το βράσιμο στο στήθος με συχνές παροξύνσεις. Από την άλλη ο εμφυσηματικός pink puffer (αδύνατος, ροδαλός), του οποίου το χαρακτηριστικότερο σύμπτωμα είναι η δύσπνοια, το λαχάνιασμα στη μικρή προσπάθεια με μια ύπουλη, όχι τόσο θορυβώδη, αλλά συνεχή επιδείνωση. Στην πραγματικότητα οι δύο αυτοί τύποι συνυπάρχουν σε διαφορετικό βαθμό στον ίδιο ασθενή.

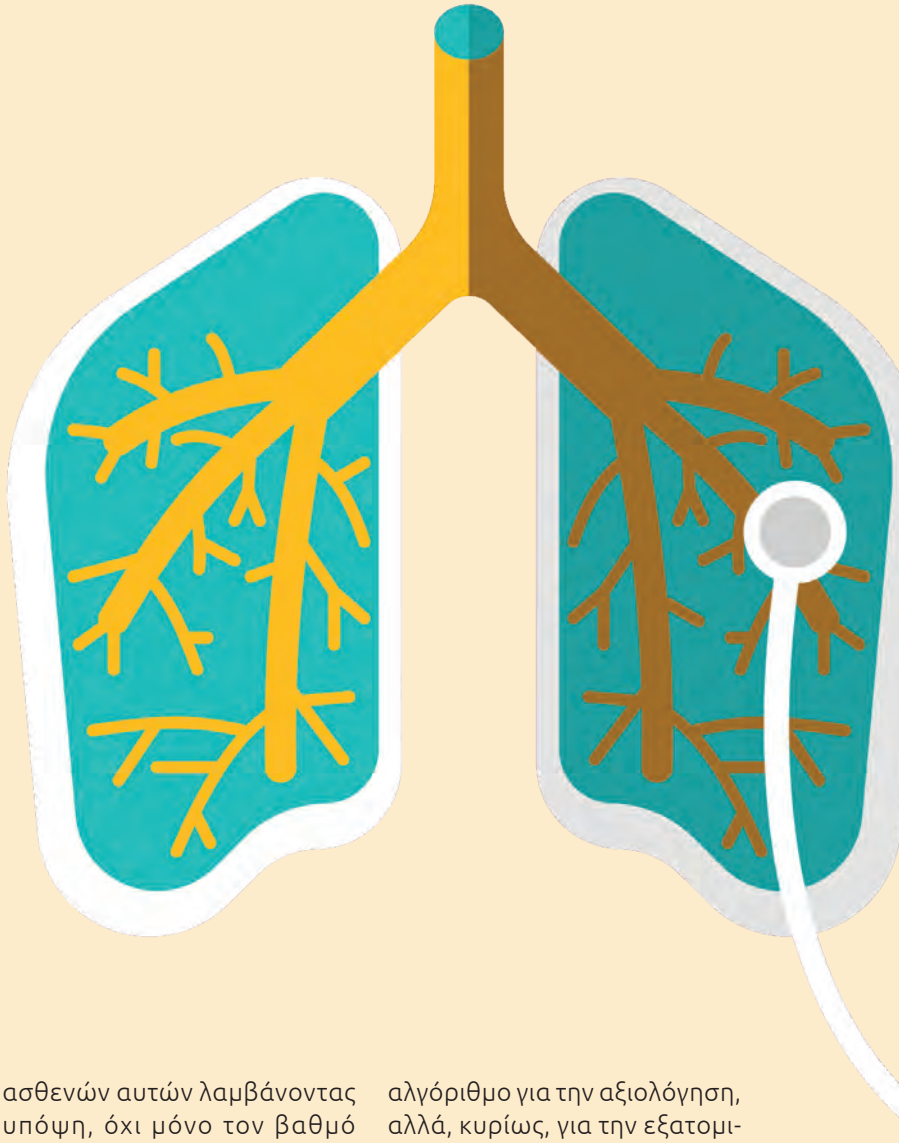
Ωστόσο αυτές οι ταξινομήσεις δεν ήταν ικανοποιητικές και δεν ερμήνευαν τους πολλούς ενδιάμεσους συνδυασμούς κλινικών και εργαστηριακών χαρακτηριστικών των χρόνιων αποφρακτικών ασθενών μας, τους οποίους διαπιστώναμε οι πνευμονολόγοι στην καθ'ημέρα κλινική πράξη αλλά και τη διαφορετική έκβαση της ΧΑΠ στους διάφορους τύπους.

Με την πρόοδο μάλιστα των σύγχρονων θεραπειών που έχουμε πλέον στη διάθεσή μας για τη ΧΑΠ αναδείχθηκε η ανάγκη για σταδιοποίηση και φαινοτύπηση, όπως λέμε, των ασθενών αυτών λαμβάνοντας υπόψη, όχι μόνο τον βαθμό μείωσης της πνευμονικής λειτουργίας, αλλά και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, όπως ο ίδιος ο ασθενής τα βαθμολογεί με κατάλληλα σχεδιασμένα ερωτηματολόγια. Επίσης, λαμβάνουμε πλέον υπόψη τον αριθμό των παροξύνσεων, δηλαδή των οξείων επιδεινώσεων, που παρουσιάζονται στον ασθενή ετησίως, είτε αυτές οδηγούν σε εισαγωγή στο νοσοκομείο ή αντιμετωπίζονται κατ'οίκον με αύξηση των δόσεων και προσθήκη επιπλέον φαρμάκων (όπως αντιβιοτικά ή κορτιζόνη).

Όλα τα παραπάνω συνθέτουν έναν πολυπαραγοντικό αλγόριθμο για την αξιολόγηση, αλλά, κυρίως, για την εξατομικευμένη θεραπεία της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Δεν είναι όλοι οι ασθενείς ίδιοι, επομένως δεν είναι λογικό να παίρνουν όλοι την ίδια θεραπεία.

Τα φάρμακα που διαθέτει η πνευμονολογική κοινότητα στη φαρέτρα της για την αντιμετώπιση αυτής της σύγχρονης επιδημίας πολλαπλασιάζονται και βελτιώνονται, όσον αφορά την ασφάλεια αλλά και την αποτελεσματικότητά τους, μεγιστοποιώντας τη βρογχοδιαστολή σε άλλους ασθενείς ή δίνοντας έμφαση στην αντιμετώπιση της φλεγμονής των αεραγωγών σε άλλους.

Η ΧΑΠ (από τα αρχικά των λέξεων Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια) αποτελεί την **3η** αιτία θανάτου παγκοσμίως (μετά τα καρδιαγγειακά και τα εγκεφαλικά επεισόδια) και ευθύνεται ετησίως για το **5,6%** (ή σε απόλυτο αριθμό τα 3 εκατομμύρια) των θανάτων παγκοσμίως



Επίσης, χρόνο με το χρόνο οι συσκευές χορήγησης εισπνεόμενων φαρμάκων τελειοποιούνται, εξασφαλίζοντας ένα πλεονέκτημα που η πνευμονολογία διαθέτει έναντι πολλών άλλων ιατρικών ειδικοτήτων: να δίνουμε φάρμακο απευθείας στο όργανο-στόχο που πάσχει, σχεδόν παρακάμπτοντας τη συστηματική κυκλοφορία, άρα ελαχιστοποιώντας τις παρενέργειας από τον υπόλοιπο οργανισμό.

Επιπλέον, σε επιλεγμένους ασθενείς με εντοπισμένο εμφύσημα στους άνω λοβούς και μειωμένη ικανότητα για άσκηση συστήνονται επεμβάσεις μείωσης πνευμονικού όγκου (Lung Volume Reduction Surgery) ή ενδοσκοπική θεραπεία με τοποθέτηση ειδικών βαλβίδων στους βρόγχους ή ακόμα και έγχυση ειδικού βιολογικού υλικού, με στόχο τη μείωση των εμφυσηματικών, υπερδιατεταμένων τμημάτων του πνεύμονα με το λιγότερο επεμβατικό τρόπο (στο βρογχολογικό εργαστήριο), ώστε να διευκολύνεται η λειτουργία των υγιέστερων τμημάτων .

Ένας φαινότυπος της ΧΑΠ στον οποίο δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα με τη σύγχρονη συνδυασμένη αξιολόγηση της νόσου είναι οι ασθενείς που κάνουν συχνές παροξύνσεις. Ως παρόξυνση χαρακτηρίζουμε κάθε περιστατικό επιδείνωσης της προϋπάρχουσας κλινικής κατάστασης ενός ασθενούς που ήταν σταθεροποιημένος με μια σταθερή θεραπεία και η οποία απαιτεί αύξηση των δόσεων ή προσθήκη επιπλέον φαρμάκων σε αυτά που ήδη λαμβάνει.

Πολλές από αυτές τις παροξύνσεις οδηγούν σε εισαγωγή στο νοσοκομείο, ενώ έχει παρατηρηθεί πως αυξάνουν και τη θνητότητα, εκτός από τη νοσηρότητα που αυτονόητα αυξάνεται. Αυτός είναι ο τύπος του συχνά παροξυνόμενου (frequent exacerbator) και είναι ο ασθενής με τη χειρότερη έκβαση της νόσου. Μάλιστα, θεωρείται ότι το ιστορικό των παροξύνσεων κατά το προηγούμενο έτος αποτελεί ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα για το μέλλον. Ο συνδυασμός του ιστορικού των παροξύνσεων με τη βαρύτητα της μείωσης της αναπνευστικής λειτουργίας αλλά και των συμπτωμάτων του ασθενούς (βάση τυποποιημένων ερωτηματολογίων) επιτάσσει και την εντατικοποίηση της χορηγούμενης θεραπείας, σύμφωνα με τις αναθεωρημένες οδηγίες της GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Παγκόσμια Στρατηγική για την αντιμετώπιση της ΧΑΠ) το 2017.

Η νέα συνδυασμένη αξιολόγηση της ΧΑΠ επιβεβαιώνει: Δεν όλοι οι ασθενείς ίδιοι! Το επιστημονικό ενδιαφέρον έχει στραφεί στην ταυτοποίηση των φαινοτύπων της ΧΑΠ με βάση βιολογικούς δείκτες

Ένας άλλος φαινότυπος ΧΑΠ που έχει προσελκύσει το επιστημονικό ενδιαφέρον είναι οι ασθενείς με ταχύτερη έκπτωση της πνευμονικής λειτουργίας (οι αποκαλούμενοι rapid decliners) και συνδέεται με φτωχότερο επίπεδο ποιότητας ζωής (που είναι και το μεγάλο ζητούμενο στη νόσο αυτή) αλλά και μεγαλύτερη θνητότητα. Θεωρείται σημαντικό στους ασθενείς αυτούς να επεμβαίνουμε κατά το δυνατόν πρώιμα και με πιο «επιθετική» θεραπεία.

Σημαντικός διαχωρισμός των τύπων της ΧΑΠ θεωρείται και η διάκρισή τους με βάση τα φλεγμονώδη κύτταρα που επικρατούν (ουδετερόφιλα ή ηωσινόφιλα). Μάλιστα, μετά το 2014 που εκδόθηκαν Κατευθυντήριες Οδηγίες για το Σύνδρομο Αλληλοεπικάλυψης ΧΑΠ και Άσθματος (ACOS, Asthma – COPD overlap Syndrome) ο διαχωρισμός αυτός έγινε πιο απαραίτητος γιατί, σε μεγάλο βαθμό, θα καθορίσει εάν ο ασθενής μας χρειάζεται ή όχι εισπνεόμενα κορτικοειδή φάρμακα ή εάν θα είναι ευεργετικότερη η μεγιστοποίηση της βρογχοδιαστολής με συνδυασμούς φαρμάκων.

Εάν μάλιστα κανείς συνυπολογίσει τις συχνότατες συνυπάρχουσες με τη ΧΑΠ παθήσεις (συνοσηρότητες), όπως είναι τα καρδιαγγειακά, ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπνική άπνοια, η οστεοπόρωση, ακόμα και η κατάθλιψη, γίνεται κατανοητή η ετερογένεια της νόσου, αλλά και η πολυπλοκότητα του θεραπευτικού αλγορίθμου της.

Η νέα συνδυασμένη αξιολόγηση της ΧΑΠ επιβεβαιώνει αυτό που οι πνευμονολόγοι γνωρίζαμε καλά από την κλινική πράξη: Δεν όλοι οι ασθενείς ίδιοι! Επομένως δεν είναι λογικό να είναι ίδια η θεραπευτική τους αντιμετώπιση.

Το επιστημονικό ενδιαφέρον έχει στραφεί στην ταυτοποίηση των φαινοτύπων της ΧΑΠ με βάση βιολογικούς δείκτες. Αυτή η νέα εποχή θα μας βοηθήσει στην αποτελεσματικότερη και, κυρίως, στην εξατομικευμένη θεραπεία των ασθενών μας και, κατά συνέπεια, στην αύξηση της επιβίωσης αλλά και τη βελτίωση του επιπέδου ζωής τους.

Γεώργιος Βοΐλας
Διευθυντής ΩΡΛ, Ευρωκλινική Αθηνών

Βάλερι Αγγέλου
Επιμελήτρια ΩΡΛ, Ευρωκλινική Αθηνών

Δυσκαταποσία

Συμπτώματα, διάγνωση και αντιμετώπιση

Η κατάποση είναι μια καθημερινή διαδικασία. Εξασφαλίζει την ημερήσια επαρκή πρόσληψη θρεπτικών συστατικών για την κάλυψη των ενεργειακών μας αναγκών, καθώς και την επαρκή λήψη υγρών που είναι απαραίτητα για τη σωστή ενυδάτωση του οργανισμού. Δεν πρέπει να παραβλέπουμε επίσης ότι το γεύμα αποτελεί ένα μέσο κοινωνικοποίησης και συντροφικότητας, πρώιμο σημάδι εξέλιξης των κοινωνικών δομών.

Ένα υγιές παιδί καταπίνει περίπου 1.000 φορές την ημέρα, ενώ ένας υγιής ενήλικας περίπου 600 - 2.000 φορές. Ως εκ τούτου, η σίτιση από το στόμα και η κατάποση συγκαταλέγονται στις πλέον συχνότερες κινητικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού, που για τους περισσότερους ανθρώπους γίνονται αυθόρμητα και χωρίς κόπο.

Ωστόσο, η κατάποση αποτελεί μια υψηλής πολυπλοκότητας λειτουργία. Για μία φυσιολογική κατάποση απαιτείται ένα υγιές νευρικό σύστημα, φυσιολογική ανατομία στην περιοχή του φάρυγγα και του λάρυγγα, καθώς και ένα λειτουργικά ικανό μυϊκό σύστημα. Για τη λειτουργία της δε, απαιτείται ο συντονισμός και ο έλεγχος 50 μυϊκών ομάδων και 6 κρανιακών νεύρων.

Οποιαδήποτε διαταραχή των μηχανισμών της κατάποσης ορίζεται ως Δυσφαγία. Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις δυσκολίες στη μάσηση και στην κατάποση υγρών και στερεών τροφών, καθώς αυτές επεξεργάζονται και μεταφέρονται από τη στοματική κοιλότητα στο στομάχι. Αυτή δε, έχει σαν αποτέλεσμα τη διακοπή της διατήρησης της θρέψης και της ενυδάτωσης του ανθρώπινου οργανισμού αλλά και τη διακοπή της αίσθησης της ευχαρίστησης του φαγητού.

Συμπτώματα

Οι μεταβολές στη χροιά της φωνής και της ομιλίας (υγρή φωνή) και ο βήχας κατά τη διάρκεια της σίτισης, είναι έμμεσα σημάδια που δείχνουν ότι οι προστατευτικοί μηχανισμοί του λάρυγγα υπολειτουργούν, καθιστώντας τη σίτιση από το στόμα επισφαλή.

Οποιαδήποτε διαταραχή των μηχανισμών της κατάποσης ορίζεται ως Δυσφαγία. Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις δυσκολίες στη μάσηση και στην κατάποση υγρών και στερεών τροφών, καθώς αυτές επεξεργάζονται και μεταφέρονται από τη στοματική κοιλότητα στο στομάχι

Τα ήπια συμπτώματα δυσφαγίας περιλαμβάνουν συχνά απώλεια σωματικού βάρους, συχνό και αδιευκρίνιστο πυρετό, επαναλαμβανόμενες βρογχίτιδες ή πνευμονίες. Τα παραπάνω συμπτώματα οφείλονται σε χρόνιες μικροεισροφήσεις και στην πιο σοβαρή τους μορφή μπορούν να οδηγήσουν σε πνευμονία από εισρόφηση, χρόνια αφυδάτωση, διαταραχές θρέψης και καχεξία.

Παράγοντες που προδιαθέτουν για την εμφάνιση διαταραχών κατάποσης

- αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- σκλήρυνση κατά πλάκας
- νόσος του κάτω κινητικού νευρώνα
- γεροντική άνοια
- νεοπλασματικές νόσοι κεφαλής και τραχήλου

- κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- ηλικία
- ψυχογενείς παράγοντες
- Alzheimer
- Parkinson

Γιατί πρέπει να αντιμετωπιστούν οι διαταραχές κατάποσης;

Τα οφέλη της αντιμετώπισης των διαταραχών κατάποσης είναι πολλαπλά. Ως κύριο θεωρούμε τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή. Εκτιμάται ότι ο μέσος όρος κέρδους επιβίωσης σε ασθενείς που αντιμετωπίστηκε η δυσφαγία, είναι κατά μέσο όρο 3,3 χρόνια σε σχέση με ομάδα ασθενών με διαπιστωμένες διαταραχές κατάποσης. Αυτό συμπεραίνεται από τη μείωση του αριθμού των λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού που προκύπτουν από εισροφήσεις, αλλά και από την αντιμετώπιση της κακής κατάστασης της θρέψης του ασθενή. Ας μην ξεχνάμε ότι η θνητότητα της πνευμονίας εξ εισροφήσεως είναι 53% σε επιβαρυμένους ασθενείς.

Οι διαταραχές κατάποσης διαγιγνώσκονται και αντιμετωπίζονται από ειδική ομάδα ιατρών με πολυετή εμπειρία. Μετά από πλήρη ωτορινολαρυγγολογική εξέταση μπορούμε να πραγματοποιήσουμε λειτουργικό ενδοσκοπικό έλεγχο κατάποσης (FEES)

Πώς πραγματοποιείται η διάγνωση;

Οι διαταραχές κατάποσης διαγιγνώσκονται και αντιμετωπίζονται από ειδική ομάδα ιατρών που αποτελείται από ωτορινολαρυγγολόγο, εξειδικευμένο στις διαταραχές κατάποσης και λογοθεραπευτή δυσφαγιολόγο με πολυετή εμπειρία. Μετά από πλήρη ωτορινολαρυγγολογική εξέταση μπορούμε να πραγματοποιήσουμε λειτουργικό ενδοσκοπικό έλεγχο κατάποσης (FEES). Η παραπάνω εξέταση πραγματοποιείται στο ιατρείο χωρίς αναισθησία, με τη χρήση εύκαμπτου ενδοσκόπιου όπου ο ασθενής σιτίζεται σε πραγματικό χρόνο με διάφορες συστάσεις τροφών και υγρών. Αποτελεί μια γρήγορη και ανώδυνη εξέταση που μας επιτρέπει να αξιολογήσουμε τη φυσιολογία της κατάποσης τη δεδομένη στιγμή, καθώς και να εντοπίσουμε τα ακριβή αίτια των συμπτωμάτων. Η σωστή αξιολόγηση των διαταραχών κατάποσης μάς επιτρέπει να διαπιστώσουμε εάν η σίτιση από το στόμα κρίνεται ασφαλής, ποιο σημείο της κατάποσης ευθύνεται για τη συμπτωματολογία και ποιες ομάδες τροφών είναι ασφαλείς για τον ασθενή τη δεδομένη χρονική στιγμή.

Η δυνατότητα εφαρμογής αντιρροπιστικών τεχνικών σε πραγματικό χρόνο από τον εξειδικευμένο λογοθεραπευτή παρέχει τη δυνατότητα καλύτερου προγραμματισμού της αντιμετώπισης των διαταραχών.

Βασικό πλεονέκτημα της ενδοσκοπικής αξιολόγησης είναι η απουσία ακτινοβολίας, η μη χρήση αναισθησίας και η δυνατότητα πραγματοποίησης της εξέτασης επί κλίνης του ασθενούς, κυρίως σε περιστατικά που δεν μετακινούνται εύκολα. Αποτελεί μια εξειδικευμένη προσέγγιση για τη σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση της δυσφαγίας.

Γεώργιος Κελάλης
Διευθυντής Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών

Πέλματο γράφημα

Το ανθρώπινο πέλμα είναι μία πολύπλοκη κατασκευή που αποτελείται από 28 οστά που δημιουργούν μεταξύ τους 33 αρθρώσεις, οι οποίες προσδίδουν μοναδικές ιδιότητες στο πέλμα. Πολύ συνηθισμένα προβλήματα που κάνουν όλο το σώμα να υποφέρει, όπως η πλατυποδία, η χαλάρωση των μεταταρσίων, η κακή στάση σώματος, η ισχιαλγία κ.ά. μπορούν να ανιχνευθούν, να ελεγχθούν και ενδεχομένως να αντιμετωπιστούν αρχίζοντας με ένα πελματογράφημα. Ανατομικά και λειτουργικά προβλήματα μπορούν να εντοπιστούν και να αποκατασταθούν με τη βοήθεια του πελματογραφήματος, μιας εξέτασης που γίνεται τελευταία όλο και πιο γνωστή εξαιτίας της αποτελεσματικότητάς της.

Ο ψηφιακός πελματογράφος είναι ένα σύγχρονο και τεχνολογικά προηγμένο σύστημα απεικόνισης της ανατομικής μορφολογίας του πέλματος αφενός και αφετέρου της κατανομής των πιέσεων κατά τη στάση και τη βάδιση. Πρόκειται λοιπόν για μια πλατφόρμα που διαθέτει χιλιάδες ψηφιακούς αισθητήρες και είναι συνδεδεμένος με έναν ηλεκτρονικό υπολογιστή ο οποίος συλλέγει, επεξεργάζεται και αναλύει τις συγκεκριμένες πληροφορίες με ειδικό πρόγραμμα (software).

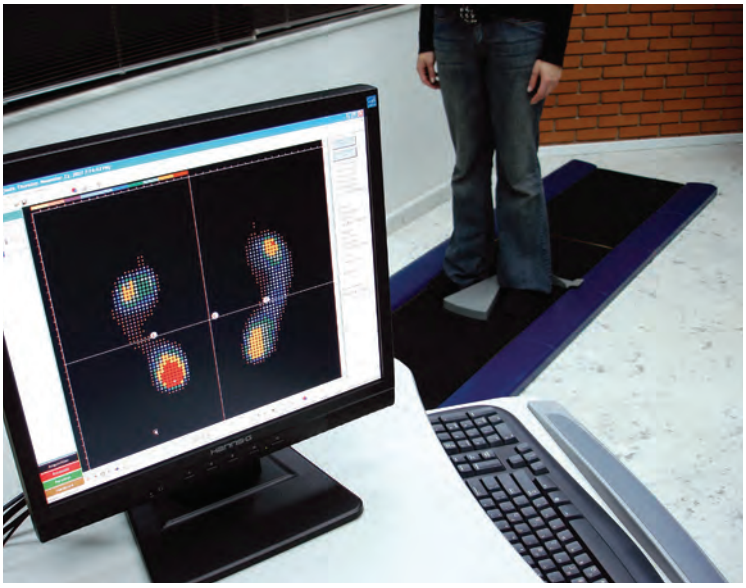
Χρησιμοποιώντας την ιατρική έρευνα που συνδυάζεται με τα έτη κλινικής εμπειρίας, τα συστήματα των πελματογράφων καταγράφουν και αναλύουν με μοναδικό τρόπο τις κινήσεις των ποδιών. Δίνουν στο θεραπευτή (γιατρό-φυσικοθεραπευτή) τη δυνατότητα της έγκαιρης διάγνωσης καταστάσεων που αφορούν παθήσεις των πελμάτων και της σπονδυλικής στήλης, ενώ διευκολύνουν τη διαδικασία της διάγνωσης, συνιστώντας εργαλείο απαραίτητο στην καθημερινή κλινική πρακτική της Ορθοπεδικής.

Το πελματογράφημα πραγματοποιείται σε δύο φάσεις, το στατικό και το δυναμικό. Στο στατικό ο ασθενής στέκεται πάνω στην πλατφόρμα του πελματογράφου και τα δεδομένα από την εξέταση καταγράφονται στον υπολογιστή. Αντίθετα στο δυναμικό, ο ασθενής περπατάει πάνω στην πλατφόρμα με κανονική ταχύτητα και ο υπολογιστής καταγράφει τα στοιχεία της τμηματικής ανάλυσης βάδισης. Πιο απλά, εμφανίζει στην οθόνη τον τύπο βάδισης, την κατανομή βάρους, το χρόνο βάδισης, τον άξονα του σώματος κατά τη βάδιση και πολλές άλλες παραμέτρους. Συγκρίνει βήματα από την στατική, δυναμική μέτρηση και δίνει τη δυνατότητα τις ανάλυσης μεταξύ των δύο ποδιών. Τα στοιχεία από τις μετρήσεις στέλνονται στο λογισμικό πρόγραμμα, το οποίο τα αναλύει και τα συγκρίνει με κάποιες φυσιολογικές τιμές (νόρμες).

Το πελματογράφημα συνήθως γίνεται για:

- Παθήσεις των πελμάτων (ασυμμετρίες της καμάρας), όπως πλατυποδία, κοιλοποδία, ραιβοποδία, προβλήματα στα μετατάρσια, άκανθα πτέρνας (ασύμμετρη ανάπτυξη οστού στην κάτω επιφάνεια της φτέρνας), βλαισός μεγάλος δάκτυλος (κότσι) κ.ά.
- Αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα γονάτων, ισχίων, σπονδυλικής στήλης, χονδροπάθεια επιγονατίδας
- Προβλήματα στη σπονδυλική στήλη, όπως σκολίωση, κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, ισχιαλγία, οσφυαλγία
- Σοβαρά διαστρέμματα, κατάγματα των κάτω άκρων και της λεκάνης
- Ανισοσκελία
- Προβλήματα στα κάτω άκρα λόγω σακχαρώδους διαβήτη και πιο απλές περιπτώσεις, όπως κάλοι, σκληρύνσεις κ.λπ.

Στην Ευρωκλινική Αθηνών συνδυάζοντας τον έλεγχο του πέλματος με ΠΕΛΜΑΤΟΓΡΑΦΗΜΑ με τον έλεγχο Ορθοσωμίας με τη μέθοδο FORMETRIC 4D προσφέρεται μία ολοκληρωμένη αποτύπωση της στάσης της βάδισης και των πιθανών προβλημάτων που υπάρχουν ή μπορεί να υπάρξουν. Η έγκυρη ενημέρωση και η έγκαιρη αναγνώριση μυοσκελετικών δυσλειτουργιών διασφαλίζουν μυοσκελετική υγεία και παραγωγικότητα τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες



Βάσει των αποτελεσμάτων του πελματογραφήματος, υπάρχει η δυνατότητα κατασκευής ειδικών ορθοπαιδικών πελμάτων έσω υποδήματος, τα οποία προσαρμόζονται εξατομικευμένα στις ιδιαιτερότητες του ποδιού, κατόπιν αξιολόγησης από την εξειδικευμένη επιστημονική ομάδα.

Οι ανατομικές αποκλίσεις στα κάτω άκρα, είναι καλό να αντιμετωπίζονται συνδυαστικά με μέσα παθητικής και ιδιοδεκτικής υποστήριξης, (ορθωτικά πέλματα έσω υποδήματος, ειδικής κατασκευής), καθώς και με εξειδικευμένο ασκησιολόγιο, προκειμένου να διασφαλιστεί η ορθή ανατομική ευθυγράμμιση σε όλο το κάτω άκρο.

Στα παιδιά η οποιαδήποτε ανατομική απόκλιση έχει μεγαλύτερες πιθανότητες διόρθωσης, πάντα μετά από εξέταση και αξιολόγηση από ειδικό Ορθοπεδικό Παίδων, ενώ στους ενήλικες υπάρχουν πιθανότητες μόνο για υποστήριξη και ανακούφιση.

Στην Ευρωκλινική Αθηνών συνδυάζοντας τον έλεγχο του πέλματος με ΠΕΛΜΑΤΟΓΡΑΦΗΜΑ με τον έλεγχο Ορθοσωμίας με τη μέθοδο FORMETRIC 4D προσφέρεται μία ολοκληρωμένη αποτύπωση της στάσης της βάδισης και των πιθανών προβλημάτων που υπάρχουν ή μπορεί να υπάρξουν. Όπως σε κάθε θέμα υγείας, έτσι κι εδώ, η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία! Η έγκυρη ενημέρωση και η έγκαιρη αναγνώριση μυοσκελετικών δυσλειτουργιών διασφαλίζουν μυοσκελετική υγεία και παραγωγικότητα τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες.

Κίκα Πλοιαρχοπούλου
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Παθολόγος Ογκολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Παχυσαρκία και καρκίνος

Η παχυσαρκία είναι ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας που συνδέεται με αρκετά χρόνια νοσήματα καθώς και με την ανάπτυξη καρκίνου. Τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων συνεχώς αυξάνονται στις αναπτυγμένες χώρες και συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ το ποσοστό παχύσαρκων ατόμων έχει διπλασιαστεί τα τελευταία 20 χρόνια. Οι συχνότεροι αναφερόμενοι καρκίνοι σε παχύσαρκους ασθενείς είναι κυρίως ο καρκίνος του ενδομητρίου, το αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ο καρκίνος του μαστού στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ο καρκίνος του προστάτη και του νεφρού.

Υπολογίζεται ότι 20% του συνόλου των κακοήθων νοσημάτων και περίπου 50% των καρκίνων σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σχετίζονται με την παχυσαρκία. Επίσης, δεδομένα των τελευταίων 25 ετών τονίζουν ότι η παχυσαρκία είναι η αιτία για 14% των θανάτων από καρκίνο στους άνδρες και 20% στις γυναίκες.

*Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ή Body Mass Index (BMI) θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ **18,5 έως 25kg/m2** σύμφωνα με τις διεθνείς συστάσεις και η αύξησή του σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου*

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ή Body Mass Index (BMI) θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 18,5 έως 25kg/m2 σύμφωνα με τις διεθνείς συστάσεις και η αύξησή του σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου. Επίσης, η αύξηση της περιμέτρου της μέσης (κοιλιακή παχυσαρκία) φαίνεται να είναι ένας ιδιαίτερα επιβαρυντικός παράγοντας για την εκδήλωση γαστρεντερικού καρκίνου, καρκίνου μαστού και καρκίνου ενδομητρίου.

Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που συνδέουν την παχυσαρκία με την εμφάνιση καρκίνου είναι ποικίλοι και πολύπλοκοι. Κάποιοι από αυτούς αφορούν τα κυκλοφορούντα οιστρογόνα στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού και ενδομητρίου στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, τα αυξημένα επίπεδα γλυκόζης και η επαγόμενη υπερινσουλιναιμία στον καρκίνο του παχέος εντέρου και του προστάτη, καθώς και η παρουσία χρόνιας φλεγμονής για άλλους τύπους νεοπλασιών. Άλλοι μηχανισμοί περιλαμβάνουν το οξειδωτικό stress, την επικοινωνία (crosstalk) μεταξύ των καρκινικών κυττάρων και των λιποκυττάρων, την υποξία που οφείλεται στην παχυσαρκία και τη δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι διατροφικές αλλαγές με στόχο τη μείωση της θερμιδικής πρόσληψης επιδρούν στην ανάπτυξη και εξέλιξη του καρκίνου. Η πλούσια δίαιτα σε φρούτα και λαχανικά έχει συνδεθεί με χαμηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου, ενώ η δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες

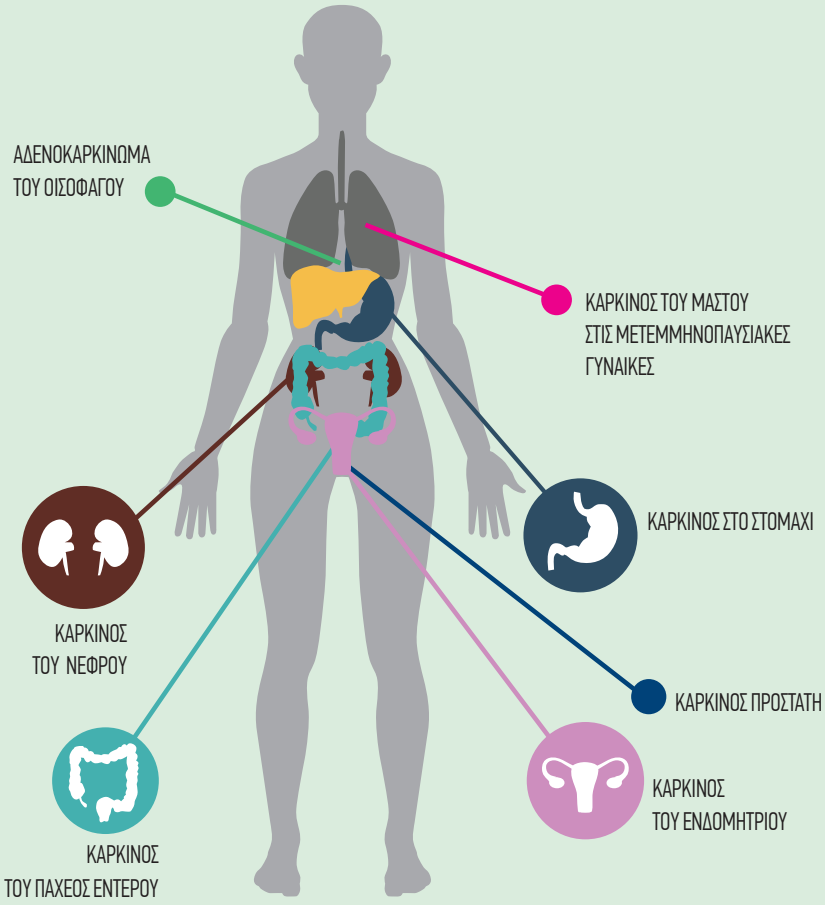
έχει συνδεθεί με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση έχει υπολογισθεί ότι η αποφυγή της παχυσαρκίας θα μπορούσε να μειώσει κατά 21.000 και κατά 13.000 τον ετήσιο αριθμό νέων περιπτώσεων καρκίνου παχέος εντέρου και καρκίνου μαστού, αντίστοιχα. Επιπλέον, υπάρχουν συνεχώς περισσότερα δεδομένα που υποστηρίζουν το σημαντικό ρόλο της απώλειας βάρους και της σωματικής άσκησης ως παράγοντες μείωσης του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου. Πέρα από την ισορροπημένη διατροφή, πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και ολικής άλεσης προϊόντα, η σωματική άσκηση περιλαμβάνει το καθημερινό περπάτημα, πρόγραμμα γυμναστικής τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα και τον περιορισμό της τηλεόρασης σε λιγότερο από 2 ώρες την ημέρα, καθώς οι πολλές ώρες στην τηλεόραση συμβάλλουν στην παχυσαρκία.

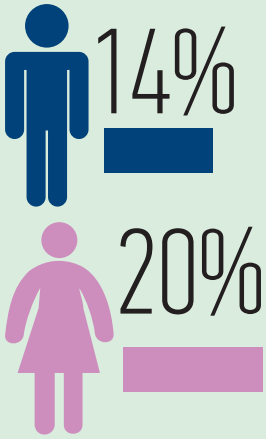
Τέλος, έχει αποδειχθεί σε μελέτες ότι η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας για τους ασθενείς που έχουν ήδη νοσήσει από καρκίνο έχει σημαντικά οφέλη για την εξέλιξη της νόσου. Σε ασθενείς με ιστορικό κακοήθειας η αποφυγή της αύξησης του σωματικού βάρους βελτιώνει την ποιότητα της ζωής τους, καθώς οι ασθενείς παρουσιάζουν λιγότερες επιπλοκές μετά από θεραπευτικές παρεμβάσεις. Πρόσφατα, δημοσιεύθηκε μια μελέτη που συσχετίζει τον αυξημένο δείκτη μάζας σώματος (BMI) γυναικών >65 ετών, πριν ή μετά τη διάγνωση καρκίνου μαστού, με πτωχή επιβίωση από τη νόσο.

Ευχαριστίες στη Μαρία Κολοντούρου για τη συμμετοχή της.

ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ



Η ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΜΕΙΩΣΕΙ ΚΑΤΑ

21.000 & 13.000

ΤΟΝ ΕΤΗΣΙΟ ΑΡΙΘΜΟ **ΝΕΩΝ** ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ

ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

ΙΣΟΡΡΟΠΗΜΕΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Σοφία Τσιρώνα
Ενδοκρινολόγος
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
Επιστημονικά Υπεύθυνη Ενδοκρινολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Αθηνών και Πολυιατρείου Σημείου Δύο

Σύστημα συνεχούς καταγραφής σακχάρου

Η **σύγχρονη τεχνολογία** στο σακχαρώδη διαβήτη

Σε παγκόσμιο επίπεδο η συχνότητα του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) αυξάνει συνεχώς λαμβάνοντας διαστάσεις επιδημίας. Υπολογίζεται ότι στη χώρα μας το 11% του πληθυσμού πάσχει από ΣΔ, ενώ το 8% περίπου πάσχει από προδιαβήτη.

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι το 54% των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη δεν ρυθμίζει ικανοποιητικά τα επίπεδα του σακχάρου του.

Η σύγχρονη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη απαιτεί τη βέλτιστη γλυκαιμική ρύθμιση, ώστε να αποφευχθεί όσο το δυνατόν η εμφάνιση επιπλοκών.

Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη είναι ένας δείκτης που χρησιμοποιείται για να ελέγξουμε τη ρύθμιση του σακχάρου μας το τελευταίο τρίμηνο. Μας δίνει αδρές πληροφορίες για το μέσο επίπεδο του σακχάρου, όχι όμως και για τη διακύμανση των τιμών του κατά τη διάρκεια της ημέρας, παράγοντας ιδιαίτερα σημαντικός για την εμφάνιση επιπλοκών από το διαβήτη. Υπάρχουν αρκετοί ασθενείς με πολύ καλά επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης που παρουσιάζουν, όμως, σημαντική διακύμανση των επιπέδων του σακχάρου τους στη διάρκεια της ημέρας **(Εικόνα 1)**. Έχει επίσης φανεί πως το 60% των επεισοδίων με χαμηλά επίπεδα σακχάρου δεν ανιχνεύονται με τις απλές συσκευές αυτοελέγχου.

Το σύστημα συνεχούς καταγραφής σακχάρου είναι ένας νέος τρόπος αυτόματης παρακολούθησης των επιπέδων του σακχάρου καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας αλλά και της νύχτας. Μπορεί να τοποθετηθεί στον ασθενή για 2 έως και 6 ημέρες, ανάλογα με την κρίση του θεράποντα ιατρού

Τι είναι το σύστημα συνεχούς καταγραφής σακχάρου;

Το σύστημα συνεχούς καταγραφής σακχάρου είναι ένας νέος τρόπος αυτόματης παρακολούθησης των επιπέδων του σακχάρου καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας αλλά και της νύχτας.

Πρόκειται για μία συσκευή σε μέγεθος κοχυλιού που φέρει έναν αισθητήρα γλυκόζης. **Ο αισθητήρας αυτός τοποθετείται στο δέρμα και μετρά το σάκχαρο 288 φορές το 24ωρο (Εικόνα 2)**.

Μπορεί να τοποθετηθεί στον ασθενή για 2 έως και 6 ημέρες, ανάλογα με την κρίση του θεράποντα ιατρού. Δεν απαιτεί νοσηλεία και ο ασθενής επιστρέφει άμεσα στις καθημερινές του δραστηριότητες. Με αυτό τον τρόπο αντλούνται χρήσιμες πληροφορίες για τις διακυμάνσεις του σακχάρου, καθώς και για την επίδραση διαφόρων παραγόντων σε αυτό (π.χ. γεύματα, stress, άσκηση, ύπνος και φαρμακευτική αγωγή).

Πώς γίνεται η τοποθέτηση της συσκευής;

Η τοποθέτηση της συσκευής πραγματοποιείται εύκολα και ανώδυνα και όλη η διαδικασία διαρκεί έως 10 λεπτά.

Μετά την τοποθέτηση του αισθητήρα, τη σύνδεσή του με τον καταγραφέα και την ενημέρωση του ασθενούς, αυτός επιστρέφει στο σπίτι του και την καθημερινότητά του. Χρειάζεται να καταγράφει τις δραστηριότητές του και να κρατάει ένα ημερολόγιο διατροφής μαζί με τις αυτομετρήσεις.

Τέλος, μετά από το συγκεριμένο χρονικό διάστημα που θα έχει οριστεί από το θεράποντα ιατρό (2 έως 6 ημέρες), επιστρέφει

στο ιατρείο όπου αφαιρείται η συσκευή και αναλύονται τα δεδομένα.

Στη συνέχεια, στοχευμένα πλέον, δίνονται οι νέες οδηγίες που αφορούν τόσο στη διατροφή όσο και στη φαρμακευτική αγωγή που θα πρέπει να λαμβάνει ο ασθενής.

Εάν τοποθετηθεί η συσκευή, σταματούν οι μετρήσεις σακχάρου που κάνει κανείς από μόνος του;

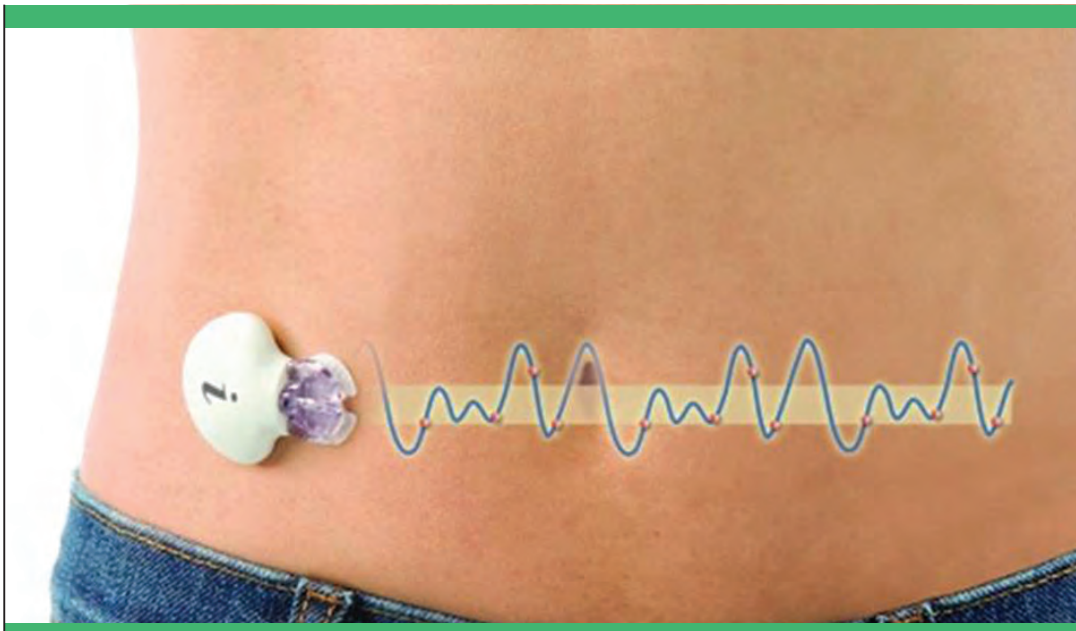
Όχι, θα πρέπει να συνεχιστούν για δύο σημαντικούς λόγους:

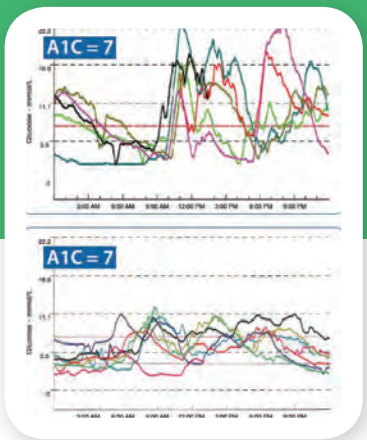
Πρώτον, το σύστημα της συνεχούς καταγραφής σακχάρου είναι τυφλό, δηλαδή ο ασθενής δεν γνωρίζει τις τιμές σακχάρου που η συσκευή καταγράφει. Έτσι, για να ρυθμίσει τη δόση της ινσουλίνης που θα λάβει, ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει το επίπεδο του σακχάρου του, πράγμα που θα γίνει με τις αυτομετρήσεις. Στις περιπτώσεις ιδιαίτερα που ο ασθενής παρουσιάζει επεισόδια υπογλυκαιμιών, πριν από οποιαδήποτε δραστηριότητα όπως οδήγηση ή άσκηση, θα πρέπει να γνωρίζει την τιμή του σακχάρου του.

Δεύτερον, για να βαθμονομηθεί (καλιμπραριστεί) η συσκευή της συνεχούς καταγραφής.

Ποιοι ασθενείς χρειάζονται το σύστημα της συνεχούς καταγραφής σακχάρου;

- Εκείνοι που παρουσιάζουν αδυναμία επίτευξης του στόχου της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (<7%) ή παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις στις τιμές σακχάρου κατά τη διάρκεια του 24ώρου.
- Σε περιπτώσεις ασυμφωνίας μεταξύ της τιμής της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και των τιμών του καθημερινού αυτοελέγχου.





Εικόνα1 *(επάνω). Η συσκευή της συνεχούς καταγραφής σακχάρου*

Εικόνα 2 *(αριστερά). Διαφορά στη διακύμανση των επιπέδων σακχάρου σε δυο ασθενείς με ίδια τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης*

Μετά την τοποθέτηση της συσκευής αντλούνται χρήσιμες πληροφορίες για τις διακυμάνσεις του σακχάρου, καθώς και για την επίδραση διαφόρων παραγόντων σε αυτό (π.χ. γεύματα, stress, άσκηση, ύπνος και φαρμακευτική αγωγή)

- Εκείνοι που παρουσιάζουν συχνά επεισόδια υπογλυκαιμιών ή δεν τις καταλαβαίνουν.
- Έγκυες γυναίκες που χρήζουν αυστηρής ρύθμισης των επιπέδων σακχάρου.

Ποιο το όφελος της τοποθέτησης της συσκευής συνεχούς καταγραφής σακχάρου τελικά;

Αρκετές τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες μελέτες έδειξαν ότι με την 24ωρη καταγραφή σακχάρου μπορεί να επιτευχθεί:

- Εώς 1% μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (Hba1c), χωρίς αύξηση της συχνότητας εμφάνισης σοβαρών υπογλυκαιμιών.
- Βέλτιστος γλυκαιμικός έλεγχος με ομαλοποίηση των τιμών του σακχάρου καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, με στοχευμένη πλέον φαρμακευτική θεραπεία.
- Κατανόηση της επίδρασης των γευμάτων, του τρόπου ζωής(άγχους) και των εργασιακών συνθηκών στο επίπεδου του σακχάρου, με ακόλουθη κατάλληλη τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής, ώστε να έχουμε την όσο το δυνατόν καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση.

Αποτέλεσμα των παραπάνω ευεργετικών δυνατοτήτων είναι η ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης επιπλοκών από το σακχαρώδη διαβήτη.

Δημήτριος Πατσούρας
MD, MSc, PhD, FRCS, FEBS (Coloproctology)
Αναπληρωτής Διευθυντής
Χειρουργός Παχέος Εντέρου & Πρωκτού
Ευρωκλινική Αθηνών

Λαπαροσκοπική κολεκτομή

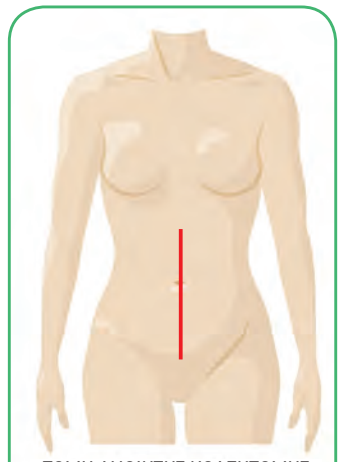
Η Λαπαροσκοπική Χειρουργική ή Ελάχιστα Επεμβατική Χειρουργική αποτελεί μια από τις σημαντικότερες εξελίξεις της Γενικής Χειρουργικής κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα. Η εξέλιξη της τεχνολογίας αλλά και η εκπαίδευση των νέων χειρουργών στη λαπαροσκοπική χειρουργική έχουν επιτρέψει να πραγματοποιούνται λαπαροσκοπικά οι περισσότερες από τις επεμβάσεις στην κοιλιά που γίνονται με την ανοικτή χειρουργική.

Κάθε χρόνο γίνονται δεκάδες χιλιάδες επεμβάσεις για τη θεραπεία παθήσεων του παχέος εντέρου. Η κολεκτομή είναι μια χειρουργική επέμβαση που γίνεται για μερική ή ολική αφαίρεση του παχέος εντέρου (κόλον) και είναι η κατεξοχήν επέμβαση για τη θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου.

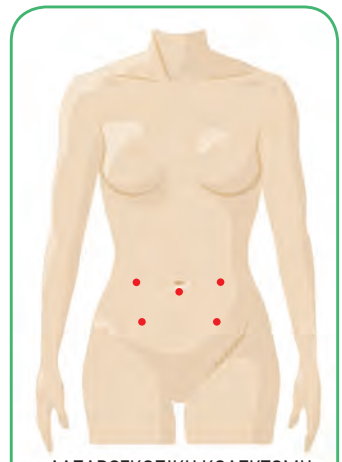
Η Λαπαροσκοπική Κολεκτομή και η εφαρμογή της στη χειρουργική του παχέος εντέρου αποτελεί μια καταξιωμένη και εδραιωμένη μέθοδο τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα. Η λαπαροσκοπική μέθοδος επιτρέπει την ασφαλή και αναίμακτη κινητοποίηση του τμήματος του παχέος εντέρου που πρέπει να αφαιρεθεί και έτσι δεν είναι απαραίτητη η διενέργεια μεγάλης τομής, η οποία είναι πολύ επιβαρυντική για τον ασθενή μετεγχειρητικά. Οι ενδείξεις της Λαπαροσκοπικής Κολεκτομής είναι ίδιες με αυτές της ανοικτής μεθόδου. Κάθε καλοήθης πάθηση του παχέος εντέρου, όπως εκκολπωματίτιδα, πολύποδες που δεν μπορούν να αφαιρεθούν ενδοσκοπικά (κολονοσκόπηση), ελκώδης κολίτιδα, νόσος του Crohn, πρόπτωση ορθού και άλλες, μπορούν να αντιμετωπιστούν λαπαροσκοπικά. Όσον αφορά τον καρκίνο του παχέος εντέρου, πρόσφατες μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η λαπαροσκοπική κολεκτομή έχει εφάμιλλα ογκολογικά αποτελέσματα με την ανοικτή κολεκτομή και επιτυγχάνει ριζική εκτομή των κακοήθων όγκων.

Οι κλασσικές «ανοικτές» κολεκτομές, αν και ριζικές και απόλυτα θεραπευτικές, είναι ιδιαίτερα

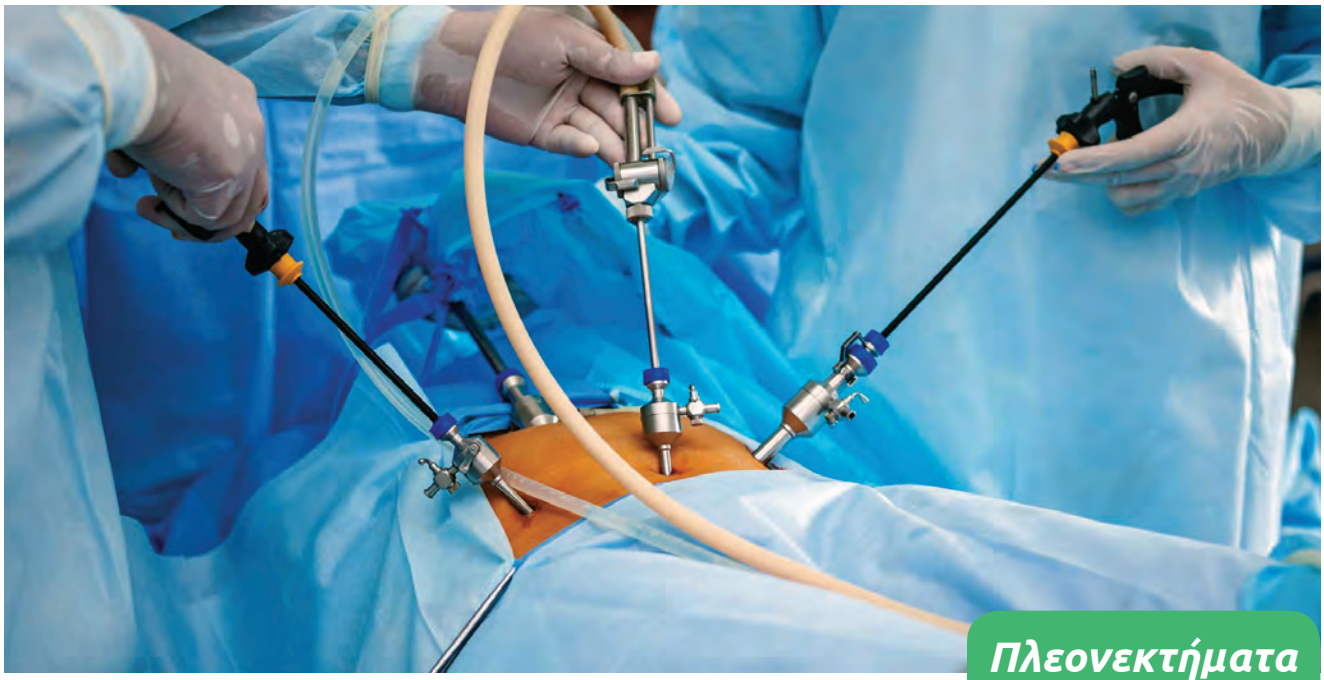
Η λαπαροσκοπική μέθοδος επιτρέπει την ασφαλή και αναίμακτη κινητοποίηση του τμήματος του παχέος εντέρου που πρέπει να αφαιρεθεί και έτσι δεν είναι απαραίτητη η διενέργεια μεγάλης τομής, η οποία είναι πολύ επιβαρυντική για τον ασθενή μετεγχειρητικά



ΤΟΜΗ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗΣ



ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ



τραυματικές επεμβάσεις. Παραδοσιακά η ανοικτή κολεκτομή γίνεται με μια μεγάλη τομή στη μέση της κοιλιάς. Το χειρουργικό τραύμα είναι σημαντικό με αποτέλεσμα αυξημένο μετεγχειρητικό πόνο. Επίσης οι ασθενείς έχουν μια δύσκολη και παρατεταμένη περίοδο ανάρρωσης.

Τεχνική

Η Λαπαροσκοπική Κολεκτομή γίνεται υπό γενική αναισθησία. Στη λαπαροσκοπική κολεκτομή γίνονται 4-5 τομές των 5-12 χιλιοστών (mm) μέσω των οποίων εισέρχονται τα λαπαροσκοπικά χειρουργικά εργαλεία και το λαπαροσκόπιο (κάμερα) στην κοιλιά του ασθενούς. Στην αρχή του χειρουργείου χρησιμοποιούμε διοξείδιο του άνθρακα (CO_2) για να «φουσκώσουμε» την κοιλιά του ασθενούς, δημιουργώντας το λεγόμενο πνευμοπεριτόναιο. Αυτό δίνει τη δυνατότητα στο χειρουργό να έχει χώρο εργασίας μέσα στην κοιλιά του ασθενούς. Η κάμερα μεταδίδει τις εικόνες (υψηλής ευκρίνειας και σε μεγέθυνση 10-15 φορές) σε οθόνες του χειρουργείου και ο χειρουργός παρακολουθεί τις κινήσεις του. Οι χειρουργικοί χειρισμοί γίνονται έξω από το σώμα του ασθενούς και μέσω των λαπαροσκοπικών εργαλείων μεταφέρονται στους ιστούς μέσα στην κοιλιά. Συνήθως στο τέλος της επέμβασης μια από τις τομές επιμηκύνεται περίπου 3 εκατοστά (cm) για να εξαχθεί από την κοιλιά το πάσχον τμήμα του παχέος εντέρου.

Μετεγχειρητική πορεία

Η νοσηλεία μετά από μια λαπαροσκοπική κολεκτομή είναι 4-5 μέρες. Ο ασθενής έχει όλα τα πλεονεκτήματα της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής:

- ελάχιστο πόνο
- καλή αναπνευστική λειτουργία
- ταχεία ανάκτηση της λειτουργίας του εντέρου.

Από την επόμενη κιόλας μέρα μπορεί να σηκωθεί, να περπατήσει και αρχίζει να πίνει υγρά, ενώ από την τρίτη μέρα αρχίζει να σιτίζεται. Η ανάρρωση διαρκεί περίπου 10 μέρες και ο ασθενής επιστρέφει σιγά σιγά στις καθημερινές του δραστηριότητες.

Η Λαπαροσκοπική Κολεκτομή θα πρέπει να διενεργείται από χειρουργούς εξειδικευμένους στη χειρουργική του παχέος εντέρου, προκειμένου να διασφαλίζονται τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας με το χαμηλότερο δυνατό κίνδυνο επιπλοκών για τον ασθενή

Πλεονεκτήματα

Τα πλεονεκτήματα της Λαπαροσκοπικής Κολεκτομής έναντι της ανοικτής κολεκτομής είναι:

- Ελάχιστο χειρουργικό τραύμα
- Μικρότερος χειρουργικός τραυματισμός των ιστών λόγω μεγέθυνσης των εικόνων
- Ελάχιστη απώλεια αίματος
- Ελάχιστος μετεγχειρητικός πόνος
- Ταχεία κινητοποίηση και ανάρρωση του ασθενούς
- Λιγότερες αναπνευστικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές
- Μικρότερο ποσοστό μετεγχειρητικών επιπλοκών από το τραύμα (διαπύηση, διάσπαση, κήλη)
- Καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα
- Λιγότερες μέρες νοσηλείας
- Μικρότερο ποσοστό δημιουργίας μετεγχειρητικών συμφήσεων.

Βασίλειος Παυλιδέλης
Dr. med, ΩΡΛ - Πλαστικός Χειρουργός Προσώπου, Ευρωκλινική Αθηνών

Ανάπλαση ελλείποντος πτερυγίου ωτός

(Ανωτία, μικρωτία ή αγενεσία πτερυγίου ωτός) Με χρήση αυτογενούς πλευρικού χόνδρου

Ένα στα 10.000 παιδιά που γεννιούνται σε όλο τον κόσμο, αγόρια και κορίτσια, παρουσιάζει πλήρη ή μερική έλλειψη πτερυγίου ωτός, η οποία ονομάζεται απλασία ωτός ή επιστημονικά διεθνώς ανωτία (anotia). Απλασία πτερυγίου ωτός σημαίνει ότι στο νεογέννητο παιδί αντί φυσιολογικού πτερυγίου αυτιού, υπάρχει περίπου στη θέση του, ένα σαφώς υποαναπτυγμένο πτερύγιο ή κρέμονται ένα - δύο κολοβώματα, δηλαδή υπολείμματα πτερυγίου από την περιοχή του λοβίου. Άλλες φορές η βλάβη μπορεί να εμφανίζεται σαν ένα αναδιπλωμένο δερματικό υλικό, το οποίο σε καμία περίπτωση δεν θυμίζει αρτιμελές πτερύγιο. Μερική ή ολική έλλειψη πτερυγίου ωτός μπορεί να προκύψει επίσης μετά από ασθένεια (π.χ. χειρουργική αφαίρεση όγκου, η οποία δημιούργησε μεγάλο έλλειμμα) ή μετά από ατύχημα (π.χ. δάγκωμα, τροχαίο).

Η ανάπλαση πτερυγίου ωτός είναι συνδυασμός επανορθωτικής και αισθητικής πλαστικής επέμβασης. Διορθώνει μια σοβαρή συγγενή ανωμαλία και προσφέρει θεαματικό αισθητικό αποτέλεσμα

Σε κάθε περίπτωση, σήμερα, μπορούμε να επιτύχουμε χειρουργικά, θεαματικό και σταθερό αποτέλεσμα ανάπλασης πτερυγίου ωτός.

Η σπουδαιότερη αιτία της συγγενούς αυτής ανωμαλίας είναι η διακοπή της αιμάτωσης στην περιοχή όπου διαπλάθεται το αυτί του εμβρύου. Η διακοπή της αιμάτωσης οφείλεται σε διάφορους γονιδιακούς και άλλους παράγοντες. Κληρονομικοί παράγοντες επίσης, ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της απλασίας του πτερυγίου ωτός. Εννέα στις δέκα παρατηρούμενες απλασίες πτερυγίου ωτός αφορούν το ένα αυτί (περίπτωση ετερόπλευρης απλασίας). Σπανιότερα, παρουσιάζεται απλασία ωτός και στα δύο αυτιά ενός νεογέννητου παιδιού (περίπτωση αμφοτερόπλευρης απλασίας). Αυτό σημαίνει ότι δεν είναι σπάνια η παρουσία απλασίας ωτός και στα δύο αυτιά ενός νεογέννητου παιδιού (περίπτωση αμφοτερόπλευρης απλασίας).

Διπλό πρόβλημα: Αισθητικό και λειτουργικό

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η απλασία πτερυγίου ωτός συνυπάρχει με ατρησία του έξω ακουστικού πόρου, με υποανάπτυξη του μέσου ωτός και με αδυναμία ακοής. Εάν το ένα εκ των δύο αυτιών είναι φυσιολογικό και βεβαίως «ακούει» κανονικά, τότε το άτομο δεν έχει κανένα πρόβλημα ακοής και ανάπτυξης, επειδή ένα αυτί που «ακούει» καλά, αρκεί για

Η ομοιότητα του νεοσχηματισθέντος πτερυγίου προς το άλλο, το φυσιολογικό πτερύγιο του ατόμου, προσεγγίζει το 90%, ανάλογα με την περίπτωση

Νεοδημιουργηθείς χόνδρινος σκελετός πτερυγίου

Η κατάλληλη ηλικία για διόρθωση της απλασίας πτερυγίου ωτός είναι από 8 ετών και μετά

τις ακουστικές ανάγκες του ανθρώπου, εφ' όρου ζωής. Τότε, είμαστε ικανοποιημένοι μόνο με την πραγματοποίηση της αισθητικής αποκατάστασης του ελλείποντος πτερυγίου και δεν χειρουργούμε το μέσο αυτί για αποκατάσταση ακοής.

Στην αμφοτερόπλευρη απλασία πτερυγίου, όμως, όπου συνυπάρχει πρόβλημα ακοής και στα δύο αυτιά (εκτός της ανάπλασης των πτερυγίων) εφαρμόζουμε απαραιτήτως άλλες μεθόδους για αποκατάσταση της ακοής, όπως ακουστικά με στέκα ή προσαρμοσμένα με μαγνητάκια κάτω από το δέρμα του τριχωτού της κεφαλής.

Ανάπλαση πτερυγίου ωτός με αυτογενή πλευρικό χόνδρο

Η μόνη ανά τον κόσμο ευρύτερα παραδεκτή χειρουργική τεχνική, για την οριστική αντιμετώπιση της απλασίας του πτερυγίου ωτός είναι η χειρουργική τεχνική **ανάπλασης του πτερυγίου του ωτός με χρήση πλευρικού χόνδρου, ο οποίος λαμβάνεται από το ίδιο άτομο (αυτογενής χόνδρος)**. Σύμφωνα με αυτή τη νέα τεχνική, είναι απαραίτητες δύο πλαστικές επεμβάσεις με χρονική διαφορά τουλάχιστον 5 - 6 μηνών μεταξύ τους.

Στην **πρώτη επέμβαση** λαμβάνεται επαρκής πλευρικός χόνδρος από το πάσχον άτομο, ο οποίος μορφοποιείται στο χειρουργείο με χρήση συρμάτων τιτανίου, αμέσως μετά τη λήψη του, σε έναν ωραίο σκελετό πτερυγίου ωτός. Αυτός ο σκελετός τοποθετείται κάτω από το δέρμα σε ειδική θήκη/τσέπη, η οποία έχει διαμορφωθεί στη θέση όπου θα δημιουργηθεί νέο πτερύγιο. Μετά από 4-6 μήνες το δέρμα προσφύεται επαρκώς επάνω στο σκελετό και πλέον γίνονται εμφανέστερες οι γνωστές ανατομικές λεπτομέρειες του πτερυγίου (έλικα, ανθέλικα, τράγος, αντίτραγος, κύμβη, κόγχη κ.λπ.).

Στη **δεύτερη επέμβαση**, η οποία πραγματοποιείται τουλάχιστον 5 - 6 μήνες μετά την πρώτη επέμβαση, δίνεται η οριστική θέση του αναπλασθέντος πτερυγίου ωτός και διασφαλίζεται η σωστή απόστασή του από το κεφάλι.

Πότε είναι η κατάλληλη ηλικία για διόρθωση της απλασίας;

Η ανάπλαση πτερυγίου ωτός είναι συνδυασμός επανορθωτικής και αισθητικής επέμβασης. Η κατάλληλη ηλικία για διόρθωση της απλασίας πτερυγίου ωτός είναι από 8 ετών και μετά. Αυτό σημαίνει ότι η ίδια τεχνική δύναται να εφαρμοστεί εξίσου επιτυχημένα σε ενήλικες με απλασία εκ γενετής ή σε άτομα που έχασαν το πτερύγιό τους σε τραυματισμό ή ασθένεια.

Αξιολόγηση της τεχνικής ανάπλασης πτερυγίου ωτός

Με τη μοντέρνα αυτή χειρουργική τεχνική **ανάπλασης του πτερυγίου του ωτός με χρήση αυτογενούς πλευρικού χόνδρου, ο οποίος λαμβάνεται από το ίδιο άτομο,** η ομοιότητα του νέου πτερυγίου αυτιού ως προς το άλλο, δηλαδή προς το φυσιολογικό πτερύγιο του ατόμου, υπερβαίνει το 90%, ανάλογα με την περίπτωση. Η ανάπλαση πτερυγίου ωτός είναι συνδυασμός επανορθωτικής και αισθητικής επέμβασης. Διορθώνει μια σοβαρή συγγενή ανωμαλία και προσφέρει θεαματικό αισθητικό αποτέλεσμα. Παράλληλα βελτιώνει την ψυχολογία και την αυτοπεποίθηση του ατόμου, χαρίζοντάς του υγεία και ευεξία, τα οποία είναι η βάση για μια δημιουργική και ευτυχισμένη ζωή.

Σωτήριος Μπεθάνης
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών
Επιμελητής Ενδοκρινολόγος
Ευρωκλινική Αθηνών

Υπερπαραθυρεοειδισμός

Τι είναι οι παραθυρεοειδείς αδένες και ποιος ο ρόλος τους;
Οι παραθυρεοειδείς αδένες είναι πολύ μικροί ενδοκρινείς αδένες που εκκρίνουν μία ουσία που καλείται παραθορμόνη (PTH) και λειτουργία της είναι η διατήρηση των επιπέδων ασβεστίου στο αίμα σε φυσιολογικά επίπεδα.

Ο άνθρωπος έχει συνήθως τέσσερις παραθυρεοειδείς αδένες που εντοπίζονται στον τράχηλο - δύο σε κάθε πλευρά. Στο 13% των ανθρώπων υπάρχουν «υπεράριθμοι» αδένες πέντε ή έξι στον αριθμό, που εντοπίζονται στον τράχηλο ή ακόμα και εντός της θωρακικής κοιλότητας.

Τι ονομάζουμε υπερπαραθυρεοειδισμό και ποιες οι αιτίες του;
Μία περίπτωση διαταραχής της λειτουργίας των παραθυρεοειδών αδένων είναι ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός. Σε αυτή τη νόσο, ένας ή περισσότεροι παραθυρεοειδείς αδένες λειτουργούν αυτόνομα και παράγουν υψηλά επίπεδα PTH, με αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων ασβεστίου στο αίμα σε επίπεδα μεγαλύτερα του φυσιολογικού (υπερασβεστιαιμία). Η υπερασβεστιαιμία μπορεί να προκαλέσει σημαντικές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπλοκές.

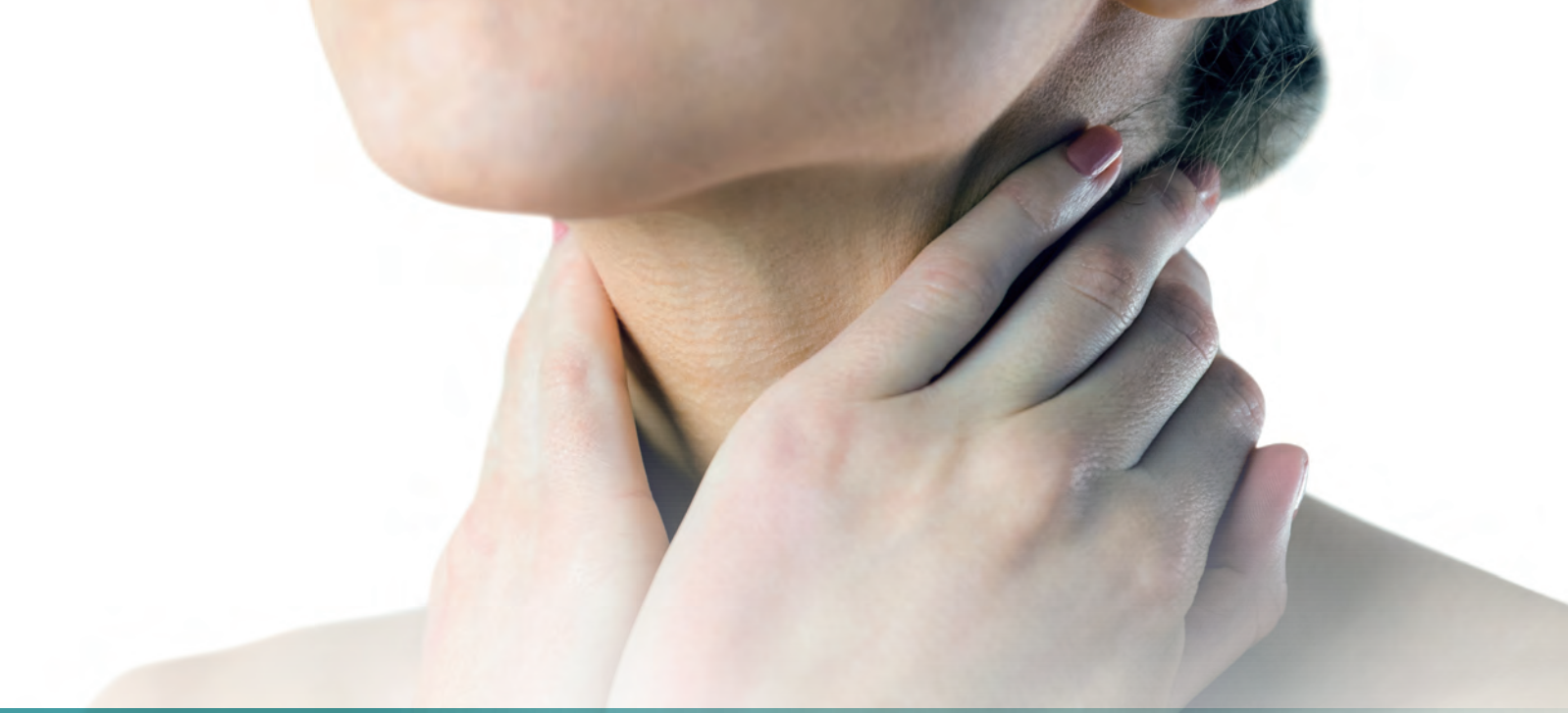
Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός είναι συχνή νόσος, η τρίτη συχνότερη ενδοκρινοπάθεια μετά το σακχαρώδη διαβήτη και τις θυρεοειδοπάθειες και η συχνότητα του στο γενικό πληθυσμό είναι 1-2 ασθενείς στα 1.000 άτομα πληθυσμού

Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός είναι η συχνότερη μορφή υπερπαραθυρεοειδισμού και συμβαίνει όταν ένας ή περισσότεροι παραθυρεοειδείς αδένες μεγαλώνουν περισσότερο από το φυσιολογικό (υπερπλασία) ή όταν ένας αδένας αποκτά αυτονομία και υπερλειτουργεί (αδένωμα). Ο καρκίνος των παραθυρεοειδών αδένων είναι άλλη μία αιτία υπερπαραθυρεοειδισμού, αλλά ευτυχώς είναι πολύ σπάνιος.

Πόσο συχνός είναι ο υπερπαραθυρεοειδισμός;
Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός είναι συχνή νόσος, η τρίτη συχνότερη ενδοκρινοπάθεια μετά το σακχαρώδη διαβήτη και τις θυρεοειδοπάθειες και η συχνότητα του στο γενικό πληθυσμό είναι 1-2 ασθενείς στα 1000 άτομα πληθυσμού. Όμως, καθώς η συχνότητα του υπερπαραθυρεοειδισμού αυξάνεται με την ηλικία και είναι 2-3 φορές μεγαλύτερη στις γυναίκες, φτάνει να προσβάλει περίπου 4 γυναίκες στις 1000 άνω των 60 ετών.

Ποια είναι τα συμπτώματα του υπερπαραθυρεοειδισμού;
Περίπου το 80% των ασθενών με υπερπαραθυρεοειδισμό έχουν ελάχιστα ή καθόλου συμπτώματα και η διάγνωση του υπερπαραθυρεοειδισμού γίνεται σε τυχαίο βιοχημικό έλεγχο όπου ανιχνεύεται η αυξημένη τιμή ασβεστίου (υπερασβεστιαιμία). Παρόλα αυτά, μερικές φορές αναφέρονται ορισμένα άτυπα συμπτώματα που πιθανώς σχετίζονται με τα αυξημένα επίπεδα ασβεστίου, όπως:

- Αρθραλγίες



Μία συχνή **ενδοκρινική νόσος** με ποικίλες εκδηλώσεις

- Αδυναμία
- Καταβολή
- Ανορεξία
- Ήπια κατάθλιψη
- Αδυναμία συγκέντρωσης

Οι ασθενείς με υπερπαραθυρεοειδισμό γίνονται όλο και περισσότερο συμπτωματικοί με την αύξηση των επιπέδων ασβεστίου και PTH, οπότε πιθανώς να παρατηρηθεί σημαντική ελάττωση της όρεξης, ναυτία, δυσκοιλιότητα, πολυδιψία και πολυουρία. Συμπληρωματικά, ένα άτομο μπορεί να αναπτύξει:

- Ελαττωμένη νεφρική λειτουργία, καθώς τα αυξημένα επίπεδα ασβεστίου επηρεάζουν τη λειτουργία των νεφρών
- Νεφρολιθίαση (πέτρες στα νεφρά) - Με την αύξηση των επιπέδων ασβεστίου στο αίμα, οι νεφροί απεκκρίνουν περισσότερο ασβέστιο στα ούρα και με αυτό τον τρόπο προκαλείται νεφρολιθίαση
- Οστική νόσος (οστεοπενία-οστεοπόρωση) - Καθώς το ασβέστιο λαμβάνεται από τα οστά, η οστική πυκνότητα μπορεί να ελαττωθεί και έτσι αυξάνεται ο κίνδυνος κατάγματος
- Ρευματολογικά συμπτώματα λόγω της επασβέστωσης του χόνδρου στους καρπούς και τα γόνατα
- Διαταραχές σε άλλα στοιχεία, όπως χαμηλά επίπεδα φωσφόρου και ελαφρώς αυξημένα επίπεδα μαγνησίου

Η οριστική θεραπεία του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού είναι η αφαίρεση του παθολογικού παραθυρεοειδικού ιστού με εγχείρηση

Πώς γίνεται η διάγνωση του υπερπαραθυρεοειδσμού;

Στις ημέρες μας με την ευρεία χρήση αυτόματων αναλυτών και τον από ρουτίνας προσδιορισμό των επιπέδων ασβεστίου στο αίμα η διάγνωση του υπερπαραθυρεοειδισμού συνήθως ξεκινά με την ανεύρεση υψηλής τιμής ασβεστίου σε ασυμπτωματικούς ασθενείς.

Ο ενδοκρινολόγος στη συνέχεια θα επιβεβαιώσει μέσω κατάλληλων αιματολογικών εξετάσεων (κυρίως ασβέστιο και παραθορμόνη ορού) τη διάγνωση και μέσω απεικονιστικού ελέγχου (υπερηχογράφημα ή/και σπινθηρογράφημα παραθυρεοειδών) τον εντοπισμό του προβλήματος.

Πως αντιμετωπίζεται ο υπερπαραθυρεοειδισμός;

Η οριστική θεραπεία του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού είναι η αφαίρεση του παθολογικού παραθυρεοειδικού ιστού με εγχείρηση που τις περισσότερες περιπτώσεις, ειδικά όταν διενεργείται από χειρουργούς με εξειδίκευση και εμπειρία στη χειρουργική των ενδοκρινών αδένων, οδηγεί στην ίαση. Αξίζει να σημειωθεί πάντως πως πολλοί ασυμπτωματικοί ασθενείς δεν χρειάζονται επέμβαση.

Σε ασθενείς που χρειάζονται θεραπευτική παρέμβαση, αλλά δεν επιθυμούν να χειρουργηθούν ή υπάρχει αντένδειξη χειρουργικής επέμβασης, υπάρχει στις ημέρες μας και αξιόπιστη θεραπεία με λήψη δισκίων από του στόματος για την αντιμετώπιση του υπερπαραθυρεοειδισμού.

Φιορίτα Πουλακάκη
Διευθύντρια Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, Ευρωκλινική Αθηνών

Καρκίνος του μαστού στον άνδρα

Παράγοντες κινδύνου, διάγνωση και θεραπεία

Ο καρκίνος του μαστού δεν αφορά μόνο το γυναικείο πληθυσμό. Εμφανίζεται σε πολύ μικρότερη συχνότητα και στους άνδρες. Σε σύγκριση με τις γυναίκες παρουσιάζεται σε ποσοστό 1:100, που σημαίνει ότι για κάθε 100 καρκίνους του μαστού που θα διαγνωσθούν στο γυναικείο πληθυσμό θα διαγνωσθεί και ένας άνδρας. Αφορά το 1% όλων των καρκίνων στους άνδρες και λιγότερο από το 1% του συνόλου όλων των καρκίνων του μαστού. Η επίπτωση έχει αυξηθεί περίπου στο 26% την τελευταία 25ετια. Η μέση ηλικία διάγνωσης είναι τα 67 έτη.

Οι παράγοντες κινδύνου που έχουν συνδεθεί με τον ανδρικό καρκίνο του μαστού αφορούν την ηλικία, ορμονικούς, γενετικούς, διατροφικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, καθώς και το ιστορικό έκθεσης σε ιονίζουσα ακτινοβολία.

Η ηλικία είναι ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου, καθώς η επίπτωσή του αυξάνει σταθερά με την πρόοδο της ηλικίας.

Ορμονικοί παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για τον ανδρικό καρκίνο του μαστού, αφορούν κυρίως τα υψηλά επίπεδα οιστρογόνων στο αίμα. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις λήψης ορμονικών σκευασμάτων από το στόμα κατά την παχυσαρκία, όπου με την αύξηση του λίπους αυξάνεται και η παραγωγή οιστρογόνων. Επιπλέον η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να περιορίσει την ικανότητα του ήπατος να ρυθμίσει τα επίπεδα οιστρογόνων του αίματος. Έκθεση σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως εντομοκτόνα DDT και κατανάλωση βοοειδών που έχουν εκτραφεί με οιστρογόνα για εκπάχυνση, μιμούνται την επίδραση των οιστρογόνων στον οργανισμό. Η ηπατοπάθεια οδηγεί συνήθως σε χαμηλότερα επίπεδα ανδρογόνων και υψηλότερα επίπεδα οιστρογόνων, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης γυναικομαστίας (καλοήθης αύξη-

για κάθε 100 καρκίνους του μαστού που θα διαγνωσθούν στο γυναικείο πληθυσμό θα διαγνωσθεί και ένας άνδρας

1% **Αφορά το 1% όλων των καρκίνων στους άνδρες και λιγότερο από το 1% του συνόλου όλων των καρκίνων του μαστού.**

26%

Η επίπτωση έχει αυξηθεί περίπου στο 26% την τελευταία 25ετια

67 **Η μέση ηλικία διάγνωσης είναι τα 67 έτη**

ση του μαστού, η οποία δεν είναι καρκινογόνος), καθώς και καρκίνο του μαστού.

Οι γενετικοί παράγοντες αφορούν είτε γενετικά σύνδρομα (Klinefelter, Cowden) είτε παρουσία των μεταλλάξεων των BRCA1 και BRCA2 και συνδέονται άμεσα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ανδρικού καρκίνου του μαστού. Άνδρες με σύνδρομο Klinefelter έχουν χαμηλότερα επίπεδα ανδρογόνων και υψηλότερα επίπεδα οιστρογόνων. Αποτελεί γενετική ανωμαλία που προσβάλει 1 στους 1000 άνδρες. Ισχυρό οικογενειακό ιστορικό ή γενετική μετάλλαξη μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στους άνδρες, ιδιαίτερα εάν υπάρχουν και άλλοι άνδρες στην οικογένεια που να έχουν νοσήσει από την ίδια αιτία. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος εάν υπάρχει επιβεβαιωμένη μετάλλαξη σε γονίδιο που να σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού στην οικογένεια. Ο κίνδυνος εφόρου ζωής ανάπτυξης της νόσου είναι περίπου 1% για τη μετάλλαξη του BRCA1 γονιδίου, ενώ αγγίζει το 6% για την BRCA2. Παρόλα αυτά η πλειοψηφία των ανδρών που νοσούν από καρκίνο του μαστού δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό ούτε κληρονομική γενετική ανωμαλία, όπως άλλωστε συμβαίνει και με τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Άνδρες - φορείς των μεταλλάξεων BRCA1 και BRCA2 έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου και σε άλλα όργανα, όπως ο προστάτης, το πάγκρεας, το παχύ έντερο και το στομάχι.

Η κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού στους άνδρες είναι συνήθως όμοια με εκείνη των γυναικών. Το συχνότερο σύμπτωμα είναι ένα ανώδυνο ψηλαφητό μόρφωμα. Συχνό σύμπτω-

μα αποτελεί και η εισολκή της θηλής, το έκκριμα από τη θηλή, το οίδημα, η εξέλκωση, η πάχυνση του δέρματος και η μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια. Η διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων φαίνεται να είναι συχνότερη στους άνδρες.

Η **διάγνωση** συνήθως καθυστερεί σε σύγκριση με τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες, επειδή ο έλεγχος των μαστών τόσο με την αυτοεξέταση όσο και με απεικονιστικές εξετάσεις δεν είναι στην ρουτίνα του προληπτικού ελέγχου των ανδρών, με αποτέλεσμα να διαγιγνώσκεται συνήθως σε πιο προχωρημένα στάδια, όταν πλέον ο όγκος είναι ψηλαφητός. Η κλινική εξέταση του θωρακικού τοιχώματος, των μαστών και των μασχαλιαίων κοιλοτήτων είναι η πρώτη προσέγγιση σε έναν άρρενα ασθενή που προσέρχεται με οποιοδήποτε σύμπτωμα από το μαστό. Στη συνέχεια η απεικόνιση του μαστού με μαστογραφία, υπερηχογράφημα και μαγνητική μαστογραφία καθοδηγεί συνήθως την περαιτέρω προσέγγιση που σε περίπτωση ύποπτου ευρήματος ολοκληρώνεται με βιοψία (ιστολογική ή κυτταρολογική ταυτοποίηση) της αλλοίωσης με ανάλογη βελόνα (δια λεπτής βελόνης ή δια κόπτουσας βελόνης μεγαλύτερου διαμετρήματος). Τα αποτελέσματα θα καθορίσουν και τους θεραπευτικούς χειρισμούς.

Τι άλλο όμως θα μπορούσε να δημιουργήσει ένα ψηλαφητό εύρημα στο μαστό; Η **διαφορική διάγνωση** περιλαμβάνει: Καρκίνωμα, γυναικομαστία, λίπωμα, επιδερμική κύστη, απόστημα, ψευδοαγγειωματώδης υπερπλασία, λέμφωμα, μετάσταση ή σάρκωμα.

Η σταδιοποίηση της νόσου γίνεται με τις κατάλληλες απεικονιστικές εξετάσεις, όπως σπινθηρογράφημα οστών και αξονικές τομογραφίες θώρακος, άνω και κάτω κοιλίας. Κατά τη διάγνωση, σε ποσοστό >40% η νόσος είναι σταδίου III/IV λόγω της πρώιμης επέκτασης στο θωρακικό τοίχωμα.

Οι παράγοντες κινδύνου που έχουν συνδεθεί με τον ανδρικό καρκίνο του μαστού αφορούν την ηλικία, ορμονικούς, γενετικούς, διατροφικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, καθώς και το ιστορικό έκθεσης σε ιονίζουσα ακτινοβολία. Οι άνδρες θα πρέπει να ψηλαφούν το μαστό τους και σε περίπτωση που διαπιστώσουν οποιαδήποτε αλλαγή να ζητούν άμεσα συμβουλή από εξειδικευμένο ιατρό

Η ιστολογική ταυτοποίηση των ανδρικών καρκίνων αποκαλύπτει ότι 90% των περιστατικών είναι διηθητικά πορογενή καρκινώματα και μόνο το 1,5% λοβιακά.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού στους άντρες, λόγω της σπανιότητας της νόσου, βασίζεται πρωτίστως σε συμπεράσματα μελετών που αφορούν το εξαιρετικά συχνό καρκίνο του μαστού των γυναικών. Η επιλογή των θεραπευτικών χειρισμών δεν αλλάζει, με τη μόνη διαφορά ότι στη χειρουργική θεραπεία δεν υπάρχει λόγος για συντηρητική επέμβαση και επιλέγεται συνήθως η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή με μασχαλιαίο λεμφαδενικό καθαρισμό ή βιοψία του λεμφαδένα φρουρού. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία είναι αποτελεσματική στην πρόληψη της τοπικής υποτροπής σε άνδρες με όγκο > 1 εκ. και με >1 θετικό μασχαλιαίο λεμφαδένα.

Τα υψηλά ποσοστά ανδρικού καρκίνου του μαστού με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς καθιστούν την ορμονοθεραπεία βασικό συστατικό της θεραπευτικής προσέγγισης, σε 10ετή χορήγηση. Οι ενδείξεις και τα θεραπευτικά σχήματα για επικουρική χημειοθεραπεία και ανοσοθεραπεία βασίζονται σε δεδομένα από τη χορήγηση τους σε γυναίκες.

Όπως και στις γυναίκες, έτσι και στους άνδρες ο καρκίνος του μαστού μπορεί να δώσει μεταστάσεις στο ήπαρ, τον πνεύμονα, τα οστά και τον εγκέφαλο. Η συνολική πενταετής επιβίωση υπολογίζεται στο 85%, όταν δεν υπάρχει λεμφαδενική διήθηση, ενώ μειώνεται στο 57%, όταν υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες. Η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού είναι χειρότερη στους άνδρες. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην καθυστερημένη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας και κατά συνέπεια στη διάγνωση του καρκίνου σε προχωρημένο στάδιο.

Θα πρέπει λοιπόν και οι άνδρες τακτικά να ψηλαφούν και να παρατηρούν το μαστό τους και σε περίπτωση που διαπιστώσουν οποιαδήποτε αλλαγή να ζητούν άμεσα συμβουλή από εξειδικευμένο ιατρό. Γιατί τελικά ο καρκίνος του μαστού μας αφορά όλους!

Μπροστά στην εύκολη ή δύσκολη αλήθεια μιας απεικονιστικής εξέτασης μαστού

Ο καρκίνος των ωοθηκών δεν «σβήνει» το δικαίωμα στη μητρότητα

Πέτρος Μαλακάσης
Ειδικός Ακτινοδιαγνώστης Μαστού, Διευθυντής του Απεικονιστικού Κέντρου Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών

Μπροστά στην **εύκολη ή δύσκολη αλήθεια** μιας απεικονιστικής εξέτασης μαστού

Ψηφιακή μαστογραφία, ελαστογραφία, τρισδιάστατος υπέρηχος, λέξεις φορτισμένες πολλές φορές με άγχος, αγωνία, φόβο για πολλές γυναίκες, ακόμα και αν πρόκειται απλά για τις εξετάσεις ρουτίνας που κάθε γυναίκα υποχρεούται να πραγματοποιεί κάθε χρόνο. Οι προληπτικές αυτές τεχνικές, που πλέον πραγματοποιούνται εύκολα, προφυλάσσουν την υγεία της χωρίς καμία ταλαιπωρία και με το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Παρόλα αυτά, οι εξετάσεις αυτές δεν είναι εύκολες για τις γυναίκες, οι οποίες είναι λογικό και αναμενόμενο να διακατέχονται από αγωνία, όχι για την τεχνική που θα εφαρμοσθεί στην εξέταση, όσο για το αποτέλεσμα που θα προκύψει από αυτές. Αυτό ενδεχομένως να οδηγεί πολλές γυναίκες στο να καθυστερούν τις εξετάσεις τους ή ακόμα και να μην τις πραγματοποιούν ποτέ, έστω κι αν αυτές αποτελούν το κατεξοχήν εργαλείο ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.

Η εμπειρία δείχνει ότι η αποφυγή των εξετάσεων δεν οφείλεται τόσο στην αντίληψη «δεν έχω τίποτα», όσο στο φόβο «κι αν έχω κάτι;»

Η εμπειρία δείχνει ότι η αποφυγή των εξετάσεων δεν οφείλεται τόσο στην αντίληψη «δεν έχω τίποτα», όσο στο φόβο «κι αν έχω κάτι;»

Πολύ μελάνι έχει χυθεί για το δίλημμα στο οποίο βρίσκεται ένας ιατρός για το αν και τι θα πρέπει να ανακοινώσει στην ασθενή του, μετά από μια απεικονιστική εξέταση, όπου το αποτέλεσμά της θα έχει κριθεί από τον ίδιο ως ξεκάθαρο, σαφές και μη επιδεχόμενο την οποιαδήποτε διαφοροποίηση.

Τα διλήμματα είναι πολλά και δεν αφορούν μόνο αυτό καθεαυτό το εύρημα της εξέτασης. Υπάρχουν διαφοροποιήσεις σε σχέση με την ηλικία. Το ίδιο λεκτικό θα χρησιμοποιήσεις σε μια γυναίκα μικρής ηλικίας και το ίδιο σε μια μεγαλύτερη γυναίκα;

Θα μιλήσεις «πρόσωπο με πρόσωπο» στις ίδιες ή θα επιλέξεις κάποιο συγγενικό πρόσωπο; Μήπως θα περιοριστείς στην «ασφάλεια» της γραπτής γνωμάτευσης;

Όσα τα διλήμματα, τόσες και οι απαντήσεις φυσικά. Με προεξάρχον το δίλημμα τι θα πεις, όχι όταν δεν υπάρχουν ευρήματα ή τα ευρήματα δεν εμπνέουν ανησυχία - εκεί τα λόγια έρχονται αβίαστα, η έκφραση του προσώπου προδίδει την ανακούφιση και αυτό αρκεί για τη γυναίκα, ώστε να κατασιγάσει την αγωνία που είχε - αλλά, όταν η αλήθεια δεν είναι τόσο ευχάριστη για την ασθενή και θα χρειαστεί το κουράγιο της, το θάρρος της και η εμψύχωσή της, ώστε να παλέψει και να νικήσει.

Η μη λεκτική επικοινωνία θα

παίξει κι αυτή το ρόλο της. Η στάση του σώματος, η έκφραση του προσώπου, η χειρονομία και η οπτική επαφή θα αποκτήσουν τη δυναμική τους ανάλογα με το τι οι λέξεις ετοιμάζονται να εκφράσουν!

Η διαπροσωπική, επίσης, σχέση με την ασθενή θα επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο της ενημέρωσης.

Αλλιώς θα μιλήσεις σε κάποια με την οποία υπάρχει μια διαχρονική επαγγελματική-φιλική σχέση και αλλιώς ίσως σε μια ασθενή που βλέπεις για πρώτη φορά; Θα έλεγα ότι ο γιατρός δεν πρέπει να επηρεαστεί από τη συναισθηματική ταύτιση ή μη, με την ασθενή. Η επικοινωνία γενικά θα επηρεαστεί από όλη τη συμπεριφορά του ιατρού, από το βαθμό εξωστρέφειας που διαθέτει, από τον «τεχνοκρατικό» άρα ελαφρώς απόμακρο τρόπο ανάπτυξης διαύλων επικοινωνίας με τους ασθενείς ή αντίθετα από την εγγύτητα συναισθήματος που τροφοδοτεί τις ιατρικές του υπηρεσίες. Σε κάθε περίπτωση ο ιατρός θα πρέπει να είναι **σύμμαχος με την ασθενή** και αυτό να γίνεται άμεσα αντιληπτό.

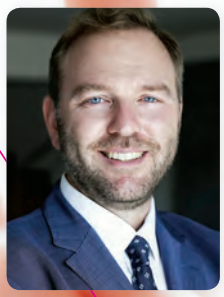
Η μαστογραφία και ειδικά η ψηφιακή με τομοσύνθεση μπορεί να ανακαλύψει καρκίνους με μέγεθος τόσο μικρό που να μην γίνονται αντιληπτοί από την ψηλάφηση. Επίσης μπορεί να δείξει τις μικροαποτιτανώσεις, ένα εύρημα που συχνά συνδέεται με το μη διηθητικό καρκίνο. Εδώ τα πράγματα είναι πιο εύκολα σε ό,τι αφορά το επίπεδο της ενημέρωσης. Εκεί που θα δυσκολέψουν είναι στις περιπτώσεις που τα αδιάσειστα συμπεράσματα της εξελιγμένης τεχνολογικά μαστογραφίας ή του υπερήχου «δείξουν» ένα πιο σοβαρό πρόβλημα.

Η ακτινοδιάγνωση μπορεί να χαρακτηρίζεται από την πιο εξελιγμένη τεχνολογία, αλλά το αποτέλεσμά της επαφίεται στην ανθρώπινη συναισθηματική πληρότητα του ιατρού που θα τον καθοδηγήσει στον τρόπο γνωστοποίησης οποιουδήποτε αποτελέσματος, με τρόπο που θα αναδείξει την πολύτιμη σχέση με την ασθενή του

Εκεί ο ιατρός, θα πρέπει να αποφασίσει αν θα πει την αλήθεια, κινδυνεύοντας να γίνει «δυσάρεστος» στην ασθενή ή θα επικαλεστεί όρους και περιγραφές ασαφείς, που όμως θα επιμηκύνουν την αγωνία και την ανασφάλεια της γυναίκας «πετώντας το μπαλάκι» σε κάποιον άλλον ιατρό (συνήθως γυναικολόγο ή χειρουργό μαστού), με κίνδυνο φυσικά να «καθησυχασθεί η ασθενής και να μην προβεί στις απαραίτητες περαιτέρω ενέργειες για τη θεραπεία της.

Ο Ακτινοδιαγνώστης Μαστού οφείλει να έχει άποψη και θέση. Σε κάθε περίπτωση η αλήθεια πρέπει να είναι οδηγός μας. Η αλήθεια αυτή, όμως, να διέπεται από τις αρχές της συμπαράστασης, του ειλικρινούς ενδιαφέροντος, της ειλικρινούς διάθεσης να βοηθήσουμε την ασθενή σε όποια προσπάθεια πρέπει να αναληφθεί, να δεχθούμε και να κατανοήσουμε όποια ψυχολογική φόρτισή της και να είμαστε δίπλα της σε ό,τι μας χρειαστεί στη συνέχεια.

Η ακτινοδιάγνωση μπορεί να χαρακτηρίζεται από την πιο εξελιγμένη τεχνολογία, αλλά το αποτέλεσμά της - όποιο αποτέλεσμά της - επαφίεται στην ανθρώπινη συναισθηματική πληρότητα του ιατρού που θα τον καθοδηγήσει στον τρόπο γνωστοποίησης οποιουδήποτε αποτελέσματος, με τρόπο που θα αναδείξει την πολύτιμη σχέση με την ασθενή του, φροντίζοντας την περαιτέρω θεραπεία της. Και αυτό αποτελεί την πεμπτουσία στην άσκηση του λειτουργήματός μας, με ειλικρίνεια, αξιοπιστία αλλά και ανιδιοτελή συμπαράσταση και αγάπη.



Γεώργιος – Μάριος Μακρής
Διευθυντής Γυναικολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο καρκίνος των ωοθηκών δεν «σβήνει» το δικαίωμα στη μητρότητα

Η γυναικολογική ογκολογία **«δίνει»** τη λύση με έγκαιρη διάγνωση & ογκολογικά ασφαλή θεραπεία

Η εξειδίκευση στη γυναικολογική ογκολογία αντιμετωπίζει σήμερα όλο το φάσμα του γυναικολογικού καρκίνου (αιδοίο, κόλπος, τράχηλος, μήτρα, ωοθήκες, σάλπιγγες) με εξειδικευμένες χειρουργικές επεμβάσεις και προσφέρει τη δυνατότητα της έγκαιρης διάγνωσης και αποτελεσματικής θεραπείας σε όλες τις περιπτώσεις, διασφαλίζοντας με την κατάλληλη θεραπεία και υπό προϋποθέσεις, τη διατήρηση της αναπαραγωγικής ικανότητας της γυναίκας.

Πρόσφατα, επετεύχθη τεκνοποίηση από μία νέα γυναίκα με σπάνια κακοήθη νόσο των ωοθηκών. Η νόσος της είχε εκδηλωθεί στην ηλικία των 20 ετών με συμπτώματα αυξημένης αιμορραγίας στην περίοδο και έναν ακαθόριστο πόνο και φούσκωμα στην κοιλιά, ενώ στις εξετάσεις που ακολούθησαν διαπιστώθηκε ευμεγέθης όγκος κοιλίας, διαμέτρου 15 εκατοστών.

Η Ευρωκλινική Αθηνών προσφέρει ολοκληρωμένες υπηρεσίες σε ασθενείς που νοσούν από γυναικολογικό καρκίνο ή υπάρχει η υποψία γυναικολογικής νεοπλασίας και επιθυμούν να διατηρήσουν την αναπαραγωγική τους ικανότητα

Το θεραπευτικό πρωτόκολλο της συγκεκριμένης περίπτωσης περιελάμβανε πλήρη και εξειδικευμένο κλινικό, αιματολογικό και απεικονιστικό προεγχειρητικό έλεγχο, ο οποίος συνοδεύτηκε από χειρουργική αφαίρεση του όγκου υπό συνθήκες ογκολογικής ασφάλειας και χημειοθεραπευτική αγωγή για 3 μήνες. Στη συνέχεια, η ασθενής ακολούθησε το πρόγραμμα εντατικής παρακολούθησης που καθόρισε ο ειδικός γυναικολόγος-ογκολόγος για διάστημα 3 ετών, διαδικασία που ολοκληρώθηκε με τη φυσική σύλληψη και γέννηση ενός υγιέστατου αγοριού.

Όλο και πιο νέες γυναίκες διαγιγνώσκονται με κακοήθεια και καθίσταται σαφής η υποχρέωση των εξειδικευμένων ιατρών του κλάδου της γυναικολογικής ογκολογίας να καταβάλλουν κάθε προσπάθεια, ώστε οι γυναίκες αυτές να γευθούν τη χαρά της μητρότητας. Οι γνώσεις μας επάνω στη βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου συνεχώς εμπλουτίζονται και σε παγκόσμιο επίπεδο γίνεται προσπάθεια να αφήνει η νόσος όσο το δυνατόν μικρότερο ''αποτύπωμα'' σε όσους νοσούν.

Η Ευρωκλινική Αθηνών προσφέρει ολοκληρωμένες υπηρεσίες σε ασθενείς που νοσούν από γυναικολογικό καρκίνο ή υπάρχει η υποψία γυναικολογικής νεοπλασίας και επιθυμούν να διατηρήσουν την αναπαραγωγική τους ικανότητα. Αποτελεί ένα κέντρο εξειδικευμένης αριστείας στο κομμάτι αυτό με τους εξειδικευμένους στην ογκολογία γυναικολόγους, την ασφάλεια της πολύπλευρης χειρουργικής κάλυψης για τις διεγχειρητικές ανάγκες (θωρακοχειρουργοί, αγγειοχειρουργοί, χειρουργοί, ουρολόγοι, πλαστικοί χειρουργοί), τα άριστα εξοπλισμένα τμήματα απεικόνισης σε τεχνικό και έμψυχο υλικό, τις ομάδες ογκολόγων παθολόγων και τα έμπειρα μέλη του ογκολογικού συμβουλίου.

Όλα... στο δερματοσκόπιο!
Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο
Η διατροφή των γυναικών γύρω στα 50

Αργυρώ Παπαδοπούλου
Δερματολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Όλα... στο δερματοσκόπιο!

Το δέρμα είναι το μεγαλύτερο όργανο του σώματός μας και η επιφάνειά του είναι, σε ένα μέσο άνθρωπο περίπου, 1,5 τετραγωνικά μέτρα, φέροντας πολλών ειδών κύτταρα (επιθηλιακά, μελανινοκύτταρα κ.λπ.) και εξαρτηματικές δομές (σμηγματογόνους αδένες, τριχικούς θυλάκους κ.ά.), τα οποία συνεργαζόμενα αρμονικά λειτουργούν προστατεύοντάς μας.

Ανάλογα με τις «εντολές» του γενετικού μας υλικού (DNA), θα παρατηρήσουμε πάνω στο δέρμα μας αθροίσεις αυτών των κυττάρων, που θα δώσουν εντονότερη χροιά (μελαγχρωματική, κόκκινη, μωβ, μπλε κ.λπ.) αλλά και σύσταση (οζίδιο, πλάκα κ.λπ.) σε κάποια σημεία της επιδερμίδας μας. Φακίδες, σπίλοι, αιμαγγειώματα, θηλώματα, υπερκερατώσεις….

-Είναι σπάνιο να γίνουν καρκινικά αυτά τα δερματικά κύτταρα;

ΌΧΙ. Ο καρκίνος του δέρματος (μελανωτικός και μη-μελανωτικός) είναι ο πιο συχνός καρκίνος στην Καυκάσια φυλή! Τα μη-μελανωτικά καρκινώματα είναι περισσότερα, αλλά το μελάνωμα είναι το επιθετικότερο. Τα ποσοστά τους συνεχώς αυξάνονται και τα νέα περιστατικά μελανώματος το 2016 ήταν 76.380, δηλαδή αφορούσαν το 4,5% όλων των περιπτώσεων κακοήθειας.

-Γιατί είναι τόσο υψηλά τα ποσοστά αυτά;

Δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί εάν οφείλεται στην πρώιμη και στοχευμένη ανίχνευση του μελανώματος, σε αλλαγή των περιβαλλοντικών συνθηκών ή λοιπούς παράγοντες. Είναι όμως γνωστό ότι σχετίζεται άμεσα με την έκθεση στη UV ακτινοβολία (το μαύρισμα με solarium αυξάνει τον κίνδυνο μελανώματος κατά 59%!!), με εγκαύματα στην παιδική ηλικία ή με την εμφάνιση ανοιχτόχρωμης επιδερμίδας ή/και τα καστανοκόκκινα μαλλιά. Άτομα με ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό μελανώματος, ύπαρξη άλλων ή και πολλαπλών δυσπλαστικών σπίλων, καθώς και μεγάλους συγγενείς σπίλους, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης μελανώματος και χρήζουν ειδικής παρακολούθησης.

*Τα ποσοστά των μελανομάτων συνεχώς αυξάνονται και τα νέα περιστατικά το **2016** ήταν*

76.380

δηλαδή αφορούσαν το

4,5%

όλων των περιπτώσεων κακοήθειας

-Είναι όλα τα σχήματα και τα χρώματα «αθώα» σε ένα σπίλο;

ΟΧΙ. Αναζητήστε την έγκυρη εκτίμηση δερματολόγου για μία νέα βλάβη ή μία βλάβη που ακολουθεί τον κανόνα **ABCDE**.

Asymmetry (ασυμμετρία χωρίς να έχει εικόνα καθρέπτη-ειδώλου αν το χωρίσουμε στη μέση).

Border (όρια ανομοιόμορφα και προεξοχές-εσοχές).

Color (χρώμα άνω του ενός, συνήθως τα μελανώματα είναι πολυχρωματικά).

Diameter (διάμετρος συνήθως μεγαλύτερη των 6 χιλ.).

Evolving (αν ο σπίλος εξελίσ-

ΚΑΝΟΝΑΣ ABCDE

Asymmetry
Ασυμμετρία χωρίς να έχει εικόνα καθρέπτη-ειδώλου αν το χωρίσουμε στη μέση)

Border
Όρια ανομοιόμορφα και προεξοχές-εσοχές

Color
Χρώμα άνω του ενός, συνήθως τα μελανώματα είναι πολυχρωματικά

Diameter
Διάμετρος συνήθως μεγαλύτερη των 6 χιλ.

Evolving
Αν ο σπίλος εξελίσσεται, αιμορραγεί, παρουσιάζει ξηρότητα ή ελκώσεις

Γι'αυτό λοιπόν : Εσείς πόσο καλά μάθατε το δικό σας «αλφάβητο» (ABCDE κανόνα)? Επισκεφθήκατε φέτος το δερματολόγο σας για την προληπτική εξέταση των σπίλων σας;

σεται, αιμορραγεί, παρουσιάζει ξηρότητα ή ελκώσεις).

-Χρειάζεται να φοβάμαι κάθε τι που παρατηρώ πάνω στο δέρμα μου;

ΟΧΙ. Αυτό που χρειάζεται να κάνουμε είναι να μάθουμε να παρατηρούμε το δέρμα μας και να μην αμελούμε την εξέτασή μας από τον ΕΙΔΙΚΟ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟ μία φορά το χρόνο (Σύσταση της Παγκόσμιας και Ελληνικής Δερματολογικής Εταιρείας www.edae.gr). Η προληπτική αυτή εξέταση σπίλων πραγματοποιείται ΜΟΝΟ από δερματολόγο με τη βοήθεια του Δερματοσκοπίου. Το δερματοσκόπιο είναι ένα ειδικό όργανο με συστήματα φακών για μεγέθυνση του αντικειμένου και χρήση ειδικού πολωμένου φωτός, που μας δίνει μία πολύ ευκρινή εικόνα. Ο δερματολόγος ακολουθώντας διεθνώς καθορισμένα δερματοσκοπικά κριτήρια, καθορίζει την επικινδυνότητα ενός σπίλου.

-Χρειάζομαι χαρτογράφηση σπίλων; Τι είναι;

Η ψηφιακή αποτύπωση των σπίλων σε έναν εικονικό χάρτη του σώματος καλείται χαρτογράφηση και κρίνεται απαραίτητη σε περιπτώσεις ατόμων με πολλαπλούς σπίλους, με δυσπλαστικούς σπίλους, με ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό μελανώματος κ.λπ. ΔΕΝ χρειάζονται όλοι χαρτογράφηση, αλλά ΌΛΟΙ χρειάζονται ετησίως δερματοσκόπηση όλου του σώματός τους από εκπαιδευμένο δερματολόγο.

-Πώς προστατεύομαι περισσότερο;

Όσο και εάν νεότερες τεχνολογικές ανακαλύψεις εισήλθαν στην κλινική ιατρική, οι νεότερες μελέτες υποδεικνύουν χαρακτηριστικά ότι «ο καλά εκπαιδευμένος δερματολόγος και ένα ζευγάρι παρατηρητικών ματιών στην αυτοεξέταση είναι αποτελεσματικότερα των νέων τεχνολογιών στην έγκαιρη διάγνωση του μελανώματος»!

Η διατροφή των γυναικών γύρω στα 50

Η τροφή είναι αναγκαία για καλή υγεία. Ο άνθρωπος χρειάζεται περισσότερα από 40 διαφορετικά θρεπτικά συστατικά για να είναι υγιής. Δεν υπάρχει μια συγκεκριμένη τροφή η οποία να περιέχει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά στις απαιτούμενες ποσότητες. Σημαντικό είναι να συμπεριλαμβάνονται στο καθημερινό σας διαιτολόγιο τροφές από όλες τις ομάδες τροφίμων. Οι γυναίκες

Ιωάννα Τσομπάνη
Κλινική Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

που βρίσκονται στην ηλικία γύρω στα πενήντα θα πρέπει:

- Να καταναλώνουν ποικιλία τροφίμων στη σωστή ποσότητα, ώστε να διατηρούν υγιές βάρος.
- Να αποφεύγουν την υπερβολική κατανάλωση πρωτεϊνών.Η υψηλή διαιτητική πρόσληψη πρωτεΐνης μπορεί να προκαλέσει αποβολή ασβεστίου με τα ούρα και κατά συνέπεια αρνητικό ισοζύγιο ασβεστίου που πιθανόν να συντελεί στην εμφάνιση οστεοπόρωσης.
- Να περιλαμβάνουν καθημερινά στη διατροφή τους τροφές πλούσιες σε ασβέστιο, κυρίως γαλακτοκομικά. Το ασβέστιο είναι το κυριότερο μέταλλο του σκελετού. Η ημερήσια πρόσληψη ασβεστίου κυμαίνεται απο 800-1.300 mg ημερησίως. Οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση χρειάζονται 1.300-1.500mg ασβεστίου ημερησίως.

Διαιτολόγιο 1.800 Θερμίδων
πλούσιο σε ασβέστιο

Υδατάνδρακες: 50%
Πρωτεΐνες: 20%
Λιπος: 30%
Μέσο ημερήσιο ποσό χολιστερίνης:143 γρ.
Μέσο ημερήσιο ποσό σιδήρου: 16 mgr.
Μέσο ημερήσιο ποσό ασβεστίου: 1.499 mgr.

1ο ΠΡΩΙΝΟ

Καφέ χωρίς ζάχαρη, 1 φλιτζάνι του τσαγιού φρέσκο γάλα ελαφρύ, 30 γρ. δημητριακά

ή

2ο ΠΡΩΙΝΟ

Καφέ, 1 κεσεδάκι γιαούρτι με 2% λιπαρά, 1 φρούτο εποχής

ΠΡΟΓΕΥΜΑ

1 κρασοπότηρο φρέσκο χυμό *ή* 1 μέτριο φρούτο εποχής (μήλο αχλάδι πορτοκάλι 2 μανταρίνια κ.α)

ΓΕΥΜΑ

Μοσχαρίσιο κρέας μπιφτέκια ή φιλέτο ή άλλο άπαχο κομμάτι *ή* κοτόπουλο (στήθος ή μπούτι) *ή* γαλοπούλα (στήθος ή μπούτι, *αφαιρούμε το ορατό λίπος και την πέτσα) ή* ψάρι (*επιτρέπονται όλα τα ψάρια*) *ή* μπιφτέκι από μοσχαρίσιο άπαχο κρέας (*χωρίς ψωμί*) *ή* κουνέλι (*μπορεί να είναι μαγειρεμένο λεμονάτο κατσαρόλας ή ψητό ή ατμού 120 γρ. μαγειρεμένο).*

Γαρνιτούρα:

- ½ φλιτζάνι του τσαγιού ζυμαρικά (επιτρέπονται όλα τα είδη ζυμαρικών) *ή* 2/3 φλιτζάνι του τσαγιού ρύζι *ή* 1 μικρή πατάτα βραστή *ή* φούρνου *ή* 1 φλιτζάνι του τσαγιού όσπριαψ *ή* 1-2 φλιτζάνια του τσαγιού λαδερό φαγητό (φασολάκια, αρακά, μπριάμ, μπάμιες)
- 1 σπιρτόκουτο τυρί άσπρο ή κίτρινο
- Σαλάτα: Ωμά ή βρασμένα (επιτρέπονται όλα τα λαχανικά)
- Λάδι 1 κουταλιά της σούπας ελαιόλαδο

ΕΠΙΔΟΡΠΙΟ: 1 μέτριο φρούτο

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ: Όπως το πρόγευμα

ΔΕΙΠΝΟ

Όπως το γεύμα χωρίς το φρούτο

- Να αποφεύγουν την υπερβολική κατανάλωση αλατιού, καφεΐνης αλκοόλ και ζωικού λίπους. Η αυξημένη κατανάλωση αλατιού έχει ως αποτέλεσμά την αποβολή περισσότερου ασβεστίου με τα ούρα.

Η αυξημένη κατανάλωση φυτικών ινών έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη αποβολή ασβεστίου με τα ούρα. Επί δίαιτας πλούσιας σε φυτικές ίνες, πρέπει να αυξάνεται και το προσλαμβανόμενο ασβέστιο για να έχουμε θετικό ισοζύγιο. Η κατανάλωση καφεΐνης προκαλεί αρνητικό ισοζύγιο ασβεστίου, που γίνεται πιο σημαντικό όταν η διαιτητική του πρόσληψη δεν είναι επαρκής. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται και σε μέτρια λήψη καφεΐνης, αλλά είναι έντονο όταν αυτή ξεπερνάει το 1 γρ. την ημέρα. Στη συνολική πρόσληψη καφεΐνης συμπεριλαμβάνονται και τα διάφορα αναψυκτικά.

Η χρόνια ή υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, εκτός των άλλων, βλάπτει και τα οστά.

Η βιταμίνη D παίζει σημαντικό ρόλο στην προστασία των οστών.Σχηματίζεται κυρίως μέσω της έκθεσης στον ήλιο, αλλά πρέπει να λαμβάνεται εν μέρει και από τις τροφές. Βρίσκεται σε ζωικά προϊόντα. Πιο πλούσιες πηγές είναι τα ιχθυέλαια. Μικρές ποσότητες υπάρχουν επίσης στα ψάρια, στα αυγά, στο βούτυρο και στο συκώτι. Το ανθρώπινο και το αγελαδινό γάλα, καθώς και τα προϊόντα τους είναι φτωχά σε βιταμίνη D.

Επίσης, οι γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση θα πρέπει να περιορίσουν την κατανάλωση ζωικού λίπους. Στη μαγειρική θα χρησιμοποιούν κυρίως ελαιόλαδο. Η δράση του ελαιολάδου αποδίδεται στη διέγερση της παραγωγής οξειδίου του αζώτου που προκαλούν οι πολυφαινόλες που περιέχει.

Φροντίστε να καταναλώνετε πάντα πρωινό και 2 κύρια γεύματα. Μην αφήνετε πολλές ώρες ανάμεσα στα γεύματα. Μπορείτε να καταναλώσετε ένα ελαφρύ σνακ στα ενδιάμεσα των γευμάτων, όπως ένα φρούτο ή ένα γιαούρτι 2%. Τα τακτικά γεύματα βοηθούν στην ενεργοποίηση των καύσεων του οργανισμού μας και την αύξηση της ενεργητικότητας.

Τα γεύματα πρέπει να συνοδεύονται με σαλάτα εποχής και φρούτο που είναι πλούσια σε βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία. Επιπρόσθετα, τα φρούτα και τα λαχανικά βοηθούν στην καλή λειτουργία του γαστρεντερικού σωλήνα, προσδίδουν ισχυρό αίσθημα κορεσμού, ενώ είναι οι κύριες πηγές αντιοξειδωτικών στοιχείων. Φροντίστε να καταναλώνετε καθημερινά 2-3 μερίδες γαλακτοκομικών ή τυριών χαμηλών σε λιπαρά.

Προσπαθήστε να καταναλώνετε κατάλληλες πηγές πρωτεϊνών μέσα στην εβδομάδα, που σας παρέχουν υψηλής διατροφικής αξίας σίδηρο, όπως το ψαχνό κόκκινο κρέας, τα πουλερικά, τα αβγά (3-5 την εβδομάδα), τα ψάρια, καθώς και τα όσπρια.

Χρησιμοποιήστε ελαιόλαδο για τις περισσότερες χρήσεις και αποφύγετε τα ζωϊκά λίπη, όπως φυτίνη, βούτυρο και κρέμα γάλακτος. Αποφύγετε την κατανάλωση τροφών με περιττά λιπαρά, όπως είναι τα τηγανητά, τα σφολιατοειδή κ.τ.λ. Φροντίστε να έχετε επαρκή πρόσληψη υγρών: 8-10 ποτήρια υγρά ή/και περισσότερα σε συνθήκες υψηλών θερμοκρασιών. Αποφύγετε τους χυμούς, τα ροφήματα ή τα αναψυκτικά με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη.

Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο

Αγγελική Στεργιούλα
Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Ο καρκίνος αποτελεί ένα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, λόγω της μεγάλης επίπτωσης και της φτωχής πρόγνωσής του, επηρεάζοντας ποικιλοτρόπως την ποιότητα ζωής των ασθενών. Το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας, τις τελευταίες δεκαετίες και ιδιαίτερα μετά την υποχώρηση του βιοιατρικού μοντέλου σκέψης, έχει στραφεί προς την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο. Η επιβίωση, ως ο μοναδικός στόχος της θεραπευτικής αγωγής, δεν είναι πλέον επαρκής. Οι διαρκώς αυξανόμενες επιθετικές θεραπείες, με μικρές αναμενόμενες διαφορές ως προς το κλινικό αποτέλεσμα (ολική επιβίωση, επιβίωση ελεύθερης νόσου κ.ά.), έχουν αναδείξει τη μέτρηση της ποιότητας ζωής ως σημαντική παράμετρο κατά τη διαδικασία εκτίμησης της υγείας τους. Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια ευμετάβλητη και υποκειμενι-

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι ένα σύνθετο εννοιολογικό σύνολο που περιλαμβάνει τουλάχιστον τρεις διαστάσεις: ***τη σωματική, την ψυχολογική και την κοινωνική***

κή έννοια, η οποία περιλαμβάνει αλληλοεπιδρώμενες διαστάσεις και συνεπώς δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί.

Το 1948 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στον ορισμό της υγείας, εκτός της απουσίας ασθένειας, σημειώνει την ύπαρξη φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευημερίας. Ακολουθώντας αυτόν τον ορισμό, ως ποιότητα ζωής ορίζεται «η επίδραση μιας ασθένειας στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή». Σχεδόν 50 χρόνια αργότερα, το 1993 τροποποιείται ο ορισμός και ως ποιότητα ζωής αναφέρεται «η αντίληψη του ατόμου για τη στάση του στη ζωή σε συνάρτηση με τις αξίες και τα ιδανικά του περιβάλλοντος στο οποίο ζει και σε συσχέτιση με τους προσωπικούς του στόχους, φιλοδοξίες, και αντιλήψεις».

Η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, συνεπάγεται την πλήρη εκτίμηση της υγείας του ατόμου

Δεδομένου ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια στη σημερινή εποχή, όλοι οι μελετητές επικεντρώνονται στη συσχετιζόμενη με την υγεία, ποιότητα ζωής, η οποία αναγνωρίζεται ως η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του (health related quality of life).

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι ο καρκίνος αποτελεί νόσο που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των πασχόντων και επιφέρει δραματικές συνέπειες τόσο στους ίδιους όσο και στο περιβάλλον τους. Πολλές φορές, η ασθένεια μπορεί να είναι κυρίαρχη σε τέτοιο βαθμό, ώστε η ποιότητα ζωής να είναι σχεδόν συνώνυμη με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο είναι η οικογενειακή κατάσταση, η μορφή του καρκίνου, το στάδιο της νόσου, ο τρόπος νοσηλείας, το είδος θεραπείας, κ.ά.

Παρότι πλήθος ερευνητικών μελετών υποστηρίζουν ότι η ίδια η νόσος μπορεί να επηρεάσει αρκετές διαστάσεις της ποιότητας ζωής των ατόμων με καρκίνο, εντούτοις δεν υπάρχει ακόμα συναίνεση σχετικά με τον ορισμό της ποιότητας ζωής, τις ακριβείς διαστάσεις της, τους τομείς που περιλαμβάνει καθώς και τον τρόπο με τον οποίον αξιολογείται και μετράται.

Διεθνώς χρησιμοποιούνται διαφορετικά όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής ασθενών, γεγονός που καθιστά απόλυτα απαραίτητη τη χρήση ενός κοινώς αποδεκτού οργάνου μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο, το οποίο θα επιτρέψει σημαντικές συγκρίσεις μεταξύ των πληθυσμών. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις, εκ των οποίων οι πιο συχνά αναφερόμενες είναι:

α. η σωματική ή η οργανική υγεία,
β. η ψυχολογική ευεξία,
γ. η κοινωνική ευεξία,
δ. η λειτουργική ικανότητα,
ε. η πνευματική ευεξία και
στ. η ικανοποίηση για τη ζωή.

Το ενδιαφέρον εστιάζεται στον τρόπο που οι διαστάσεις επηρεάζονται από την ασθένεια ή τη θεραπεία.

Η σύγχρονη τάση ορισμού της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής εμφανίζει δυο προοπτικές. Στην πρώτη, ενισχύεται η άποψη ότι η ποιότητα ζωής εξαρτάται σχεδόν εξ ολοκλήρου από εσωτερικούς-προσωπικούς παράγοντες, όπως τους ψυχολογικούς, τους συναισθηματικούς και την ευεξία. Σύμφωνα με τη δεύτερη άποψη, η ποιότητα ζωής αντανακλά το συνδυασμό εξωτερικών και εσωτερικών παραμέτρων που βρίσκονται υπό συνεχή αλληλεπίδραση.

Παρά τις διαφορές και τις αντιθέσεις των ορισμών της ποιότητας ζωής, όλοι συμφωνούν ότι πρόκειται για μια πολυδιάστατη και υποκειμενική έννοια, η οποία λαμβάνει προσωπικό νόημα για

κάθε άτομο. Ουσιαστικά αποτελεί ένα δυναμικό μέγεθος που υπόκειται σε μεταβολές, διαμορφώνεται και τροποποιείται ανάλογα με τις προσωπικές αξίες και αντιλήψεις καθώς και τις αντιδράσεις του ατόμου στα γεγονότα που το επηρεάζουν.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι ένα σύνθετο εννοιολογικό σύνολο που περιλαμβάνει τουλάχιστον τρεις διαστάσεις: τη σωματική, την ψυχολογική και την κοινωνική.

Η **σωματική λειτουργικότητα** ορίζεται συχνά ως η επιτέλεση ή η δυνατότητα επιτέλεσης δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, όταν τα σωματικά συμπτώματα εμφανίζονται είτε από την ασθένεια είτε από τη θεραπεία. Οι τέσσερεις κατηγορίες που εξετάζονται συχνότερα είναι: οι δραστηριότητες αυτοφροντίδας (σίτιση, πλύσιμο, ντύσιμο, η χρήση της τουαλέτας), η κινητικότητα (ικανότητα μετακίνησης μέσα στο σπίτι και στο εξωτερικό περιβάλλον), οι φυσικές δραστηριότητες (περπάτημα, ανέβασμα σκαλιών) και η επιτέλεση ρόλων (δραστηριότητες που σχετίζονται με το σχολείο ή την εργασία).

Η **ψυχολογική λειτουργικότητα** ποικίλει από τη σοβαρή έντασης κατάθλιψη μέχρι τη θετική αίσθηση της ευεξίας και μπορεί ταυτόχρονα να περιέχει και τη γνωσιακή λειτουργία.

Η **κοινωνική λειτουργικότητα** αναφέρεται σε ποσοτικές και ποιοτικές εκφράσεις των κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων και στην κοινωνική ολοκλήρωση. Οι πνευματικές ανάγκες, η πνευματική αγωνία και η πνευματική ευεξία των ασθενών με σοβαρή ασθένεια, μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής τους.

Πέρα από τον πυρήνα των τεσσάρων διαστάσεων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, υπάρχουν επιπλέον και ειδικότερα θέματα που αφορούν λειτουργικούς τομείς και σχετίζονται με συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών, όπως για παράδειγμα η σεξουαλική λειτουργικότητα, η οποία επηρεάζεται μετά από μια εγχείρηση ακρωτηριασμού.

Η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, συνεπάγεται την πλήρη εκτίμηση της υγείας του ατόμου.

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εκτίμηση αποτελέσματος, ως προγνωστικός παράγοντας ή ως παρέμβαση. Στην πρώτη περίπτωση σκοπός είναι η εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος (π.χ. κλινικές δοκιμές), ο χαρακτηρισμός του ποσοστού επιβίωσης (μελέτες κόστους-αποτελέσματος) και η αξιολόγηση των απώτερων φυσικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Στη δεύτερη περίπτωση σκοπός είναι η πρόβλεψη της θνησιμότητας ή το αντίθετο και ο υπολογισμός της συνολικής επιβίωσης. Στην τρίτη περίπτωση η αξιολόγηση χρησιμοποιείται, προκειμένου να υποστηρίξει τη διαδικασία παροχής πληροφοριών κατά την ιατρική συμβουλευτική.

Οι Νοσηλευτές ήταν πάντα πρωτοπόροι στο κομμάτι της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και της ανάδειξης των προβλημάτων των ασθενών, ενισχύοντας παράλληλα και τις παρεμβάσεις τους για τη βελτίωσή της .Οι νοσηλευτές και κυρίως αυτοί που ασχολούνται με την ογκολογία, λειτουργούν ως ουσιαστικοί συνήγοροι των ασθενών και των φροντιστών τους και αυτό διαφαίνεται και αποδεικνύεται μέσα από την καθημερινή κλινική πράξη

Υπάρχουν πλέον διαθέσιμα αξιόπιστα διεθνή εργαλεία μέτρησης, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν από όλους τους επαγγελματίες υγείας. Κάθε σύγχρονη Νοσηλευτική δομή, οφείλει να εντάξει στις παροχές της και την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, προχωρώντας ακόμα και σε ουσιαστικές παρεμβάσεις που μπορούν να οδηγήσουν στη βελτίωσή της.

Οι Νοσηλευτές ήταν πάντα πρωτοπόροι στο κομμάτι της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και της ανάδειξης των προβλημάτων των ασθενών, ενισχύοντας παράλληλα και τις παρεμβάσεις τους για τη βελτίωσή της. Οι Νοσηλευτές και κυρίως αυτοί που ασχολούνται με την Ογκολογία, λειτουργούν ως ουσιαστικοί συνήγοροι των ασθενών και των φροντιστών τους και αυτό διαφαίνεται και αποδεικνύεται μέσα από την καθημερινή κλινική πράξη.

Ολοκληρώνοντας, πρέπει να γίνει από όλους κατανοητό και αποδεκτό ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι στη φροντίδα υγείας. Όλα αυτά όμως προϋποθέτουν μια ολιστική και ειλικρινή σχέση με τον ασθενή που θα στοχεύει στο άτομο και τη φροντίδα του ολιστικά και όχι μόνο στην αντιμετώπιση απλά της νόσου.

παιδί

Πλατυποδία
Εισρόφηση ξένου σώματος
Αιμαγγειώματα
Ιλαρά
Κατάποση ξένων σωμάτων στα παιδιά
Έλεγχος υγείας πριν τη νέα σχολική χρονιά
Βήχας στα παιδιά

Μία από τις συχνότερες αιτίες ανησυχίας των γονιών

Πλατυποδία

Ευγένιος Βλάχος
Διευθυντής Παιδοορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Παίδων

Ευάγγελος Δημητρίου
Παιδοορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Παίδων

Πλατυποδία ονομάζουμε την εξάλειψη του ύψους της ποδικής καμάρας με συνέπεια το έσω χείλος του άκρου ποδός να βρίσκεται κατά την ορθοστάτηση σχεδόν σε πλήρη επαφή με το έδαφος. Είναι από τις συχνότερες αιτίες ανησυχίας των γονιών και προσέλευσης τους στο παιδοορθοπαιδικό ιατρείο.

Πλατυποδία εμφανίζουν πάρα πολλά παιδιά και περίπου το 20% των ενηλίκων.

Υπάρχουν τρεις τύποι πλατυποδίας.

1. **Η εύκαμπτη πλατυποδία.**
2. **Η εύκαμπτη πλατυποδία με βραχύ αχίλλειο τένοντα**
3. **Η δύσκαμπτη πλατυποδία**

Η *εύκαμπτη πλατυποδία* αφορά τη συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών με πλατυποδία και τα 2/3 των ενηλίκων με πλατυποδία και δεν προκαλεί σχεδόν ποτέ πόνο ή λειτουργική ανικανότητα.

Η *εύκαμπτη πλατυποδία* με βραχύ αχίλλειο τένοντα απαντάται στο 25% των ενηλίκων με πλατυποδία και σχεδόν ποτέ στα παιδιά. Μπορεί να προκαλέσει πόνο και λειτουργική ανικανότητα.

Η *δύσκαμπτη πλατυποδία* είναι ο πιο σπάνιος τύπος και προκαλεί πόνο και περιορισμό δραστηριοτήτων στο 1/4 περίπου των πασχόντων. Η συχνότερη αιτία δύσκαμπτης επώδυνης πλατυποδίας είναι η συνοστέωση των οστών του ταρσού και σπανιότερα ο κάθετος αστράγαλος, η νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα, η σηπτική και η μετατραυματική αρθρίτιδα.

Εύκαμπτη πλατυποδία

Οι σύνδεσμοι του άκρου πόδα στα παιδιά είναι χαλαροί και όταν ένα παιδί ορθοστατεί, η ποδική καμάρα συχνά εξαλείφεται. Όταν το παιδί σηκώνει το πόδι του από το έδαφος ή στέκεται στις μύτες των ποδιών, η ποδική καμάρα επανεμφανίζεται. Η κατάσταση αυτή καλείται εύκαμπτη πλατυποδία (flexible flatfoot) και αφορά και τα δύο πόδια (**Εικόνα 1**).

Οι γονείς και το περιβάλλον ανησυχούν θεωρώντας ότι η απουσία ποδικής καμάρας ή η χαμηλή ποδική καμάρα μπορεί να προκαλέσει μόνιμη παραμόρφωση και λειτουργική ανικανότητα. Η εύκαμπτη πλατυποδία είναι ανώδυνη και δεν επηρεάζει τη βάδιση ή τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες. Στα περισσότερα παιδιά η ποδική καμάρα αναπτύσσεται καθώς το παιδί μεγαλώνει.

Περιγραφή

Η εύκαμπτη πλατυποδία αποτελεί παραλλαγή του φυσιολογικού ποδιού. Οι μύες και οι αρθρώσεις λειτουργούν κανονικά.

Τα φυσιολογικά μωρά γεννιούνται με πολύ χαμηλή ποδική καμάρα, η οποία αναπτύσσεται σταδιακά. Στα παιδιά με εύκαμπτη πλατυποδία η ποδική καμάρα αρχίζει να αναπτύσσεται πριν την ηλικία των 3 ετών ή και αργότερα, στα περισσότερα η ανάπτυξή της έχει ολοκληρωθεί μέχρι το 6ο έτος, ενώ σε μερικά παιδιά δεν αναπτύσσεται ποτέ. Εύκαμπτη πλατυποδία έχουν περίπου το 20 - 25% των ενηλίκων (**Εικόνα 2**).

Αν και η εύκαμπτη πλατυποδία είναι γενικά ανώδυνη, ορισμένα παιδιά αναφέρουν πόνο ή κούραση που σχετίζεται με τη δραστηριότητα ή νυχτερινό πόνο.

Όταν η πλατυποδία είναι επώδυνη, το παιδί πρέπει να εξετασθεί από παιδοορθοπαιδικό.

Ιατρική εξέταση

Ο παιδοορθοπαιδικός, προτού θέσει τη διάγνωση της εύκαμπτης πλατυποδίας, θα αποκλείσει άλλες μορφές πλατυποδίας που χρήζουν ειδικής θεραπείας, όπως η εύκαμπτη πλατυποδία με βραχύ αχίλλειο τένοντα και η δύσκαμπτη πλατυποδία.

Το οικογενειακό ιστορικό, η ύπαρξη νευρομυϊκής πάθησης, η παρουσία τύλων (κάλων) , ο έλεγχος του αχιλλείου καθώς και η εξέταση των παπουτσιών και η αναζήτηση σε αυτά σημείων μεγαλύτερης φθοράς και πίεσης είναι σημαντικά.

Θεραπεία

Η εύκαμπτη πλατυποδία δεν χρειάζεται θεραπεία, εκτός εάν το παιδί αναφέρει πόνο και αίσθημα κόπωσης που γίνεται αιτία να τροποποιεί τη δραστηριότητα του ή όταν υπάρχουν τύλοι στα πέλματα.

Διατατικές ασκήσεις (Εικ.3): Αν το παιδί αναφέρει πόνο ή αί-

Πλατυποδία ονομάζουμε την εξάλειψη του ύψους της ποδικής καμάρας με συνέπεια το έσω χείλος του άκρου ποδός να βρίσκεται κατά την ορθοστάτηση σχεδόν σε πλήρη επαφή με το έδαφος. Είναι από τις συχνότερες αιτίες ανησυχίας των γονιών και προσέλευσης τους στο παιδοορθοπαιδικό ιατρείο. Πλατυποδία εμφανίζουν πάρα πολλά παιδιά και περίπου το 20% των ενηλίκων

Εικόνα 1: *Εύκαμπτη πλατυποδία. Η ποδική καμάρα εξαφανίζεται όταν το παιδί στέκεται όρθιο πατώντας με όλο το πέλμα και επανεμφανίζεται όταν στέκεται στα δάκτυλα*

Εικόνα 2: *Εύκαμπτη πλατυποδία. Ένα παιδί σε ηλικία 3 ετών με εύκαμπτη πλατυποδία (αριστερά). Το ίδιο παιδί σε ηλικία 15 ετών (δεξιά). Η ποδική καμάρα έχει αναπτυχθεί φυσιολογικά παρ› όλο που το παιδί δεν υποβλήθηκε σε καμία απολύτως θεραπεία*

Εικόνα 3: *Διατατικές ασκήσεις αχίλλειου τένοντα*

σθημα κόπωσης, που σχετίζεται με τη δραστηριότητα, στον άκρο πόδα ή την ποδοκνημική, ασκήσεις διάτασης του αχίλλειου τένοντα μπορεί να βοηθήσουν.

Διατατικές ασκήσεις του αχίλλειου τένοντα συνιστώνται επίσης και στις περιπτώσεις ήπιας εύκαμπτης πλατυποδίας με βραχύ αχίλλειο.

Ειδικά, παπούτσια ή πέλματα πλατυποδίας μπορεί να είναι χρήσιμα μόνο στις σπάνιες περιπτώσεις επώδυνης εύκαμπτης πλατυποδίας ή παρουσία τύλων στα πέλματα.

Η χρήση ειδικών παπουτσιών ή πελμάτων δεν επηρεάζει τη φυσική εξέλιξη της πλατυποδίας. Αντιθέτως, συχνά μειώνει την αυτοεκτίμηση των παιδιών και τη διάθεση τους για συμμετοχή στο παιχνίδι ή τις αθλητικές δραστηριότητες, αυξάνει τη δυσφορία τους ενώ ταυτόχρονα επιβαρύνει τον οικογενειακό προϋπολογισμό.

Η χρήση ειδικών παπουτσιών ή πελμάτων δεν επηρεάζει τη φυσική εξέλιξη της πλατυποδίας. Αντιθέτως, συχνά μειώνει την αυτοεκτίμηση των παιδιών και τη διάθεση τους για συμμετοχή στο παιχνίδι ή τις αθλητικές δραστηριότητες

Φυσικοθεραπεία ή νάρθηκες ενδείκνυνται σε παιδιά με εύκαμπτη πλατυποδία και βραχύ αχίλλειο.

Χειρουργική θεραπεία ενδείκνυται κυρίως στην επώδυνη εύκαμπτη πλατυποδία με βραχύ αχίλλειο τένοντα που δεν ανταποκρίνεται στη συντηρητική θεραπεία και την επώδυνη δύσκαμπτη.

Συμπέρασμα

- Η εύκαμπτη πλατυποδία αποτελεί φυσιολογική κατάσταση και απαντάται σε πάρα πολλά παιδιά και αρκετούς ενήλικες.
- Η ποδική καμάρα στα περισσότερα παιδιά αρχίζει να αναπτύσσεται στην ηλικία των 3 ετών και ολοκληρώνεται περίπου στην ηλικία των 6 ετών. Σε μερικά παιδιά δεν αναπτύσσεται ποτέ.
- Ο έλεγχος της ποδικής καμάρας γίνεται από τον παιδοορθοπαιδικό στην ηλικία των 3 ετών.
- Η δημιουργία και το ύψος της ποδικής καμάρας δεν επηρεάζεται από τη χρήση ειδικών παπουτσιών, πελμάτων, ναρθήκων ή ασκήσεων.
- Ο βραχύς αχίλλειος τένοντας μπορεί να προκαλέσει πόνο και λειτουργική ανικανότητα σε ένα κατά τα άλλα εύκαμπτο πόδι. Αυτό, όμως, σπάνια συμβαίνει πριν την εφηβεία.
- Χειρουργική αντιμετώπιση της πλατυποδίας ενδείκνυται σπανιότατα και αφορά κυρίως την επώδυνη εύκαμπτη πλατυποδία με βραχύ αχίλλειο τένοντα που δεν ανταποκρίνεται στη συντηρητική θεραπεία καθώς και την επώδυνη δύσκαμπτη πλατυποδία.

Εισρόφηση ξένου σώματος

Ένα από τα πιο συχνά ατυχήματα που μπορεί να συμβεί στα παιδιά είναι η εισρόφηση ξένων σωμάτων στους βρόγχους. Είναι μια κατάσταση ιδιαίτερα επικίνδυνη, καθώς μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο του παιδιού. **Οι πιο επικίνδυνες ηλικίες είναι από 14 μηνών έως και περίπου 3 ετών**, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δε μπορεί να συμβεί και σε ακόμη μεγαλύτερα παιδιά. Στην πρώτη παιδική ηλικία ο λάρυγγας είναι σε ψηλότερη θέση από ό,τι στους ενήλικες, η νευρομυϊκή ανάπτυξη δεν έχει ολοκληρωθεί και λείπουν οι οπίσθιοι γομφίοι οδόντες. Έτσι η είσοδος τροφής και άλλων ξένων σωμάτων στο λάρυγγα είναι πιο εύκολη. Συνήθως πρόκειται για μικρά αντικείμενα, κομμάτια από παιχνίδια, ξηρούς καρπούς, μικρά κόκκαλα από το φαγητό αλλά και οτιδήποτε μπορεί να φανταστεί κανείς. Τα αντικείμενα εισέρχονται στο βρογχικό δέντρο παρασυρόμενα από το ρεύμα του αέρα της εισπνοής και ανάλογα με το μέγεθος τους μπορούν να σταματήσουν οπουδήποτε. Μπορούν, δηλαδή, να σταματήσουν στην τραχεία, τους κύριους ή και τους μικρότερους βρόγχους. Τα συνήθη συμπτώματα είναι η παρουσία αιφνίδιου βήχα, πιθανότατα κυάνωσης, βράγχος φωνής και συριγμός.

Εάν το ξένο σώμα σταματήσει στην τραχεία και την αποφράξει μπορεί να προκαλέσει άμεσα το θάνατο του παιδιού. Εάν παρασυρθεί στους περιφερικούς βρόγχους θα προκαλέσει αρχικά βήχα με ή χωρίς συριγμό και στα επόμενα 24ωρα θα προκαλέσει πνευμονία. Στα μικρά παιδιά με πνευμονία που επιμένει παρά τη θεραπεία, η πιθανή παρουσία ξένου σώματος είναι πολύ μεγάλη.

Η διάγνωση γίνεται με τη σωστή κλινική εξέταση και την ακτινογραφία θώρακος από υποψιασμένο παιδίατρο. Αμέσως μετά την εισρόφηση η ακτινογραφία θα δείξει μόνο τα ακτινοσκιερά ξένα σώματα. Τα φυτικής προέλευσης ή τα πλαστικά ξένα σώματα δε φαίνονται στις απλές ακτινογραφίες και η υποψία ύπαρξης τους τίθεται μόνο με τα έμμεσα ευρήματα, όπως η ύπαρξη συριγμού στην ακρόαση θώρακος ή η παρουσία επίμονης πνευμονικής λοίμωξης. Η αφαίρεση γίνεται από τον ωτορινολαρυγγολόγο με βρογχοσκόπηση, που είναι μια δύσκολη επέμβαση με αρκετούς κινδύνους και με την οποία είναι πιθανόν μάλιστα να μην επιτευχθεί η αφαίρεση του ξένου σώματος και να χρειαστεί θωρακοτομή. Στα σπίτια που υπάρχουν μικρά παιδιά δεν πρέπει να υπάρχουν ξηροί καρποί στα τραπέζια και παιχνίδια που αποτελούνται από μικρά κομμάτια. Τα μικρά παιδιά πρέπει να είναι πάντα υπό επίβλεψη.

Παναγιώτης Μισυρλής
Χειρουργός - ΩΡΛ, Διευθυντής ΩΡΛ, Ευρωκλινική Παίδων

Σταύρος Τομπρής
Διευθυντής Γναθοχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Αιμαγγειώματα

Ενδείξεις και θεραπευτική παρέμβαση

Τα αιμαγγειώματα αποτελούν αγγειακές βλάβες του υποδόριου ιστού, οι οποίες εμφανίζονται λίγο μετά τη γέννηση του παιδιού, αυξάνουν σε μέγεθος τους επόμενους μήνες και μετά αρχίζουν να υποστρέφουν. Πολλοί από τους όγκους αυτούς θα υποστρέψουν μέχρι την ηλικία των 6 ετών, ενώ ένα 40% συνεχίζει την υποστροφή του μέχρι την ηλικία των 12 ετών. Σύμφωνα με διεθνείς στατιστικές, τα αιμαγγειώματα εμφανίζονται σε ποσοστό 10% στη λευκή φυλή και το 60% των όγκων αυτών παρουσιάζονται στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου. Πρόκειται λοιπόν για μια αρκετά συχνή βλάβη, για την οποία μία συνήθης προσέγγιση της επιστημονικής κοινότητας ήταν να την αφήνουμε χωρίς θεραπεία, αφού η πορεία της βλάβης θα οδηγήσει στην υποστροφή της. Υπάρχουν, όμως, περιπτώσεις στις οποίες αναγνωρίζουμε την ανάγκη για θεραπευτική παρέμβαση λόγω των λειτουργικών, αισθητικών ή ψυχολογικών προβλημάτων που είναι δυνατόν να προκύψουν στους μικρούς ασθενείς μας.

Ενδείξεις

Οι κυριότερες ενδείξεις για τη θεραπεία των αιμαγγειωμάτων είναι οι ακόλουθες:

- Η εμφάνιση του όγκου επηρεάζει την αισθητική
- Εξελκώσεις – ατροφία του δέρματος
- Απόφραξη της αεροφόρου οδού
- Προβλήματα ακοής
- Προβλήματα όρασης
- Πιθανότητα για αιμορραγία λόγω τραύματος
- Προβλήματα στο σχολικό περιβάλλον
- Σκελετική παραμόρφωση.

Βλέπουμε, λοιπόν, ότι υπάρχουν πολλοί λόγοι για θεραπευτική παρέμβαση και η μέχρι τώρα άποψη ότι εφόσον το αιμαγγείωμα θα υποστρέψει άρα δεν χρήζει θεραπείας, θα πρέπει να αναθεωρηθεί, τουλάχιστον όταν υπάρχει μία από τις ανωτέρω ενδείξεις.

Ένας από τους σημαντικότερους λόγους για να θεραπεύσουμε ένα αιμαγγείωμα είναι τα προβλήματα που θα δημιουργηθούν, όταν ο μικρός ασθενής αρχίσει να έχει συναίσθηση της διαφορετικότητάς του σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά. Γύρω στα 3 χρόνια το παιδί αρχίζει να καταλαβαίνει ότι έχει κάτι διαφορετικό πάνω του και αυτό γίνεται πολύ πιο συγκεκριμένο στον παιδικό σταθμό ή το σχολείο, όταν θα νιώθει ότι τα άλλα παιδιά το κοιτούν επίμονα σε ένα συγκεκριμένο σημείο ή σχολιάζουν την ύπαρξη του όγκου.

Τα αιμαγγειώματα εμφανίζονται σε ποσοστό **10%** *στη λευκή φυλή και το* **60%** *των όγκων αυτών παρουσιάζονται στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου*

Το γεγονός αυτό είναι δυνατόν να οδηγήσει το μικρό ασθενή σε μια μορφή απομόνωσης ή αίσθησης κατωτερότητας σε σχέση με τα άλλα παιδιά, σε μια ευαίσθητη ηλικία που η διάπλαση της προσωπικότητάς του συνεχίζεται.

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η θέση εμφάνισης του αιμαγγειώματος προκαλεί κάποια λειτουργική διαταραχή. Χαρακτηριστικές είναι οι περιπτώσεις όγκων που αναπτύσσονται στο άνω βλέφαρο και πιέζουν τον οφθαλμικό βολβό, ενώ το μάτι παραμένει μισόκλειστο. Επίσης, αιμαγγειώματα που αναπτύσσονται σε θέσεις γύρω από το μάτι παρεμποδίζουν το συγχρονισμό των οπτικών αξόνων των ματιών προκαλώντας προβλήματα όρασης.

Στις μέρες μας η νοοτροπία τού «θα περάσει μόνο του», σιγά αλλά σταθερά αλλάζει. Όλο και περισσότεροι γιατροί αναγνωρίζουν την ανάγκη για θεραπευτική παρέμβαση εκεί, όπου υπάρχουν ενδείξεις. Η εμπειρία δείχνει ότι οι όγκοι αυτοί είναι προτιμότερο να αντιμετωπίζονται νωρίτερα παρά αργότερα. Τα μικρά παιδιά εξάλλου έχουν πολύ καλή επουλωτική δυνατότητα

Αιμαγγειώματα που αναπτύσσονται γύρω από τα οστά των γνάθων είναι δυνατόν να προκαλέσουν σκελετική παραμόρφωση, καθώς πιέζουν τα οστά αυτά που βρίσκονται σε φάση ανάπτυξης. Όταν αναπτύσσονται στην περιοχή μπροστά από τη μύτη ή την περιοχή του λάρυγγα προκαλούν προβλήματα στην αναπνοή, ενώ, όταν εμφανιστούν στην περιοχή γύρω από το αυτί και τον ακουστικό πόρο, ενδέχεται να προκαλέσουν προβλήματα στην ακοή.

Ένα μεγάλο αιμαγγείωμα του προσώπου είναι δυνατόν να τραυματιστεί είτε επειδή το παιδί έπεσε με το πρόσωπο, είτε επειδή το δάγκωσε κατά λάθος (σε αιμαγγειώματα των χειλιών) ή ακόμη επειδή κάποιο άλλο παιδί το χτύπησε στο πρόσωπο πάνω στο παιχνίδι. Στην περίπτωση αυτή η αιμορραγία που θα ακολουθήσει μπορεί να είναι μεγάλη και θα προκαλέσει μεγάλο άγχος στους γονείς ή τους δασκάλους.

Τέλος, θα πρέπει να αναγνωρίσουμε το γεγονός ότι ακόμη και μετά την υποστροφή των αιμαγγειωμάτων στην περιοχή παραμένουν κάποια σημάδια που υπενθυμίζουν ότι το αιμαγγείωμα ήταν εκεί. Έτσι, σε πολλές περιπτώσεις βλέπουμε εξελκώσεις, ατροφία του δέρματος ή τελαγγειεκτασίες (διευρυμένα αγγεία), που τελικά θα χρειαστούν κάποια θεραπευτική παρέμβαση.

Θεραπευτική παρέμβαση

Στις μέρες μας η νοοτροπία τού «θα περάσει μόνο του», σιγά αλλά σταθερά αλλάζει. Όλο και περισσότεροι γιατροί αναγνωρίζουν την ανάγκη για θεραπευτική παρέμβαση εκεί, όπου υπάρχουν ενδείξεις. Αναπτύσσονται νέες χειρουργικές τεχνικές που σε συνδυασμό με τα νέου τύπου lasers, αλλά και με φαρμακευτική αγωγή είναι δυνατόν να θεραπεύσουν ή να ελέγξουν το πρόβλημα, πριν την ανάπτυξη των διαταραχών που προαναφέραμε.

Τα τελευταία χρόνια η χρήση της προπρανολόλης για τη θεραπεία των αιμαγγειωμάτων αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα προς μια επιτυχημένη συντηρητική αντιμετώπιση. Παράλληλα, πραγματοποιούνται πολλές έρευνες, οι οποίες στόχο έχουν την αναγνώριση της αιτίας που οι όγκοι αυτοί αναπτύσσονται, γεγονός που θα διευκολύνει ακόμη περισσότερο τη θεραπεία τους.

Η εμπειρία δείχνει ότι οι όγκοι αυτοί είναι προτιμότερο να αντιμετωπίζονται νωρίτερα παρά αργότερα. Το αιμαγγείωμα είναι πιο εύκολο να χειρουργηθεί κατά τη φάση του πολλαπλασιασμού του (πριν την ηλικία των 12 μηνών) παρά κατά τη φάση της υποστροφής του (12 μηνών – 12 ετών). Τα μικρά παιδιά εξάλλου έχουν πολύ καλή επουλωτική ικανότητα, γεγονός που τις περισσότερες φορές βοηθά στην τελική αισθητική εμφάνιση των χειρουργικών τομών. Πολλές φορές, όμως, ακόμη και μεγαλύτερα του ενός έτους παιδιά χειρουργούνται με επιτυχία.

Τόσο η φαρμακευτική θεραπεία, η χρήση των lasers, η χειρουργική θεραπεία ή ο συνδυασμός των ανωτέρω θεραπευτικών μέσων, όσο και η ανάγκη συνεργασίας μεταξύ ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων, εξασφαλίζουν την αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση στους μικρούς ασθενείς με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.

Αρετή Σύρμου
Παιδίατρος,
Ευρωκλινική Παίδων

Ιλαρά

Ένα λοιμώδες νόσημα με υψηλή μεταδοτικότητα. Τα τελευταία έτη παρατηρούνται διαρκώς αυξανόμενα επιβεβαιωμένα κρούσματα ιλαράς, γεγονός που εν μέρει οφείλεται στα υψηλά ποσοστά ανεμβολίαστων ατόμων

Η ιλαρά θεωρείται από πολλούς ως μία ακίνδυνη παιδική ασθένεια. Στην πραγματικότητα όμως είναι ένα λοιμώδες νόσημα με υψηλή μεταδοτικότητα που μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές. Τα τελευταία έτη παρατηρούνται διαρκώς αυξανόμενα επιβεβαιωμένα κρούσματα ιλαράς, γεγονός που εν μέρει οφείλεται στα υψηλά ποσοστά ανεμβολίαστων ατόμων. Σύμφωνα με το ΚΕΕΛΠΝΟ, σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες έχει εκδηλωθεί επιδημία ιλαράς που βρίσκεται σε εξέλιξη. Κατά την περίοδο 2016-2017 έχουν καταγραφεί περισσότερα από 17.000 περιστατικά σε όλη την Ευρώπη και 43 θάνατοι. **Μέχρι τις 3/10/2017 στην Ελλάδα έχουν καταγραφεί 215** κρούσματα ιλαράς, με μεγαλύτερη συχνότητα στη Ν. Ελλάδα. Στη μεγάλη πλειονότητα πρόκειται για άτομα Ελληνικής υπηκοότητας (κυρίως μικρά παιδιά από κοινότητες Ρομά και άτομα από το γενικό πληθυσμό κυρίως στην ηλικιακή ομάδα 25-44 ετών) που δεν έχουν ανοσία στην ιλαρά, μεταξύ των οποίων και επαγγελματίες υγείας που ήταν ανεμβολίαστοι ή ατελώς εμβολιασμένοι.

Θεωρείται κατεξοχήν νόσημα της παιδικής ηλικίας, ωστόσο μπορεί να προσβάλει άτομα οποιασδήποτε ηλικιακής ομάδας. Οφείλεται σε RNA ιό που ανήκει στην οικογένεια των παραμυξοιών. Μεταδίδεται 3 ημέρες πριν και έως και 4-6 ημέρες μετά την έκθυση του εξανθήματος μέσω μικρών ή μεγαλύτερων σταγονιδίων της αναπνευστικής οδού

(βήχας, πταρμοί, στενή προσωπική επαφή, επαφή με εκκρίσεις) ή των επιπεφυκότων, που παραμένουν σε επιφάνειες έως και 2 ώρες. Περίπου το 90% των επίνοσων ατόμων που εκτίθενται στον ιό, εμφανίζουν τη νόσο.

Η κλινική πορεία της νόσου μετά από περίοδο επώασης διάρκειας 8-12 ημερών χαρακτηρίζεται από την πρόδρομη φάση με υψηλό πυρετό, βήχα, ρινική καταρροή, επιπεφυκίτιδα, φωτοφοβία, μυαλγία και ενάνθημα στο βλεννογόνο του στόματος με τη μορφή υποκύανων λευκών κηλίδων στο ύψος των προγομφίων (κηλίδες Koplik) που αποτελεί παθογνωμονικό σημείο της ιλαράς. Την 3η -7η ημέρα της νόσου ακολουθεί το εξανθηματικό στάδιο με την έκθυση ενός συρρέοντος κηλιδοβλατιδώδους εξανθήματος από το μέτωπο, πίσω από τα ώτα και στη συνέχεια στον κορμό και στα άκρα περιλαμβάνοντας τις παλάμες και τα πέλματα. Στη συνέχεια στο στάδιο της αποδρομής, τα συμπτώματα αρχίζουν σταδιακά να υποχωρούν και το εξάνθημα υφίεται σε 7 ημέρες με την ίδια πορεία που εμφανίστηκε αφήνοντας ήπια απολέπιση στο δέρμα.

Η ιλαρά θεωρείται κατεξοχήν νόσημα της παιδικής ηλικίας, ωστόσο μπορεί να προσβάλει άτομα οποιασδήποτε ηλικιακής ομάδας. Η θεραπεία της είναι υποστηρικτική. Κεντρικό σημείο της στρατηγικής πρόληψης της ιλαράς είναι ο εμβολιασμός. Το εμβόλιο συνιστάται να γίνεται υποδόρια σε δυο δόσεις σε ηλικία 12-15 μηνών και 4-6 ετών

Τα εργαστηριακά ευρήματα στην οξεία φάση της ανεπίπλεκτης ιλαράς χαρακτηρίζονται από λευκοπενία με μεγαλύτερη μείωση των λεμφοκυττάρων συγκριτικά με τα ουδετερόφιλα, ενώ η ΤΚΕ και η CRP κυμαίνονται σε φυσιολογικά επίπεδα. Η διάγνωση της νόσου τίθεται με την ανεύρεση των ειδικών IgM αντισωμάτων που εμφανίζονται 1-2 ημέρες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος και παραμένουν ανιχνεύσιμα για 1 μήνα ή με τον τετραπλασιασμό των IgG αντισωμάτων που ελέγχθηκαν στην οξεία φάση της νόσου και μετά από 2-4 εβδομάδες. Άλλη διαγνωστική μέθοδος αποτελεί η καλλιέργεια του ιού σε ρινοφαρυγγικό επίχρισμα ή σε δείγμα ούρων. Η PCR σε δείγμα αίματος, ρινοφάρυγγα ή ούρων είναι μία ευαίσθητη και ταχεία μέθοδος απομόνωσης του RNA του ιού.

Η διαφορική διάγνωση της ιλαράς περιλαμβάνει άλλα ιογενή νοσήματα, όπως το φαρμακευτικό εξάνθημα, τη νόσο Kawasaki, την οστρακιά, τη μηνιγγίτιδα και το toxic shock syndrome.

Περίπου το 30% των περιπτώσεων ιλαράς επιπλέκονται και αυτό αποδίδεται στην άμεση δράση του ιού στο αναπνευστικό και το ανοσολογικό σύστημα. Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη σε άτομα κάτω των 5 και άνω των 20 ετών, σε υποσιτισμένα και ανοσοκατεσταλμένα άτομα. Συχνότερη αιτία θανάτου από ιλαρά είναι η πνευμονία, ιογενής ή από βακτηριακή επιμόλυνση. Άλλες συχνές επιπλοκές εκδηλώνονται από το αναπνευστικό, το γαστρεντερικό ή το καρδιαγγειακό σύστημα. Η εγκεφαλίτιδα εμφανίζεται με συχνότητα 1/1000 περιπτώσεις ιλαράς με συχνά δυσμενή έκβαση. Τέλος, η υποξεία σκληρυντική πανεγκεφαλίτιδα αποτελεί χρόνια επιπλοκή της ιλαράς με καθυστερημένη έναρξη (7-10 έτη) και σχεδόν πάντα μοιραία έκβαση.

Η θεραπεία της ιλαράς είναι υποστηρικτική. Σε αναπτυσσόμενες χώρες δίνεται βιταμίνη Α.

Κεντρικό σημείο της στρατηγικής πρόληψης της ιλαράς είναι ο εμβολιασμός. Το εμβόλιο που κυκλοφορεί περιέχει ζώντα εξασθενημένο ιό ιλαράς που έχει καλλιεργηθεί σε κύτταρα εμβρύου όρνιθας. Το εμβόλιο συνιστάται να γίνεται υποδόρια σε δυο δόσεις σε ηλικία 12-15 μηνών (ορομετατροπή 95-98%) και 4-6 ετών (ορομετατροπή 99%) και σε κάθε περίπτωση είναι καλύτερο να δίνεται με τη μορφή τριδύναμου (ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας) ή τετραδύναμου εμβολίου (ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας-ανεμευλογιάς).

Για τη συγκεκριμένη περίοδο συνίσταται:

- Ο άμεσος εμβολιασμός όλων των ανεμβολίαστων ατόμων άνω του έτους που δεν έχουν νοσήσει, με εξαίρεση τις εγκύους και τους ανοσοκατεσταλμένους
- Ο εμβολιασμός με 2η δόση για όσους έχουν κάνει ήδη μία δόση
- για τα βρέφη να γίνει η 1η δόση εμβολίου στους 12 μήνες και μετά από 3 μήνες να χορηγείται η 2η δόση.

Αναστασία Καραμούζα
Επιμελήτρια παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων

Βήχας στα παιδιά

Αίτια, αξιολόγηση, αντιμετώπιση

Ο βήχας είναι συχνό σύμπτωμα στα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, κυρίως κατά τους χειμερινούς μήνες. Αποτελεί φυσιολογικό αντανακλαστικό του οργανισμού που σκοπό έχει να απομακρύνει από τους αεραγωγούς καθετί που τους ερεθίζει ή εμποδίζει τη ροή του αέρα. Είναι συχνά θορυβώδης, επίμονος, νυχτερινός και δυσκολεύει τον ύπνο των παιδιών και τις δραστηριότητές τους, δημιουργώντας τρομερή ανησυχία στους γονείς, που επιζητούν από τον παιδίατρο άμεση αντιμετώπιση. Θα πρέπει, όμως, να διακρίνουν κάποιους τύπους βήχα ώστε να γνωρίζουν πότε να απευθυνθούν στον παιδίατρο. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Αλλεργικού Άσθματος και Κλινικής Ανοσολογίας, υγιή παιδιά προσχολικής ηλικίας μπορεί να παρουσιάσουν 8-10 λοιμώξεις αναπνευστικού το χρόνο, το 50% των οποίων θα βήχει για περίπου 1 εβδομάδα, ενώ το 10-20% θα συνεχίσει να βήχει πάνω από 3 εβδομάδες.

Τα αίτια που προκαλούν βήχα ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία, την εποχή, τις συνθήκες διαβίωσης και το ανοσοποιητικό σύστημα του μικρού ασθενή. Συχνότερες είναι οι ιογενείς λοιμώξεις αναπνευστικού (κοινό κρυολόγημα, γρίπη), οι μικροβιακές λοιμώξεις, ερεθιστικοί παράγοντες (κρύος αέρας, καπνός, αλλεργιογόνα), άσθμα, ξένο σώμα σε παιδιά κάτω των 6 ετών και ψυχογενής βήχας, ο οποίος δεν εμφανίζεται το βράδυ, αναπαράγεται όποτε ζητηθεί και επιδεινώνεται σε καταστάσεις stress (ποσοστό 3-5 %).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Αλλεργικού Άσθματος και Κλινικής Ανοσολογίας, υγιή παιδιά προσχολικής ηλικίας μπορεί να παρουσιάσουν 8-10 λοιμώξεις αναπνευστικού το χρόνο, το 50% των οποίων θα βήχει για περίπου 1 εβδομάδα, ενώ το 10-20% θα συνεχίσει να βήχει πάνω από 3 εβδομάδες

Ο βήχας διακρίνεται σε οξύ, χρόνιο, παραγωγικό, ξηρό, υλακώδη και παροξυσμικό.

Οξύς είναι ο βήχας που διαρκεί έως και 3 εβδομάδες. Οφείλεται συνήθως σε κοινό κρυολόγημα, βρογχίτιδα, πνευμονία, κατάποση ξένου σώματος ή αλλεργική ρινίτιδα.

Ο **χρόνιος** βήχας διαρκεί περισσότερο από 4 εβδομάδες και χρήζει διερεύνησης. Οφείλεται σε συγγενείς ανωμαλίες (τραχειομαλακία, αγγειακός δακτύλιος, συρίγγια), κοκκύτη, ιδίως σε ανεμβολίαστα βρέφη, λοιμώξεις ή ξένο σώμα. Σε κάποιες περιπτώσεις οφείλεται σε επαναλαμβανόμενες ιογενείς λοιμώξεις (κυρίως το χειμώνα) και σε παιδιά που πηγαίνουν για πρώτη φορά σε βρεφονηπιακό σταθμό και δεν προλαβαίνουν να παρουσιάσουν περίοδο ύφεσης.

Ο **υλακώδης** βήχας ακούγεται σαν γαύγισμα σκύλου και εκδηλώνεται ξαφνικά κατά τον ύπνο ξυπνώντας το παιδί. Παρατηρείται σε οξεία απόφραξη του λάρυγγα από φλεγμονή ή οίδημα, συνοδεύεται δε από βράγχος φωνής και εισπνευστικό συριγμό μετά από ιογενή λοίμωξη ή αλλεργία. Είναι συχνότερος σε παιδιά κάτω των 3 ετών που λόγω στενότερης τραχείας εμφανίζουν τέτοια επεισόδια ενδεχομένως σε κάθε λοίμωξη αναπνευστικού.

Ο **παροξυσμικός** εμφανίζεται απότομα, βίαια και χαρακτηρίζεται από μια βαθειά εισπνοή που ακολουθείται από πολλαπλές ώσεις βήχα κατά την εκπνοή, τις οποίες ακολουθεί εισπνευστικός συριγμός. Τα επεισόδια είναι διαδοχικά και καταλήγουν συχνά σε

Πότε καλούμε το γιατρό;

1 Εάν το παιδί βήχει έντονα κατά ώσεις, είναι κάτω των 3 μηνών και παρουσιάζει περιστοματική κυάνωση ή άπνοια.

2 Ανεξαρτήτως ηλικίας όταν υπάρχουν συνοδά συμπτώματα, όπως εργώδης αναπνοή, συριγμός, ταχύπνοια ή αναπνευστική κόπωση, εισολκές μεσοπλευρίων με ή χωρίς πυρετό.

3 Εάν το παιδί έχει υλακώδη βήχα και έντονο θόρυβο κατά την εισπνοή, τότε πρόκειται για λαρυγγίτιδα, αλλεργική αντίδραση ή κατάποση ξένου σώματος. Σε αυτή την περίπτωση βοηθάει ένα καλό ιστορικό από τους γονείς.

4 Εάν συνυπάρχει υψηλός πυρετός που δεν υποχωρεί εύκολα με τη χορηγούμενη θεραπεία και ο βήχας επιμένει περισσότερο από δύο εβδομάδες χωρίς συμπτώματα κρυολογήματος.

εμετό ή και άπνοια στα βρέφη, οπότε τίθεται η υποψία κοκκύτη.

Ο **παραγωγικός** βήχας ακολουθεί κυρίως το κοινό κρυολόγημα και επιδεινώνεται κατά την κατάκλιση λόγω συσσώρευσης εκκρίσεων. Βήχας με **εκπνευστικό** συριγμό σημαίνει μερική απόφραξη κατώτερων αναπνευστικών οδών (βρογχιολίτιδα, άσθμα). Στο άσθμα επιδεινώνεται μετά από άσκηση, έντονο γέλιο ή κλάμα, κυρίως τις βραδινές ώρες και παρουσιάζει σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας. Στα βρέφη συριγμός με μειωμένη λήψη τροφής, ανησυχία και ταχύπνοια οφείλεται συχνότερα σε βρογχιολίτιδα από RSV.

Αιφνίδιος βήχας που ακολουθεί επεισόδιο πνιγμονής από τροφή ή μικρό αντικείμενο, σημαίνει εισρόφηση ξένου σώματος. Σε αυτή την περίπτωση ενθαρρύνουμε το βήχα για την πιθανή φυσική απομάκρυνση του εμποδίου και μεταφέρουμε το παιδί στο νοσοκομείο για ασφαλή αντιμετώπιση.

Παιδιά με αλλεργικό υπόστρωμα, ερχόμενα σε επαφή με κοινά αλλεργιογόνα (κρύος αέρας, καπνός τσιγάρου, αρώματα, γύρη) παρουσιάζουν κνησμό, δακρύρροια, φτερνίσματα και εξάνθημα με συνοδό βήχα.

Βήχας με ήπιο πυρετό και ρινική καταρροή εμφανίζεται σε κοινό κρυολόγημα, ενώ βήχας με επίμονο πυρετό που συνοδεύεται από πόνο στο θώρακα ή στην κοιλιά, μπορεί να είναι ένδειξη πνευμονίας. Τέλος, ο βήχας μπορεί να σχετίζεται με λοιμώξεις, διαταραχές του ανοσοποιητικού, ινοκυστική νόσο, πρωτοπαθή δυσκινησία κροσσών ή φυματίωση, όταν συνοδεύεται από αιμόπτυση, ειδικά σε παιδιά που ζουν σε περιβάλλον με ενήλικα που πάσχει από τη νόσο.

Αξιολόγηση βήχα

Η κλινική εξέταση του παιδιού και η λήψη καλού ιστορικού από τους γονείς, μπορούν αρχικά να κατατάξουν το βήχα σε κάποιες από τις κατηγορίες που αναφέρθηκαν. Στη συνέχεια ο παιδίατρος επικουρούμενος από τις εργαστηριακές εξετάσεις (γενική αίματος, CRP, καλλιέργειες φαρυγγικού ή ρινικού επιχρίσματος και άλλα πιο ειδικά test) και τις απεικονιστικές εξετάσεις (ακτινογραφία θώρακος, σπιρομέτρηση, αλλεργικά test, MRI ή CT θώρακος), θα προχωρήσει σε θεραπευτική αντιμετώπιση.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων πρέπει να γίνεται μόνο κατόπιν οδηγίας παιδιάτρου. Οι γονείς φροντίζουν την καλή ενυδάτωση, τις σωστές ρινοπλύσεις και στα παιδιά με ιστορικό άσθματος την έγκαιρη έναρξη θεραπείας με βρογχοδιασταλτικά και κορτιζόνη. Δεν ενδείκνυται η χρήση βλεννολυτικών και αντιβηχικών κυρίως στα μικρότερα παιδιά. Δεν πρέπει να χορηγείται μέλι στα βρέφη κάτω του έτους για τον κίνδυνο αλλαντίασης. Σε αυτές τις ηλικίες χρησιμοποιείται υγραντήρας για ρευστοποίηση των εκκρίσεων και σωστή θέση ύπνου με ανάκλιση για την απομάκρυνσή τους.

Συμπερασματικά, ο βήχας εκδηλώνεται με πολλές παραλλαγές, οι περισσότερες τρομακτικές για τους γονείς λόγω έντασης και διάρκειας. Σε ελάχιστες περιπτώσεις υπάρχει ανάγκη επείγουσας ιατρικής παρέμβασης. Τελικά, ο βήχας είναι σύμπτωμα και όχι νόσος και τα χαρακτηριστικά του δίνουν πληροφορίες για το υποκείμενο νόσημα. Ο παιδίατρος γνωρίζοντας το ατομικό ιστορικό του παιδιού και έχοντας λάβει τις απαραίτητες πληροφορίες από το ιστορικό της νόσου, μπορεί να εξατομικεύσει τη θεραπεία.

Πριν τη νέα σχολική χρονιά

Έλεγχος υγείας

Γεωργία Μοσχάκη
Επιμελήτρια Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων

Η έναρξη της νέας σχολικής χρονιάς πλησιάζει και μικροί και μεγάλοι ετοιμάζονται πυρετωδώς για την επιστροφή στα θρανία. Μία σημαντική κίνηση αυτής της περιόδου είναι ο προληπτικός έλεγχος της υγείας του παιδιού από παιδίατρο.

Η πρόληψη είναι πάντα πιο σημαντική από τη θεραπεία και αυτό ισχύει ακόμα περισσότερο στα παιδιά. Για τον έλεγχο αυτό ο κατεξοχήν υπεύθυνος είναι ο παιδίατρος που παρακολουθεί το παιδί από τη γέννηση του. Ωστόσο, ενώ για τη βρεφική και νηπιακή ηλικία σε πολλές χώρες, όπως και στη δική μας, ο τακτικός παιδιατρικός έλεγχος έχει καθιερωθεί σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δεν ισχύει το ίδιο και για τη λεγόμενη σχολική ηλικία. Συχνά μετά την ηλικία των 4-5 χρονών, που είναι συνήθως η ηλικία τελευταί-

ας αναμνηστικής δόσης των εμβολίων, δεν ακολουθεί τακτικός παιδιατρικός έλεγχος, εκτός αν προκύψει έκτακτη ανάγκη π.χ. οξεία εμπύρετη λοίμωξη.

Η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία συνιστά να υποβάλλονται όλα τα παιδιά ηλικίας 3 έως 21 ετών σε τακτικό παιδιατρικό έλεγχο μια φορά ετησίως.

Κατά τον ετήσιο έλεγχο ο παιδίατρος:

- Ανασκοπεί το ιστορικό του παιδιού
- Εξετάζει το παιδί κατά συστήματα
- Κάνει μετρήσεις σωματικού βάρους, ύψους, δείκτη μάζας σώματος και αρτηριακής πίεσης
- Ελέγχει στο βιβλιάριο υγείας του παιδιού εάν έχουν γίνει οι συνιστώμενοι εμβολιασμοί για την ηλικία του και αν υπάρχουν αναμνηστικές δόσεις που πρέπει να γίνουν αυτή τη χρονιά
- Αξιολογεί τις γλωσσικές δεξιότητες του παιδιού
- Παρακολουθεί και διαπιστώνει πώς αλληλοεπιδρά το παιδί με τους γονείς του
- Απευθύνεται και μιλά με το ίδιο, το ρωτά για αγαπημένα του ενδιαφέροντα και δραστηριότητες, για το σχολείο, τους φίλους του και αξιολογεί τις κοινωνικές του δεξιότητες και το συναισθηματικό του επίπεδο
- Συζητά με τους γονείς για θέματα που τους απασχολούν, όπως η διατροφή, η ανάπτυξη του παιδιού, πιθανά προβλήματα συμπεριφοράς, πειθαρχίας κ.λπ.

Ο προληπτικός έλεγχος της όρασης κατά την έναρξη της σχολικής χρονιάς είναι απαραίτητος, διότι πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι δυσκολίες στη μάθηση συχνά οφείλονται σε διαθλαστικές ανωμαλίες όπως η μυωπία, ο αστιγματισμός κ.λπ., που είναι πολύ συνηθισμένες. Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 1 στα 4 παιδιά σχολικής ηλικίας εμφανίζει οφθαλμολογικά προβλήματα, ενώ πάνω από 1 στα 5 έχει αδιάγνωστες παθήσεις επειδή δεν έχει ελεγχθεί ποτέ από οφθαλμίατρο.

Ο τακτικός ετήσιος παιδιατρικός έλεγχος σε παιδιά σχολικής ηλικίας είναι σημαντικός, καθώς ανιχνεύονται έγκαιρα καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα υγείας τόσο στην παιδική ηλικία όσο και στην ενήλικη ζωή, ενώ παράλληλα συστήνονται παρεμβάσεις και γίνονται παραπομπές σε ειδικούς για την καταλληλότερη αντιμετώπιση τους

Επίσης συνιστάται ο έλεγχος της οδοντικής υγείας και η διενέργεια προληπτικών εργασιών (π.χ. φθορίωση), καθώς η κακή στοματική υγιεινή οδηγεί σε προβλήματα όπως η τερηδόνα.

Ειδικά στα παιδιά που συμμετέχουν στα μαθήματα φυσικής αγωγής ή σε οργανωμένες αθλητικές δραστηριότητες συνιστάται εξονυχιστικός καρδιολογικός έλεγχος (triplex). Καλό είναι να γίνεται και έλεγχος για σκολίωση, ο οποίος συνίσταται στα μεν κορίτσια δύο φορές (στις ηλικίες 10 και 12 ετών), στα δε αγόρια μια φορά στα 13 ή 14 χρόνια τους, σύμφωνα με τις συστάσεις της AAP, της Αμερικανικής Ακαδημίας Ορθοπεδικών Χειρουργών.

Ως προς τον εργαστηριακό έλεγχο (αιματολογικός, βιοχημικός, ορμονολογικός), δεν υπάρχει ένδειξη για ετήσιο εργαστηριακό έλεγχο στα παιδιά σχολικής ηλικίας. Ο προγραμματισμός εξετάσεων θα γίνει εξατομικευμένα για κάθε παιδί και λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία και παράγοντες κινδύνου, όπως ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού. Για παράδειγμα, υπάρχει σύσταση για έλεγχο λιπιδίων αίματος σε όλα τα παιδιά μια φορά σε ηλικία 9-11 ετών και μια φορά σε ηλικία 17-21 ετών. Ωστόσο, η σύσταση αυτή διαφοροποιείται σε περίπτωση παιδιών που ανήκουν στις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου, δηλαδή με οικογενειακό ιστορικό υπερλιπιδαιμίας ή πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου.

Οι συστάσεις της Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρείας σχετικά με τον τακτικό προληπτικό έλεγχο παιδιών σχολικής ηλικίας συνίστανται σε:

- Μέτρηση αρτηριακής πίεσης ετησίως
- Αξιολόγηση σωματικού βάρους (έλεγχος παχυσαρκίας)
- Έλεγχο οπτικής οξύτητας σε ηλικίες 5,6,8,10,12 και 15 ετών
- Τακτικό έλεγχο στοματικής υγιεινής
- Έλεγχο ακοής σε ηλικίες 4,5,6,8 και 10 χρονών
- Έλεγχο λιπιδίων στο αίμα στις ηλικίες 9-11 ετών και 17-21 ετών
- Έλεγχο για συμπεριφορές υψηλού κινδύνου σε εφήβους, όπως π.χ. η χρήση αλκοόλ ή ουσιών
- Ανίχνευση εφήβων με κατάθλιψη από ηλικία 11 ετών με ετήσιο έλεγχο.

Η συνεργασία με το γιατρό, η ενημέρωση για το επίπεδο υγείας όλων των μαθητών και τις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός είναι μεγάλης σπουδαιότητας για το σχολείο και το δάσκαλο.

Ο τακτικός ετήσιος παιδιατρικός έλεγχος σε παιδιά σχολικής ηλικίας είναι σημαντικός, καθώς ανιχνεύονται έγκαιρα καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα υγείας τόσο στην παιδική ηλικία όσο και στην ενήλικη ζωή, ενώ παράλληλα συστήνονται παρεμβάσεις και γίνονται παραπομπές σε ειδικούς για την καταλληλότερη αντιμετώπιση τους.

Καλή σχολική χρονιά με υγεία!!!

Χρήστος Καρέτσος
Επιμελητής Παιδοχειρουργός, Ευρωκλινική Παίδων

Κατάποση ξένων σωμάτων στα παιδιά

Μία από τις μεγαλύτερες **θεραπευτικές προκλήσεις**

Η κατάποση ξένων σωμάτων στα παιδιά αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι παιδοχειρουργοί. Το 75% των παιδιών που καταπίνουν ξένο σώμα είναι ηλικίας έως 5 ετών. Το 98% είναι τυχαία περιστατικά και περιλαμβάνουν αντικείμενα που βρίσκονται στο οικιακό περιβάλλον, όπως κέρματα, παιχνίδια, κοσμήματα, μαγνήτες και μπαταρίες.

Κλινική εικόνα

Συνήθως τα παιδιά δεν παρουσιάζουν συμπτώματα και προσέρχονται στο νοσοκομείο λόγω της μαρτυρίας ή της υποψίας του συμβάντος από τους γονείς. Μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα, όπως πνιγμονή, συριγμός, σιελόρροια, δυσφαγία, έμετο, θωρακικό ή κοιλιακό άλγος, πυρετό, άρνηση λήψης τροφής και αναπνευστική δυσχέρεια.

Το 75% των παιδιών που καταπίνουν ξένο σώμα είναι ηλικίας έως 5 ετών. Το 98% είναι τυχαία περιστατικά και περιλαμβάνουν αντικείμενα που βρίσκονται στο οικιακό περιβάλλον, όπως κέρματα, παιχνίδια, κοσμήματα, μαγνήτες και μπαταρίες

Τα ξένα σώματα σε ποσοστό 80-90% αποβάλλονται αυτόματα με τις κενώσεις, ενώ το 10-20% θα χρειαστεί ενδοσκοπική παρέμβαση και λιγότερο του 1% χειρουργική επέμβαση. Όμως, υπάρχει σημαντική νοσηρότητα που σχετίζεται με την παραμονή τους στο γαστρεντερικό σύστημα. Ο τύπος του ξένου σώματος μπορεί να προδιαθέσει προς ενσφήνωση σε ανατομικές περιοχές με φυσιολογική γωνίωση ή στένωση καθώς και σε ορισμένες επιπλοκές, όπως ρήξη ή απόφραξη.

Διάγνωση

Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού είναι πρωταρχικής σημασίας. Ο ακτινολογικός έλεγχος μπορεί να αναδείξει το μέγεθος, την εντόπιση, το σχήμα και τον αριθμό των ξένων σωμάτων. Ωστόσο, πολλά ξένα σώματα όπως γυαλί, αλουμίνιο, ξύλο, πλαστικά και φαρμακευτικά σκευάσματα δεν μπορούν να απεικονισθούν στην ακτινογραφία. Αν η λήψη αξιόπιστου ιστορικού δεν είναι δυνατή και οι ακτινογραφίες δεν είναι διαγνωστικές, η αξονική τομογραφία και η ενδοσκόπηση θα βοηθήσουν διαγνωστικά. Η αξονική τομογραφία χωρίς λήψη σκιαγραφικού είναι διαγνωστική στο 80-100% των περιπτώσεων. Επείγουσα ενδοσκόπηση διενεργείται όταν ο ασθενής παρουσιάζει αναπνευστική δυσχέρεια ή σε υποψία πλήρους απόφραξης.

Τύποι ξένων σωμάτων και αντιμετώπιση

Το μέγεθος του ασθενούς, ο τύπος και η εντόπιση του ξένου σώματος, τα συμπτώματα και ο χρόνος που μεσολαβεί από την κατάποση μέχρι τη διάγνωση είναι καθοριστικοί παράγοντες για το χρόνο και τον τύπο της θεραπευτικής παρέμβασης. Η αφαίρεση ξένου αντικειμένου που

εντοπίζεται στον οισοφάγο θεωρείται επιτακτική και επείγουσα. Αντίθετα, η πλειονότητα των ξένων σωμάτων που ανιχνεύονται στο στομάχι αποβάλλονται σε 4-6 ημέρες και γι' αυτό ενδείκνυται η συντηρητική αντιμετώπιση και παρακολούθηση.

Τα μη αιχμηρά αντικείμενα, όπως τα κέρματα, αποβάλλονται σε ποσοστό περίπου 30% σε 24 ώρες. **Αμβλέα αντικείμενα** μικρότερα των 2 εκατοστών μπορούν να περάσουν μέσω του γαστρεντερικού συστήματος χωρίς να προκαλέσουν κάποια επιπλοκή. Αντικείμενα μεγαλύτερα των 2,5 εκατοστών συνήθως δεν μπορούν να περάσουν τον πυλωρό του στομάχου και γι' αυτό χρήζουν ενδοσκοπικής αφαίρεσης. Η ανίχνευση κέρματος στο στομάχι δεν απαιτεί άμεση παρέμβαση και αρκεί η παρακολούθηση και ο έλεγχος των κενώσεων από τους γονείς, ενώ δεν είναι απαραίτητη η αλλαγή

Τα μη αιχμηρά αντικείμενα, όπως τα κέρματα, αποβάλλονται σε ποσοστό περίπου 30% σε 24 ώρες. Αντικείμενα μεγαλύτερα των 2,5 εκατοστών συνήθως δεν μπορούν να περάσουν τον πυλωρό του στομάχου και γι' αυτό χρήζουν ενδοσκοπικής αφαίρεσης

της δίαιτας ή η λήψη υπακτικών. Αν μετά την πάροδο 2 έως 4 εβδομάδων, δεν έχει βρεθεί το ξένο σώμα, επαναλαμβάνεται ο ακτινολογικός έλεγχος. Στην περίπτωση παραμονής του ξένου σώματος στο στομάχι, γίνεται ενδοσκοπική αφαίρεση. Η αρχική εντόπιση του ξένου σώματος στο λεπτό έντερο χρήζει παρακολούθησης του ασθενούς, ενώ η εντεροσκόπηση ή/και η χειρουργική αφαίρεση διενεργούνται μόνο όταν εμφανιστούν συμπτώματα.

Συνήθη **αιχμηρά αντικείμενα** που καταπίνονται από τα παιδιά είναι οι βελόνες, τα νύχια, οι οδοντογλυφίδες και οι παραμάνες. Αφαίρεση τους συστήνεται όταν εντοπίζονται στο στομάχι, γιατί η δίοδος τους στο έντερο ενέχει μεγάλη πιθανότητα ρήξης (15%-35%). Εναλλακτικά, αυτά τα σώματα μπορεί να παρακολουθούνται καθημερινά με ακτινογραφίες. Η εντόπιση στο λεπτό έντερο αντιμετωπίζεται με παρακολούθηση, ενώ η χειρουργική παρέμβαση επιβάλλεται όταν εμφανιστούν συμπτώματα ενδεικτικά ρήξης ή όταν το ξένο σώμα δεν έχει προχωρήσει σε διάστημα 72 ωρών από τη στιγμή της κατάποσης.

Ένα δυνητικά πολύ επικίνδυνο ξένο σώμα που βρίσκεται σε πολλές ηλεκτρονικές συσκευές είναι η **μπαταρία**. Η κατάποση της μπορεί να προκαλέσει διάβρωση, νέκρωση και ρήξη κάποιου οργάνου. Αν ο ακτινολογικός έλεγχος αναδείξει τη μπαταρία στον οισοφάγο, ακολουθεί επείγουσα ενδοσκοπική αφαίρεση. Ωστόσο, στην περίπτωση εντόπισης στο στομάχι, ο ασθενής μπορεί να παρακολουθηθεί για 48 ώρες εκτός και αν παρουσιάσει συμπτώματα τραυματισμού του γαστρεντερικού συστήματος, οπότε πρέπει να υποβληθεί σε επείγουσα ενδοσκόπηση. Μη

εύρεση της μπαταρίας στα κόπρανα μετά 48 ώρες απαιτεί νέο ακτινολογικό έλεγχο και η παραμονή της στο στομάχι επιβάλλει την ενδοσκοπική αφαίρεση. Χειρουργική επέμβαση κρίνεται επιτακτική επί εμφανίσεως οξέος κοιλιακού άλγους.

Η κατάποση **μαγνήτη** μπορεί να αποτελέσει ακόμα μία πηγή νοσηρότητας, ειδικά όταν πολλαπλοί ή ένας μαγνήτης και ένα μεταλλικό ξένο σώμα προσληφθούν ταυτόχρονα. Αν η λήψη αφορά έναν μαγνήτη που ανιχνεύεται στον οισοφάγο ή στο στομάχι, τότε πρέπει να αφαιρεθεί ενδοσκοπικά. Η εντόπισή του περιφερικότερα του στομάχου αντιμετωπίζεται είτε με αφαίρεση, αν αυτή είναι δυνατή, είτε με παρακολούθηση και ακτινολογική τεκμηρίωση της διόδου του μαγνήτη σε εξωτερική βάση. Αντίθετα, η εύρεση πολλαπλών αντικειμένων στον οισοφάγο ή το στομάχι, επιβάλλει την άμεση αφαίρεση τους. Η παρουσία τους στο έντερο επιβάλλει την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο και τη συνεχή κλινική και ακτινολογική παρακολούθηση, επειδή υπάρχει κίνδυνος απόφραξης, συστροφής, ρήξης και εμφάνισης συριγγίου. Εάν ο ασθενής παρουσιάσει συμπτώματα, σημεία απόφραξης στην ακτινογραφία ή αδυναμία προώθησης των ξένων σωμάτων σε διάρκεια 24 ωρών, απαιτείται χειρουργική παρέμβαση.

Ένα δυνητικά πολύ επικίνδυνο ξένο σώμα που βρίσκεται σε πολλές ηλεκτρονικές συσκευές είναι η μπαταρία. Η κατάποση της μπορεί να προκαλέσει διάβρωση, νέκρωση και ρήξη κάποιου οργάνου. Η κατάποση μαγνήτη μπορεί να αποτελέσει ακόμα μία πηγή νοσηρότητας

Η ενσφήνωση **βλωμού τροφής** είναι συνήθως αποτέλεσμα υποκείμενης δομικής ανωμαλίας όπως είναι η στένωση οισοφάγου. Οι ασθενείς έχουν συνήθως πλήρη απόφραξη και αυξημένες εκκρίσεις σιέλου. Η ενδοσκόπηση είναι αποτελεσματική τόσο στην αφαίρεση του ξένου σώματος όσο και στη διάγνωση της υποκείμενης παθολογίας.

Συμπέρασμα

Η διαχείριση κατάποσης ξένων σωμάτων στον παιδιατρικό πληθυσμό παραμένει μία από τις μεγαλύτερες θεραπευτικές προκλήσεις.

Η πλειονότητα των ξένων σωμάτων αποβάλλονται από το γαστρεντερικό σύστημα με τις κενώσεις χωρίς να προκαλέσουν βλάβη ή να απαιτούν κάποιου είδους παρέμβαση. Ιδιαίτερη εγρήγορση απαιτείται στις περιπτώσεις κατάποσης μπαταρίας, αιχμηρών αντικειμένων, πολλαπλών μαγνητών ή ταυτόχρονης λήψης μαγνήτη και μεταλλικού ξένου σώματος λόγω των πιθανών επιπλοκών.

Ο χρόνος παρέμβασης καθορίζεται από τον τύπο του ξένου σώματος, την ανατομική του εντόπιση και την κλινική εικόνα του ασθενούς. Η ενδοσκόπηση είναι η μέθοδος εκλογής για την οριστική θεραπεία.

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

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