ΔΩΡΕΑΝ

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

Medilife

ΤΕΥΧΟΣ 23, ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2018
ISSN: 2459-4032

Ειδικό αφιέρωμα: «Ολιστική αντιμετώπιση τοπικού πάχους»

υγεία για όλους | γυναίκα | παιδί

Ασφάλεια που τη νιώθεις κάθε στιγμή!

SYCO

MEDICAL Safety ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Γνωρίστε το πρόγραμμα Medical Safety της Generali και ζήστε την κάθε σας στιγμή ξέγνοιαστα. Η πιο ολοκληρωμένη ασφάλιση υγείας με ξεχωριστά προνόμια και παροχές, που ξεκινούν από ενδελεχείς προληπτικούς ελέγχους και εκτείνονται μέχρι και την πλήρη αποθεραπεία σας, στα κορυφαία νοσηλευτικά ιδρύματα της επιλογής σας. Γιατί το Medical Safety δεν είναι απλώς άλλο ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα. Είναι ένα πλήρες σύστημα υγείας!

The Smart & Simple Choice

GENERALI

generali.gr

GeneraliHellas
GeneraliGreece

132 ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΙΣ 50 ΚΟΡΥΦΑΙΕΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ FORTUNE

ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΙΣ 50 ΠΙΟ ΕΞΥΠΝΕΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ MIT

Medilife
ΤΕΥΧΟΣ 23, ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2018

Editorial

Αντώνης Βουκλαρής
Διευθύνων Σύμβουλος
Ομίλου Ευρωκλινικής

Το 2018 ξεκίνησε ως μια χρονιά εξελίξεων για τον κλάδο της ιδιωτικής υγείας. Μια χρονιά που θα φέρει ανακατατάξεις και αλλαγές.

Εμείς στην Ευρωκλινική αισθανόμαστε πιο έτοιμοι από ποτέ να ανταποκριθούμε στις προκλήσεις που έρχονται. Όλα τα προηγούμενα χρόνια δουλέψαμε σκληρά και αξιόπιστα όλοι μαζί, για να μπορούμε σήμερα να είμαστε σίγουροι για την ποιότητα των υπηρεσιών μας και για την άμεση ανταπόκρισή μας στις αυξημένες ανάγκες των καιρών.

Στρατηγική μας ήταν και συνεχίζει να είναι η τοποθέτηση της Ευρωκλινικής στο Κέντρο. Στο κέντρο της πόλης, με επέκταση και εκσυγχρονισμό των χώρων, των υποδομών και του εξοπλισμού μας.

Στο κέντρο της ποιότητας, με καινοτόμες εφαρμογές, μοντέρνες υπηρεσίες και πιστοποιήσεις των ιατρικών κέντρων αριστείας μας (Centers of Excellence).

Στο κέντρο των εξελίξεων, με συμμετοχή σε πρωτοποριακά νοσοκομειακά προϊόντα ασφάλισης για όλη την οικογένεια.

Έχουμε ακόμη πολλή δουλειά μπροστά μας, πολλά να διορθώσουμε και να καλυτερεύσουμε. Αλλά προχωράμε με σιγουριά γιατί στηριζόμαστε στο πολυτιμότερο κεφάλαιο: Στους ανθρώπους της Ευρωκλινικής οικογένειας.

Γιατί χάρη στις δικές τους προσπάθειες η Ευρωκλινική βραβεύτηκε με το Χρυσό Βραβείο Ποιότητας Υπηρεσιών για το 2017 και οι κλινικές μας παραμένουν οι μόνες πιστοποιημένες ως «Φιλικές προς τους Ασθενείς Κλινικές» (Patients Friendly Hospitals) στην Ελλάδα και την Ευρώπη.

Γιατί το ομαδικό πνεύμα συνεργασίας, η ανθρωποκεντρική προσέγγιση και η προσκόλληση στην ποιότητα των ιατρών και του προσωπικού μας έκαναν δυνατή την παροχή των ποιοτικών υπηρεσιών μας σε περισσότερους από 70.000 ασθενείς που μας εμπιστεύτηκαν το 2017.

Ό,τι και αν φέρει, λοιπόν, το 2018, το μόνο σίγουρο για όλους εμάς στην Ευρωκλινική είναι ότι θα συνεχίσουμε να κάνουμε αυτό που ξέρουμε καλύτερα, να βάζουμε στο κέντρο της προσοχής μας τον άνθρωπο και τις ανάγκες του.

ΟΜΙΛΟΣ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο Κέντρο!

AWARD 2016
PATIENTS' FRIENDLY HOSPITAL

TÜV AUSTRIA HELLAS

Φροντίδα που παίρνει βραβείο

Στην Ευρωκλινική Αθηνών βάζουμε πάνω απ' όλα τον ασθενή. Και το αποδεικνύουμε!

Το 2016 γίναμε η πρώτη κλινική στην Ελλάδα και την Ευρώπη που λάβαμε την πανευρωπαϊκή πιστοποίηση Patients' Friendly Hospital

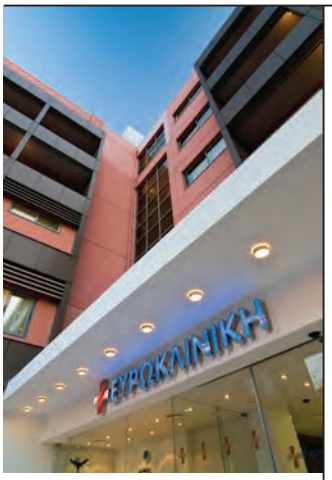
ΠΑΝΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΡΩΤΟΠΟΡΙΑ

Η ανάγκη για αυτονομία, ζεστή ατμόσφαιρα, φιλικά πρόσωπα, άνεση, ασφάλεια, ανθρώπινο ενδιαφέρον, σωστή καθοδήγηση και ουσιαστική υποστήριξη σε κάθε ιατρική πράξη, αποτελούν προτεραιότητα και εφαρμόζονται καθημερινά για κάθε ασθενή μας ξεχωριστά και εξατομικευμένα

Αθανασιάδου 7-9, πάροδος Δ. Σούτσου, 115 21 Αθήνα (Στάση μετρό Αμπελοκήπων)
Τηλ.: **210 6416 600** | Fax: **210 6416 555** | email: **info@euroclinic.gr** | **www.euroclinic.gr** | **euroclinicgroup**

Medilife Contents

ΤΕΥΧΟΣ 23, ΑΝΟΙΞΗ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2018



ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο Κέντρο!

ΤΑ ΝΕΑ ΜΑΣ

4 Ευρωκλινική και Make-a-Wish έκαναν πραγματικότητα την ευχή ενός μικρού παιδιού!
5-10 Ιατρικά Νέα
5 13η επιστημονική ημερίδα Ευρωκλινικής Παίδων
11-13 Τα νέα μας
11 Στην Ευρωκλινική το πρώτο πιστοποιημένο χειρουργικό «Κέντρο Αριστείας» στην Ελλάδα
14 Νοσηλευτικά Νέα

ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

16 Πτώσεις & κατάγματα ισχίου των ηλικιωμένων
18 Κιρσοκήλη
20 Αρθροπλαστικές ισχίου & γόνατος
22 Ελάχιστα επεμβατική στεφανιογραφία - αγγειοπλαστική
24 Ολική αρθροπλαστική γόνατος
26 Πνεύμονες & άσκηση
28 Περιβάλλον και καρδιαγγειακά νοσήματα
30 Γιατί δεν πρέπει να φοβόμαστε τον καρκίνο του λάρυγγα
32 Δυναμική σπονδυλοδεσία
34 Μύθοι & αλήθειες: Ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας
36 Αλήθειες & Μύθοι
39 Καρκίνος του πνεύμονα: Ανοσοθεραπεία και Στοχευμένη θεραπεία
42 Σύγχρονες απόψεις για τη μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος
44 10 μύθοι, προκαταλήψεις και μισές αλήθειες για τον διαβήτη
48 Η παρουσία των ιών HPV στο στόμα
50 Κατάθλιψη

ΑΦΙΕΡΩΜΑ: ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΠΙΚΟΥ ΠΑΧΟΥΣ

54 Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του τοπικού πάχους - μεταβολικού συνδρόμου
56 Ιατρικό πρόγραμμα διαχείρισης σωματικού βάρους
58 Κρυολιπόλυση
60 Απώλεια βάρους

ΓΥΝΑΙΚΑ

64 «Κάλλιον του θεραπεύειν το προλαμβάνειν»
67 Χαλάρωση του δέρματος

ΠΑΙΔΙ

70 Κρυψορχία και υπογονιμότητα
73 Αιφνίδιος θάνατος βρεφών
76 Ανωμαλίες του βουβωνικού σωλήνα
80 Η πλαστική χειρουργική για το παιδί
82 Το παιδί παθητικός καπνιστής
84 Q&A πριν από την αναισθησία
86 Η γρίπη στην παιδική ηλικία

Medilife

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

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

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

Επιτροπή Επιστημονικού Συμβουλίου Ηθικής και Δεοντολογίας

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

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

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

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

Υπεύθυνη έκδοσης
Εύα Τσιλίκουνα
Διευθύντρια Μάρκετινγκ & Επικοινωνίας Ομίλου Ευρωκλινικής

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

Ευρωκλινική και Make-A-Wish έκαναν πραγματικότητα την ευχή ενός μικρού παιδιού!

Η Ευρωκλινική Παίδων σε συνεργασία με το Make-A-Wish (Κάνε-Μια-Ευχή Ελλάδος) στις **5 Μαρτίου 2018 πραγματοποίησε την ευχή της 4χρονης Αντζελίν**, αποδεικνύοντας περίτρανα ότι καμιά φορά οι ευχές των παιδιών μπορεί να γίνουν πραγματικότητα με το πιο μαγικό και ελπιδοφόρο τρόπο. Όλοι οι συντελεστές χάρισαν στη μικρή Αντζελίν ένα ονειρικό πάρτι γενεθλίων, εμπνευσμένο από την αγαπημένη της ταινία «Ψυχρά και Ανάποδα», γεμίζοντας την ατμόσφαιρα με τα πιο αισιόδοξα και φωτεινά χρώματα! Το πάρτι έλαβε χώρα στο ξενοδοχείο «Radisson Blue», όπου όλος ο χώρος είχε διαμορφωθεί ειδικά, με σκοπό να ζωντανέψει την επιθυμία της εορτάζουσας. Στο πλευρό της μικρής Αντζελίν βρέθηκαν γονείς, φίλοι και εθελοντές του Make-A-Wish μαζί με τους ανθρώπους της Ευρωκλινικής Παίδων και τα παιδιά τους, προσφέροντάς της στιγμές βγαλμένες από παραμύθι. Η Ευρωκλινική Παίδων, πιστή στις αξίες της, αποδεικνύει ότι **το παιδί είναι στο κέντρο του ενδιαφέροντός της** και δεσμεύεται να συνεχίσει στο μέλλον να συμβάλλει στην υλοποίηση πολλών παιδικών ευχών.

Διορθωτική μνεία: Στο 22ο τεύχος του περιοδικού της Ευρωκλινικής Medilife, πραγματοποιήθηκε εκ παραδρομής λάθος στο κείμενο της σελίδας 78, με τίτλο «Αιμαγγειώματα Ενδείξεις και θεραπευτική παρέμβαση» στον τίτλο του συγγραφέα του άρθρου. Παρακάτω παρατίθεται ο σωστός τίτλος του συγγραφέα: **Σταύρος Τομπρής, Διευθυντής Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών.**

13η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ

13 χρόνια πρωταγωνιστές στην παιδιατρική επιμόρφωση

Η Ευρωκλινική Παίδων, συμπληρώνοντας 16 χρόνια επιτυχημένης πορείας στην παιδιατρική φροντίδα, το **Σάββατο 11 Νοεμβρίου του 2017** πραγματοποίησε στο **Μέγαρο Μουσικής Αθηνών** με μεγάλη επιτυχία τη 13η Επιστημονική Ημερίδα, μια συνάντηση-θεσμό για τον παιδιατρικό κλάδο.

Περισσότεροι από **200 παιδίατροι** έδωσαν το «παρών» σε μια επετειακή εκδήλωση, στην οποία διακεκριμένοι προσκεκλημένοι ομιλητές και παιδίατροι της Ευρωκλινικής Παίδων παρουσίασαν σύγχρονα θέματα της παιδιατρικής που βρίσκουν εφαρμογή στην καθημερινή κλινική πράξη.

Ορισμένα από τα θέματα που συζητήθηκαν και κράτησαν αμείωτο το ενδιαφέρον των παρευρισκομένων ήταν η κατάθλιψη στην παιδική και εφηβική ηλικία, η σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση της σκολίωσης, ασφαλείς πρακτικές ύπνου και μείωση της επίπτωσης του Συνδρόμου Αιφνίδιου Θανάτου, οι αναπτυξιακές διαταραχές και η επισήμανσή τους από τον παιδίατρο, η διερεύνηση της παιδικής βαρηκοΐας κ.ά.

Αξιοσημείωτος ήταν, επίσης, και ο απολογισμός που αφορούσε τη συμπλήρωση **πέντε ετών από τη λειτουργία του Κέντρου Ελάχιστα Επεμβατικής (λαπαροσκοπικής) Χειρουργικής της Ευρωκλινικής Παίδων** σε συνεργασία με το Τμήμα Χειρουργικής Παίδων του **St George's Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Λονδίνου**.

Προεδρία κ. Κουμάκη στο 2ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο «Καρδιά, Διαβήτης και Μυοσκελετικό»:

Όλες οι εξελίξεις

Ο κ. **Κωνσταντίνος Κουμάκης**, διευθυντής νευρολόγος στην Ευρωκλινική Αθηνών, προήδρευσε στις Ελεύθερες Ανακοινώσεις και στις Βραχείες Διαλέξεις σε Επίκαιρα Θέματα και στις Βραχείες Διαλέξεις Κλινικού Ενδιαφέροντος στο **2ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο «Καρδιά, Διαβήτης και Μυοσκελετικό», που πραγματοποιήθηκε στις 25 Νοεμβρίου 2017 στο ξενοδοχείο «Τιτάνια»**. Στο συνέδριο αναπτύχθηκαν όλες οι τελευταίες εξελίξεις στον τομέα της καρδιάς, των αγγείων, του διαβήτη και του νευρο-μυοσκελετικού συστήματος, με τη συμμετοχή διακεκριμένων επιστημόνων και ακαδημαϊκών.

Ο κ. **Αναστάσιος Τσεχπενάκης,** διευθυντής χειρουργός, εκπροσώπησε την Ευρωκλινική Αθηνών, συμμετέχοντας στο **11th European Colorectal Congress** με αναρτημένη ανακοίνωση (poster) με θέμα «Intestinal pneumatosis following Large Bowel pefroration: A Case report». Το 11th European Colorectal Congress πραγματοποιήθηκε τον Δεκέμβριο του 2017 στο St Gallen της Ελβετίας με κεντρικό θέμα τον καρκίνο του ορθού και τη συμμετοχή πολλών ιατρών.

*Το Τμήμα Παχυσαρκίας της Ευρωκλινικής Αθηνών στο **12ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο Παχυσαρκίας***

Η ομάδα του Τμήματος Παχυσαρκίας της Ευρωκλινικής Αθηνών (οι γενικοί χειρουργοί Ραυτόπουλος Ιωάννης και Τσεχπενάκης Αναστάσιος και ο γαστρεντερολόγος Στεφανίδης Γεράσιμος) συμμετείχαν στο **12ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο Παχυσαρκίας, το οποίο διεξήχθη στο ξενοδοχείο «Royal Olympic» στην Αθήνα από 1 έως 3 Μαρτίου 2018**, όπου και παρουσίασαν την παγκόσμια, επαναστατική μέθοδο απώλειας βάρους, το **Γαστρικό Μπαλόνι - ΧΑΠΙ Elipse**. Η εν λόγω μέθοδος αποτελεί τη μοναδική στον κόσμο αναίμακτη μέθοδο απώλειας βάρους, χωρίς αναισθησία, γαστροσκόπηση ή επέμβαση. Το Πρόγραμμα Απώλειας Βάρους, συνδυαζόμενο με το γαστρικό μπαλόνι Elipse, είναι μια καινοτόμος και αποτελεσματική μέθοδος απώλειας βάρους, η οποία προσφέρεται στην Ευρωκλινική και αποτελεί το πρώτο βήμα, καθώς και ένα σημαντικό εργαλείο με στόχο τη μακροπρόθεσμη στροφή προς έναν πιο υγιεινό και θετικό τρόπο ζωής!

6ο Επιστημονικό Συνέδριο με θέμα «Καρκίνος του Μαστού 2018 - Τι άλλαξε, τι αλλάζει»

Με μεγάλη επιτυχία διοργανώθηκε το 6ο Επιστημονικό Συνέδριο με θέμα «Καρκίνος του Μαστού 2018 - Τι άλλαξε, τι αλλάζει», το οποίο διοργανώθηκε από την **Ελληνική Συνεργαζόμενη Ομάδα Μελέτης Μαστού (ΕΛΣΟΜΑ), στις 26-27 Ιανουαρίου στο ξενοδοχείο «Divani Caravel».** Στο Συνέδριο, στο οποίο προήδρευσαν η διευθύντρια της Χειρουργικής Κλινικής Μαστού του Νοσοκομείου Ευρωκλινική Αθηνών, **Φιορίτα Πουλακάκη** Ph.D FEBS (on Breast Surgery), ο καθηγητής Ογκολογίας ΤΕΙ Αθήνας και Διευθυντής της Α΄ Ογκολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Μετροπόλιταν, Δημήτριος Μπαφαλούκος, και η αναπληρώτρια καθηγήτρια Ογκολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αμάντα Ψυρρή, συζητήθηκαν όλα τα νεότερα δεδομένα για τον καρκίνο του μαστού.

Η Ευρωκλινική Αθηνών «ξεχώρισε» στο Διεθνές Συνέδριο Στεφανιαίας Νόσου στη Νέα Υόρκη

Ο διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής της Ευρωκλινικής Αθηνών, Ιωάννης Α. Χλωρογιάννης, MD, συμμετείχε 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 τη συμμετοχή των επιφανέστερων καρδιολόγων, όπως ο Greg Stone, Columbia University Medical Center, New York, και ο Valentin Fuster, Mount Sinai Medical Center, New York, και αναγνωρισμένων καρδιοχειρουργών. Ο κ. Χλωρογιάννης παρουσίασε τα αποτελέσματά του με τίτλο «Total Arterial Myocardial Revascularization. Efficacy And Efficiency».

Η Ευρωκλινική έκανε ιδιαίτερα αισθητή την παρουσία της σε διεθνές επίπεδο, αναδεικνύοντας την ιδιαίτερη ποιότητα της Καρδιοχειρουργικής ανάμεσα στα καλύτερα καρδιολογικά και καρδιοχειρουργικά κέντρα της υφηλίου.

Η ισχυρή βούληση της Ευρωκλινικής για προσφορά των πλέον σύγχρονων και αποτελεσματικών θεραπειών μπορεί να αποτυπωθεί και από την υψηλή ποιότητα των αποτελεσμάτων και των καρδιοχειρουργικών ασθενών.

Ιδιαίτερα, δε, στους ασθενείς που πάσχουν από στεφανιαία νόσο, η Ευρωκλινική είναι γνωστή για την υλικοτεχνική υποδομή και οργάνωση, ώστε να προσφέρει στους ασθενείς της την ιδανικότερη ποιότητα των αρτηριακών μοσχευμάτων, ιδίως των μαστικών αρτηριών, έναντι των ποιοτικά κατώτερων φλεβικών μοσχευμάτων, που προέρχονται από τα κάτω άκρα.

Η Ευρωκλινική έκανε ιδιαίτερα αισθητή την παρουσία της σε διεθνές επίπεδο, αναδεικνύοντας την ιδιαίτερη ποιότητα της Καρδιοχειρουργικής ανάμεσα στα ***καλύτερα καρδιολογικά και καρδιοχειρουργικά κέντρα της υφηλίου***

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 συχνότερα, παρά τις ιδιαίτερες καρδιοχειρουργικές τεχνικές απαιτήσεις τους, ως χρυσή επιλογή (Gold Standard), όπως συμβαίνει και στην Ευρωκλινική Αθηνών.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Αναγνωρισμένο Κέντρο τοποθέτησης ειδικών βιολογικών αορτικών βαλβίδων με απόφαση του Υπουργείου Υγείας

Η Ευρωκλινική Αθηνών αναγνωρίστηκε, σύμφωνα με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και του αναπληρωτή υπουργού, Παύλου Πολάκη, ως **«Κέντρο τοποθέτησης ειδικών βιολογικών αορτικών βαλβίδων διαδερμικά ή διακορυφαία»** (Φ.Ε.Κ 347/Β'/4-10-2017).

Η διαδερμική (διακαθετηριακή) αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας (transcatheter aortic valve implantation - TAVI) χωρίς εγχείρηση είναι μια εναλλακτική μέθοδος, που σχεδιάστηκε για να προσφέρει μια λιγότερο επεμβατική (αντίστοιχη της στεφανιογραφίας και της αγγειοπλαστικής) αντιμετώπιση στο πρόβλημα της σοβαρής αορτικής στένωσης σε ασθενείς με σοβαρή συμπτωματική στένωση της βαλβίδας, με συνοδά νοσήματα και επιβαρυντικούς παράγοντες, που τους καθιστούν ακατάλληλους, ή σε ασθενείς ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου για χειρουργική επέμβαση αντικατάστασης της αορτικής βαλβίδας.

Σύμφωνα με τον επιστημονικό διευθυντή του τμήματος Αιμοδυναμικής - Ηλεκτροφυσιολογίας - Βηματοδότησης της Ευρωκλινικής, **Δημήτριο Αθανασιά** MD, FESC, επεμβατικό καρδιολόγο, η TAVI:

1 Πρέπει να γίνεται σε κέντρα όπου υπάρχει διαθέσιμη ομάδα πολλαπλών ειδικοτήτων (multidisciplinary heart team), συμπεριλαμβάνοντας καρδιολόγους, καρδιοχειρουργούς, αγγειοχειρουργούς και αναισθησιολόγους.

2 Πρέπει να πραγματοποιείται σε κέντρα με άμεσα διαθέσιμη, για παρέμβαση, καρδιοχειρουργική ομάδα.

3 Να έχει ένδειξη σε ασθενείς με σοβαρή συμπτωματική αορτική στένωση, οι οποίοι δεν είναι κατάλληλοι για χειρουργική αντικατάσταση, όπως εκτιμώνται από ομάδα ειδικών, και οι οποίοι είναι πιθανόν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους, έχοντας ένα προσδόκιμο επιβίωσης >1 έτους.

4 Μπορεί να αποτελεί θεραπεία εκλογής σε ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου, με σοβαρή συμπτωματική αορτική στένωση.

Το Αιμοδυναμικό - Ηλεκτροφυσιολογικό Εργαστήριο της Ευρωκλινικής Αθηνών είναι από τα πλέον εξειδικευμένα εργαστήρια επεμβατικής καρδιολογίας στην Ευρώπη στο οποίο έχουν διενεργηθεί επεμβάσεις με απόλυτη επιτυχία.

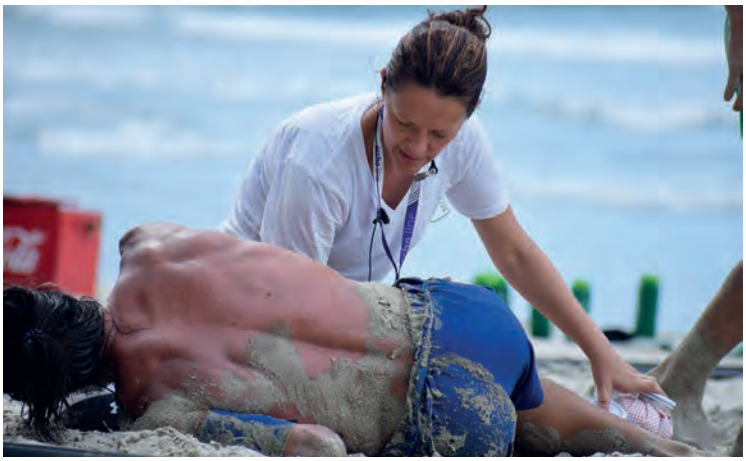
Ομάδες Υποστήριξης και Εκπαίδευσης Σακχαρώδη Διαβήτη: ***«Ενημερώσου, εκπαιδεύσου, εφάρμοσε και ζήσε ελεύθερα!»***

Το 2018 ξεκίνησαν στην Ευρωκλινική οι **Ομάδες Υποστήριξης και Εκπαίδευσης Σακχαρώδη Διαβήτη**. Οι εν λόγω ομάδες οργανώνονται για πρώτη φορά στον ιδιωτικό τομέα υπό την επίβλεψη της εξειδικευμένης ενδοκρινολόγου - διαβητολόγου **Σοφίας Τσιρώνα**, επιστημονικά υπεύθυνης του **Ενδοκρινολογικού Τμήματος της Ευρωκλινικής Αθηνών και του Πολυϊατρείου Σημείου ΔΥΟ**. Οι συμμετέχοντες έχουν την ευκαιρία:

- Να ενημερωθούν για τον σακχαρώδη διαβήτη.
- Να ανταλλάξουν απόψεις.
- Να βρουν λύσεις στις δυσκολίες της καθημερινότητας.
- Να κατανοήσουν τη θεραπεία τους.
- Να λάβουν διατροφική υποστήριξη.
- Να συζητήσουν πολλά ακόμα θέματα σε ένα ευχάριστο και ασφαλές περιβάλλον με τεχνικές που διευκολύνουν την προσωπική

έκφραση, το μοίρασμα συναισθημάτων, αλλά και την καλλιέργεια αισθήματος αποδοχής, εμπιστοσύνης, ασφάλειας και αλληλεγγύης μεταξύ των μελών της ομάδας.

Το **σύνολο των ατόμων της κάθε ομάδας είναι 10-12 άτομα, η διάρκεια της κάθε συνεδρίας είναι μία ώρα και συνολικά θα γίνουν δώδεκα συνεδρίες**, οι οποίες προγραμματίζονται κατόπιν συνεννόησης της ομάδας με την ιατρό. **Περισσότερες πληροφορίες στο 210 6416 139.**



Η Ευρωκλινική προσέφερε ιατρική περίθαλψη στους «Νομάδες» του ΑΝΤ1

Ο ΑΝΤ1 επέλεξε την Ευρωκλινική Αθηνών για τον έλεγχο, τον προληπτικό εμβολιασμό αλλά και την ιατρική υποστήριξη όλων των παικτών και των συντελεστών του επιτυχημένου ριάλιτι περιπέτειας «Nomads». Όλοι οι παίκτες, καθώς και η παραγωγή του σταθμού υπεβλήθησαν σε πλήρη αιματολογικό, καρδιολογικό (triplex, τεστ κοπώσεως, καρδιογράφημα), παθολογικό και ακτινολογικό έλεγχο και εξετάστηκαν από το εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της Ευρωκλινικής.

Την αποστολή στο Παλαουάν στις Φιλιππίνες ακολούθησε **καθ' όλη τη διάρκεια των 12 εβδομάδων προβολής του ριάλιτι η ιατρός παθολόγος της Ευρωκλινικής Αθηνών και επιστημονική υπεύθυνη του τμήματος Check Up του νοσοκομείου, Βαρβάρα Καλογερή**. Η κυρία Καλογερή, έχοντας πολυετή εμπειρία στη δημόσια και την ιδιωτική υγεία, παρείχε δυναμικά και με απόλυτη συνέπεια τις ιατρικές της υπηρεσίες, αποδεικνύοντας για ακόμη μια φορά ότι το προσωπικό της Ευρωκλινικής θέτει πάντα στο κέντρο τη φροντίδα και την υγεία του ανθρώπου.

ΠΑΙΔΩΝ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο Κέντρο!
PATIENTS' FRIENDLY HOSPITAL

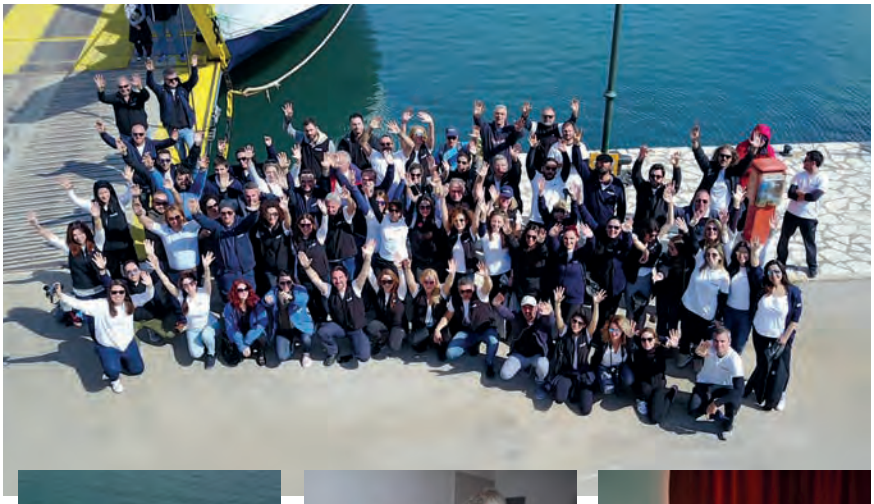
Η Ευρωκλινική Παίδων αναβαθμίζει τις υπηρεσίες της με μία **νέα συνεργασία**

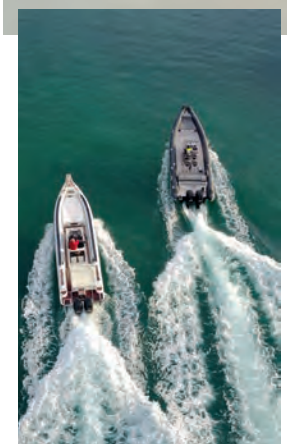
Η ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩν αναβαθμίζει τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει τους μικρούς ασθενείς, εντάσσοντας στο ιατρικό δυναμικό της τη διακεκριμένη **παιδίατρο-πνευμονολόγο κυρία Πολύτιμη Παναγιωτοπούλου-Γαρταγάνη**.

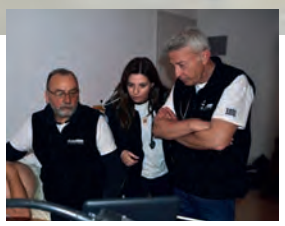
Η κυρία Παναγιωτοπούλου-Γαρταγάνη, **πρώην διευθύντρια της Παιδιατρικής στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»**, διακρίνεται για την επιστημονική της κατάρτιση με ειδίκευση στην Παιδιατρική Πνευμονολογία. Αποτελεί ιδρυτικό μέλος της «Αναπνευστικής Παιδιατρικής Ομάδας», που αργότερα εξελίχθηκε σε Ελληνική Παιδοπνευμονολογική Εταιρεία, καθώς και συνδημιουργό της μονάδας Παιδιατρικής Πνευμονολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών. Για περισσότερα από 20 χρόνια συμμετέχει στην εκπαίδευση ιατρών της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, οι οποίοι εξειδικεύονται στην Παιδιατρική σε συνήθη και ειδικά παιδοπνευμονολογικά νοσήματα, προσφέροντας ενεργά στην ακαδημαϊκή κοινότητα. Έχει εκπαιδευτεί και κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο στην Παιδιατρική Πνευμονολογία από το «Royal Postgraduate School, Hammersmith Hospital» του Λονδίνου.

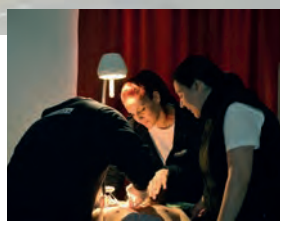
Η προσθήκη της κυρίας Παναγιωτοπούλου-Γαρταγάνη στο ιατρικό δυναμικό της Ευρωκλινικής Παίδων ενισχύει την ήδη άρτια ομάδα επιστημόνων του Παιδοπνευμονολογικού Τμήματος, το οποίο λειτουργεί από την ίδρυση της κλινικής το 2002 και παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας στα παιδιά με αναπνευστικά προβλήματα, όπως χρόνιος βήχας, συριγμός, συχνές λοιμώξεις αναπνευστικού, υποτροπιάζουσες λαρυγγίτιδες, πνευμονίες κ.ά.

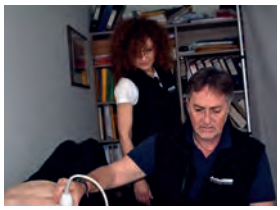
Υποστηρίζουμε την υγεία
των κατοίκων των ακριτικών νησιών











Δυναμική ήταν η παρουσία της ιατρικής και **νοσηλευτικής ομάδας της Ευρωκλινικής Αθηνών στην 4η δράση της Axion Hellas**, που πραγματοποιήθηκε τον Μάρτιο σε ακριτικά νησιά του Ιονίου -συγκεκριμένα στο **Μεγανήσι, τον Κάλαμο και τον Καστό**-, με σκοπό να προσφέρει δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες και εξετάσεις στους κατοίκους των περιοχών. Οι ιατροί **Πέτρος Μαλακάσης, Ιωάννης Ζελενίτσας και Δημήτρης Καρδούλας** και οι νοσηλεύτριες **Λαμπρινή Κορδάτου και Φλωρίνα Μπακάλη** υποστήριξαν ενεργά την αποστολή, επιβεβαιώνοντας ότι στόχος της Ευρωκλινικής θα είναι πάντα η ιατρική υποστήριξη όλων ανεξαιρέτως των ανθρώπων, καθώς και εκείνων που έχουν περιορισμένη πρόσβαση στην υγεία.

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής «έτρεξε» για τη γυναίκα

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής σταθερά δίπλα στη γυναίκα στήριξε για ακόμα μια χρονιά το **Greece Race for the Cure, που έλαβε χώρα τον Σεπτέμβριο του 2017.** Στο πλαίσιο της ευαισθητοποίησης και της ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού και τη σημασία της πρόληψης, 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 του application ήταν να δώσει τη δυνατότητα στις γυναίκες, μέσα από ένα παιχνίδι ερωτήσεων και info tips, να κατανοήσουν τη σημαντικότητα της έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης του καρκίνου του μαστού. Το **Race for the Cure Application by Ευρωκλινική** ήταν διαθέσιμο στις επίσημες σελίδες Facebook του Ομίλου Ευρωκλινικής και του «Άλματος Ζωής», ενώ, επίσης, την ημέρα του αγώνα σε έναν ειδικά διαμορφωμένο χώρο οι ενδιαφερόμενοι μπορούσαν μέσω των tablets ή των smartphones τους να παίξουν, να ενημερωθούν και να κερδίσουν σημαντικές προσφορές υγείας.

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής ένωσε τις δυνάμεις του, έγινε μια μεγάλη αγκαλιά με τη συμμετοχή περισσότερων των **150 δρομέων που έτρεξαν στο Race for the Cure®** για άλλη μια χρονιά, τιμώντας τον θεσμό και όλες τις μαχήτριες της ζωής που κατάφεραν να νικήσουν την επάρατη νόσο.

Από αριστερά, ο Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής, κ. Αντώνης Βουκλαρής, ο κ. Ευάγγελος Καρβούνης, Χειρουργός και Διευθυντής του Κέντρου και ο κ. Ιωάννης Καλλιάς, Γενικός Διευθυντής της TÜV AUSTRIA HELLAS

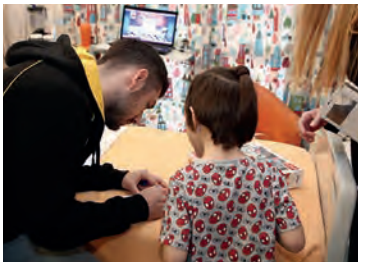
Στην Ευρωκλινική το πρώτο πιστοποιημένο χειρουργικό «Κέντρο Αριστείας» στην Ελλάδα

Η Ευρωκλινική Αθηνών, πρωτοπόρος στον χώρο της υγείας, είναι η πρώτη κλινική στην Ελλάδα που έλαβε το πιστοποιητικό «Centers of Excellence» για το Κέντρο Χειρουργικής Θυρεοειδούς και Παραθυρεοειδών Αδένων του νοσοκομείου.

Το Κέντρο Χειρουργικής Θυρεοειδούς και Παραθυρεοειδών Αδένων της Ευρωκλινικής, με επικεφαλής τον εξειδικευμένο χειρουργό Ευάγγελο Καρβούνη, **πιστοποιήθηκε για το υψηλό επίπεδο εξειδίκευσης και εμπειρίας των επιστημόνων ιατρών, τη συμμόρφωση της κλινικής προς τα κριτήρια του Ιδιωτικού Πρωτοκόλλου BP02 - Centers of Excellence, καθώς και τη δυνατότητα να αποτελέσει κέντρο αναφοράς σε πανευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο**. Ο ιδιαίτερα μεγάλος αριθμός περιστατικών του Κέντρου, τα εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά επιπλοκών σε σύγκριση με τα διεθνή δεδομένα, η εφαρμογή καινοτόμων χειρουργικών τεχνικών, η ενθάρρυνση της συνεχούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των μελών της ομάδας, αλλά και ο υψηλός δείκτης ασφαλείας του περιβάλλοντος στο οποίο φιλοξενούνται και θεραπεύονται οι ασθενείς είναι μόνο κάποια από τα χαρακτηριστικά που οδήγησαν σε αυτή τη διεθνή αναγνώριση.

Η βράβευση πραγματοποιήθηκε στις 8 Φεβρουαρίου 2018 στο αμφιθέατρο του Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ, παρουσία πλήθους ιατρών και λοιπών επιστημόνων αλλά και εκπροσώπων της TÜV AUSTRIA HELLAS, του ανεξάρτητου φορέα πιστοποίησης.

Ο διακεκριμένος χειρουργός και διευθυντής του Κέντρου, Ευάγγελος Καρβούνης, δήλωσε ενδεικτικά: «Ως κέντρο υψηλής εξειδίκευσης αντιμετωπίζουμε ετησίως πολλές εκατοντάδες περιστατικά χειρουργικής θυρεοειδούς και παραθυρεοειδών αδένων, με επιστημονική υπευθυνότητα και σεβασμό στον άνθρωπο. Η διεθνής αυτή διάκριση μας κάνει υπερήφανους και ενισχύει τη δέσμευσή μας, με προσήλωση στις αξίες μας, στη διαρκή επιδίωξη και επίτευξη του "Αριστεύειν"».



Από αριστερά, ο Ελόνου Τσινεμέλου, ο Βασίλης Ξανθόπουλος, ο Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής κ. Αντώνης Βουκλαρής και ο Δημήτρης Μωραΐτης

*Οι παίκτες της **AEK Basketball Team** μοίρασαν δώρα και χαμόγελα στην Ευρωκλινική Παίδων!*

Τα Χριστούγεννα του 2017 είχαν «μπασκετικό αέρα», αφού στις εγκαταστάσεις της Ευρωκλινικής Παίδων έδωσαν το «παρών» γνωστοί παίκτες της ομάδας μπάσκετ της ΑΕΚ. Οι **Ξανθόπουλος Βασίλης, Μωραΐτης Δημήτρης και Ελόνου Τσινεμέλου** έγιναν για λίγο και πάλι παιδιά, έπαιξαν, φωτογραφήθηκαν, μοίρασαν δώρα, αυτόγραφα και πολλά χαμόγελα στους μικρούς νοσηλευόμενους φίλους της Ευρωκλινικής Παίδων, δημιουργώντας μια ευχάριστη και αισιόδοξη ατμόσφαιρα, όχι μόνο για τα παιδιά, αλλά και για τις οικογένειές τους.

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής, επιθυμώντας να προάγει το αθλητικό πνεύμα, ειδικά στα παιδιά που αποτελούν το μέλλον αυτής της χώρας, δηλώνει υπερήφανος ιατρικός υποστηρικτής και χορηγός της ΚΑΕ ΑΕΚ. Ο Όμιλος διανύει ήδη την τρίτη συνεχόμενη χρονιά επιτυχούς συνεργασίας με την ομάδα, με επικεφαλής τον κ. **Ηρακλή Πατσόπουλο**, διευθυντή-ορθοπαιδικό, Ευρωκλινική Αθηνών.

Στηρίζουμε τον ελληνικό αθλητισμό

Η Ευρωκλινική, συνεχίζοντας την υποστήριξή της στον ελληνικό αθλητισμό, υποστηρίζει ενεργά για την περίοδο 2017-2018 αθλητικά σωματεία, όπως την **Ομοσπονδία Χειροσφαιρίσεως (Χάντμπολ) Ελλάδος, τη γυναικεία ομάδα volley του Αιγάλεω και την ομάδα μπάσκετ «Ιπποκράτης» από την Κω.** Ως επίσημος χορηγός η Ευρωκλινική παρέχει στις αθλήτριες και τους αθλητές όλες τις απαιτούμενες ιατρικές υπηρεσίες, μεταξύ των οποίων είναι η διάγνωση, η νοσηλεία και η αποκατάσταση όλων των παικτών. Επικεφαλής του ιατρικού επιτελείου είναι ο κ. **Γεώργιος Κελάλης**, διευθυντής-ορθοπαιδικός Ευρωκλινικής Αθηνών.

Αγαπημένες μαμάδες των social media φιλοξενήθηκαν στις πιο Kids Friendly Παιδιατρικές Εγκαταστάσεις

Η Ευρωκλινική Παίδων, στο πλαίσιο του εορτασμού του ενός έτους από τη μεταφορά της στο ολοκαίνουριο κτίριό της στο κέντρο της Αθήνας, υποδέχτηκε εννέα διάσημες bloggers, δημοσιογράφους και συγγραφείς, μα πάνω απ' όλα μητέρες, οι οποίες ξεναγήθηκαν στους παιχνιδιάρικους διαδρόμους της και στα νέα διαμορφωμένα δωμάτια νοσηλείας.

Οι αγαπημένες μαμάδες των social media μίλησαν με το επιστημονικό και το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής για καθημερινά παιδιατρικά θέματα που απασχολούν τους σύγχρονους γονείς και διαπίστωσαν όλα τα στοιχεία που κάνουν την επίσκεψη στην Ευρωκλινική Παίδων μια πραγματική εμπειρία υγείας και φροντίδας για τα παιδιά.

Η Δέσποινα Καμπούρη, οι 4moms (Αμαλία Κυπαρίσση, Βιβή Μπασινα, Βάσω Στασινού-Νικοπολίδη), η Σόνια Καζόνι, η Κατερίνα Μαντά, η Μαρία Χολέβα, η Αλεξάνδρα Παπαδάκη και η Αλεξία Σβώλου γέμισαν τους διαδρόμους της Ευρωκλινικής με τα λαμπερά τους χαμόγελα, την αισιοδοξία τους και τη γλυκιά τους παρουσία και μοιράστηκαν τις δικές τους εμπειρίες ως εκπρόσωποι των νέων μαμάδων με το προσωπικό της Ευρωκλινικής Παίδων.

Για τον Όμιλο Ευρωκλινικής η φροντίδα των μικρών ασθενών και των συνοδών τους είναι στρατηγική προτεραιότητα. Είναι σημαντικό για τις μαμάδες να νιώθουν ότι οι ίδιες και τα παιδιά τους βρίσκονται στο «κέντρο» του ενδιαφέροντος και της φροντίδας.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ. ΒΑΡΣΟΒΙΑ 2017

Συνεχιζόμενη εκπαίδευση νοσηλευτών στο εξωτερικό

Η Ευρωκλινική Αθηνών συμμετείχε ενεργά στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για νοσηλευτές «Immunotherapy Nurses Preceptorship», που διοργάνωσε η φαρμακευτική εταιρεία Bristol και έλαβε χώρα στις 23-24 Νοεμβρίου 2017, στη Βαρσοβία της Πολωνίας.

Σκοπός του προγράμματος ήταν η βελτίωση της γνώσης των νοσηλευτών στον τομέα της ανοσοθεραπείας και η ανταλλαγή εμπειριών ως προς τη διαχείριση των ανεπιθύμητων ενεργειών. Συμμετείχαν εξειδικευμένοι στην ογκολογία νοσηλευτές από την Τσεχία, την Ελλάδα, την Πολωνία και τη Ρουμανία. Η ελληνική ομάδα αποτελούνταν από 12 νοσηλευτές. Από την Ευρωκλινική συμμετείχε ως εκπαιδευόμενος ο κ. **Χρίστος Στυλιανού** και ως ομιλητής ο κ. **Δημήτριος Παπαγεωργίου**, ο οποίος παρουσίασε κλινικά περιστατικά και τον τρόπο διαχείρισης των ανοσοθεραπευτικών φαρμάκων στην Ελλάδα. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία του νοσοκομείου μας εμπράκτως για άλλη μια φορά στήριξε την εκπαίδευση των νοσηλευτών, ως απάντηση στη διαρκή ανάγκη για συνεχιζόμενη προσαρμογή στις αυξανόμενες απαιτήσεις της καθημερινής κλινικής πρακτικής.

Συνέδριο Παιδιατρικής Νοσηλευτικής

Οι νοσηλεύτριες της Ευρωκλινικής Παίδων Μπακάλη Φλωρίνα, προϊσταμένη Νοσηλευτικών ορόφων Παίδων, και Χατζηπέτρου Αικατερίνη, προϊσταμένη Επίβλεψης Παίδων, συμμετείχαν στις 1 και 3 Δεκεμβρίου του 2017 στο 2ο Συμπόσιο Παιδιατρικού Τομέα του ΕΣΝΕ. Οι νοσηλεύτριες της Ευρωκλινικής Παίδων παρουσίασαν την ομιλία «Πολιομυελίτιδα: Το χθες και το σήμερα».

Ενδοκλινικό μάθημα «Διαχείριση κεντρικών γραμμών»

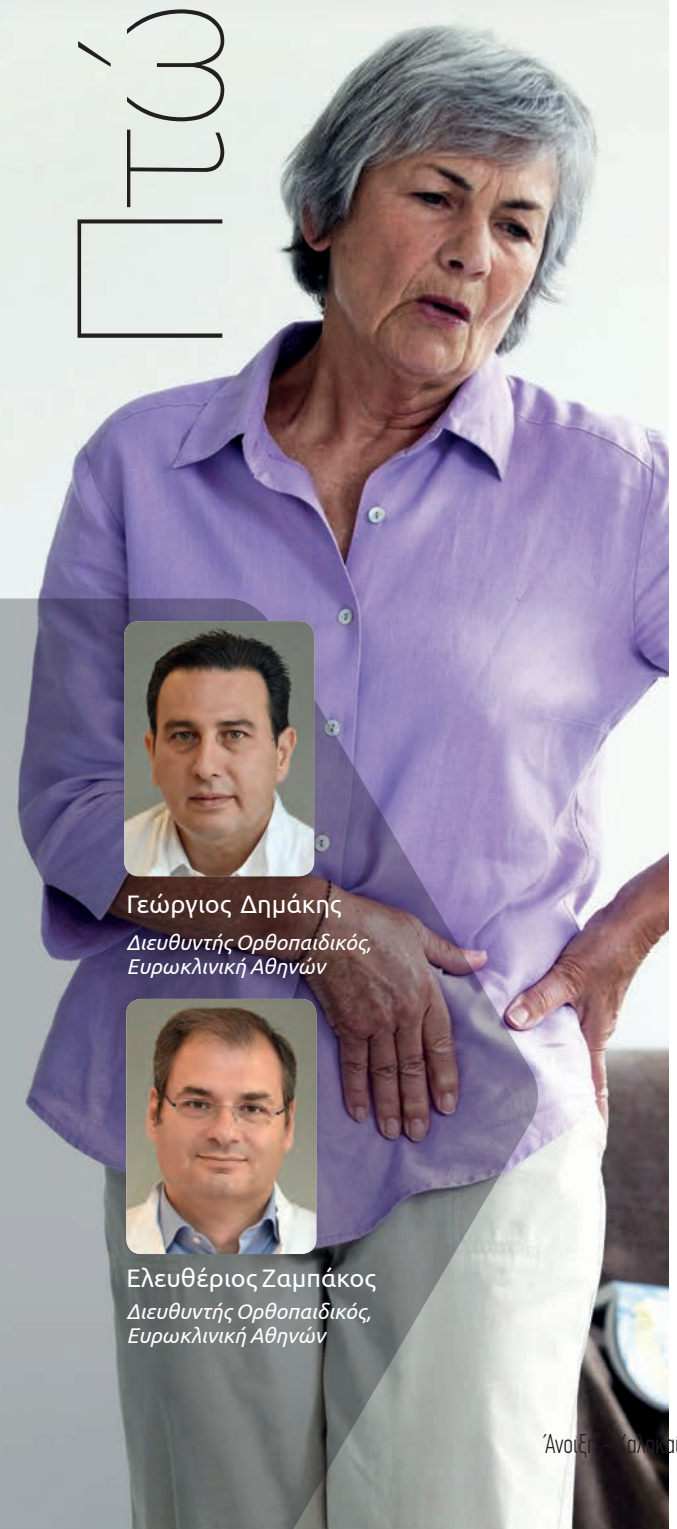
Με επιτυχία ολοκληρώθηκε το ενδοκλινικό μάθημα με θέμα τη «Διαχείριση κεντρικών γραμμών». Βασική ομιλήτρια ήταν η νοσηλεύτρια Αθηνά Νούκου, προϊσταμένη του τμήματος επεμβατικής ακτινολογίας του πανεπιστημιακού νοσοκομείου του Ρίου. Η κυρία Νούκου έχει πολυετή εμπειρία στον τομέα των κεντρικών γραμμών και ασχολείται με την εκπαίδευση των νοσηλευτών σε όλη την Ελλάδα, μέσω αντίστοιχων εξειδικευμένων κλινικών μαθημάτων.

Το μάθημα πραγματοποιήθηκε στα γραφεία του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος στον Πύργο των Αθηνών. Τα προπλάσματα που χρησιμοποιήθηκαν αλλά και το ελαφρύ γεύμα των συναδέλφων ήταν προσφορά της εταιρείας Bard.

Υγεία για όλους

• Πτώσεις & κατάγματα ισχίου των ηλικιωμένων • Κιρσοκήλη: Μια συχνή πάθηση που απασχολεί πολλούς άνδρες • Αρθροπλαστικές ισχίου & γόνατος • Ελάχιστα επεμβατική στεφανιογραφία - αγγειοπλαστική (από το χέρι) • Ολική αρθροπλαστική γόνατος με σύστημα ψηφιακού πλοηγού • Πνεύμονες & άσκηση • Περιβάλλον και καρδιαγγειακά νοσήματα • Γιατί δεν πρέπει να φοβόμαστε τον καρκίνο του λάρυγγα • Δυναμική σπονδυλοδεσία • Μύθοι και αλήθειες για την ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας • Αλήθειες & Μύθοι • Καρκίνος του πνεύμονα: Ανοσοθεραπεία και στοχευμένη θεραπεία • Σύγχρονες απόψεις για τη μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος • 10 μύθοι, προκαταλήψεις και μισές αλήθειες για τον διαβήτη • Η παρουσία των ιών HPV στο στόμα • Κατάθλιψη

Πτώσεις & κατάγματα ισχίου των ηλικιωμένων



Γεώργιος Δημάκης
Διευθυντής Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών

Ελευθέριος Ζαμπάκος
Διευθυντής Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών

Τις τελευταίες δεκαετίες ο αριθμός και το ποσοστό των ηλικιωμένων αυξάνονται συνεχώς. Σήμερα στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι το 18% του συνολικού πληθυσμού υπερβαίνει την ηλικία των 65 ετών.

Επομένως, είναι απαραίτητο να επιδιώκεται γι' αυτή την αυξανόμενη πληθυσμιακή ομάδα το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας. Η υγεία και η λειτουργική ικανότητα των ηλικιωμένων δεν εξαρτώνται μόνο από παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με ιατρικά προβλήματα, αλλά και από το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον.

Με τον όρο «πτώση» εννοούμε το γεγονός κατά το οποίο ένα άτομο βρίσκεται απροσδόκητα από την όρθια, καθιστή ή οριζόντια θέση στο έδαφος, ενώ η υψομετρική διαφορά των δύο θέσεων είναι μικρότερη του 1 μέτρου.

Οι πτώσεις των ηλικιωμένων αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, ιδιαίτερα από άποψη νοσηρότητας, θνητότητας και κόστους αντιμετώπισης. **Το 28% με 35% των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών υφίσταται τουλάχιστον μία πτώση τον χρόνο και το ποσοστό αυτό αυξάνει στο 32% με 42% για άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 75 ετών (περίπου 17 εκατομμύρια Ευρωπαίοι).** Η συχνότητα των πτώσεων αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας.

Οι πτώσεις δεν προκαλούν μόνο κατάγματα, προκαλούν και μείωση της αυτοπεποίθησης. Λόγω του φόβου μιας μελλοντικής πτώσης οι ασθενείς περιορίζουν τη φυσική τους δραστηριότητα, μειώνοντας έτσι σημαντικά τις κοινωνικές τους επαφές.

Το σώμα πέφτοντας από το ύψος του έχει ταχύτητα περίπου 2 με 4 m/s και ασκούνται δυνάμεις από 3.500 έως 12.000 Newton σε μια περιοχή σχετικά μικρή γύρω από τον μείζονα τροχαντήρα του μηριαίου. Η ενέργεια μιας τέτοιας πτώσης είναι αρκετή για να προκαλέσει κατάγματα ισχίου σε άτομα άνω των 70 ετών, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι οστεοπόρωσης.

Η ηλικία και μόνο μειώνει την αντοχή του οστού.

Η ετήσια επίπτωση των πτώσεων σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 70 ετών ανέρχεται στο 49% και περίπου οι μισοί αυτών που υφίστανται πτώση πέφτουν επανειλημμένα.

Οι παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση πτώσης διακρίνονται σε περιβαλλοντικούς (χαλάκια, ανεπαρκής φωτισμός, μη ασφαλείς σκάλες κ.λπ.), φαρμακευτικούς (αντικαταθλιπτικά, υπνωτικά κ.ά.), παθολογικά αίτια (καρδιαγγειακές παθήσεις, νευρολογικά αίτια, ορθοστατική υπόταση κ.ά.), άλλες καταστάσεις υγείας σχετιζόμενες με την ηλικία (οπτική οξύτητα, διανοητική έκπτωση, δόνηση, χρόνος αντίδρασης, ταλάντευση σώματος κ.ά.), διατροφικούς (ανεπάρκεια ασβεστίου και βιταμίνης D), καθώς και σε απουσία άσκησης (μυϊκή ισχύς τετρακέφαλου μυός).

Περισσότερα από 450.000 ηλικιωμένα άτομα στην Ευρώπη λόγω πτώσης σπάνε κάθε χρόνο το ισχίο τους. Στην Ελλάδα ο ετήσιος αριθμός των ηλικιωμένων (70 και πλέον χρόνων) με κάταγμα ισχίου κυμαίνεται μεταξύ 15.000 με 20.000.

Τα κατάγματα του ισχίου είναι τα σοβαρότερα κλινικά, διότι απαιτούν πάντοτε νοσηλεία και χειρουργική αντιμετώπιση. Πάνω από το 90% των καταγμάτων ισχίου προκαλούνται από πτώσεις.

Τα πλεονεκτήματα της AMIS του ισχίου

1. Μικρή τομή του δέρματος (6-8 εκ.)
2. Μειωμένος έως μηδενικός μετεγχειρητικός πόνος
3. Μειωμένος κίνδυνος μετεγχειρητικής χωλότητας
4. Μειωμένη έως και μηδενική πιθανότητα μετεγχειριτικού εξαρθήματος
5. Μειωμένη παραμονή στο νοσοκομείο
6. Μειωμένη απώλεια αίματος
7. Μικρότερη περίοδος αποκατάστασης
8. Γρηγορότερη επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες

450.000 ηλικιωμένα άτομα στην Ευρώπη λόγω πτώσης σπάνε κάθε χρόνο το ισχίο τους

15-20 χιλιάδες είναι **ο ετήσιος αριθμός των ηλικιωμένων (70 και πλέον χρόνων) με κάταγμα ισχίου**

90% των καταγμάτων ισχίου προκαλούνται από πτώσεις

30% των ασθενών επανέρχονται στην πρότερη κινητική δραστηριότητά τους και την ποιότητα ζωής τους

Είναι τα πιο επικίνδυνα κατάγματα και για τους ασθενείς αυτούς η χειρουργική αποκατάσταση είναι μονόδρομος. Παρ' όλα αυτά, η θνητότητα των ηλικιωμένων αυτών ασθενών τα δύο πρώτα χρόνια μετά την εγχείρηση φτάνει το 50%, λόγω επιπλοκών, και μόνο ένα 30% των ασθενών επανέρχονται στην πρότερη κινητική δραστηριότητά τους και την ποιότητα ζωής τους.

Η συχνότητα εκδήλωσης καταγμάτων του ισχίου αυξάνεται γεωμετρικά με την ηλικία. Εκτός από τις οικονομικές συνέπειες των καταγμάτων ισχίου, έχουμε και σοβαρή αναπηρία των ασθενών αυτών, με μεγάλες ψυχοκοινωνικές συνέπειες.

Τα κατάγματα του ισχίου, ανάλογα με το σημείο του οστού που συμβαίνει, χωρίζονται αδρά σε διατροχαντήρια και υποκεφαλικά.

Σήμερα, η χειρουργική αντιμετώπιση των καταγμάτων αυτών γίνεται με σύγχρονες τεχνικές, ελάχιστης επεμβατικότητας, για να μειωθούν οι επιπλοκές και για να αποφευχθεί η μετεγχειρητική χωλότητα και το πιο σημαντικό ο ασθενής να περπατήσει ΑΜΕΣΑ.

Για τα διατροχαντήρια κατάγματα, η σύγχρονη ελάχιστα επεμβατική χειρουργική θεραπεία είναι τα ενδομυελικά συστήματα - Gamma nails, που συνδυάζουν τα πλεονεκτήματα ολισθαίνοντος κοχλιωτού ήλου και κλειστής ασφαλιζόμενης ενδομυελικής ήλωσης (αυξημένη σταθερότητα).

Με δεδομένο ότι καμία θεραπεία δεν είναι καλύτερη και οικονομικότερη από την πρόληψη, η προσπάθεια για ελαχιστοποίηση των συνεπειών μιας πτώσης είναι σημαντική

Και εδώ, λόγω του γεγονότος ότι η ήλωση γίνεται κλειστά, έχουμε μικρό χειρουργικό χρόνο, μικρές απώλειες αίματος και χαμηλή νοσηρότητα (μειωμένος κίνδυνος λοίμωξης).

Μετεγχειρητικά επιτυγχάνονται η άμεση έγερση απ' το κρεβάτι, η άμεση βάδιση και η αποφυγή των επιπλοκών που προκαλούνται από την παρατεταμένη κατάκλιση. Τα υποκεφαλικά κάταγματα αντιμετωπίζονται με ημιολική ή με ολική αρθροπλαστική ισχίου.

Και εδώ στόχος του χειρουργείου είναι η άμεση αποκατάσταση του ασθενούς με τη λιγότερη απώλεια αίματος.

Αυτό επιτυγχάνεται με την τεχνική AMIS ισχίου. Στην προσπέλαση του ισχίου, η μοναδική MIS τεχνική είναι η AMIS (anterior minimal invasive surgery).

Πέραν της τομής του δέρματος, η AMIS είναι η τεχνική που σέβεται τους μυς και τα νεύρα, πηγαίνοντας στα μεσομύια διαστήματα και, το πιο σημαντικό, τα μεσονεύρια διαστήματα, δηλαδή ανάμεσα στις ζώνες που νευρώνονται από το μηριαίο και το γλουτιαίο νεύρο.

Για την πρόληψη των πτώσεων οι ηλικιωμένοι πρέπει να έχουν καλή υγεία, άρα τακτικό ιατρικό έλεγχο, συχνή αξιολόγηση των χορηγούμενων φαρμάκων, τακτικό έλεγχο της όρασης και ήπια άσκηση.

Τέλος, πρέπει να γίνουν αλλαγές διαρρύθμισης του χώρου διαβίωσης των ηλικιωμένων, με στόχο την ελάττωση των εμποδίων που μπορούν να προκαλέσουν πτώση.

Κιρσοκήλη

Μια συχνή πάθηση που απασχολεί πολλούς άνδρες

Αθανάσιος Ρήγας
Διευθυντής Ουρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Τι είναι η κιρσοκήλη;
Με αυτόν τον όρο περιγράφουμε την ανεπάρκεια του φλεβικού δικτύου του όρχεως. Το αίμα φεύγει από τον όρχι με ένα δίκτυο μικρών φλεβών που καταλήγουν στη σπερματική φλέβα, η οποία στην αριστερή μεριά του σώματός μας ενώνεται με τη φλέβα που αποχετεύει το αίμα από το νεφρό. Εάν, λοιπόν, αυτό το φλεβικό δίκτυο ανεπαρκεί, δηλαδή δεν δουλεύουν οι βαλβίδες των φλεβών, το αίμα λιμνάζει και οι φλέβες διογκώνονται, αποκτούν κιρσοειδή διαμόρφωση και συχνά είναι ψηλαφητές ή ακόμη και ορατές από το δέρμα του οσχέου.

Είναι συχνή πάθηση; Πού οφείλεται;
Πολλοί ασθενείς μόλις ανακαλύπτουν την κιρσοκήλη ρωτούν εάν αυτοί έχουν κάνει κάτι και την έχουν δημιουργήσει. Η απάντηση είναι «όχι». Η κιρσοκήλη αποτελεί μια κατασκευαστική διαταραχή των φλεβών που κάποιοι έχουν και κάποιοι άλλοι όχι. Φυσικά, εάν υπάρχει αυτή η πάθηση, **η ορθοστασία, τα βάρη ή οποιαδήποτε επιφόρτιση της περιοχής μπορεί να την επιδεινώνουν ή να προκαλέσουν πιο έντονα συμπτώματα** (βάρος, πόνο προς τον όρχι).

Αξίζει να προστεθεί ότι η κιρσοκήλη δεν είναι σπάνια, καθώς εμ-

φανίζεται στο 15%-20% του συνόλου των ανδρών και στο 35% των ανδρών με υπογονιμότητα.

Τι προκαλεί η πάθηση αυτή στον οργανισμό;

Είναι δόκιμο να ξεκινήσουμε με το τι δεν προκαλεί την κιρσοκήλη. Αυτό γιατί με το που γίνεται η διάγνωση, όλοι αμέσως ανησυχούν για καρκίνο του όρχεως και άλλες παθήσεις των αγγείων του σώματος. Να ξεκαθαρίσουμε, λοιπόν, ότι η κιρσοκήλη δεν έχει καμία σχέση με τα παραπάνω. Αποτελεί μια τοπική δυσλειτουργία των φλεβών του όρχεως και μπορεί να προκαλέσει δύο πολύ συγκεκριμένες καταστάσεις. Πρώτον, όπως ήδη αναφέρθηκε, αίσθημα βάρους, τραβήγματος ή πόνου προς τον σύστοιχο όρχι. Δεύτερον, διαταραχές του σπέρματος που συνδυάζονται με προβλήματα γονιμότητας. Ένας στους δύο άνδρες με κιρσοκήλη έχουν διαταραχές στο σπερμοδιάγραμμα, στην εξέταση, δηλαδή, που εκφράζει τον αριθμό, την κινητικότητα και τη μορφολογία των σπερματοζωαρίων. Επίσης, η κιρσοκήλη συνδυάζεται με διαταραχές της ανάπτυξης του εφηβικού όρχεως και συνδέεται με κάποιες ορμονικές διαταραχές.

Πολλοί μηχανισμοί έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση των ανωτέρω βλαβών, όπως η τοπική αύξηση της θερμοκρασίας του όρχεως, λόγω λίμνασης του αίματος, η παλινδρόμηση τοξικών για τη σπερματογένεση ουσιών από τον νεφρό και η ενεργοποίηση ανοσοβιολογικών μηχανισμών που επηρεάζουν αρνητικά την παραγωγή και ωρίμανση των σπερματοζωαρίων. Το βέβαιο, πάντως, είναι ότι με την κατάργηση της σπερματικής φλέβας που δεν λειτουργεί σωστά, οι παράγοντες αυτοί εκλείπουν και σε αυτή την κατεύθυνση κινείται η λογική της θεραπείας της κιρσοκήλης.

Η κιρσοκήλη δεν είναι σπάνια, καθώς εμφανίζεται στο 15%-20% του συνόλου των ανδρών και στο 35% των ανδρών με υπογονιμότητα

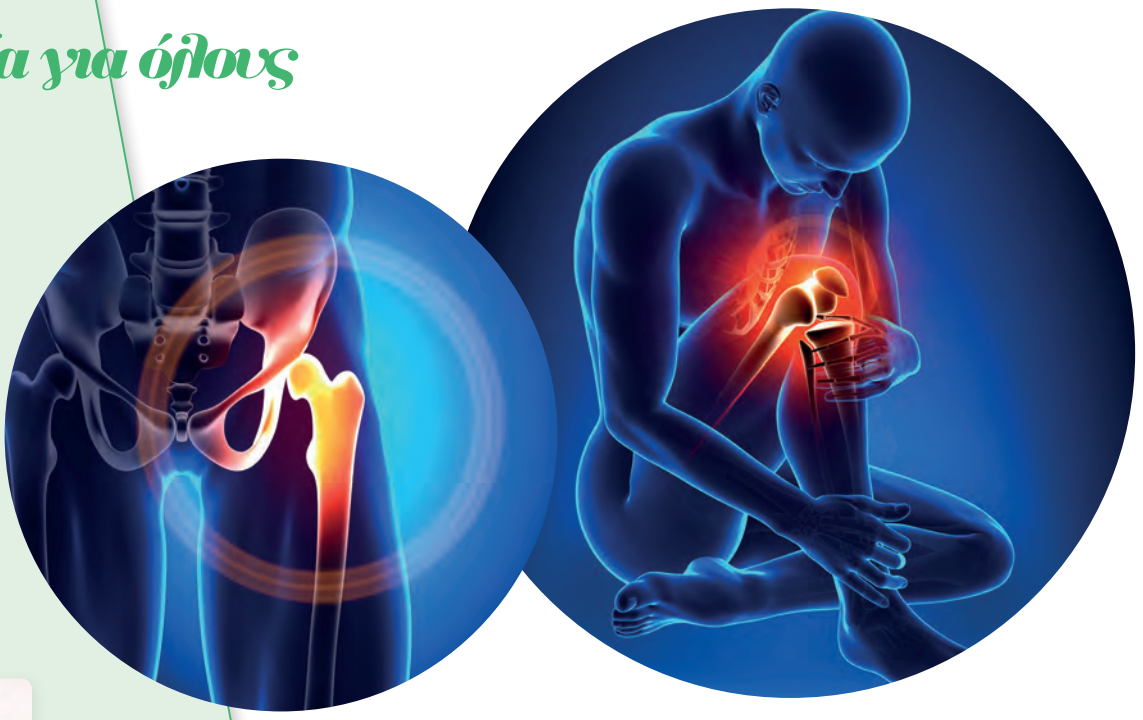
Η διόρθωση της κιρσοκήλης εξασφαλίζει τη διατήρηση της ποιότητας του σπέρματος ή τη βελτίωσή του, όταν υπάρχουν διαταραχές οφειλόμενες στην κιρσοκήλη σε ποσοστό 70%

Πώς γίνεται η διάγνωση και ποια είναι η θεραπεία της κιρσοκήλης;

Η κλινική υποψία της κιρσοκήλης τίθεται όταν με την ψηλάφηση του όρχεως πιάνουμε ένα σύνολο από διατεταμένα «κορδόνια» στην πάνω μεριά του όρχεως, που συχνά μπορεί με τη βαθιά ανάσα να «φουσκώνουν» περισσότερο, ακριβώς γιατί παλινδρομεί αίμα στις φλέβες που ανεπαρκούν. Η διάγνωση ακολούθως γίνεται με ένα ειδικό υπερηχογράφημα οσχέου Doppler, όπου γίνονται ορατές οι φλέβες αυτές, μετράται η διάμετρός τους και φαίνεται η πλήρωσή τους με αίμα που λιμνάζει και παλινδρομεί, προκαλώντας τη φλεβική συμφόρηση του όρχεως. Η επόμενη κίνηση είναι το σπερμοδιάγραμμα, η ποσοτική και ποιοτική εξέταση του σπέρματος, που υπολογίζοντας τον αριθμό, την κινητικότητα και τη μορφολογία των σπερματοζωαρίων είναι ένας πολύτιμος δείκτης της ικανότητας προς γονιμοποίηση και τεκνοποίηση. Έτσι, καθορίζεται η στρατηγική της θεραπευτικής μας παρέμβασης: Έχουμε να κάνουμε με μια μικρή ή μεγάλη κιρσοκήλη και στοχεύουμε στη βελτίωση ενός παθολογικού σπέρματος ή στη διατήρηση της ποιότητας ενός ικανοποιητικού σπέρματος, θεραπεύοντας μια ανατομική ανωμαλία, όπως η κιρσοκήλη, που οδηγεί στην επιδείνωση της ποιότητας του σπέρματος και τη δημιουργία προβλημάτων γονιμότητας.

Η θεραπεία της κιρσοκήλης γίνεται χειρουργικά, με την απολίνωση, το κλείσιμο, δηλαδή, των φλεβών που ανεπαρκούν. Παλαιότερα πραγματοποιείτο με «ανοιχτή» τομή στην κοιλιακή χώρα, ψηλότερα - κοντά στον ομφαλό ή χαμηλότερα στη βουβωνική χώρα, ή λαπαροσκοπικά. Η πλέον σύγχρονη και ενδεδειγμένη μέθοδος είναι η μικροχειρουργική υποβουβωνική. Γίνεται με μια πολύ μικρή τομή δύο εκατοστών υποβουβωνικά, δηλαδή έξω από την κοιλιακή χώρα και κοντά στη βάση του πέους, καθώς και με τη χρήση μικροχειρουργικής τεχνικής για την ακριβέστατη εκτέλεση της επέμβασης. Έτσι, οι χειρισμοί των ιστών κατά τη διάρκεια του χειρουργείου ελαχιστοποιούνται, απολινώνονται με μεγάλη ακρίβεια μόνο τα φλεβικά στελέχη που ανεπαρκούν, ενώ διατηρούνται όλα τα υπόλοιπα στοιχεία (αρτηρία, σπερματικός πόρος, λεμφαγγεία). Επειδή η επέμβαση πραγματοποιείται στην ουσία κάτω από το δέρμα και έξω από την κοιλιά, δεν «ανοίγονται» οι κοιλιακοί μύες, **ο ασθενής δεν νιώθει πόνο μετεγχειρητικά, σηκώνεται από το κρεβάτι αμέσως μετά την επέμβαση και λίγες ώρες μετά το χειρουργείο φεύγει από το νοσοκομείο**. Επιστρέφει στις δραστηριότητές του από την επόμενη ημέρα. Η διόρθωση της κιρσοκήλης εξασφαλίζει τη διατήρηση της ποιότητας του σπέρματος ή τη βελτίωσή του, όταν υπάρχουν διαταραχές οφειλόμενες στην κιρσοκήλη σε ποσοστό 70%, που φαίνεται στο σπερμοδιάγραμμα τρεις με τέσσερις μήνες μετά την επέμβαση.

Βλέπουμε, λοιπόν, όταν φυσικά υπαρχει η ιατρική ένδειξη, ότι η χειρουργική θεραπεία της κιρσοκήλης σήμερα από τους εξειδικευμένους χειρουργούς με τη μικροχειρουργική υποβουβωνική μέθοδο είναι **απλή, ασφαλής και αποτελεσματική**.



Αρθροπλαστικές ισχίου & γόνατος

Αναστάσιος Λιλικάκης
Ορθοπαιδικός,
Ευρωκλινική Αθηνών

Αλεξάνδρα Λιόλιου
Επιμελήτρια
Ορθοπαιδικός,
Ευρωκλινική Αθηνών

Θεόδωρος Παπαπολυχρονίου
Διευθυντής Ορθοπαιδικός,
Ευρωκλινική Αθηνών

Τα συνήθη ερωτήματα: πότε, σε ποιους, με ποιον τρόπο, για ποιο λόγο, για πόσα χρόνια

1. Τι είναι η αρθροπλαστική

Η ολική αρθροπλαστική του ισχίου και του γόνατος είναι χειρουργικές επεμβάσεις για την αντιμετώπιση του χρόνιου, επίμονου πόνου και του περιορισμού της κινητικότητας και της λειτουργικότητας που προκύπτει από την προχωρημένη καταστροφική αρθροπάθεια των μεγάλων αυτών αρθρώσεων.

Συνίσταται στην αφαίρεση τμημάτων της πάσχουσας άρθρωσης και αντικατάσταση με τεχνητά υλικά. Οι επεμβάσεις στο ισχίο και το γόνατο είναι βεβαίως διαφορετικές, διακατέχονται όμως από παρόμοια εγχειρητική «φιλοσοφία» και έχουν τους ίδιους τεχνικούς στόχους. Παρά την κατακλυσμιαία ενημέρωση από εφημερίδες, τηλεόραση και διαδίκτυο, στην άμεση επικοινωνία του ιατρού με τον/την ενδιαφερόμενο/η διαπιστώνονται παρανοήσεις και αντιφατικές προσλήψεις σε ορισμένα βασικά θέματα και προβληματισμούς. **Τα ερωτήματα** αυτά συνοψίζονται σε συγκεκριμένες ενότητες.

2. Πότε πρέπει να γίνεται η επέμβαση

Τα προβλήματα που καλούμαστε να επιλύσουμε, αναφέρονται κυρίως στην ποιότητα ζωής και σε νοσηρότητες που προκύπτουν από τον χρόνιο πόνο και την προοδευτική απώλεια της δυνατότητας διεκπεραίωσης δραστηριοτήτων της καθημερινότητας. Η αγχώδης συνδρομή, το αίσθημα μιζέριας και οι παρενέργειες χρήσης αναλγητικών φαρμάκων ταλαιπωρούν συνήθως τους αρθριτικούς ασθενείς.

Επομένως, είναι επιτακτική η θέσπιση κριτηρίων για το πότε πρέπει να γίνει αρθροπλαστική. Οι περισσότερες επιστημονικές απόψεις και η εμπειρία συγκλίνουν στην άποψη ότι η εγχείρηση είναι μονόδρομος, όταν:

α. Ο χειρουργός εκτιμά από την **κλινική εξέταση** και τον ακτινο-

λογικό έλεγχο ότι οι αρθριτικές αλλοιώσεις είναι σημαντικές.

β. Ο πόνος δεν είναι ανεκτός και αντιμετωπίζεται μόνο με την τακτική χρήση ισχυρών παυσίπονων και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.

γ. Υποβαθμίζεται σημαντικά η ποιότητα ζωής στην καθημερινότητα.

3. Πώς γίνεται η χειρουργική επέμβαση

Ο ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε αρθροπλαστική εισάγεται στο νοσοκομείο και την ίδια μέρα γίνεται η επέμβαση. Τις προηγούμενες μέρες έχει γίνει ο απαραίτητος προεγχειρητικός έλεγχος. **Η ιατρική ομάδα είναι έμπειρη, σταθερή και συντονισμένη.** Ακολουθείται αυστηρή διαδικασία για **γρήγορη επέμβαση** -περίπου μία ώρα-, αλλά και απολύτως ελεγχόμενη, σε χειρουργικό περιβάλλον ύψιστης ασηψίας. **Η αναισθησία** είναι περιοχική, αφορά μόνο τα κάτω άκρα. Λαμβάνεται ιδιαίτερη πρόνοια για τη μικρότερη δυνατή επεμβατικότητα, τον σεβασμό και τη μέγιστη δυνατή προστασία ακεραιότητας των μυϊκών ομάδων και λοιπών μαλακών μορίων, την **αποφυγή μετάγγισης αίματος**, την επιλογή των πλέον κατάλληλων για κάθε συγκεκριμένο ασθενή **υλικών** και την **άψογη τοποθέτησή** τους (προσανατολισμός και σταθερότητα). Οι τεχνικές χειρουργικές λεπτομέρειες (μέγεθος τομής, ψηφιακή υποβοήθηση, προσπέλαση, πλοήγηση, εξατομίκευση κ.λπ.) που επιλέγονται από τον χειρουργό είναι αποδοτικές όταν εντάσσονται στο παραπάνω πλαίσιο.

Οι νέες τεχνικές δεν συνιστούν διαφορετική επέμβαση. Η ενασχόληση του ασθενούς και του περιβάλλοντός του με τους επιμέρους επιστημονικούς προβληματισμούς συχνά είναι συγχυτική. **Η εμπιστοσύνη** στην επιλεγείσα ιατρική ομάδα και στις πρακτικές που ακολουθεί προσφέρει το καλύτερο κλίμα για άριστη τελική έκβαση.

Η αρθροπλαστική του ισχίου και του γόνατος είναι ένα από τα κορυφαία ιατρικά επιτεύγματα των τελευταίων 50-60 χρόνων. Η επιτυχής, όμως, έκβαση απαιτεί γνώση, εκπαίδευση, εμπειρία και διαρκή ενημέρωση σε νέα δεδομένα

4. Τι γίνεται μετά την επέμβαση

Λίγη ώρα μετά το πέρας του χειρουργείου ο ασθενής βρίσκεται στον θάλαμό του. Επικοινωνεί με το περιβάλλον χωρίς ή με ελάχιστο και διαχειρίσιμο πόνο. Μπορεί να κινείται στο κρεβάτι, να πίνει υγρά και λίγο αργότερα να σιτίζεται με στερεά τροφή. **Την ίδια μέρα** κάθεται, ορθοστατεί και βαδίζει με στηρικτικό μέσο, σύμφωνα με τις οδηγίες των παριστάμενων φυσικοθεραπευτών.

Την επόμενη μέρα υποδεικνύεται λεπτομερώς ο τρόπος κινητοποίησης και διαχείρισης της καθημερινότητας. Όταν όλα τα πιθανά ιατρικά προβλήματα είναι υπό έλεγχο, εξέρχεται από το νοσοκομείο με λεπτομερή καθοδήγηση για την παραπέρα πορεία.

Το πρώτο δεκαπενθήμερο **αυτοεξυπηρετείται** με μικρή ίσως βοήθεια. Μετά την αφαίρεση των ραμμάτων, αποδεσμεύεται προοδευτικά και από τα στηρικτικά μέσα και έπειτα από λίγες εβδομάδες επανέρχεται στην κανονικότητα (εργασία, οδήγηση κ.λπ.).

Σε όλες τις περιπτώσεις η μετεγχειρητική πορεία **εξατομικεύεται** ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.

5. Σε ποιες ηλικίες γίνεται η επέμβαση, πόσα χρόνια διαρκεί

Όπως τονίστηκε, ενδείξεις για την επέμβαση είναι η καταστροφή της άρθρωσης, ο πόνος και η υποβάθμιση της ποιότητας της ζωής. **Ηλικιακά όρια σήμερα πρακτικά δεν υπάρχουν** και αυτό γιατί:

α. Σε νεαρές ηλικίες η σωστή και επιτυχής αρθροπλαστική υπόσχεται δεκαετίες καλής λειτουργίας. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε πολλές σύγχρονες δημοσιεύσεις στα σχετικά επιστημονικά περιοδικά, μεγάλος αριθμός ασθενών που έχουν υποβληθεί σε αρθροπλαστική σε νεαρές ηλικίες δεν έχουν κανένα πρόβλημα, ακόμα και για **30 με 40 χρόνια**. Αν με την πάροδο των χρόνων υπάρχει φθορά των υλικών και επισημανθεί -όπως είναι δυνατόν- έγκαιρα, μπορεί να αντικατασταθεί με το ίδιο θετικό αποτέλεσμα.

β. Σε μεγάλες ηλικίες η επέμβαση είναι εξίσου επιτυχής και ασφαλής, επειδή όλα σχεδόν τα προβλήματα που μπορεί να επιφέρουν η γήρανση και η ύπαρξη άλλων νοσημάτων είναι σε μεγάλο βαθμό αντιμετωπίσιμα.

Οι μεγάλες απειλές αυτής της επέμβασης (μόλυνση, θρόμβωση, τεχνικά προβλήματα) είναι υπαρκτές, αλλά έχουν συμπιεστεί σε εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά.

6. Πρέπει να τονιστεί το εξής:

Όλα τα παραπάνω αφορούν τη συντριπτική πλειονότητα των ασθενών που υποβάλλονται σε αρθροπλαστική. Είναι πιθανόν ο συνολικός σχεδιασμός σε ένα ή περισσότερα σημεία να διαφοροποιηθεί ανάλογα με τις ιατρικές, εγχειρητικές ή και χαρακτηριολογικές ιδιαιτερότητες.

Απαραίτητος είναι, όμως, ο σεβασμός σε συγκεκριμένες χειρουργικές και περιεγχειρητικές αρχές που δομήθηκαν και εξακολουθούν να εξελίσσονται με πολύχρονη και επίμονη βασική και κλινική έρευνα αφοσιωμένων επιστημόνων και ιατρικών ομάδων. Πέραν αυτού, η σαφής και ειλικρινής ενημέρωση, οι ρεαλιστικές προσδοκίες αλλά και οι σχέσεις εμπιστοσύνη ιατρού-ασθενούς είναι απαραίτητα στοιχεία για την καλύτερη δυνατή έκβαση.

Ελάχιστα επεμβατική στεφανιογραφία - αγγειοπλαστική (από το χέρι)

Με παρακέντηση της κερκιδικής αρτηρίας, χωρίς κίνδυνο αιμορραγίας, άμεση κινητοποίηση και εξιτήριο την ίδια ημέρα

Δημήτριος Αθανασιάς MD, FESC
Επεμβατικός Καρδιολόγος,
Δ/ντής Αιμοδυναμικού / Ηλεκτροφυσιολογίας & Βηματοδότησης,
Ευρωκλινική Αθηνών

Η στεφανιογραφία είναι μια επεμβατική, διαγνωστική εξέταση, η οποία απεικονίζει την ανατομία των στεφανιαίων αρτηριών, δηλαδή των αγγείων εκείνων που μεταφέρουν στην καρδιά το αίμα που της είναι απαραίτητο για την ομαλή και απρόσκοπτη λειτουργία της.

Στεφανιαία νόσο αποκαλούμε την πάθηση των αρτηριών της καρδιάς, δηλαδή τη στένωση ή και την απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ΣΤΗΘΑΓΧΗΣ - ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ - ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ - ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ.

Η παρακέντηση αρτηρίας για διενέργεια στεφανιογραφίας ή αγγειοπλαστικής γίνεται κατά κανόνα σε θέσεις που η αρτηρία βρίσκεται αμέσως κάτω από το δέρμα. Οι συνηθέστερα χρησιμοποιούμενες αρτηρίες είναι η κοινή μηριαία αρτηρία (στο πόδι), η βραχιόνιος αρτηρία (στο χέρι) και η κερκιδική αρτηρία (στο χέρι). Η παραδοσιακή οδός για καθετηριασμό των στεφανιαίων αρτηριών κατά τα τελευταία 30-40 χρόνια ήταν η μηριαία αρτηρία.

Η κερκιδική αρτηρία άρχισε να χρησιμοποιείται πριν από περίπου 35 χρόνια και τα τελευταία χρόνια έχει εδραιωθεί πλέον ως η οδός πρώτης επιλογής για στεφανιογραφία και αγγειοπλαστική.

Η παρακέντηση στο πόδι

Η παρακέντηση στο πόδι αποτελούσε την πιο συχνή τεχνική

για τη δημιουργία διόδου στο κυκλοφορικό σύστημα. Από εκεί ειδικοί καθετήρες εισέρχονται έως την καρδιά, όπου με τη βοήθεια σκιαγραφικής ουσίας και ακτινολογικού αγγειογράφου απεικονίζουν τις στεφανιαίες αρτηρίες της καρδιάς.

Η τεχνική αυτή έχει **περιορισμούς - κινδύνους εμφάνισης επιπλοκών**:

- Η μηριαία αρτηρία μπορεί να νοσεί (ασθενείς με περιφερική αγγειακή νόσο), με αποτέλεσμα ανατομικά να μην είναι εφικτή η δίοδος του καθετήρα.
- Ο ασθενής είναι υπέρβαρος και η μηριαία αρτηρία είναι εντοπισμένη βαθιά μέσα στο πόδι, με αποτέλεσμα να αυξάνεται σημαντικά η πιθανότητα εμφάνισης αιμορραγίας, η οποία συνήθως είναι και πιο δύσκολα αντιμετωπίσιμη (αιμορραγία μη ορατή στο μάτι - οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα).
- Δημιουργία αρτηριοφλεβώδους επικοινωνίας (επικοινωνία μεταξύ αρτηρίας και φλέβας) κατά την παρακέντηση - συνήθως χρήζει χειρουργικής αντιμετώπισης.
- Δημιουργία ψευδοανευρύσματος κατά την παρακέντηση με ανεπαρκή αιμόσταση.
- Τρώση του μηριαίου νεύρου το οποίο βρίσκεται δίπλα στην αρτηρία.
- Πολύωρη ακινητοποίηση στο κρεβάτι.
- Ισχαιμία άκρου, που απαιτεί χειρουργική επέμβαση.

Η παρακέντηση στο χέρι

Οι περισσότεροι περιορισμοί που έχουν σχέση με την παρακέντηση της μηριαίας αρτηρίας δ**εν υφίστανται στην παρακέντηση της κερκιδικής αρτηρίας.**

Παρά το γεγονός ότι η κερκιδική αρτηρία είναι σημαντικά μικρότερη σε διάμετρο από τη μηριαία αρτηρία, η διάμετρός της είναι αρκετή για να επιτρέψει στους περισσότερους καθετήρες να περάσουν.

Η στεφανιογραφία και η αγγειοπλαστική των αρτηριών της καρδιάς από τον καρπό του χεριού (κερκιδική αρτηρία) αποτελεί μια ανώδυνη, ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο, που σαφώς προτιμούν οι ασθενείς. Απαιτεί εξειδικευμένο και κατάλληλα εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

Περαιτέρω βελτιώσεις των υλικών έχουν οδηγήσει στη δημιουργία ειδικών θηκαριών (μικρά σωληνάκια τα οποία τοποθετούνται μέσα στην αρτηρία αρχικά), που είναι και μη τραυματικά, καθώς, επίσης, και ειδικών καθετήρων μικρότερης διαμέτρου για τη διενέργεια τόσο της διαγνωστικής στεφανιογραφίας όσο και της επέμβασης στα στεφανιαία αγγεία (αγγειοπλαστική με τοποθέτηση stent).

Οι περισσότερες επιπλοκές που έχουν σχέση με την παρακέντηση της μηριαίας αρτηρίας δεν υφίστανται στην παρακέντηση της κερκιδικής αρτηρίας.

Τα **πλεονεκτήματα** της παρακέντησης από το χέρι (κερκιδική αρτηρία) είναι:

- Ελαχιστοποίηση των αιμορραγικών επιπλοκών (αιμάτωμα, ψευδοανεύρυσμα, αρτηριοφλεβική επικοινωνία, ισχαιμικό άκρο που απαιτεί χειρουργείο), που αφορούν τη χρήση της μηριαίας ή της βραχιόνιας αρτηρίας.
- Άμεση κινητοποίηση του ασθενούς - μπορεί να σηκωθεί και να περπατήσει αμέσως μετά την επέμβαση και να λάβει εξιτήριο ακόμα και έπειτα από λίγες ώρες.
- Ευκολότερη αιμόσταση - διακοπή της αιμορραγίας.
- Δυνατότητα να γίνεται η εξέταση χωρίς να είναι απαραίτητη η διακοπή τυχόν λαμβανόμενων αντιπηκτικών φαρμάκων, όπως γίνεται πριν από την παρακέντηση της μηριαίας αρτηρίας.
- Αποφυγή τραυματισμού γειτονικού στην αρτηρία νεύρου.

Η παρακέντηση της κερκιδικής αρτηρίας αποφασίζεται μόνο αφού τεκμηριωθεί η καλή κατάσταση και των δύο αρτηριών του χεριού. Τα μειονεκτήματα της τεχνικής είναι λιγοστά και ελαχιστοποιούνται όσο μεγαλύτερη είναι η πείρα της ιατρικής και νοσηλευτικής ομάδας.

Αντενδείκνυται σε υποβαλλόμενους σε χρόνια αιμοκάθαρση, σε πάσχοντες από σύνδρομο Raynaud ή οποιαδήποτε συμπτωματική νόσο των περιφερειακών αρτηριών και σε όσους έχουν ανατομικές ανωμαλίες ή ελικώσεις στις αρτηρίες του χεριού.

Στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν μοσχεύματα bypass, η ανάγκη να χρησιμοποιηθούν καθετήρες μεγαλύτερου μεγέθους ή και η παρουσία ελίκωσης των αγγείων του λαιμού (αδυναμία προσέγγισης των στεφανιαίων αρτηριών), η παρακέντηση της μηριαίας αρτηρίας είναι μονόδρομος.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθούμε στο γεγονός ότι ο άρτια εκπαιδευμένος επεμβατικός καρδιολόγος είναι αυτός που είναι εξοικειωμένος και με τις δύο τεχνικές παρακέντησης.

Η στεφανιογραφία και η αγγειοπλαστική των αρτηριών της καρδιάς από τον καρπό του χεριού (κερκιδική αρτηρία) αποτελεί μια ανώδυνη, ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο, που σαφώς προτιμούν οι ασθενείς. Απαιτεί εξειδικευμένο και κατάλληλα εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Στην Ευρωκλινική Αθηνών όλοι οι καρδιακοί καθετηριασμοί (στεφανιογραφίες - αγγειοπλαστικές) γίνονται με παρακέντηση της αρτηρίας του καρπού (της κερκιδικής αρτηρίας), με αποτέλεσμα την απόλυτη ικανοποίηση των ασθενών.

Ολική αρθροπλαστική γόνατος με σύστημα ψηφιακού πλοηγού

Στέφανος Αναστασόπουλος

Διευθυντής Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών

Η οστεοαρθρίτιδα του γόνατος αποτελεί μια εκφυλιστικού τύπου πάθηση, κατά την οποία η προοδευτική φθορά του χόνδρου και των υπόλοιπων ενδαρθρικών στοιχείων οδηγεί στη βαθμιαία καταστροφή της άρθρωσης. Πρόκειται για ένα συχνό πρόβλημα που αφορά ένα μεγάλο αριθμό, συνήθως ηλικιωμένων ασθενών. Τα κύρια σημεία της κλινικής εικόνας της πάθησης είναι **ο πόνος, η διόγκωση, ο κριγμός, η δυσκαμψία και η παραμόρφωση του γόνατος**. Τα στοιχεία αυτά οδηγούν σε προοδευτική μείωση της κινητικότητας της άρθρωσης, σε επιδεινούμενη δυσχέρεια βάδισης και τελικά σε απώλεια της ποιότητας ζωής, με συναισθηματική επιβάρυνση.

Η θεραπεία εκλογής της προχωρημένης οστεοαρθρίτιδας του γόνατος είναι η **ολική αρθροπλαστική**. Πρόκειται για επέμβαση αντικατάστασης των φθαρμένων τμημάτων της άρθρωσης με προθέσεις αποτελούμενες από κράματα μετάλλων και πολυαιθυλένιο. Η πρόοδος των αναισθησιολογικών μεθόδων δημιούργησε συνθήκες απόλυτης ασφάλειας και ελαχιστοποίησε τον μετεγχειρητικό πόνο. Η εμπειρία στην εκτέλεση της επέμβασης και η βελτίωση των προθέσεων κατέστησαν την ολική αρθροπλαστική του γόνατος, εδώ και πολλά χρόνια, μια επέμβαση καλής πρόγνωσης, με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Παρ' όλα αυτά, αστάθμητοι παράγοντες που αφορούν είτε τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενούς είτε τις κατά προσέγγιση επιλογές του χειρουργού με τα συμβατικά εργαλεία οδηγούν πολλές φορές σε πτωχά αποτελέσματα (έως και 37% των ασθενών με οστεοαρθρίτιδα γόνατος, ανεξαρτήτως τύπου προθέσεων με χρήση συμβατικών εργαλείων, δεν ήταν ευχαριστημένοι από το μετεγχειρητικό αποτέλεσμα).

Τεχνολογικό επίτευγμα για την αντιμετώπιση αυτών των δυσλειτουργιών αποτελεί η **χρήση Ηλεκτρονικών Συστημάτων Ψηφι-**

ακής Πλοήγησης. Πρόκειται για ένα ψηφιακό σύστημα (πλοηγό), το οποίο καταγράφει τις ανατομικές ιδιαιτερότητες της άρθρωσης του κάθε ασθενούς και καθοδηγεί τον χειρουργό στο να εκτελέσει την επέμβαση με απόλυτη ακρίβεια και με άριστο αποτέλεσμα. Με αυτό τον τρόπο ο χειρουργός, μέσω της υποστηρικτικής ψηφιακής υποβοήθησης του συστήματος, μπορεί, με δική του πάντα επιβεβαίωση ή μεταβολή των δεδομένων, να καθορίζει τα ανατομικά στοιχεία πάνω στα οποία με πολύ μεγάλη ακρίβεια πραγματοποιεί τις οστεοτομίες αλλά και επεμβαίνει στην εξισορρόπηση των μαλακών μορίων της άρθρωσης με μικρομετρική ψηφιακή ακρίβεια. Αποτελεί την **πλέον εξελιγμένη μέθοδο εκτέλεσης της ολικής αρθροπλαστικής γόνατος**, η οποία παντρεύει με τον καλύτερο τρόπο την ικανότητα και την εμπειρία του χειρουργού με την ψηφιακή τεχνολογία.

Πλεονεκτήματα μεθόδου:

- Εξασφαλίζει απόλυτη ακρίβεια στην εκτέλεση της επέμβασης, με τέλεια διόρθωση της παραμόρφωσης του γόνατος, με αποτέλεσμα την ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου και τη μακροβιότητα της πρόθεσης.
- Προσαρμόζει την επέμβαση στα ιδιαίτερα ανατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς.
- Καταγράφει με απόλυτο τρόπο το αρχικό πρόβλημα και το τελικό αποτέλεσμα, το οποίο και αξιολογεί με μετρήσιμες παραμέτρους.
- Ελέγχει διεγχειρητικά τη συμπεριφορά της άρθρωσης του γόνατος, εξασφαλίζοντας ένα εξαιρετικά λειτουργικό αποτέλεσμα με πλήρες εύρος κίνησης.
- Προάγει τη δυνατότητα άμεσης μετεγχειρητικής κινητοποίησης του ασθενούς.

Η ολική αρθροπλαστική είναι μια επέμβαση αντικατάστασης των φθαρμένων τμημάτων της άρθρωσης με προθέσεις αποτελούμενες από κράματα μετάλλων και πολυαιθυλένιο. Η πρόοδος των αναισθησιολογικών μεθόδων δημιούργησε συνθήκες απόλυτης ασφάλειας και ελαχιστοποίησε τον μετεγχειρητικό πόνο

- Συμβάλλει στη σημαντική μείωση του χρόνου της επέμβασης, μειώνοντας έτσι την απώλεια αίματος, την πιθανότητα φλεγμονής και τη χρήση του ισχαίμου.
- Επιτρέπει τη χρήση ελάχιστων και μικρότερων εργαλείων σε σχέση με τη συμβατική επέμβαση, με αποτέλεσμα μικρότερο χειρουργικό τραύμα, περιορισμένη αποκόλληση μαλακών μορίων, μικρότερη αιμορραγία και ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου.
- Ελαχιστοποιεί την πιθανότητα πνευμονικής εμβολής, καθώς δεν χρησιμοποιούνται ενδομυελικοί οδηγοί.
- Δεν απαιτείται προεγχειρητικός σχεδιασμός με MRI ή CT. Ο σχεδιασμός γίνεται στο χειρουργείο από τον χειρουργό με τη χρήση του πλοηγού, διαδικασία σαφώς πιο ακριβής και αξιόπιστη.
- Το κόστος της επέμβασης δεν διαφέρει από το αντίστοιχο των κλασικών μεθόδων.

Για τους παραπάνω λόγους και με γνώμονα τη βαθιά πίστη ότι στη σημερινή εποχή η χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας αποτελεί αυτονόητη επιλογή ως αναγκαίο συμπλήρωμα της ιατρικής γνώσης και πρακτικής, ο ορθοπεδικός χειρουργός κ. Αναστασόπουλος Στέφανος με την ομάδα του εφάρμοσε τη συγκεκριμένη μέθοδο για πρώτη φορά τον Ιανουάριο του 2011. Μέσα σε επτά χρόνια εκτέλεσαν έναν μεγάλο αριθμό επεμβάσεων (από τους μεγαλύτερους που έχουν δημοσιευτεί διεθνώς), με αντίστοιχη περίοδο μετεγχειρητικής παρακολούθησης. **Η ποιότητα των αποτελεσμάτων είναι συγκρίσιμη με αυτή των πιο αναγνωρισμένων διεθνών κέντρων**.

Ταυτόχρονα και στα δύο γόνατα

Οι ασθενείς που πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα στην πλειονότητά τους εμφανίζουν το πρόβλημα και στα δύο γόνατα.

Κατά τη συνήθη τακτική, χειρουργούνται στο ένα γόνατο και έπειτα από κάποιους μήνες και στο άλλο, έχοντας όλο αυτό το διάστημα να αντιμετωπίσουν παράλληλα με την αποκατάσταση του χειρουργημένου και τον πόνο του αχειρούργητου γόνατος και φυσικά μετά την παρέλευση κάποιων μηνών να ξαναμπούν στη διαδικασία νέας επέμβασης. Θα ήταν απόλυτα βολικό να εκτελεστεί η επέμβαση ταυτόχρονα και στα δύο γόνατα, είναι όμως ασφαλές; Νεότερες μελέτες έδειξαν ότι **η ολική αρθροπλαστική που εκτελείται ταυτόχρονα και στα δύο γόνατα έχει λιγότερες επιπλοκές** από το να χειρουργηθούν με διαφορά κάποιων μηνών, αρκεί να γίνεται προσεκτική επιλογή των ασθενών και να τηρούνται κάποιες προϋποθέσεις, οι οποίες εξασφαλίζονται απόλυτα με τη χρήση του ψηφιακού πλοηγού.

Αυτή η δυνατότητα αποτελεί μια **εξαιρετικά σημαντική εξέλιξη, με τεράστιο όφελος για τον ασθενή σε χρόνο και ταλαιπωρία**, και αποτελεί και αυτονόητη απόδειξη ότι η συγκεκριμένη μέθοδος προκαλεί περιορισμένη επιβάρυνση στον οργανισμό (απώλεια αίματος, επιπλοκές, πόνος) σε σχέση με τις υπόλοιπες μεθόδους εκτέλεσης της ολικής αρθροπλαστικής γόνατος.

Στην Ευρωκλινική Αθηνών ο ορθοπαιδικός χειρουργός κ. Αναστασόπουλος Στέφανος εκτελεί τα τελευταία χρόνια, σε σταθερή βάση, την επέμβαση ταυτόχρονα και στα δύο γόνατα, κατόπιν προσεκτικής επιλογής των ασθενών, με τη χρήση του ψηφιακού πλοηγού. Ήδη έχει εκτελεστεί ένας μεγάλος αριθμός «διπλών» επεμβάσεων με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Πνεύμονες & άσκηση

Ευαγγελία Γκιζοπούλου

Διευθύντρια Πνευμονολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Δύσπνοια στην κόπωση: Απλώς «κακή φυσική κατάσταση» ή μήπως σύμπτωμα νόσου;

Κάθε φορά που διοργανώνονται μεγάλα διεθνή ή και μικρότερα τοπικού ενδιαφέροντος αθλητικά γεγονότα μας υπενθυμίζουν τα... θαύματα που μπορούν να κάνουν η τακτική σωματική δραστηριότητα και η άσκηση. Βέβαια, οι ευεργετικές επιδράσεις της άσκησης δεν αφορούν μόνο υγιή αλλά και άτομα με χρόνιες παθήσεις, βελτιώνοντας εντυπωσιακά την αντοχή, τη διάθεση και την ποιότητα ζωής.

Συχνά συνδέουμε την καλή φυσική κατάσταση με την υγεία της καρδιάς ή και με τη διατήρηση του φυσιολογικού σωματικού βάρους. Ωστόσο, η άσκηση συμβάλλει τα μέγιστα και στη διατήρηση της υγείας των πνευμόνων. Η τακτική άσκηση ωφελεί τους πνεύμονες, αλλά και αντίστροφα πνευμονικές παθήσεις συμβάλλουν δραματικά στη μείωση της ικανότητας για άσκηση.

Η άσκηση απαιτεί τεράστια προσαρμογή όλων των συστημάτων του οργανισμού που εμπλέκονται (αναπνευστικό, καρδιαγγειακό, μυοσκελετικό) και, συνακόλουθα, μπορεί να αποκαλύψει αδυναμίες που δεν γίνονται αντιληπτές σε ηρεμία λόγω των χαμηλών μεταβολικών αναγκών. Όταν γυμναζόμαστε οι μύες απαιτούν περισσότερο οξυγόνο και παράγουν περισσότερο διοξείδιο, ώστε να βρουν την απαιτούμενη ενέργεια. Το ίδιο συμβαίνει και με την κυκλοφορία του αίματος: Επιταχύνεται ώστε να μεταφέρει οξυγόνο στους μυς. Παράλληλα, σύνθετες μεταβολικές αντιδράσεις σπεύδουν να ενεργοποιηθούν ώστε να αποδώσουν την ενέργεια που χρειάζεται.

Οι υγιείς πνεύμονες, όπως και η καρδιά, έχουν μεγάλες εφεδρείες για να ανταποκριθούν στο απαιτούμενο έργο. **Όταν όμως οι πνεύμονες πάσχουν** και η λειτουργία τους είναι μειωμένη, τότε η άσκηση αποκαλύπτει το μειωμένο απόθεμα και **νιώθουμε δύσπνοια.**

Ποιες είναι οι παθολογικές καταστάσεις των πνευμόνων στις οποίες παρουσιάζονται δύσπνοια και μειωμένη ανοχή στην άσκηση;

Βρογχικό άσθμα

Η άσκηση, και μάλιστα σε εξωτερικό χώρο, με την εισπνοή ψυχρού αέρα καθώς και την ταχύπνοια κατά την άσκηση μπορεί να ερεθίσει τους βρόγχους. Επιπλέον, η εισπνοή του χλωρίου της πισίνας ή ακόμα και ο ξηρός παγωμένος αέρας στο σκι μπορεί να προκαλέσουν βρογχική υπεραντιδραστικότητα ή το λεγόμενο άσθμα εκλυόμενο στην άσκηση (exercise induced asthma), δηλαδή στένωση των βρόγχων, με συμπτώματα άσθματος (παροξυσμικός βήχας, δύσπνοια, αίσθημα σφιξίματος στο στήθος και εκπνευστικός συριγμός). Η επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται με ειδικά τεστ ελέγχου της αναπνευστικής λειτουργίας, όπως **η σπιρομέτρηση προ και μετά βρογχοδιαστολή ή έπειτα από άσκηση και η ροομέτρηση αιχμής, που είναι απλές και αναπαραγώγιμες εξετάσεις για αξιολόγηση του αναπνευστικού.** Σήμερα το άσθμα αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με σύγχρονη θεραπευτική αγωγή και σε καμία περίπτωση ΔΕΝ αποτελεί λόγο διακοπής της άθλησης - παρά μόνο σε κρίση και έξαρση. Γνωστοί πρωταθλητές διεθνούς εμβέλειας πάσχουν από άσθμα, αλλά αυτό δεν τους εμποδίζει (με κατάλληλη αγωγή και καθοδήγηση) να πετυχαίνουν υψηλές επιδόσεις και να ανταγωνίζονται επί ίσοις όροις μη ασθματικούς αθλητές.

Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)

Άθληση και κάπνισμα θα πρέπει να θεωρούνται αντίπαλοι. Η ΧΑΠ είναι νόσος των καπνιστών, μια χρόνια νόσος καταστροφική για το πνευμονικό παρέγχυμα και τους αεραγωγούς, που, δυστυχώς, «φιλοδοξεί», σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως το 2020 να αναδειχθεί σε 3ο πρωταθλητή μεταξύ των αιτιών θανάτου. Οι άνθρωποι που πάσχουν από ΧΑΠ ή άλλη χρόνια πνευμονική νόσο νιώθουν δύσπνοια στην κόπωση, γεγονός που αποθαρρύνει οποιαδήποτε μορφή άσκησης. Καθώς οι πνεύμονες βρίσκονται σε υπερδιάταση, δηλαδή είναι «φουσκωμένοι», χρειάζεται να καταβάλλουν μεγαλύτερο έργο από τους υγιείς. Μην απογοητεύεστε: Όσο λιγότερο ασκείστε τόσο η φυσική σας κατάσταση θα χειροτερεύει και η καθημερινότητα θα δυσκολεύει, καθώς θα προστίθενται επιπλέον προβλήματα, όπως η μυϊκή ατροφία, η οστεοπόρωση και η κατάθλιψη. Με κατάλληλη καθοδήγηση από τον πνευμονολόγο και τον φυσικοθεραπευτή και με την ένταξη σε πρόγραμμα προοδευτικής άσκησης, με διαλείμματα, θα αποκομίσετε ανεκτίμητα οφέλη με ασφάλεια. Προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης (rehabilitation) σε συνδυασμό με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και διατροφή έχουν αποδώσει ευεργετικά αποτελέσματα.

Διάμεσα πνευμονικά νοσήματα, όπως ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση, σαρκοείδωση κ.ά.

Πνευμονικές εκδηλώσεις ρευματολογικών παθήσεων, όπως συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα και ρευματοειδής αρθρίτιδαν, καρδιοπάθειες, που επηρεάζουν και τις δεξιές καρδιακές κοιλότητες - στεφανιαία νόσος, μυοκαρδιοπάθειες, βαλβιδοπάθειες, πνευμονική υπέρταση. Μην τις αγνοείτε θεωρώντας ότι είναι... φυσιολογικό να λαχανιάζετε (είμαι μεγάλος πια, δεν γυμνάζομαι, το τσιγάρο φταίει κ.λπ.). Απευθυνθείτε στον γιατρό σας, καθώς η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία θα ανοίξουν τον δρόμο για καλύτερη ποιότητα ζωής. Η διακοπή του καπνίσματος και η συστηματική άσκηση προσφέρουν ευεξία και αυτοπεποίθηση, που όλοι θα πρέπει να μπορούν να απολαύσουν.

Περιβάλλον και καρδιαγγειακά νοσήματα

Αθανάσιος Δρούγκας
Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Στο πρόσφατο ευρωπαϊκό συνέδριο καρδιολογίας αναδείχθηκε ότι, εκτός από τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως το κάπνισμα, η υπερλιπιδαιμία, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης κ.ά., κομβικό ρόλο παίζουν, επίσης, **η μόλυνση του περιβάλλοντος, ο θόρυβος και οι κλιματολογικές συνθήκες, όπως το ψύχος.**

Δεν χρειάζεται να είναι κανείς γιατρός για να καταλάβει ότι η μόλυνση του περιβάλλοντος είναι βλαβερή για την υγεία και κυρίως για τους πνεύμονες και την καρδιά.

Αυξάνεται ο κίνδυνος πρόκλησης οξέων στεφανιαίων επεισοδίων και μάλιστα ο κίνδυνος αυτός είναι μεγαλύτερος όταν η μόλυνση του περιβάλλοντος είναι από εξατμίσεις αυτοκινήτων και άλλων μηχανοκίνητων οχημάτων.

Ερευνητές από το Ινστιτούτο Καρολίνσκα της Σουηδίας εξέτασαν τη σχέση μεταξύ των περιβαλλοντικών παραγόντων και των καρδιαγγειακών νοσημάτων και διαπίστωσαν ότι οι παθήσεις της καρδιάς είναι όντως πιο συχνές στις ανεπτυγμένες χώρες, όπου και η μόλυνση του περιβάλλοντος είναι μεγαλύτερη. Περίπου το 90% του ευρω-

90% του ευρωπαϊκού πληθυσμού εκτίθεται σε υψηλά επίπεδα ατμοσφαιρικής ρύπανσης και ηχορύπανσης

4,106 εκατομμύρια ανθρώπους σκοτώνουν ετησίως τα είδη ρύπανσης

2020 μέχρι τότε θα έχουν χαθεί 8 εκατομμύρια συνάνθρωποί μας από τη μόλυνση του περιβάλλοντος

Η μόλυνση του περιβάλλοντος αποτελεί σήμερα σημαντική αιτία για εμφάνιση εμφράγματος του μυοκαρδίου, αιφνίδιου θανάτου και αυξημένου αριθμού εισαγωγής ασθενών στα νοσοκομεία

παϊκού πληθυσμού εκτίθεται σε υψηλά επίπεδα ατμοσφαιρικής ρύπανσης και ηχορύπανσης. Τα ανωτέρω είδη ρύπανσης σκοτώνουν ετησίως πάνω από 4 εκατομμύρια ανθρώπους.

Η μολυσμένη ατμόσφαιρα περιέχει μεγάλες ποσότητες στερεών και υγρών σωματιδίων, το μέγεθος των οποίων έχει μεγάλη σημασία.

Σωματίδια διαμέτρου μεγαλύτερης των 10 μm εισέρχονται στο τραχειοβρογχικό δέντρο, προκαλώντας βρογχίτιδες και Ca πνεύμονα. Σωματίδια διαμέτρου μικρότερης των 2,5 μm εισέρχονται στην κυκλοφορία μέσω του ενδοθηλίου, προκαλώντας προϋποθέσεις για καρδιαγγειακά νοσήματα.

Τρεις είναι οι **παθολογικοί μηχανισμοί:**

1. Μέσω ενεργοποίησης του αυτόνομου νευρικού συστήματος, με αποτέλεσμα ταχυκαρδίες και αρρυθμίες.

2. Με απευθείας δράση στο μυοκάρδιο.

3. Μέσω φλεγμονής του ενδοθηλίου.

Πολλές μελέτες έδειξαν ότι η έκθεση σε μολυσμένο περιβάλλον ενεργοποιεί κυτταρικούς μηχανισμούς, με αποτέλεσμα την αύξηση των στοιχείων φλεγμονής, όπως είναι η ιντερλευκίνη -6, οι κυτταροκίνες, τα λεμφοκύτταρα και η CRP (C αντιδρώσα πρωτεΐνη).

Σε μια ευρωπαϊκή μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι άνθρωποι που ζουν δίπλα σε δρόμους μεγάλης κυκλοφορίας διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν υπέρταση και -ως εκ τούτου- καρδιαγγειακό σύμβαμα, όχι μόνο εξαιτίας του νέφους, αλλά και λόγω της ηχορύπανσης.

Επίσης, έχει βρεθεί ότι σε ημέρες που η μόλυνση του περιβάλλοντος ήταν αυξημένη, η 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης (holter) έδειξε αύξηση αυτής, ενοχοποιώντας την ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Συμπερασματικά, η μόλυνση του περιβάλλοντος αποτελεί σήμερα σημαντική αιτία για εμφάνιση εμφράγματος του μυοκαρδίου, αιφνίδιου θανάτου και αυξημένου αριθμού εισαγωγής ασθενών στα νοσοκομεία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προβλέπει ότι μέχρι το 2020 θα έχουν χαθεί 8 εκατομμύρια συνάνθρωποί μας από τη μόλυνση του περιβάλλοντος.

Γι' αυτό πρέπει οι κυβερνήσεις των κρατών να συνειδητοποιήσουν την επιτακτική ανάγκη για λήψη άμεσων μέτρων περιβαλλοντικής πολιτικής.

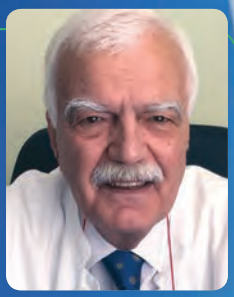
Αυτή, δε, πρέπει να κινηθεί σε πέντε κύριους άξονες:

1. Στον σεβασμό της φύσης.
2. Στις βασικές ανθρώπινες ανάγκες (νερό, τροφή κ.λπ.).
3. Στην ενοποίηση της οικονομικής και περιβαλλοντικής πολιτικής.
4. Στην ουσιαστική μείωση των ρύπων.
5. Στη διεθνή αλληλεγγύη.

Το περιβάλλον αποτελεί πρόκληση και ευκαιρία ταυτόχρονα.

Πρόκληση να ξεπεράσουμε τους εθνικούς μας εγωισμούς και ευκαιρία για να δημιουργήσουμε έναν πλανήτη με ειρηνικές σχέσεις, τόσο ανάμεσα στους ανθρώπους όσο και ανάμεσα στον άνθρωπο και στη φύση.

Αυτό θα είναι μια παρακαταθήκη της δικής μας γενιάς προς τις επερχόμενες για ένα καλύτερο ΑΥΡΙΟ.



Ζήσης Πάππας
Διευθυντής Ωτορινολαρυγγολόγος, Χειρουργός κεφαλής και τραχήλου, Ευρωκλινική Αθηνών

Γιατί δεν πρέπει να φοβόμαστε τον καρκίνο του λάρυγγα

Σύγχρονοι τρόποι αντιμετώπισής του

Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι η δεύτερη πιο συχνή κακοήθεια του ανώτερου αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος. Αντιστοιχεί στο 3,5% όλων των καρκίνων γενικώς. Στην Ευρώπη η μεγαλύτερη επίπτωση παρατηρείται στις μεσογειακές χώρες και την Ανατολική Ευρώπη, ενώ η μικρότερη στις σκανδιναβικές χώρες. Είναι πιο συχνός στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες, σε αναλογία 4:1, και η πιο συχνή ηλικία εμφάνισης είναι μεταξύ 60 και 70 ετών.

Αίτια

Ο πιο σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας είναι το κάπνισμα, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν εμφανίζεται στους μη καπνιστές.

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι ο πρώιμος γλωττιδικός καρκίνος (δηλαδή, των φωνητικών χορδών) του σταδίου I έχει ποσοστά ίασης 95% και του σταδίου II 64%-76%

Η κατανάλωση αλκοόλ, επίσης, αποτελεί ξεχωριστό προδιαθεσικό παράγοντα και έχει, μάλιστα, συνεργική δράση με το κάπνισμα, δηλαδή σε ανθρώπους που πίνουν και καπνίζουν πολλαπλασιάζεται η πιθανότητα εμφάνισής του. Τα τελευταία χρόνια έχει ενοχοποιηθεί και ο ιός HPV. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η επαγγελματική έκθεση και η εισπνοή διάφορων καρκινογόνων ουσιών, όπως είναι ο αμίαντος, καθώς και το ιστορικό προηγούμενης ακτινοθεραπείας του ασθενούς στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου για άλλο λόγο.

Ο λάρυγγας χωρίζεται σε τρεις περιοχές: Την υπεργλωττιδική μοίρα, τη γλωττιδική και την υπογλωττιδική. Η πιο συχνή εντόπιση καρκίνου του λάρυγγα αφορά τη γλωττιδική μοίρα (φωνητικές χορδές) -σε ποσοστό 70%- και ακολουθούν η υπεργλωττιδική μοίρα (25%) και η υπογλωττιδική (5%). Ο πιο συχνός τύπος νεοπλασίας λάρυγγα είναι το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα ή αλλιώς πλακώδες καρκίνωμα, που αφορά πάνω από το 90% των περιπτώσεων των καρκίνων του λάρυγγα.

Συμπτώματα - διάγνωση

Τα πιο συνήθη συμπτώματα είναι η βραχνάδα, η δυσκολία στην αναπνοή (δύσπνοια) και στην κατάποση, η αιμόπτυση και η αντανακλαστική ωταλγία. Σημαντικό είναι να τονιστεί ότι κάθε βραχνάδα που επιμένει πάνω από τρεις εβδομάδες πρέπει να

3,5%

το ποσοστό αντιστοιχίας σε σχέση με το σύνολο όλων των καρκίνων

4:1

είναι η αναλογία σε άνδρες και γυναίκες

60-70

ετών είναι η πιο συχνή ηλικία εμφάνισης

ελεγχθεί οπωσδήποτε από ΩΡΛ. Ο ΩΡΛ θα κάνει έναν πλήρη έλεγχο της κεφαλής και του τραχήλου με σύγχρονα μέσα, όπως είναι τα ενδοσκόπια.

Έτσι, με την ενδοσκόπηση του λάρυγγα με εύκαμπτο ρινο-φαρυγγο-λαρυγγοσκόπιο ή άκαμπτο ενδοσκόπιο 70 μοιρών στο ιατρείο ελέγχεται όλη η περιοχή του φάρυγγα, του υποφάρυγγα και του λάρυγγα εύκολα, άμεσα και ανώδυνα και πολύ γρήγορα εντοπίζεται το σημείο βλάβης και εκτιμάται η λειτουργικότητα του λάρυγγα (κινητικότητα φωνητικών χορδών). Στη συνέχεια, μπορεί, αν κρίνεται απαραίτητο, να παρθεί βιοψία μέσω μιας σύντομης επέμβασης που ονομάζεται μικρολαρυγγοσκόπηση. Υπό γενική αναισθησία και με τη χρήση μικροσκοπίου θα επανελεγχθεί όλη η περιοχή του λάρυγγα και παίρνονται πολλαπλές βιοψίες. Το αποτέλεσμα της ιστολογικής και όλος ο έλεγχος του ασθενούς, που περιλαμβάνει, εκτός από την κλινική εξέταση, και αξονική τομογραφία τραχήλου και θώρακος, θα καθορίσουν, αφού γίνει σταδιοποίηση της νόσου, και το είδος της θεραπείας.

Θεραπεία

Στις μέρες μας υπάρχουν πολλές θεραπευτικές εναλλακτικές, οι περισσότερες είναι ανώδυνες και εύκολες σε έμπειρα χέρια με άριστα ποσοστά ίασης.

Σε περιπτώσεις, λοιπόν, που έχει γίνει έγκαιρη διάγνωση από ΩΡΛ και η βλάβη είναι μικρή (T1 ή T2) γίνεται προσπάθεια αφαίρεσης όλης της βλάβης με υγιές όριο - χορδεκτομή με χρήση laser. Η τεχνική αυτή διενεργείται με σύγχρονα μηχανήματα laser και μικροσκόπιο και σε έμπειρα χέρια έχει άριστα θεραπευτικά και λειτουργικά αποτελέσματα. Το laser προσφέρει χειρουργική ακρίβεια, ελάχιστη αιμορραγία και ταχεία επούλωση, διότι κόβει και καίει ταυτοχρόνως. Η παραμονή του ασθενούς στην κλινική είναι μόλις μία ημέρα και είναι εντελώς ανώδυνη μέθοδος. Μειονέκτημα της μεθόδου είναι μια ήπια βραχνάδα που μπορεί να παραμείνει μόνιμα στον ασθενή. Το εντυπωσιακό της μεθόδου είναι ότι δεν χρειάζεται επικουρικά καμία άλλη θεραπεία, π.χ., ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. Το laser μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε επιλεγμένα περιστατικά και σε πιο προχωρημένους καρκίνους (T3) με πολύ καλά αποτελέσματα. Εναλλακτικές θεραπείες είναι η ακτινοθεραπεία ή ο συνδυασμός ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας σε ορισμένες περιπτώσεις στην προσπάθεια διατήρησης του οργάνου του λάρυγγα. Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι η χημειοθεραπεία δεν αποτελεί από μόνη της θεραπεία στον καρκίνο του λάρυγγα, αλλά δρα επικουρικά στην ακτινοθεραπεία, ευαισθητοποιώντας την περιοχή πριν εφαρμοστεί η ακτινοθεραπεία. Σπάνια και σε πολύ προχωρημένα στάδια (T4) χρειάζεται να γίνει ολική λαρυγγεκτομή, δηλαδή αφαίρεση όλου του λάρυγγα και δημιουργία μιας νέας στομίας για να αναπνέει ο ασθενής. Μπορεί να χρειαστεί να γίνει και λεμφαδενικός καθαρισμός του τραχήλου, δηλαδή αφαίρεση λεμφαδένων από την περιοχή του τραχήλου (λαιμού), διότι η μετάσταση σε τραχηλικό λεμφαδένα είναι το πρώτο σημείο μετάστασης του καρκίνου του λάρυγγα. Ακόμα και σε ασθενείς με λαρυγγεκτομή υπάρχουν πλέον τρεις ικανοποιητικές μέθοδοι ανάπτυξης ομιλίας έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να επικοινωνεί ικανοποιητικά με το περιβάλλον του. Αυτές είναι: Η τοποθέτηση βαλβίδων ομιλίας, η χρήση λαρυγγοφώνου ή η ανάπτυξη διοισοφαγείου ομιλίας μέσω ειδικής λογοθεραπείας.

Πολύ σημαντική είναι η μετέπειτα παρακολούθηση και συμμόρφωση του ασθενούς με πρώιμο καρκίνο λάρυγγα με διακοπή του καπνίσματος και τακτικό ενδοσκοπικό έλεγχο του λάρυγγα από τον χειρουργό κάθε μήνα τον πρώτο χρόνο, κάθε δύο μήνες τον δεύτερο χρόνο, κάθε τρεις μήνες τον τρίτο χρόνο και κάθε έξι μήνες τον τέταρτο χρόνο. Συμπερασματικά, τα ποσοστά ίασης του πρώιμου καρκίνου λάρυγγα είναι εξαιρετικά με τις σύγχρονες μεθόδους θεραπείας και πλέον πολύ λίγοι ασθενείς καταφεύγουν στη λυση της λαρυγγεκτομής.

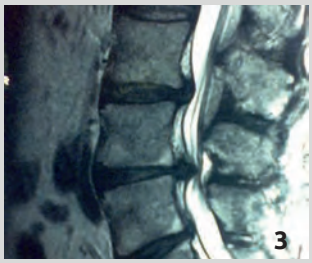
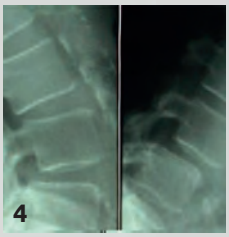
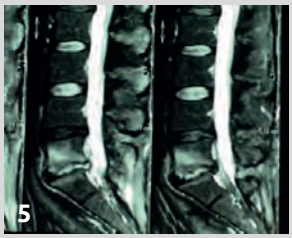
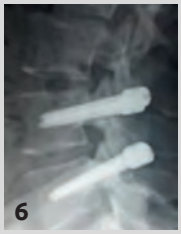
Δυναμική σπονδυλοδεσία

Χρήση δυναμικών ή και υβριδικών συστημάτων σπονδυλοδεσίας

Νικόλαος Μεταξάς
Διευθυντής Νευροχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Το πρόβλημα στις περιπτώσεις χειρουργικής αντιμετώπισης της κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου (ΚΜΔ) είναι αφενός η αστάθεια της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ), που προκαλεί έντονο και όχι εύκολα αντιμετωπίσιμο πόνο (οσφυαλγία), και αφετέρου το μεγάλο ποσοστό υποτροπής της, που οδηγεί σε επανεπεμβάσεις με αυξημένες επιπλοκές και σαφώς χειρότερα αποτελέσματα. Γι' αυτό τον λόγο η μεγάλη δυσκολία είναι η απόφαση για το ποιες από αυτές πρέπει να χειρουργηθούν, πότε και κυρίως πώς.

Είναι γνωστό πλέον ότι μια απλή δισκεκτομή ή πεταλεκτομή, όταν τελικά αποφασίζεται, αυξάνει την αστάθεια και δεν λύνει τα προβλήματα του ασθενούς, αλλά μάλλον τα αυξάνει. Από την άλλη μεριά θεωρείται ότι δεν είναι πανάκεια η σπονδυλοδεσία, οποιουδήποτε τύπου και βαρύτητας. Προκαλεί δε δυσκινησία της σπονδυλικής στήλης και προβλήματα με χρόνιο πόνο, περιορισμό δραστηριοτήτων, προβλήματα στους μεσοσπονδύλιους δίσκους, στα όριά της κ.λπ. Τελευταία, λοιπόν, φαίνεται ότι η λύση του προβλήματος μοιάζει να είναι ένα δυναμικό (κινούμενο) σύστημα «σπονδυλοδεσίας». Έτσι, λοιπόν, τα τελευταία 15 χρόνια άρχισαν να αναπτύσσονται και να χρησιμοποιούνται υβριδικά συστήματα τα οποία προσφέρουν δυνατότητες και για σταθερή και για εύκαμπτη σπονδυλοδεσία,

Εικόνα 1: Σύστημα FLEX, Εικόνα 2: Σύστημα DYNESYS, Εικόνα 3: Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, Εικόνα 4: Σπονδυλολίσθηση, Εικόνα 5: Σπονδυλοδισκίτιδα, Εικόνα 6: ΚΜΔ σε 1, 2 ή περισσότερα διαστήματα (DYNESYS), Εικόνα 7: ΚΜΔ σε 1 ή 2 επίπεδα

Αίτια

Τα αίτια που προκαλούν αστάθεια της ΟΜΣΣ και απαιτούν πολλές φορές χειρουργική αντιμετώπιση χωρίζονται σε εκφυλιστικά, όπως:

1 Προβολή, κήλη ή ρήξη του μεσοσπονδυλίου δίσκου.

2 Σπονδυλολίσθηση, δηλαδή μετατόπιση σπονδύλου με βαριά οσφυαλγία και πολύ συχνές νευρολογικές βλάβες.

3 Μικροβιακή φλεγμονή του μεσοσπονδυλίου δίσκου (δισκίτιδα) ή και των σπονδύλων (σπονδυλοδισκίτιδα, οστεομυελίτιδα).

4 Και σε τραυματικά (κατάγματα, μετατόπιση σπονδύλου κ.λπ.).

όπως και τον συνδυασμό τους. Έτσι στην κλινική μας επιλέξαμε διάφορα συστήματα που μας έδιναν αυτή τη δυνατότητα.

Συμπτώματα

Τα κλινικά σημεία και συμπτώματα που οδηγούν σε χειρουργική επέμβαση είναι:

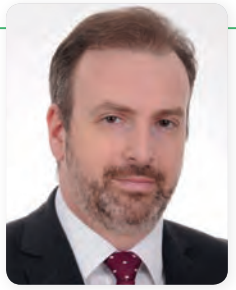
- Οσφυαλγία: Όταν εμμένει άνω των τριών μηνών υπό φαρμακευτική αγωγή και φυσιοθεραπεία
- Ισχιαλγία: Όταν εμμένει υπό φαρμακευτική αγωγή άνω των τριάντα ημερών με ή χωρίς οσφυαλγία
- Νευρολογικές διαταραχές
- Κινητικές ή και αισθητικές

Τα αποτελέσματα είναι εξαιρετικά σε ΚΜΔ ή ρήξη του μεσοσπονδύλιου δίσκου με σπονδυλική αστάθεια σε ένα ή δύο επίπεδα, σε σπονδυλολίσθηση μικρότερη του 2ου βαθμού, στην πεταλεκτομή για προστασία του «γειτονικού» διαστήματος και, τέλος, στην ενδοτρηματική ΚΜΔ.

Φαίνεται, λοιπόν, ότι η χρήση δυναμικών ή και υβριδικών συστημάτων σπονδυλοδεσίας μπορεί να αποτελέσει τη λύση στην προσπάθεια για βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετεγχειρητικά λόγω της προστασίας του μεσοσπονδύλιου δίσκου και την αποφυγή της υποτροπής της κήλης στο ίδιο ή σε γειτονικό επίπεδο, όπως επίσης και με τη διατήρηση της κινητικότητας και την ελαχιστοποίηση έως και εξαφάνιση του μετεγχειρητικού πόνου και της παραμένουσας οσφυαλγίας.

Μύθοι και αλήθειες για την ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας

Μια **αντιμετωπίσιμη** πάθηση



Βασίλειος Σκουτέρης
Χειρουργός Οφθαλμίατρος,
Διευθυντής Οφθαλμολογικού Τμήματος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Οι περισσότεροι έχουμε ακούσει τον όρο ωχρά κηλίδα. Συνήθως από κάποιο γνωστό ο οποίος έχει διαγνωστεί με κάποια μορφή της συγκεκριμένης νόσου και στην οποία αναφέρεται λέγοντας ότι πάσχει από «ωχρά κηλίδα». Αρχικά, θα ήταν χρήσιμο να ξεκαθαρίσουμε ότι η ωχρά κηλίδα δεν είναι πάθηση αλλά ένας ανατομικός όρος ο οποίος αφορά το κέντρο του αμφιβληστροειδούς. Αποτελεί το κομμάτι του οπτικού μας συστήματος από το οποίο προέρχεται η κεντρική και πιο ακριβής όραση. Συνεπώς, όλοι μας έχουμε ωχρά κηλίδα και αυτό που ο κόσμος εννοεί είναι ότι ο εκάστοτε ασθενής έχει διαγνωστεί με κάποιας μορφής εκφύλιση της ωχράς κηλίδας με συνηθέστερη την ηλικιακή. Εκτός από την ηλικιακή, υπάρχουν και άλλες μορφές εκφύλισης της ωχράς κηλίδας (ΕΩΚ), όπως η μυωπική, η διαβητική καθώς και άλλες παθήσεις, όπως δυστροφίες.

Μια πάθηση που εμφανίζεται συνήθως σε ανθρώπους άνω των 60 ετών, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και νωρίτερα. Η πάθηση δεν οδηγεί ποτέ σε πλήρη απώλεια της όρασης και δεν είναι επώδυνη

Τι είναι όμως η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας;

Πρόκειται για μια πάθηση που εμφανίζεται συνήθως σε ανθρώπους άνω των 60 ετών, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και νωρίτερα σε ορισμένες περιπτώσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη πάθηση δεν οδηγεί ποτέ σε πλήρη απώλεια της όρασης και δεν είναι επώδυνη. Αρχικά, μπορεί να εμφανιστεί ως παραμόρφωση της κεντρικής όρασης που εν δυνάμει μπορεί τελικά να οδηγήσει σε ένα **μόνιμο μαύρο τμήμα (σκότωμα) στο οπτικό πεδίο**. Με τη σωστή παρακολούθηση και θεραπεία είναι δυνατόν να έχουμε τη λιγότερη δυνατή ή και καθόλου απώλεια όρασης. Μπορούμε, δηλαδή, να επαναφέρουμε την όραση, εφόσον η παρέμβαση γίνει άμεσα και σωστά.

Ποια είναι τα αίτια της ηλικιακής εκφύλισης της ώχρας κηλίδας;

Προς το παρόν η ακριβής αιτία της δεν είναι γνωστή. Έχει όμως συσχετιστεί με το γυναικείο φύλο (πιθανώς λόγω του μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής), ενώ σημαντικό ρόλο παίζει το γονιδιακό υπόβαθρο, καθώς έχουν ήδη βρεθεί γονίδια που έχουν συσχετιστεί με την εκφύλιση ωχράς κηλίδας και σε ορισμένες οικογένειες εμφανίζεται πιο συχνά. Παρ' όλα αυτά δεν θεωρείται αποκλειστικά κληρονομική νόσος. Το κάπνισμα αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες εμφάνισης ηλικιακής εκφύλισης της ωχράς κηλίδας, ενώ κάποιες μελέτες υποδεικνύουν ότι η μακροχρόνια έκθεση στο ηλιακό φως μπορεί επίσης να αυξήσει τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου. Τέλος, η διατροφή μπορεί να επηρεάσει ιδιαίτερα και να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση εκφύλισης ωχράς κηλίδας.

Τα συμπτώματα διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο, αλλά συνήθως το πρώτο σύμπτωμα είναι η δυσκολία να διακρίνουν λεπτομέρειες. Μπορεί να παρατηρηθεί δυσκολία στο διάβασμα ακόμα και με τα γυαλιά κοντινής όρασης ή να υπάρχει μια θόλωση

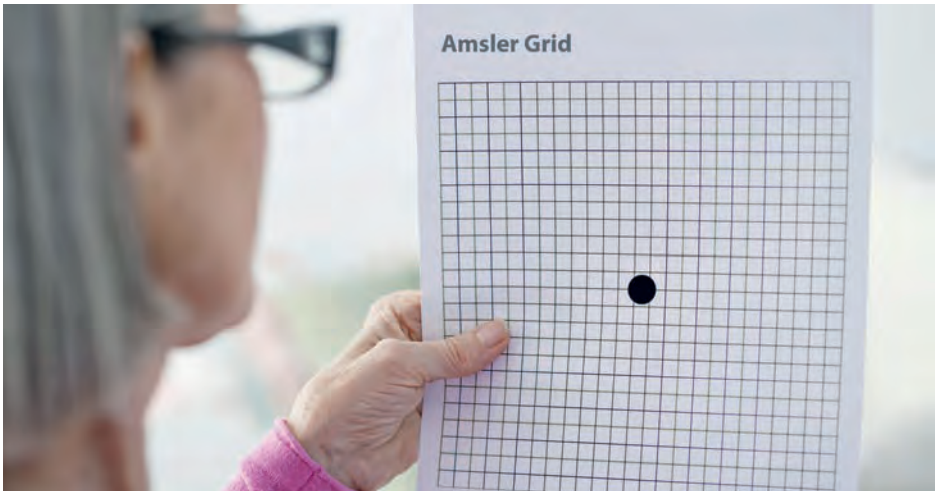
σε κάποιο σημείο της κεντρικής όρασης. Συχνά, οι ευθείες γραμμές φαίνονται παραμορφωμένες ή κυματοειδείς.

Η ηλικιακή εκφύλισης της ώχρας κηλίδας εμφανίζεται σε **δύο μορφές, την ξηρού και την υγρού τύπου.**

Η **ξηρού τύπου** είναι και ο πιο συχνός τύπος. Αν και εξελίσσεται αργά, έχει ως αποτέλεσμα τη σταδιακή απώλεια της κεντρικής όρασης. Για να φτάσει στο τελικό της στάδιο περνούν συνήθως αρκετά χρόνια, ενώ η περιφερική όραση δεν επηρεάζεται από αυτή τη νόσο και έτσι δεν υπάρχει ποτέ απώλεια όλου του οπτικού πεδίου.

Την **υγρά μορφή** θα εμφανίσει ένα μικρό ποσοστό των ανθρώπων με ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας. Σε αυτή αναπτύσσονται νεοαγγεία από τους υποκείμενους ιστούς προς την ωχρά κηλίδα. Τα αγγεία αυτά δεν είναι σωστά σφραγισμένα, με αποτέλεσμα να διαρρέει υγρό από αυτά, το οποίο συσσωρεύεται στην ωχρά κηλίδα δημιουργώντας οίδημα. Συχνά αυτά τα αγγεία να αιμορραγούν. Η μακροχρόνια παρουσία οιδήματος και αιμορραγίας οδηγεί στην δημιουργία ουλής και απώλειας της κεντρικής όρασης. Η εξέλιξη της υγράς μορφής είναι πολύ γρήγορη και αυτός είναι και ο λόγος που είναι σημαντικό να γίνει σωστή και γρήγορη διάγνωση, ώστε να ξεκινήσει η θεραπεία.

Σημαντικό πλεονέκτημα στη διάγνωση μας έχει δώσει η ψηφιακή αγγειογραφία, που έχουμε στη διάθεσή μας τα τελευταία χρόνια. Πρόκειται για μια εξέταση που διαρκεί μόνο μερικά λεπτά, είναι εντελώς ανώδυνη και μας δίνει όλα τα στοιχεία που χρειαζόμαστε όχι μόνο για τη διάγνωση, αλλά και για τη χορήγηση της θεραπευτικής αγωγής. Αποφεύγουμε, λοιπόν, τα τρυπήματα, κερδίζουμε χρόνο, αφού η ψηφιακή αγγειογραφία γίνεται πολύ ταχύτερα, αλλά κυρίως εξαφανίζεται ο κίνδυνος αναφυλακτικής αντίδρασης στο σκιαγραφικό, κάτι που ήταν πάντα επίφοβο με τη συμβατική αγγειογραφία. Επιπλέον, με την ίδια εξέταση προκύπτει και η τομογραφία του αμφιβληστροειδούς: πρόκειται, δηλαδή, για μια οπτική τομογραφία συνοχής (OCT) με την οποία μπορούμε να δούμε εκτός από την πρόσθια επιφάνεια της ωχράς κηλίδας, τι γίνεται στο μέσο ή και πίσω από αυτή.



Η εξέλιξη της τεχνολογίας μας βοηθάει στον ακριβέστερο προσδιορισμό του σταδίου της πάθησης άρα και στην καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπισή της. Βασική προϋπόθεση για να διατηρήσει κανείς καλή όραση είναι να ζητήσει βοήθεια άμεσα μετά την έναρξη των συμπτωμάτων και να είναι συνεπής με τις επισκέψεις στον οφθαλμίατρό του

Σχετικά με την αντιμετώπιση της εκφύλισης ωχράς κηλίδας, με τα σημερινά δεδομένα η θεραπεία της υγράς μορφής γίνεται με ενδοϋαλοειδικές ενέσεις. Οι ενέσεις αυτές αφορούν κάποιους παράγοντες που ονομάζονται Anti-VEGF και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί στο να σταθεροποιήσουν την κατάσταση αλλά και στο να βελτιώνουν την όραση. Τα Anti-VEGF έχουν αντι-αγγειογεννετική δράση, δηλαδή σταματάνε την εξέλιξη των νεοαγγείων. Στόχος είναι η μείωση του οιδήματος και η βελτίωση της όρασης.

Τι γίνεται όμως με τους ασθενείς οι οποίοι έχουν ήδη υποστεί εκτεταμένη βλάβη και με ποιο τρόπο μπορούμε να τους βοηθήσουμε;

Σε προχωρημένα στάδια της νόσου και για ασθενείς με χαμηλή όραση που δεν βελτιώνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα, σημαντική βοήθεια μπορούν να προσφέρουν τα βοηθήματα χαμηλής όρασης. Τα συγκεκριμένα βοηθήματα ενισχύουν την υπάρχουσα όραση χρησιμοποιώντας διαφόρων τύπων μεγέθυνση, φωτισμό αλλά και άλλους τρόπους που κάνουν το κεντρικό τμήμα της όρασης που έχει επηρεαστεί να φαίνεται μικρότερο.

Είμαστε τυχεροί γιατί στην περίοδο που διανύουμε υπάρχουν διαθέσιμες λύσεις για την αντιμετώπιση αυτής της ιδιαίτερα συχνής πάθησης. Η εξέλιξη της τεχνολογίας μας βοηθάει στον ακριβέστερο προσδιορισμό του σταδίου της πάθησης, άρα και στην καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπισή της. Βασική προϋπόθεση για να διατηρήσει κανείς καλή όραση είναι να ζητήσει βοήθεια άμεσα μετά την έναρξη των συμπτωμάτων αλλά και να είναι συνεπής με τις επισκέψεις για εξέταση και θεραπεία στον οφθαλμίατρό του.

Βαρβάρα Καλογερή

Παθολόγος,
Υπεύθυνη Check-Up,
Ευρωκλινική Αθηνών

Μύθοι & Αλήθειες

Υπάρχουν κάποιοι «αστικοί μύθοι» που περνούν από γενιά σε γενιά και από στόμα σε στόμα και οι οποίοι έχουν καταλήξει να γίνουν πιστευτοί από πολλούς ανθρώπους. Αυτοί οι μύθοι, μάλιστα, έχουν και μια δόση -όπως κάθε καλός μύθος- αληθοφάνειας και επιστημονικής ή ιατρικής αλήθειας, δίχως, φυσικά, να ευθύνεται κανένας γιατρός-επιστήμονας, με αποτέλεσμα να περνάνε σαν αλήθειες και να τους πιστεύουμε

Κάπνισμα

Μύθοι	Αλήθειες
Τα «ελαφρά» τσιγάρα δεν βλάπτουν	Όλα τα τσιγάρα βλάπτουν. Όσοι καπνίζουν ελαφρά τσιγάρα καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα ημερησίως, εισπνέοντας μεγαλύτερη ποσότητα καπνού, την οποία και κρατούν περισσότερη ώρα στους πνεύμονες. Ο όρος «ελαφρά» έχει θεωρηθεί παραπλανητικός και απαγορεύεται στην Ευρώπη.
Δύο τσιγάρα την ημέρα με τον καφέ και μετά το φαγητό δεν βλάπτουν	Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας δεν υπάρχει όριο ασφαλείας ως προς την ημερήσια χρήση καπνού. Το κεντρικό νευρικό σύστημα προσαρμόζεται πολύ γρήγορα στη χρήση της νικοτίνης, με αποτέλεσμα ο εγκέφαλος να μαθαίνει να δραστηριοποιείται με μια ορισμένη δόση την ημέρα, η οποία όμως με το πέρασμα του χρόνου αυξάνεται. Αυτό σημαίνει ότι με τον καιρό ο καπνιστής έχει ανάγκη όλο και περισσότερη νικοτίνη, και άρα να καπνίσει περισσότερα τσιγάρα. Είναι σχεδόν αδύνατο, λοιπόν, να μείνει στο ένα, αλλά ακόμα και σε αυτή την περίπτωση δεν υπάρχει επιστημονική γνώση που να επιβεβαιώνει ότι ένα τσιγάρο την ημέρα δεν βλάπτει.
Εάν καπνίζω, κάνω κακό μόνο σε εμένα	Το παθητικό κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα στους μη καπνιστές και αναπνευστικά προβλήματα ιδιαίτερα στα παιδιά.
Κατά την εγκυμοσύνη μου καπνίζω μόνο λίγα τσιγάρα και έτσι δεν βλάπτω το έμβρυο	Όχι μονο τα λίγα τσιγάρα, αλλά και το παθητικό κάπνισμα βλάπτουν το έμβρυο, διότι η νικοτίνη περνάει στην εμβρυακή κυκλοφορία και έτσι γεννιούνται παιδιά με μικρότερο σωματικό βάρος και αναπνευστικά προβλήματα. Το κάπνισμα, επίσης, προκαλεί αιφνίδιο θάνατο νεογνών.
Δεν κόβω το κάπνισμα γιατί καπνίζω τόσα χρόνια και ό,τι κακό ήταν να γίνει έγινε	Η διακοπή του καπνίσματος σε κάθε ηλικία μειώνει σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών και πνευμονικών νοσημάτων και καρκίνου. Ο ανθρώπινος οργανισμός έχει τη μοναδική ικανότητα να επιδιορθώνει τον εαυτό του. Ακόμα κι αν κάποιος είναι καπνιστής για δεκαετίες, το ανοσολογικό του σύστημα μπορεί να διορθώσει κάποιες από τις βλάβες που έχουν προκληθεί, εφόσον σταματήσει να εκτίθεται στη βλαπτική επίδραση του καπνού. Επίσης, η έγκαιρη διακοπή εμποδίζει την επιπλέον βλάβη και μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης άλλων νόσων που σχετίζονται με το κάπνισμα, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Όταν ένας καπνιστής σταματήσει το κάπνισμα, ο κίνδυνος να αναπτύξει καρκίνο μειώνεται κατά 33% ανά δεκαετία, ενώ την τρίτη δεκαετία ελαχιστοποιείται. Επομένως, όσο νωρίτερα πάρει κάποιος την απόφαση να κόψει το τσιγάρο τόσο νωρίτερα θα ωφεληθεί από αυτή την πρωτοβουλία.
Με το ηλεκτρονικό τσιγάρο θα διακόψω το κάπνισμα	Η χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου μειώνει το κίνητρο για διακοπή. Χρησιμοποιείται κυρίως για υποκατάστατο του συμβατικού καπνίσματος.

Υπέρταση

Μύθοι	Αλήθειες
Τα πορτοκάλια, ο καφές και το σκόρδο επηρεάζουν την πίεση	Τα πορτοκάλια δεν αυξάνουν την πίεση. Αντίθετα, περιέχουν κάλιο που είναι χρήσιμο στους υπερτασικούς, ιδίως σε αυτούς που παίρνουν διουρητικά φάρμακα. Ο καφές μπορεί να προκαλέσει μικρή παροδική αύξηση της πίεσης για 1-3 ώρες. Όμως άτομα που πίνουν καφέ κάθε μέρα παρουσιάζουν «ανοχή» σε αυτή τη δράση και τελικά η πίεσή τους δεν επηρεάζεται. Έτσι, αν δεν υπάρχει άλλος λόγος, π.χ., ταχυκαρδίες, οι υπερτασικοί μπορούν να πίνουν καφέ σε λογική ποσότητα. Το σκόρδο περιέχει μια ουσία (αλικίνη) με αγγειοδιασταλτικές ιδιότητες που μπορεί να επηρεάσει την αρτηριακή πίεση. Όμως τα πιθανά οφέλη και οι κίνδυνοι από τη μακροχρόνια χρήση αυτής της ουσίας είναι άγνωστα.
Έχεις αυξημένη πίεση, πάρε ένα ηρεμιστικό	Η χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων δεν έχει καμιά θέση στην αντιμετώπιση της αυξημένης πίεσης. Τα ηρεμιστικά είναι χρήσιμα σε άτομα με άγχος και κρίσεις πανικού, είτε έχουν είτε δεν έχουν υπέρταση. Ο όρος «νευροπίεση» είναι λανθασμένος και παραπλανητικός, επειδή όλοι οι άνθρωποι, με υπέρταση ή χωρίς, μπορεί να έχουν αυξημένη πίεση σε συνθήκες άγχους, στενοχώριας ή πανικού. Θα μπορούσε, λοιπόν, κάποιος να πει ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν «νευροπίεση». Όμως υπέρταση έχουν μόνο τα άτομα που παρουσιάζουν σταθερή αύξηση της πίεσης σε συνθήκες ηρεμίας.

Καρκίνος

Μύθοι	Αλήθειες
Ο καρκίνος είναι κληρονομικός	Στην πλειονότητα των περιπτώσεων όχι, ακόμη και αν κάποιος έχει ιδιαίτερα βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό. Η αλήθεια είναι ότι τουλάχιστον ο ένας στους τρεις καρκίνους δεν θα εμφανιζόταν εάν δεν υπήρχαν καρκινογόνες συνήθειες, όπως το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η καθιστική ζωή και η συνακόλουθη παχυσαρκία και ορισμένες, ευτυχώς σπάνιες πια, επαγγελματικές και περιβαλλοντικές εκθέσεις. Περισσότερα από ένα στα τρία θανατηφόρα κρούσματα καρκίνου οφείλονται σε τροποποιήσιμους παράγοντες του τρόπου ζωής, που συχνά συνευθύνονται για την πρόκληση της νόσου. Συγκεκριμένα: • 20% των κρουσμάτων καρκίνου οφείλονται στο κάπνισμα. • 8% των κρουσμάτων καρκίνου οφείλονται στην κακή διατροφή (λ.χ., ελλιπή κατανάλωση φρούτων/λαχανικών, υπερκατανάλωση κόκκινου κρέατος και προϊόντων του). • 5% των κρουσμάτων καρκίνου οφείλονται στην παχυσαρκία. • 4% των κρουσμάτων καρκίνου οφείλονται στην κατάχρηση αλκοόλ. 4% των κρουσμάτων καρκίνου οφείλονται σε έκθεση σε χημικές ουσίες στον χώρο εργασίας (κυρίως αμίαντο). • 3% των κρουσμάτων καρκίνου οφείλονται στην έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία του ηλίου. • 10% των κρουσμάτων καρκίνου οφείλονται σε χρόνιες λοιμώξεις (ηπατίτιδες Β και C, HPV, ελικοβακτηρίδιο πυλωρού). • 2% των κρουσμάτων καρκίνου οφείλονται στην ιονίζουσα ακτινοβολία. • 2% των κρουσμάτων καρκίνου οφείλονται στην καθιστική ζωή. • Πάνω από 95% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας οφείλονται στον ιό HPV. • 60% των καρκίνων του ήπατος οφείλονται στους ιούς της ηπατίτιδας Β και C. • 70% των καρκίνων του στομάχου οφείλονται στο ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.
Δεν μπορεί να βρεθεί θεραπεία για τον καρκίνο	Θεραπείες έχουν βρεθεί για διάφορες μορφές καρκίνου, γι' αυτό και έχουν βελτιωθεί εντυπωσιακά τα ποσοστά ιάσεως σε πολλές μορφές καρκίνου - όπως ορισμένες λευχαιμίες, καρκίνοι των όρχεων και του μαστού. Μια μοναδική, θαυματουργή θεραπεία για τον καρκίνο, έτσι όπως θα την ήθελε ο πολύς κόσμος, είναι αδύνατο να βρεθεί, διότι ο καρκίνος δεν είναι μια ενιαία νόσος, αλλά περιλαμβάνει περισσότερους από 100 διαφορετικούς τύπους.

Ποιο είναι το παρόν και τι νεότερα αναμένουμε μέσα στο 2018;

Καρκίνος του πνεύμονα: Ανοσοθεραπεία και Στοχευμένη θεραπεία

Νίκος Α. Κατιρτζόγλου
MD, Ph.D
Παθολόγος - Ογκολόγος,
Αναπληρωτής Διευθυντής Ογκολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Οι εξελίξεις στη θεραπεία του Μη Μικροκυτταρικού Καρκίνου Πνεύμονα (ΜΜΚΠ) είναι θεαματικές κατά την τελευταία δεκαετία, κυρίως λόγω της εισαγωγής στη «φαρέτρα» των όπλων μας τόσο της στοχευμένης ή στοχεύουσας θεραπείας όσο και της ανοσοθεραπείας.

Τι περισσότερο αναμένουμε, λοιπόν, μέσα στο 2018 σχετικά με νέους παράγοντες - φάρμακα ή πώς θα μπορέσουμε να χρησιμοποιήσουμε με όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικό τρόπο αυτά που ήδη είναι εγκεκριμένα για τη θεραπεία του προχωρημένου/μεταστατικού ΜΜΚΠ; Ποιες είναι οι ομάδες των ασθενών που θα ωφεληθούν περισσότερο και με ποιους βιολογικούς δείκτες θα τις εντοπίσουμε και διαχωρίσουμε;

Θεραπεία του τοπικά προχωρημένου ή μεταστατικού ΜΜΚΠ με συνδυασμό χημειο - ανοσοθεραπείας. Παρόν ή μέλλον;

Το 2017, ο συνδυασμός δύο παραδοσιακών χημειοθεραπευτικών παραγόντων (Carboplatin και Pemetrexed) μαζί με την ανοσοθεραπεία (**Pembrolizumab**) έλαβε έγκριση στις ΗΠΑ από τον FDA ως θεραπεία πρώτης γραμμής για το μεταστατικό ΜΜΚΠ μη πλακώδους τύπου, ανεξάρτητα από τα επίπεδα έκφρασης του βιοδείκτη PD-L1 στους ασθενείς αυτούς. Η συγκεκριμένη έγκριση βασίστηκε στα αποτελέσματα της φάσεως ΙΙ της κλινικής μελέτης KEYNOTE-021, κατά την οποία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική ανταπόκριση και στο διάστημα ελεύθερο νόσου των ασθενών που έλαβαν τον συνδυασμό, χωρίς, όμως, αυτά τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα να μεταφραστούν και σε αντίστοιχο, σημαντικό όφελος της συνολικής επιβίωσης αυτών των 123 ασθενών με προχωρημένο ΜΜΚΠ. Περιμένουμε, ωστόσο, και τα αποτελέσματα της αντίστοιχης σχεδιασμού φάσεως ΙΙΙ της κλινικής μελέτης KEYNOTE-189 (Carbo/Cisplatin+Pemetrexed ± Pembrolizumab) προκειμένου να επιβεβαιωθεί το όφελος που έδειξε η προηγούμενη μελέτη φάσεως ΙΙ, ούτως ώστε να περάσει και στην καθημερινή κλινική πρακτική η θεραπεία των νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με τοπικά προχωρημένο ή μεταστατικό ΜΜΚΠ αδενικού τύπου, ανεξαρτήτως επιπέδων PD-L1, και με τους τρεις προαναφερθέντες παράγοντες.

Αρκετές ακόμα κλινικές μελέτες συνδυασμού ανοσο-χημειοθεραπείας στο πλαίσιο πρώτης γραμμής θεραπείας στον ΜΜΚΠ με διάφορους αναστολείς (checkpoint inhibitors), όπως **Atezolizumab**, **Nivolumab** και **Durvalumab**, βρίσκονται σε εξέλιξη, τα αποτελέσματα των οποίων αναμένουμε να δημοσιευτούν μέσα στο 2018. Στο πρόσφατο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ανοσο-Ογκολογίας (ESMO 2017) ανακοινώθηκαν τα πρώιμα αποτελέσματα της επιβίωσης 1.200 νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με μεταστατικό αδενο-ΜΜΚΠ που είχαν λάβει συνδυασμό χημειοθεραπείας με Bevacizumab (αντι-αγγειογενετικός παράγοντας) και ανοσοθεραπείας (Atezolizumab): αύξηση του διαστήματος μέχρι την υποτροπή 8,3 μηνών συγκριτικά με 6,8 μήνες των ασθενών που δεν έλαβαν τον ανοσοθεραπευτικό παράγοντα (φάσεως ΙΙ, IMpower150). Στο δεύτερο εξάμηνο του 2018 αναμένονται τα αποτελέσματα τριών κλινικών μελετών φάσεως ΙΙΙ (IMpower130, IMpower131, IMpower132), στις οποίες ασθενείς με προχωρημένο ΜΜΚΠ αδενικού τύπου έλαβαν χημειοθεραπεία με Carboplatin/Cisplatin και Paclitaxel/nab-Paclitaxel ή Pemetrexed, με ή χωρίς ανοσοθεραπεία με Atezolizumab.

Η μελέτη PACIFIC έδειξε σημαντικό όφελος στην επιβίωση των ασθενών που έλαβαν το φάρμακο (διάστημα μέχρι την υποτροπή: 16,8 έναντι 5,6 μηνών, αντίστοιχα), κάτι που μπορεί να αλλάξει το τοπίο της θεραπείας του προχωρημένου/μεταστατικού ΜΜΚΠ μέσα στο 2018, ακόμα ίσως και τη συνολική επιβίωση των ασθενών αυτών

Τι ισχύει σήμερα για τον συνδυασμό ανοσοθεραπευτικών παραγόντων στην 1ης γραμμής θεραπεία του προχωρημένου ή μεταστατικού ΜΜΚΠ;

Μέσα στο τρέχον έτος αναμένεται να έχουμε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πιθανό όφελος στην επιβίωση μη προθεραπευμένων ασθενών με προχωρημένο ΜΜΚΠ, έπειτα από θεραπεία με συνδυασμό ανοσοθεραπευτικών παραγόντων (PD-L1 και CTLA-4 inhibitors): α) στη φάσεως ΙΙ μελέτη CheckMate568 οι ασθενείς λαμβά-

νουν συνδυασμό **Nivolumab** και **Ipilimumab,** β) στη μεγάλη, τυχαιοποιημένη φάσεως III κλινική μελέτη CheckMate227 τυχαιοποιούνται να λάβουν μονοθεραπεία με **Nivolumab**, συνδυασμό Nivolumab και Ipilimumab, Nivolumab και χημειοθεραπεία ή μόνο χημειοθεραπεία, γ) στη MYSTIC trial τυχαιοποιούνται να λάβουν **Durvalumab** μονοθεραπεία, **Durvalumab** και **Tremelimumab** ή μόνο πλατινούχο χημειοθεραπεία, δ) η NEPTUNE trial συγκρίνει τον συνδυασμό Durvalumab και Tremelimumab με εγκεκριμένους συνδυασμούς κλασικών χημειοθεραπευτικών παραγόντων και ε) η POSEIDEN trial συγκρίνει τρία σκέλη με Durvalumab μονοθεραπεία, συνδυασμό Durvalumab και Tremelimumab και χημειοθεραπεία και μόνο χημειοθεραπεία.

Τα αποτελέσματα όλων των προαναφερθεισών κλινικών μελετών θα βοηθήσουν σημαντικά, ώστε να μπορέσουμε να απαντήσουμε στα κρίσιμα ερωτήματα: Υπάρχει όντως σημαντικό όφελος στην επιβίωση των ασθενών με προχωρημένο ή μεταστατικό ΜΜΚΠ από τη χορήγηση συνδυασμού ανοσοθεραπευτικών; Αν ναι, τότε μήπως υπάρχει συγκεκριμένη ομάδα ασθενών που θα ωφεληθεί περισσότερο από τον συνδυασμό; Με ποια κριτήρια ή καλύτερα με τη βοήθεια ποιων βιοδεικτών θα μπορέσουμε να αναγνωρίσουμε αυτή την κατηγορία των ασθενών που θα ωφεληθούν; Ποια η σχέση οφέλους - κόστους ενός τέτοιου αποτελεσματικού συνδυασμού ακριβών φαρμάκων, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα παγκόσμια συστήματα Υγείας με δυσκολία αντέχουν το κόστος και μόνο τού ενός εκ των δύο ανοσοθεραπευτικών παραγόντων;

Νέοι ALK αναστολείς ερευνώνται, γεγονός που σημαίνει ότι στο εγγύτατο μέλλον θα βρεθούμε αντιμέτωποι με την πρόκληση ποιον αναστολέα να χορηγήσουμε πρώτο και ποιον μετά την υποτροπή, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο θα τους χρησιμοποιήσουμε διαδοχικά, προκειμένου να επιτύχουμε το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα για τους ασθενείς

Ανοσοθεραπεία στον ανεγχείρητο σταδίου III ΜΜΚΠ

Στα τέλη του 2017, τα πολύ σημαντικά πρώιμα αποτελέσματα της κλινικής μελέτης PACIFIC, που συνέκρινε το **Durvalumab** ως μονοθεραπεία έναντι του placebo, στο πλαίσιο θεραπείας συντήρησης έπειτα από χημειο-ακτινοθεραπεία ανεγχείρητου σταδίου III ΜΜΚΠ, ανακοινώθηκαν στο ESMO και δημοσιεύτηκαν στο «New England Journal of Medicine». Η μελέτη PACIFIC έδειξε σημαντικό όφελος στην επιβίωση των ασθενών που έλαβαν το φάρμακο (διάστημα μέχρι την υποτροπή: 16,8 έναντι 5,6 μηνών, αντίστοιχα), κάτι που μπορεί να αλλάξει το τοπίο της θεραπείας του προχωρημένου/μεταστατικού ΜΜΚΠ μέσα στο 2018, ακόμα ίσως και τη συνολική επιβίωση των ασθενών αυτών.

Νέοι παράγοντες στοχευμένης θεραπείας για τον προχωρημένο ΜΜΚΠ

Το 2017 δημοσιεύτηκαν τα ώριμα αποτελέσματα επιβίωσης της φάσεως III της μελέτης FLAURA (ESMO 2017). Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό και κλινικό όφελος στο διάστημα μέχρι την υποτροπή σε ασθενείς με προχωρημένο/μεταστατικό ΜΜΚΠ (EGFR-mutant νόσος) που έλαβαν θεραπεία πρώτης γραμμής με **Osimertinib** (EGFR inhibitor) συγκριτικά με τη standard of care θεραπεία (19 *vs* 10 μηνών, αντίστοιχα).

Στην ALK(+) νόσο το standard-of-care **Crizotinib** συγκρίνεται με το νέο φάρμακο **Brigatinib**, στο πλαίσιο μελέτης φάσεως III που βρίσκεται και αυτή σε εξέλιξη, ενώ υπό διερεύνηση βρίσκονται και οι παράγοντες **Ensartinib** και **Lorlatinib**, πάντα ως πρώτης γραμμής θεραπεία του ΜΜΚΠ. Ωστόσο, μετά τα τελευταία αποτελέσματα της ALEX trial (ASCO 2017), μάλλον το **Alectinib** βρέθηκε ανώτερο συγκριτικά με το Crizotinib όσον αφορά το διάστημα μέχρι την υποτροπή και άρα τον ρόλο του στην πρώτης γραμμής θεραπεία των ALK(+) ασθενών. Στο πλαίσιο δεύτερης γραμμής θεραπεία, εκτός από το ήδη εγκεκριμένο **Ceritinib**, μέσα στο πρώτο εξάμηνο του 2018 αναμένεται να εγκριθεί από τον FDA το **Lorlatinib**, κάτι που θα αλλάξει ριζικά το σκηνικό της ALK(+) νόσου. Νέοι ALK αναστολείς ερευνώνται, γεγονός που σημαίνει ότι στο εγγύτατο μέλλον θα βρεθούμε αντιμέτωποι με την πρόκληση ποιον αναστολέα να χορηγήσουμε πρώτο και ποιον μετά την υποτροπή, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο θα τους χρησιμοποιήσουμε διαδοχικά, προκειμένου να επιτύχουμε το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα για τους ασθενείς.

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

για τη μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος

Μία σιωπηρή χρόνια ηπατοπάθεια σχετιζόμενη με τον δυτικό τρόπο ζωής

Μαρία Σχινά
Παθολόγος - Ηπατολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

1 *Τι είναι η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (ΜΑΛΝΗ);*

Ο όρος ΜΑΛΝΗ χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη συσσώρευση λίπους στα ηπατικά κύτταρα ατόμων που δεν καταναλώνουν σημαντική ποσότητα ή και καθόλου αλκοόλ - λιγότερο από 30 γραμμάρια ημερησίως για τους άνδρες και λιγότερο από 20 γραμμάρια ημερησίως για τις γυναίκες. Είναι η συνηθέστερη επίμονη διαταραχή του ήπατος στις δυτικές χώρες, με εκτιμώμενο συνολικό επιπολασμό 20%. Διακρίνονται δύο τύποι της νόσου, ανάλογα με τη βαρύτητα: Η απλή λίπωση και η στεατοηπατίτιδα.

2 *Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου;*

Η ΜΑΛΝΗ είναι πιο συχνή στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες.

Οι άνθρωποι που κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν ΜΑΛΝΗ είναι εκείνοι που:

- Είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.
- Έχουν αντίσταση στην ινσουλίνη ή πάσχουν από διαβήτη.
- Έχουν αρτηριακή υπέρταση.
- Έχουν υπερλιπιδαιμία (αυξημένη χοληστερόλη και τριγλυκερίδια).
- Παίρνουν συγκεκριμένα φάρμακα για άλλες καταστάσεις, όπως καρδιακές αρρυθμίες ή καρκίνο.

Η αυξανόμενη επιδημία της παχυσαρκίας, που πλήττει πολλούς δυτικούς πληθυσμούς, προβλέπεται ότι θα οδηγήσει σε αύξηση των περιπτώσεων της ΜΑΛΝΗ.

3 *Ποια είναι τα συμπτώματα της ΜΑΛΝΗ;*

Οι ασθενείς συνήθως δεν παρουσιάζουν συμπτώματα. Μερικές φορές, μπορεί να παραπονούνται για κόπωση, γενική κακουχία και κοιλιακή δυσφορία. Συνήθως, η διάγνωση τίθεται λόγω παθολογικών τιμών των εξετάσεων της ηπατικής λειτουργίας κατά τη διάρκεια συνηθισμένων εξετάσεων αίματος.

4 Τι είναι η μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα (ΜΑΣΗ);

Η ΜΑΣΗ είναι η πιο προχωρημένη μορφή της ΜΑΛΝΗ και η επίπτωσή της και ο επιπολασμός της αυξάνονται. Εκτιμάται ότι η ΜΑΣΗ απαντάται στο 3% του πληθυσμού στις δυτικές κοινωνίες. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το λιπώδες ήπαρ δεν προκαλεί καμιά βλάβη, αλλά για ορισμένους η μακροχρόνια παρουσία λίπους στο ήπαρ οδηγεί σε φλεγμονή (ηπατίτιδα). Η μακροχρόνια φλεγμονή οδηγεί στον σχηματισμό ουλώδους ιστού στο ήπαρ. Αυτή η διαδικασία είναι γνωστή ως ίνωση και μπορεί να οδηγήσει σε μη αναστρέψιμη βλάβη, γνωστή ως κίρρωση. Η ΜΑΣΗ θεωρείται μία από τις κύριες αιτίες της κίρρωσης.

5 Ποια είναι τα συμπτώματα της ΜΑΣΗ;

Οι ασθενείς συνήθως αρχίζουν να εμφανίζουν συμπτώματα μόνο όταν η νόσος είναι προχωρημένη ή εμφανίζεται κίρρωση. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν κόπωση, απώλεια βάρους και μυϊκή αδυναμία. Η εξέλιξη της ΜΑΣΗ μπορεί να διαρκέσει χρόνια ή και δεκαετίες.

6 Πώς διαγιγνώσκονται η ΜΑΛΝΗ και η ΜΑΣΗ;

Η ΜΑΛΝΗ και η ΜΑΣΗ μπορούν να διαγνωσθούν με τη χρήση των ακόλουθων εξετάσεων:

- Υψηλά επίπεδα ηπατικών ενζύμων, όπως τρανσαμινασών (AST, ALT) ή αλκαλικής φωσφατάσης και γ-GT στις βιοχημικές εξετάσεις.
- Εναπόθεση λίπους στο ήπαρ, όπως διαπιστώνεται με το υπερηχογράφημα ήπατος.
- Ειδικές εξετάσεις αίματος για την ανίχνευση της αντίστασης στην ινσουλίνη.

Ωστόσο, μόνο η βιοψία ήπατος -ένα μικρό τμήμα ήπατος λαμβάνεται μέσω μιας λεπτής βελόνας και μελετάται υπό το μικροσκόπιο- μπορεί να επιβεβαιώσει εάν υπάρχει η απλούστερη μορφή της ΜΑΛΝΗ ή αν έχει αναπτυχθεί η σοβαρότερη μορφή, η ΜΑΣΗ.

7 Πώς θεραπεύεται;

Δεν υπάρχει συγκεκριμένη ειδική θεραπεία για τη ΜΑΣΗ. Για την αντιμετώπιση των ΜΑΛΝΗ και ΜΑΣΗ συστήνεται η αλλαγή του τρόπου ζωής, συμπεριλαμβανομένης της υγιεινής διατροφής και της αύξησης της σωματικής άσκησης. Σε υπέρβαρους ή παχύσαρκους ασθενείς απώλεια βάρους 7%-10% οδηγεί σε ομαλοποίηση των ηπατικών ενζύμων και βελτίωση της ιστολογικής εικόνας. Αναφορικά με τη δίαιτα, συστήνεται μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, αλλά και αποφυγή επεξεργασμένων τροφίμων, καθώς και τροφίμων και ποτών με μεγάλη ποσότητα φρουκτόζης. Ποικίλα φάρμακα βρίσκονται σε φάση ανάπτυξης και κλινικών μελετών και αναμένεται να κυκλοφορήσουν μελλοντικά για την αντιμετώπιση της νόσου. Η σταδιακή και σταθερή απώλεια βάρους και η συστηματική άσκηση έχουν αποδειχθεί ότι είναι ικανές να βελτιώσουν ή και να αναστρέψουν την εξέλιξη της νόσου. Βαριατρική χειρουργική έχει, επίσης, προταθεί σε σοβαρές περιπτώσεις με καλά αποτελέσματα.

8 Ποια είναι η μακροπρόθεσμη πρόγνωση;

Το 10%-30% των ασθενών με ΜΑΣΗ αναπτύσσουν κίρρωση σε βάθος χρόνου και ως αποτέλεσμα χρόνιας εξελικτικής διαδικασίας. Η κίρρωση προκαλεί μη αναστρέψιμη βλάβη στο ήπαρ και είναι το πιο σοβαρό στάδιο της ΜΑΛΝΗ.

Η κίρρωση είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας, συνεχιζόμενης βλάβης του ήπατος, κατά την οποία δημιουργούνται παχιές ινώδεις ταινίες και αναγεννητικοί όζοι μέσα στο ήπαρ, που αντικαθιστούν την ομαλή επιφάνεια του ήπατος και το ήπαρ γίνεται σκληρό. Με την πάροδο του χρόνου το ήπαρ εξαντλείται και αδυνατεί να επιτελέσει τις φυσιολογικές λειτουργίες και αυτό οδηγεί σε ηπατική ανεπάρκεια και θάνατο.

Συμπερασματικά

Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος είναι μια συχνή, κατά κύριο λόγο ασυμπτωματική διαταραχή του ήπατος. Αποτελεί σιωπηρή απειλή για μια σοβαρή χρόνια εξελικτική ηπατοπάθεια, που μόνο ο προληπτικός εργαστηριακός αιματολογικός και απεικονιστικός έλεγχος μπορεί να διαγνώσει έγκαιρα, έτσι ώστε να δοθεί ο απαραίτητος χρόνος παρέμβασης και αντιμετώπισης, με στόχο την αναστολή της εξέλιξης.

10 Μύθοι, προκαταλήψεις και μισές αλήθειες για τον διαβήτη

Μαριάννα Μπενρουμπή
Παθολόγος - Διαβητολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο διαβήτης αποτελεί ίσως το κατ' εξοχήν χρόνιο νόσημα γύρω από το οποίο υπάρχουν πολλοί «μύθοι», αρκετές προκαταλήψεις και πολλά που ακούγονται σαν απόλυτα δεδομένα και αποτελούν «μισές αλήθειες».

Η ύπαρξη αυτών των μύθων θα μπορούσε να είναι γραφική και ενδιαφέρουσα αν δεν αποτελούσε, όπως συμβαίνει με τον διαβήτη, ανασταλτικό παράγοντα για τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος και πολύ συχνά αν δεν ήταν η αιτία σοβαρών λαθών από τη μεριά των ασθενών. Η αναφορά, λοιπόν, σε «αλήθειες» που είτε δεν ισχύουν είτε ισχύουν σε πολύ περιορισμένη κλίμακα και η επισήμανση του τι πραγματικά ισχύει μπορεί να βοηθήσουν στην καλύτερη κατανόηση και τη σωστότερη αντιμετώ-

πιση του διαβήτη. Μπορεί, επίσης, να συμβάλουν στον σχηματισμό μιας σωστής εικόνας σχετικά με το νόσημα και με τους πάσχοντες.

Μύθος **No 1**

Ο διαβήτης οφείλεται στο γεγονός ότι έτρωγε κάποιος πολλά γλυκά

Ο διαβήτης (τύπου 2) οφείλεται κατά κύριο λόγο στην παχυσαρκία και την έλλειψη σωματικής άσκησης, συμμετέχει η κληρονομική προδιάθεση, αλλά, αν δεν υπάρχει παχυσαρκία, μπορεί να μην εκδηλωθεί διαβήτης, ακόμα και αν υπάρχει κληρονομική επιβάρυνση.

Είναι γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια οι άνθρωποι καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφών που είναι πλούσιες σε λιπαρά και δίνουν πολλές θερμίδες. Παράλληλα, έχει μειωθεί, λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής, η σωματική δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να παρατηρείται τεράστια αύξηση της παχυσαρκίας.

Το αν η παχυσαρκία προήλθε από γλυκά ή χάμπουργκερ δεν έχει σημασία, αυτή ευθύνεται για την αύξηση του αριθμού των ατόμων με διαβήτη.

Η ύπαρξη των μύθων θα μπορούσε να είναι γραφική και ενδιαφέρουσα αν δεν αποτελούσε, όπως συμβαίνει με τον διαβήτη, ανασταλτικό παράγοντα για τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος και πολύ συχνά αν δεν ήταν η αιτία σοβαρών λαθών από τη μεριά των ασθενών

Μύθος **No 2**

Μια νέα γυναίκα που έχει από παιδί διαβήτη καλό είναι να μην κάνει παιδιά

Με τη φράση αυτή υπονοείται είτε ότι δεν μπορεί είτε ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα το παιδί να γεννηθεί με διαβήτη. Τίποτε από τα παραπάνω δεν είναι αληθές. Μια γυναίκα που έχει διαβήτη και βρίσκεται σε θεραπεία με ινσουλίνη μπορεί κάλλιστα να τεκνοποιήσει. Βεβαίως, είναι γεγονός ότι πρέπει να φροντίσει να έχει καλά επίπεδα σακχάρου πριν από τη σύλληψη και σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Όμως σήμερα υπάρχουν στη διάθεσή μας ινσουλίνες και συστήματα χορήγησής τους, καθώς και αξιόπιστοι μετρητές σακχάρου που βοηθάνε σημαντικά στο να γίνει η όλη διαδικασία πιο εύκολη. Σχετικά, δε, με το θέμα της κληρονομικότητας, ο διαβήτης τύπου 1, αυτός, δηλαδή, που παρουσιάζεται κυρίως σε παιδιά και νέους, κληρονομείται σε πολύ μικρό ποσοστό. Αντίθετα, έχουμε μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουμε διαβήτη τύπου 2 αν υπάρχει στην οικογένεια κάποια γιαγιά ή παππούς με ζάχαρο ή αν εμφάνισε κάποιος από τους γονείς μας, έστω και σε μεγάλη ηλικία.

Μύθος **No 3**

Αν έχω σάκχαρο που κυμαίνεται από 130 έως 140, δεν χρειάζεται να ασχολούμαι και πάρα πολύ

Πολλοί άνθρωποι βολεύονται στο να πιστεύουν ότι δεν υπάρχει πρόβλημα μια και δεν έχουν διαβήτη, αλλά «ζαχαράκι». Με τον υποκοριστικό αυτό όρο μειώνουν τη σημασία του προβλήματος. Δεν ελέγχουν ποτέ το σάκχαρό τους έπειτα από γεύμα, γιατί θεωρούν ότι είναι αυτονόητο πως θα έχει ανέβει.

Από τη στιγμή που το σάκχαρο νηστείας είναι πάνω από 126 mg% και τεθεί η διάγνωση του διαβήτη, θα πρέπει κανείς να φροντίζει για την άριστη ρύθμισή του. Δεν σημαίνει ότι επειδή έχουμε φάει το σάκχαρο θα ανέβει πάνω από 140. Θα πρέπει να γίνονται μετρήσεις και 2 ώρες μετά το φαγητό, ώστε να ξέρει κανείς πού κυμαίνονται οι τιμές.

Μύθος **No 4**

Ο διαβήτης σε περιορίζει ως προς τα επαγγέλματα που μπορείς να κάνεις

Τα άτομα με διαβήτη δεν επιτρέπεται να οδηγούν βαρέα οχήματα και αεροπλάνα. Αυτό, βέβαια, ισχύει και γι' αυτούς που έχουν

πολύ μεγάλη μυωπία. Δεν υπάρχει κανένας περιορισμός στην επαγγελματική δραστηριότητα λόγω ύπαρξης διαβήτη. Χρειάζεται να κάνει κάποια διαλείμματα για να γευματίσει, κάτι που ισχύει για όλους τους εργαζομένους.

Ένας ευσυνείδητος εργαζόμενος δεν θα κάνει χρήση του προβλήματος υγείας του για να πάρει αναρρωτικές άδειες - και ο διαβήτης δεν αποτελεί λόγο για να απουσιάζει κάποιος από την εργασία του.

Μύθος **No 5**

Ο διαβήτης είναι τρομερή αρρώστια γιατί σε τυφλώνει, οδηγεί σε ακρωτηριασμούς κ.λπ.

Η άποψη αυτή ανήκει στις «μισές αλήθειες». Είναι γεγονός ότι, αν κάποιος δεν ρυθμίζει καλά το σάκχαρό του, μπορεί έπειτα από χρόνια με διαβήτη να παρουσιάσει σοβαρά προβλήματα σε διάφορα όργανα, όπως τα μάτια ή οι νεφροί.

Σήμερα, με τη δυνατότητα πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης, το πρόβλημα της τύφλωσης έχει μειωθεί σε πολύ μικρά ποσοστά.

Σχετικά, δε, με αυτό που ακούμε πολύ συχνά «είχε διαβήτη και του έκοψαν το πόδι», όχι μόνο δεν είναι κανόνας, αλλά ισχύει για μια πολύ μικρή μειοψηφία.

Δεν φτάνει να έχει κάποιος σάκχαρο για να καταλήξει σε ακρωτηριασμό. Συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες, όπως τραυματισμός, λοίμωξη, μη σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση της λοίμωξης.

Αν ξέρει πώς να φροντίζει τα πόδια του, να επιλέγει σωστά παπούτσια και σε περίπτωση τραυματισμού συμβουλευτεί αμέσως τον γιατρό του, τότε η πιθανότητα να καταλήξει σε ακρωτηριασμό είναι σχεδόν μηδενική.

Επίσης, ας μη ξεχνάμε ότι το κάπνισμα αποτελεί τον υπ' αριθμόν ένα παράγοντα για την εμφάνιση περιφερικής αγγειοπάθειας.

Η αναφορά, σε «αλήθειες» που είτε δεν ισχύουν είτε ισχύουν σε πολύ περιορισμένη κλίμακα και η επισήμανση του τι πραγματικά ισχύει μπορεί να βοηθήσουν στην καλύτερη κατανόηση και τη σωστότερη αντιμετώπιση του διαβήτη. Μπορεί, επίσης, να συμβάλουν στον σχηματισμό μιας σωστής εικόνας σχετικά με το νόσημα και με τους πάσχοντες

Μύθος **No 6**

Τα άτομα με διαβήτη είναι δυστυχισμένα γιατί δεν μπορούν να φάνε γλυκό

Το γεγονός ότι κάποιος έχει διαβήτη δεν σημαίνει πως πρέπει να στερηθεί τη γλυκιά γεύση.

Θα πρέπει να έχουν εκπαιδευτεί είτε στο να αναπροσαρμόζουν τη δόση της ινσουλίνης είτε στο πώς να εντάσσουν το γλυκό στο διαιτολόγιό τους ώστε να μην ανέβει το σάκχαρό τους.

Μύθος **No 7**

Όταν κάποιος έχει διαβήτη, μπορεί να καταναλώνει όσο θέλει τροφές που δεν έχουν ζάχαρη ή είναι «για διαβητικούς»

Αυτός ο μύθος ευθύνεται για τη μη καλή ρύθμιση μεγάλου αριθμού ανθρώπων που έχουν διαβήτη τύπου 2. Αν πιει κάποιος χυμό πορτοκάλι χωρίς ζάχαρη, σημαίνει ότι ήπιε χυμό στον οποίο δεν έχει προστεθεί ζάχαρη. Όμως αυτό καθεαυτό το φρούτο έχει φρουκτόζη, άρα, αν πάρει κάποιος μεγάλη ποσότητα, αυτό θα επηρεάσει τη ρύθμιση του διαβήτη του. Όταν τρώμε μπισκότα ή σοκολάτες χωρίς ζάχαρη, θα πρέπει να θυμόμαστε ότι περιέχουν βούτυρο, αλεύρι, γάλα και ότι όλα αυτά παχαίνουν πολύ περισσότερο από τα 10 ή τα 20 γραμμάρια ζάχαρης που έχουν αντικατασταθεί με γλυκαντικές ουσίες.

Μύθος **No 8**

Το λεμόνι ρίχνει το σάκχαρο!

Ό,τι είναι ξινό δεν αντιστρατεύεται το γλυκό. Το ξινόμηλο δεν είναι

καλύτερο από το κανονικό μήλο, η διαφορά σε φρουκτόζη δεν είναι τόσο σημαντική. Το λεμόνι δεν έχει φρουκτόζη, το γκρέιπφρουτ όμως έχει και ας είναι ξινό και πικρό, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι μπορεί να μειώσει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα.

Η γεύση δεν αποτελεί πάντα δείκτη περιεκτικότητας των τροφών σε υδατάνθρακες. Το ρύζι δεν είναι ούτε γλυκό ούτε ξινό βέβαια, έχει όμως υψηλό γλυκαιμικό δείκτη, απορροφάται, δηλαδή, γρήγορα από τον οργανισμό και συμβάλλει στην αύξηση των επιπέδων του σακχάρου.

Μύθος **No 9**

Όταν κάποιος έχει ς ζάχαρο, είναι επικίνδυνο να κάνει μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, μπορεί να μην κλείνει η πληγή

Δεν υπάρχει λόγος να έχει κανείς άγχος για το γεγονός ότι μπορεί να χρειαστεί κάποτε να χειρουργηθεί και πώς θα γίνει αυτό αν υπάρχει και διαβήτης.

Οποιαδήποτε επέμβαση -μικρή ή μεγάλη- μπορεί να γίνει και να έχει καλή μετεγχειρητική πορεία, έστω και αν το άτομο έχει πολλά χρόνια τον διαβήτη. Χρειάζεται, βέβαια, παρακολούθηση για να είναι καλά ρυθμισμένο το σάκχαρο, αλλά ακόμα και αν πρόκειται για έκτακτο χειρουργείο, που δεν υπάρχει χρόνος για προεγχειρητική ρύθμιση του σακχάρου, δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας.

Μύθος **No 10**

Τέλος, νομίζω ότι η μεγαλύτερη προκατάληψη σχετικά με τον διαβήτη αφορά τη θεραπεία με ινσουλίνη!

«Μην αρχίσεις ινσουλίνη γιατί θα τη συνηθίσεις, θα σου κάνει κακό και δεν θα μπορείς να τη σταματήσεις».

«Προτιμάω να μην τρώω τίποτα, παρά να αρχίσω ινσουλίνη».

«Μια γνωστή μου τυφλώθηκε μόλις άρχισε ινσουλίνη».

«Όσοι κάνουν ένεση πέφτουν σε κώμα από τις υπογλυκαιμίες».

«Αν αυξάνω τις μονάδες για να ρυθμίσω το ζάχαρο, μετά δεν θα "με πιάνει" η ινσουλίνη».

Αυτές είναι μερικές από τις φράσεις που ακούμε ως γιατροί όταν προτείνουμε στους ασθενείς μας να αρχίσουν ινσουλίνη, επειδή έχουν εξαντληθεί τα αποθέματα ινσουλίνης στο δικό τους πάγκρεας και δεν ρυθμίζονται πια με χάπια. Η ινσουλίνη δεν συνηθίζεται. Το γεγονός ότι οι νέοι χρειάζεται να την κάνουν συνέχεια δεν οφείλεται στο ότι την άρχισαν, αλλά στο ότι λείπει εντελώς από τον οργανισμό τους. Γι' αυτό χρειάζεται να δίνεται σε καθημερινή βάση.

Όσοι κάνουν ινσουλίνη ξέρουν καλά ότι με τα νέα συστήματα χορήγησης και τις πολύ μικρές και λεπτές βελόνες η ένεση είναι τελείως ανώδυνη.

Η σωστή ενημέρωση, η απομυθοποίηση και η αντιμετώπιση των προκαταλήψεων και των φόβων γύρω από τον διαβήτη θα συμβάλουν ουσιαστικά τόσο στην πρόληψή του όσο και στην έγκαιρη αντιμετώπισή του

Είναι πολύ λυπηρό να βλέπει κάποιος ανθρώπους που θα μπορούσαν να έχουν μια πολύ καλή ποιότητα ζωής να παραμένουν με υψηλές τιμές ζαχάρου και να κινδυνεύουν από επιπλοκές λόγω της προκατάληψης που έχουν. Η σωστή ενημέρωση, η απομυθοποίηση και η αντιμετώπιση των προκαταλήψεων και των φόβων γύρω από τον διαβήτη θα συμβάλουν ουσιαστικά τόσο στην πρόληψή του όσο και στην έγκαιρη αντιμετώπισή του.

Η παρουσία των ιών HPV στο στόμα

Τι πρέπει να γνωρίζετε

Ελεάνα Δ. Στουφή

Στοματολόγος - Οδοντίατρος,
Υπεύθυνη Στοματολογικού Τμήματος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Η λοίμωξη από τους ιούς των θηλωμάτων του ανθρώπου (HPV) είναι σήμερα συχνό νόσημα που προσβάλλει τόσο τα γεννητικά όργανα όσο και τη στοματική κοιλότητα. Η ομάδα των ιών των θηλωμάτων του ανθρώπου ενοχοποιείται στην αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, αλλά τα τελευταία χρόνια πυροδοτήθηκε το ενδιαφέρον στο κοινωνικό προσκήνιο γύρω από τη βιολογική συμπεριφορά των ιών αυτών σε σχέση με τον καρκίνο του στοματοφάρυγγα. Αφορμή ήταν η δημόσια ανακοίνωση του διάσημου ηθοποιού Michael Douglas ότι ο καρκίνος που είχε στον λάρυγγα προκλήθηκε από τον ιό HPV λόγω της σεξουαλικής του συμπεριφοράς. Οι περισσότεροι σεξουαλικά ενεργοί άνθρωποι θα έρθουν σε επαφή με τον ιό HPV κάποια στιγμή στη ζωή τους.

Οι ιοί HPV απαντούν σε ποσοστό 6%-10% παγκοσμίως, ενώ στη στοματική κοιλότητα ανιχνεύονται σε ποσοστό 35%-45%. Στατιστικές μελέτες δείχνουν ότι μόνο 1 άτομο σε κάθε 100 θετικούς σε HPV μπορεί να εμφανίσει στοματοφαρυγγικό καρκίνο, υποδηλώνοντας ότι σπάνια θα γίνει κακοήθης εξαλλαγή.

Κλινικές βλάβες

Μέχρι σήμερα έχουν ταυτοποιηθεί πάνω από 40 παθογόνα στελέχη του ιού HPV. Ταξινομούνται σε βλεννογόνιους και δερματικούς, ανάλογα με τον στόχο προσβολής, καθώς και σε υψηλού κινδύνου (high risk 16, 18, 31, 33, 35) και χαμηλού κινδύνου (low risk 6, 11, 13, 32). Τις περισσότερες φορές ο ιός HPV δεν δίνει συμπτώματα. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής δεν γνωρίζει ότι έχει μολυνθεί ή πότε, εκτός αν παρουσιάσει βλά-

βες στο στόμα. Η απουσία όμως βλαβών δεν αποκλείει τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού. Ωστόσο, σε ποσοστό 90% των περιπτώσεων το ανοσοποιητικό μας σύστημα θα «καθαρίσει» τον ιό από τον οργανισμό εντός δύο ετών.

Οι χαμηλού κινδύνου τύποι του ιού έχουν σχετιστεί με καλοήθεις βλάβες -θηλώματα, οξυτενή κονδυλώματα και μυρμηκιές-, ενώ οι υψηλού κινδύνου τύποι σχετίζονται με δυνητικά κακοήθεις διαταραχές, όπως λευκοπλακία, και κακοήθεις βλάβες, όπως ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.

Ο στοματοφαρυγγικός καρκίνος μπορεί να εντοπιστεί οπουδήποτε στη στοματική κοιλότητα. Τα αρχικά συμπτώματα του στοματοφαρυγγικού καρκίνου είναι τα εξής:

- Δυσκολία στην κατάποση.
- Διόγκωση των λεμφαδένων στον τράχηλο.
- Βράχνιασμα.
- Πληγή που δεν επουλώνεται εντός 10 ημερών.
- Ογκίδιο στο στόμα.
- Λευκές ή ερυθρές πλάκες.

Πώς μεταδίδεται ο ιός

Η λοίμωξη στο στόμα γίνεται όταν ο ιός μπει στον οργανισμό από μια μικρή αμυχή του βλεννογόνου.

Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου λοίμωξης του στόματος

- Το στοματικό σεξ.
- Πολλοί σεξουαλικοί σύντροφοι (ετερόφυλοι ή ομοφυλόφιλοι).
- Το κάπνισμα.
- Το αλκοόλ.
- Το γαλλικό φιλί.
- Η ηλικία. Μεγαλύτερης ηλικίας άτομα έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο.
- Σπάνια κατά τη διάρκεια τοκετού από μολυσμένη (στα γεννητικά όργανα) μητέρα στο παιδί.

Οι ιοί HPV απαντούν σε ποσοστό 6%-10% παγκοσμίως, ενώ στη στοματική κοιλότητα ανιχνεύονται σε ποσοστό 35%-45%. Στατιστικές μελέτες δείχνουν ότι μόνο 1 άτομο σε κάθε 100 θετικούς σε HPV μπορεί να εμφανίσει στοματοφαρυγγικό καρκίνο, υποδηλώνοντας ότι σπάνια θα γίνει κακοήθης εξαλλαγή

Πώς γίνεται η ανίχνευση

Δεν χρειάζεται να γίνεται διαγνωστικό τεστ για την ανίχνευση του ιού στο στόμα σε ασυμπτωματικούς ασθενείς. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι δεν είναι σκόπιμο να ενθαρρύνουμε ασυμπτωματικούς στο στόμα ασθενείς να προβαίνουν σε ποικίλες και άσκοπες εξετάσεις για διαπίστωση πιθανής μόλυνσης του βλεννογόνου του στόματος, όταν δεν υπάρχουν βλάβες συμβατές με εκείνες που προκαλούν οι ιοί HPV. Αυτό ισχύει και για γυναίκες με παρουσία HPV στα γεννητικά όργανα, δεδομένου ότι από έρευνες φαίνεται πως η HPV λοίμωξη της πρωκτογεννητικής περιοχής δεν προδιαθέτει για λοίμωξη HPV στο βλεννογόνο του στόματος, ακόμη και σε περιπτώσεις που υπάρχει στοματογεννητική επαφή (oral sex).

Μόνο αν υπάρχει κλινικά βλάβη μπορεί ο στοματολόγος να τεκμηριώσει τη λοίμωξη κάνοντας βιοψία.

Πώς θεραπεύεται η λοίμωξη HPV στο στόμα

Οι περισσότερες περιπτώσεις λοίμωξης με όλους τους τύπους του ιού αυτοϊώνται πριν προκαλέσουν κλινικές βλάβες σε διάστημα 4-20 μηνών. Θηλώματα, κονδυλώματα ή μυρμηκιές που οφείλονται στον ιό HPV αφαιρούνται χειρουργικά ή με κρυοθεραπεία.

Οι προκαρκινικές βλάβες και ο καρκίνος της στοματικής κοιλότητας που σχετίζεται με τον ιό HPV αντιμετωπίζονται όπως και στους καρκίνους χωρίς την παρουσία του ιού, δηλαδή με ακτινοβολία, χημειοθεραπεία και χειρουργική.

Πώς μπορούμε να κάνουμε πρόληψη

Δεν συνιστάται να κάνουμε «τυφλά» τεστ, αν δεν υπάρχει κλινική βλάβη. Η πρόληψη επιτυγχάνεται με τους εξής τρόπους:

- Χρήση προφυλακτικών.
- Σταθερός σεξουαλικός σύντροφος.
- Έλεγχος από τον οδοντίατρο ή τον στοματολόγο της στοματικής κοιλότητας στα τακτικά προγραμματισμένα ραντεβού σας.

Μια φορά τον μήνα κάντε μόνοι σας έλεγχο στη στοματική σας κοιλότητα και αν διαπιστώσετε κάτι μη φυσιολογικό απευθυνθείτε σε στοματολόγο.

Κάντε το εμβόλιο για τον ιό. Αυτό γίνεται σε τρεις δόσεις σε διάστημα 6 μηνών. Ο εμβολιασμός είναι καλύτερα να γίνεται σε άνδρες και γυναίκες πριν από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας και μέχρι την ηλικία των 26 ετών, παρόλο που δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα ερευνητικά δεδομένα που να αποδεικνύουν την προφυλακτική δράση του εμβολίου στον καρκίνο του στόματος, όπως για τον καρκίνο της μήτρας.

Συμπέρασμα

Η προσβολή από τον ιό HPV συνήθως δεν ενέχει μεγάλο ιατρικό κίνδυνο, συχνά όμως έχει κοινωνικές προεκτάσεις. Πρέπει, λοιπόν, να καταλάβουμε ότι η πλειονότητα του πληθυσμού είναι σε κάποιο διάστημα της ζωής τους φορείς του ιού, αφού μεταδίδεται πολύ εύκολα. Σε καμία περίπτωση δεν είναι δείγμα απιστίας εάν σε ένα ζευγάρι ο ένας μόνο σύντροφος είναι φορέας, διότι μπορεί να έχει μολυνθεί ακόμη και δεκαετίες πριν.

Δεν πρέπει, λοιπόν, να προκαλείται πανικός, αλλά να γίνεται συχνός, κλινικός, προληπτικός, στοματολογικός έλεγχος, αν κρίνεται αναγκαίο, και έγκαιρη αντιμετώπιση ύποπτων βλαβών, αν διαπιστωθούν αυτές στη στοματική κοιλότητα.

Κατάθλιψη

Ελπίδα προσφέρει η πρωτοποριακή μέθοδος θεραπείας του Επαναληπτικού Διακρανιακού Μαγνητικού Ερεθισμού (rTMS)

Δριμάλα Παναγιώτα
Ψυχίατρος – M.Sc. Νευροεπιστημών – MRCPsych

Κωνσταντίνος Καρουκανίδης-Κατάκης
Ψυχολόγος – M.Sc. Κλινικής Ψυχολογίας

Νέα, πρωτοποριακή, ανώδυνη, αποτελεσματική και χωρίς παρενέργειες θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης εφαρμόζεται τώρα και στη χώρα μας από την Ευρωκλινική Αθηνών. **Η θεραπεία rTMS μπορεί να προσφέρει ξανά χαμόγελο σε χιλιάδες ασθενείς με κατάθλιψη που δεν έχουν επωφεληθεί από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.**

Λίγα λόγια για την κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή με σοβαρές παρενέργειες, που πλήττει μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, 350 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο υποφέρουν από τα συμπτώματα της κατάθλιψης, εκ των οποίων τα 2/3 είναι γυναίκες. Μέχρι το 2030 η κατάθλιψη προβλέπεται να γίνει η πιο διαδεδομένη αιτία αναπηρίας (Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – ΠΟΥ).

Μπορεί να εμφανιστεί ως θλίψη και στεναχώρια, διαταραχές ύπνου, όρεξης ή εμφανίζει ποικίλες άλλες σωματικές εκδηλώσεις. Εκτός από την ψυχική επιβάρυνση για τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του, έχει επιπτώσεις και σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, ενώ συχνά επηρεάζει και τη γενικότερη υγεία του ατόμου και των οικείων του.

Η κατάθλιψη οφείλεται σε οργανικούς παράγοντες, ενώ συχνά είναι αποτέλεσμα ψυχοπιεστικών γεγονότων, όπως, για παράδειγμα, πένθος ή άγχος

που οφείλεται σε εργασιακά, οικονομικά ή οικογενειακά προβλήματα.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και η ψυχοθεραπεία αποτελούν θεραπείες πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη. Αυτές οι θεραπευτικές αγωγές, ωστόσο, δεν έχουν αποτέλεσμα για όλους τους πάσχοντες. Περίπου το 1/3 των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη εμφανίζονται ως ανθεκτικοί στη φαρμακοθεραπεία, δηλαδή δεν ανταποκρίνονται σε αυτή και τα συμπτώματά τους, παρά τις αλλαγές στην αγωγή που λαμβάνουν. Αποτέλεσμα αυτού, είναι η ταλαιπωρία και η απογοήτευση που ανατροφοδοτούν σαν φαύλος κύκλος τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, η θεραπεία rTMS (επαναληπτικός Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός - repetitive Transcranial Magnetic Stimulation) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακόμη και σαν ενισχυτική θεραπεία, παράλληλα με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή την ψυχοθεραπεία. Σύμφωνα με μελέτες που διεξάγονται τα τελευταία τριάντα χρόνια σε όλο τον κόσμο, έχει φανεί ότι **η θεραπεία rTMS αποτελεί μια αποτελεσματική θεραπεία για τη μείωση ή και την εξάλειψη των συμπτωμάτων της κατάθλιψης**. Οι ασθενείς, λοιπόν, που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή ή που δεν μπορούν να ανεχτούν τα φάρμακα έχουν τη δυνατότητα να εξετάσουν σαν επιλογή τη θεραπεία με rTMS.

Τι είναι ο επαναληπτικός Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός (rTMS);

Ο επαναληπτικός Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός εφαρμόζεται σε πλήθος θεραπευτικών κέντρων σε Ευρώπη και Αμερική (John's Hopkins Hospital, Mayo Clinic, Harvard Medical School-McLean Hospital, CAMH) και είναι μια εγκεκριμένη παγκοσμίως μέθοδος θεραπείας (Αμερικάνικος Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων - FDA, 2008). **Είναι ανώδυνη, ακίνδυνη και λειτουργεί διεγείροντας την περιοχή του εγκεφάλου που ελέγχει τη διάθεση.**

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή με σοβαρές παρενέργειες, που πλήττει μεγάλο μέρος του πληθυσμού

350 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο υποφέρουν από τα συμπτώματα της κατάθλιψης, εκ των οποίων τα 2/3 είναι γυναίκες

Μέχρι το 2030 η κατάθλιψη προβλέπεται να γίνει η πιο διαδεδομένη αιτία αναπηρίας

Είναι ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία, που διεξάγεται στο πλαίσιο ενός ιατρείου. Η κύρια φάση της περιλαμβάνει ένα πρωτόκολλο 30 καθημερινών συνεδριών, διάρκειας 45 λεπτών περίπου η καθεμία. Μετά το τέλος των θεραπειών αυτών, ο ασθενής μπορεί να αναμένει σημαντική μείωση ή και πλήρη αποδρομή των συμπτωμάτων.

Κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών, ο ασθενής κάθεται άνετα και χαλαρώνει στην καρέκλα της θεραπείας. Η συσκευή που εφαρμόζει τη θεραπεία ακουμπά ελαφρά στο κεφάλι του. Ο ασθενής ακούει έναν επαναλαμβανόμενο ήχο «κλικ» καθώς γίνεται η εφαρμογή της θεραπείας.

Καθ' όλη τη διάρκεια της συνεδρίας, ο ασθενής είναι ξύπνιος και σε εγρήγορση, επικοινωνεί κανονικά και μπορεί να περνά τον χρόνο του βλέποντας τηλεόραση ή να συζητά με τον θεραπευτή. Μετά το τέλος κάθε συνεδρίας, μπορεί να επιστρέψει αμέσως στις καθημερινές δραστηριότητές του, καθώς δεν επηρεάζεται η εγρήγορση ή οι γνωστικές του λειτουργίες.

Μάλιστα, οι ειδικοί υπογραμμίζουν το γεγονός ότι ο rTMS δεν παρουσιάζει παρενέργειες και δεν επιτείνει καμία από αυτές που προκαλούνται από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Η θεραπεία rTMS εφαρμόζεται από τους εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας του κέντρου «ΝΟΟΣ ΕΥΔΙΑ», σε συνεργασία με τον 'Ομιλο της Ευρωκλινικής Αθηνών.

Το προσωπικό του κέντρου έχει εκπαιδευτεί άρτια στα πρότυπα του Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) στον Καναδά (όπου εφαρμόζεται η θεραπεία rTMS από το 2003), μία από τις πρώτες χώρες στην οποία εφαρμόζεται η θεραπεία εντός του συστήματος υγείας από τον κορυφαίο παγκοσμίως στη θεραπεία Dr. J.Z. Daskalakis.

artime.gr

CRYOLIPO.

Ολοκληρωμένο πρόγραμμα κρυολιπόλυσης

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

με ΜΙΑ μόνο θεραπεία.

Η επαναστατική μέθοδος της Κρυολιπόλυσης με το CRYOLIPO II:

/ Μη-επεμβατική και ανώδυνη μέθοδος

/ Άνετη, γρήγορη (διάρκεια μία ώρα)

/ Μόνιμη μείωση του τοπικού πάχους

/ Μοναδική πατενταρισμένη τεχνολογία τρισδιάστατης εφαρμογής της ψύξης (360˚) για ομοιόμορφο αποτέλεσμα (παγκόσμια καινοτομία)

/ Προκαλεί απόπτωση των λιποκυττάρων

/ Χωρίς χρόνο αποθεραπείας

/ Ενισχυμένος ψυκτικός μηχανισμός (έως - 9 ˚C)

/ Διπλές κεφαλές για ταυτόχρονες θεραπείες

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
ΑΘΗΝΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

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

Αφιέρωμα

Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση τοπικού πάχους - μεταβολικού συνδρόμου
Κρυολιπόλυση
Ιατρικό πρόγραμμα διαχείρισης σωματικού βάρους
Απώλεια βάρους

Βασίλειος Κρέτσης
Διευθυντής
Πλαστικός Χειρουργός,
Ευρωκλινική Αθηνών

Η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση

του τοπικού πάχους - μεταβολικού σύνδρομου

Το τοπικό πάχος, η γενικευμένη παχυσαρκία, καθώς και το μεταβολικό σύνδρομο, δηλαδή η κατάσταση του οργανισμού όπου ο μειωμένος μεταβολισμός προκαλεί τοπικό και γενικευμένο πάχος, είναι κλινικές καταστάσεις που στις περισσότερες περιπτώσεις δεν αντιμετωπίζονται σωστά και ολοκληρωμένα.

Η εξατομικευμένη προσέγγιση αποτελεί το «κλειδί» της επιτυχίας για την επίτευξη μόνιμων, μέγιστων αισθητικών αποτελεσμάτων που αφορούν τόσο την καταπολέμηση του τοπικού πάχους όσο και της γενικευμένης παχυσαρκίας.

Η κρυολιπόλυση, η διατροφική καθοδήγηση και οι μοντέρνες τεχνικές της πλαστικής χειρουργικής αποτελούν την αιχμή του δόρατος στην καταπολέμηση του τοπικού πάχους και της παχυσαρκίας.

Μοντέρνες και καινοτόμες τεχνικές της πλαστικής χειρουργικής μπορούν να εξασφαλίσουν την πλήρη εξάλειψη του τοπικού πάχους και την πλήρη επαναδιαμόρφωση του σώματος, χαρίζοντας ένα καλλίγραμμο, σμιλευμένο σώμα χωρίς τοπικό πάχος.

Αυτό προϋποθέτει ότι ο ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε κάποια επέμβαση πλαστικής χειρουργικής για την εξάλειψη του τοπικού πάχους ή για επεμβάσεις επαναδιαμόρφωσης του κορμού θα πρέπει να βρίσκεται υπό ενδοκρινολογική - διατροφική καθοδήγηση, καθώς επίσης μη επεμβατικές μέθοδοι, όπως η κρυολιπόλυση, δεν έχουν ένδειξη στην περίπτωσή του.

3D λιποαναρρόφηση - λιπογλυπτική υψηλής ευκρίνειας

Αποτελεί σήμερα την πιο αποτελεσματική τεχνική στην καταπολέμηση του τοπικού πάχους και της επαναδιαμόρφωσης του σώματος σε ασθενείς με την κατάλληλη ένδειξη. Η τεχνική 3D λιποαναρρόφησης - λιπογλυπτικής υψηλής ευκρινείας αφορά την αφαίρεση λίπους από περιοχές με αυξημένο τοπικό πάχος, έτσι ώστε να αναδεικνύεται η ομοιόμορφη ανατομική εικόνα της σμιλευμένης περιοχής από την οποία αφαιρείται το περίσσευμα του τοπικού λίπους. Αυτό μπορεί να αφορά οποιαδήποτε ανατομική περιοχή του ανθρώπινου σώματος, όπου μπορεί να είναι το πρόσωπο, το προγούλι, ο λαιμός, το στήθος (άνδρες), η κοιλιακή χώρα, η πλάτη, οι γλουτοί, οι μηροί, τα γόνατα καθώς και οι γάμπες.

Η κρυολιπόλυση, η διατροφική καθοδήγηση και οι μοντέρνες τεχνικές της πλαστικής χειρουργικής αποτελούν την αιχμή του δόρατος στην καταπολέμηση του τοπικού πάχους και της παχυσαρκίας

Η επέμβαση της 3D λιποαναρρόφησης - λιπογλυπτικής υψηλής ευκρίνειας, πέρα από την αφαίρεση του τοπικού πάχους, αφορά και την επανέγχυση του λίπους (λιπογλυπτική) σε άλλες ανατομικές περιοχές, αναλόγως την ένδειξη, όπως στους γλουτούς, στο στήθος, στο πρόσωπο, όπου σε μία και μόνο επέμβαση μπορεί ο ασθενής όχι μόνο να αφαιρέσει το τοπικό λίπος που τον απασχολεί, αλλά και να αναδείξει άλλες ανατομικές περιοχές (γλουτοί, οπίσθια, στήθος) και να έχει ταυτόχρονα απαλλαγεί μόνιμα από το τοπικό πάχος, αλλά και αποκτήσει ένα πιο σμιλευμένο κορμί και ένα πιο γεμάτο και νεανικό πρόσωπο χωρίς ρυτίδες και χαλάρωση.

Η τεχνική της λιποαναρρόφησης αφορά την αφαίρεση λίπους από περιοχές με τοπικό πάχος μέσω μικροσκοπικών κανουλών, όπου η περίσσεια του λίπους αναρροφάται (κλασική λιποαναρρόφηση), καθώς επίσης το λίπος μπορεί να αφαιρεθεί με την τεχνική της laser λιποαναρρόφησης, λιποαναρρόφησης με υπερήχους (Vaser), αλλά και με τη χρήση της παλλόμενης λιποαναρρόφησης. Το ποια από τις τεχνικές θα χρησιμοποιηθεί θα εξαρτηθεί κυρίως

από την ένδειξη του ασθενούς, από την ανατομική περιοχή, την ποιότητα του δέρματός του, καθώς και από άλλες μεταβλητές. Κατά γενική ομολογία, όλες οι παραπάνω μέθοδοι είναι το ίδιο αποτελεσματικές στην εξάλειψη του τοπικού πάχους, τον κυριότερο όμως παράγοντα αποτελούν η εμπειρία του πλαστικού χειρουργού και η λεπτομερής χαρτογράφηση της κάθε ανατομικής περιοχής, έτσι ώστε η εξάλειψη του τοπικού πάχους να αναδεικνύει την κάθε ανατομική περιοχή απ' όπου αφαιρείται το τοπικό λίπος.

Η επέμβαση της 3D λιποαναρρόφησης - λιπογλυπτικής υψηλής ευκρίνειας πραγματοποιείται σε ημερήσια βάση νοσηλείας, ενώ προηγείται ένας τυπικός προεγχειρητικος έλεγχος, δηλαδή ο ασθενής μετά την επέμβαση εξέρχεται από την κλινική έπειτα από λίγες ώρες. Η επέμβαση πραγματοποιείται στις περισσότερες περιπτώσεις με συνδυασμό τοπικής αναισθησίας και μέθης και είναι εντελώς ανώδυνη. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο ασθενής επιστρέφει στην εργασία του έπειτα από μία με δύο ημέρες και συνήθως σε μία εβδομάδα μπορεί να κάνει τα πάντα. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μεθόδου είναι μόνιμα, με την προϋπόθεση ότι ο ασθενής για την υπόλοιπη ζωή του θα ακολουθεί μια ισορροπημένη διατροφή ή θα βρίσκεται υπό ενδοκρινολογική - διατροφική παρακολούθηση.

Η επέμβαση της 3D λιποαναρρόφησης - λιπογλυπτικής υψηλής ευκρίνειας είναι ό,τι πιο σύγχρονο έχει να επιδείξει σήμερα η παγκόσμια πλαστική χειρουργική

Πραγματικά η επέμβαση της 3D λιποαναρρόφησης - λιπογλυπτικής υψηλής ευκρίνειας είναι ό,τι πιο σύγχρονο έχει να επιδείξει σήμερα η παγκόσμια πλαστική χειρουργική, διότι, πέρα από τη μόνιμη αφαίρεση του τοπικού πάχους από οποιαδήποτε ανατομική περιοχή, η έγχυση του λίπους σε άλλες περιοχές του ανθρώπινου σώματος προκαλεί μια πλήρη επαναδιαμόρφωση του κορμού, προσδίδοντας μια εικόνα σμιλευμένου και πιο καλοδιατηρημένου αθλητικού περιγράμματος. Η δε έγχυση λιποκυττάρων στο πρόσωπο, πέρα από τη φυσική ογκομετρική μεταβολή που προκαλεί, χορηγεί και έναν τεράστιο αριθμό βλαστοκυττάρων που προσκαλούν πραγματική αναγέννηση του γερασμένου και κουρασμένου προσώπου και είναι η πρώτη πραγματική αντιγηραντική θεραπεία για το πρόσωπο με άμεσα και ορατά αποτελέσματα από την πρώτη στιγμή της έγχυσης.

Η Ευρωκλινική, σαν πρωτοπόρος ιατρικός όμιλος, πρωτοπορεί και πάλι στον τομέα της πλαστικής χειρουργικής, όπου προσφέρονται αισθητικές υπηρεσίες αιχμής και τα προβλήματα του τοπικού πάχους και της γενικευμένης παχυσαρκίας προσεγγίζονται με έναν απόλυτα εξατομικευμένο τρόπο για μόνιμα, κορυφαία, αισθητικά αποτελέσματα που δεν μεταβάλλονται στον χρόνο.

Σοφία Τσιρώνα
Ενδοκρινολόγος,
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,
Επιστημονικά υπεύθυνη Ενδοκρινολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Αθηνών και Πολυϊατρείου Σημείου ΔΥΟ

Ιατρικό πρόγραμμα διαχείρισης σωματικού βάρους

Τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό της παχυσαρκίας έχει τριπλασιαστεί σε παγκόσμιο επίπεδο. Ένας δείκτης εκτίμησης του βαθμού της παχυσαρκίας είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ, δηλαδή το αποτέλεσμα της διαίρεσης του βάρους ενός ατόμου σε κιλά με το τετράγωνο του ύψους του σε μέτρα). Έτσι όποιος έχει ΔΜΣ 25-29,9 kg/m^2 χαρακτηρίζεται ως υπέρβαρος, ενώ όποιος έχει ΔΜΣ ≥ 30 kg/m^2 ως παχύσαρκος.

Το 2016 υπολογίστηκε ότι σε παγκόσμιο επίπεδο το 39% των ενηλίκων είναι υπέρβαροι και το 13% παχύσαρκοι. Στην Ελλάδα, το 53,7% των ενηλίκων άνω των 20 ετών είναι υπέρβαροι, ενώ το 20,1% παχύσαρκοι, δείχνοντας ότι και στη χώρα μας η παχυσαρκία έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας. Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, ότι εάν η αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας συνεχιστεί με τον ίδιο ρυθμό, το 2030 ο μισός πληθυσμός της γης θα πάσχει από αυτή. Η παχυσαρκία έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για:

- Καρδιαγγειακά νοσήματα (έμφραγμα μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο κ.λπ.).
- Σακχαρώδη διαβήτη.
- Μυοσκελετικές παθήσεις.
- Καρκίνο (ενδομητρίου, ωοθηκών, προστάτη, ήπατος, χολής, νεφρών και εντέρου).
- Σύνδρομο υπνικής άπνοιας.

Ο αντίκτυπος των παραπάνω αφορά όχι μόνο την ποιότητα ζωής, αλλά και την επιβίωση των ασθενών.

Την ίδια στιγμή, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σημειώνει ότι η παχυσαρκία ευθύνεται για 2,8 εκατ. θανάτους ετησίως. Εστιάζοντας στην οικονομική πτυχή της **παχυσαρκίας**, φαίνεται ότι το κόστος της σε παγκόσμιο επίπεδο αγγίζει τα 2 τρισ. δολάρια ετησίως, τα οποία αφορούν όχι μόνο την απώλεια οικονομικής παραγωγικότητας, αλλά και τα κόστη των υγειονομικών συστημάτων για περίθαλψη και νοσηλείες, καθώς και τις επενδύσεις που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των συνεπειών της **παχυσαρκίας**.

Στην Ελλάδα, το 53,7% των ενηλίκων άνω των 20 ετών είναι υπέρβαροι, ενώ το 20,1% παχύσαρκοι, δείχνοντας ότι και στη χώρα μας η παχυσαρκία έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας

Είναι αδήριτη ανάγκη, λοιπόν, η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Πριν καταφύγουμε στα φαρμακευτικά ή και στα χειρουργικά όπλα που υπάρχουν πλέον για την αντιμετώπισή της, στο ιατρείο Παχυσαρκίας του Πολυϊατρείου της Ευρωκλινικής «ΣΗΜΕΙΟ ΔΥΟ» εφαρμόζουμε μια **εξειδικευμένη και εξατομικευμένη μέθοδο απώλειας βάρους, βασισμένη στα τελευταία επιστημονικά δεδομένα** σχετικά με τις δίαιτες μειωμένων υδατανθράκων, όπως προτείνονται και στις πρόσφατες οδηγίες της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA).

Πρόκειται για ένα **ιατρικά αναπτυγμένο πρόγραμμα τεσσάρων φάσεων**, κατά τις οποίες παρέχεται η ιδανική πρόσληψη πρωτεΐνης, με ταυτόχρονη χαμηλή πρόσληψη υδατανθράκων. Το πρόγραμμα αυτό είναι εξατομικευμένο, δηλαδή προσαρμοσμένο στις ανάγκες του κάθε ατόμου.

Ανάλογα με την κατάσταση της υγείας αλλά και των στόχων του ασθενούς, ο ιατρός μπορεί να κατατάξει τον ασθενή του στις ακόλουθες **τέσσερις φάσεις απώλειας βάρους**:

- Κετογονικές αγωγές επαρκών πρωτεϊνών και πολύ χαμηλών υδατανθράκων (VLCKD): Φάση 1 (πρωτεϊνική διατροφή) και Φάση 2 (επιλεκτική διατροφή).
- Μη κετογονικές αγωγές χαμηλών θερμίδων, υδατανθράκων και γλυκαιμικού φορτίου: Φάση 3 (σταδιακή διατροφή, χωρισμένη σε 4 μέρη) και Φάση 4 (ισορροπημένη μεσογειακή διατροφή).

Η φάση από την οποία θα αρχίσετε θα αποφασιστεί από την ιατρό του τμήματος και θα εξαρτη-

Στόχοι του προγράμματος

1. Η απώλεια βάρους
2. Η διατροφική εκπαίδευση

Ο ασθενής με αυτό τον τρόπο πετυχαίνει:

- **Ταχεία και ασφαλή απώλεια βάρους** (τις πρώτες 40 ημέρες αναμένεται απώλεια περίπου του 10% του σωματικού βάρους)
- **Απώλεια** κατά βάση **λιπώδους μάζας** με ταυτόχρονη προστασία του μυϊκού ιστού και
- **Αλλαγή των διατροφικών συνηθειών**, ώστε να διασφαλιστεί η μακροχρόνια διατήρηση του βάρους.

Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του προγράμματος απώλειας βάρους έχουν αποδειχθεί ευρέως από πολλές μελέτες σχετικά με την παχυσαρκία και τις μεταβολικές επιπλοκές της και ειδικότερα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

θεί από το επιθυμητό βάρος που θέλετε να φτάσετε, τη σύνθεση του σώματός σας και τις διατροφικές σας συνήθειες.

Στο πλαίσιο του προγράμματος, δίνεται η δυνατότητα της εξατομικευμένης **ψυχο-συμπεριφορικής αξιολόγησης αλλά και καθοδήγησης του ασθενούς**.

Μερικές φορές, χωρίς να το καταλάβουμε, αλλάζουμε τη διατροφική μας συμπεριφορά και τις συνήθειές μας ανάλογα με τα συναισθήματά μας και το επίπεδο της ψυχικής μας φόρτισης. Το υπερβολικό φαγητό, αντί για μια φυσιολογική απάντηση στην πείνα -όπως και θα έπρεπε να είναι-, μπορεί να γίνει ένας τρόπος διαχείρισης συναισθημάτων, όπως είναι το άγχος ή η πλήξη.

Καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος απώλειας βάρους παρέχεται δυνατότητα ιατρικής υποστήριξης, λαμβάνοντας υπ' όψιν τέτοιου είδους κίνητρα και συναισθηματικούς παράγοντες. Παράλληλα, η ενίσχυση των συναισθημάτων αυτοεκτίμησης φαίνεται ότι συμβάλλει στην ταχύτερη απώλεια βάρους.

Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα ενός τέτοιου προγράμματος απώλειας βάρους έχουν αποδειχθεί ευρέως από πολλές μελέτες σχετικά με την παχυσαρκία και τις μεταβολικές επιπλοκές της και ειδικότερα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Συγκεκριμένα, σε αυτή την ομάδα των ασθενών φαίνεται ότι η απώλεια βάρους θα οδηγήσει σε βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου, με μείωση ή και διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής*, βελτίωση των δεικτών του μεταβολικού συνδρόμου, μείωση της φλεγμονής, αλλά και βελτίωση της υπνικής άπνοιας και των συνεπειών αυτής.

**Αφορά φάσεις I & II της μεθόδου, Yancy et al., 2005, Hammer et al., 2008, Mraz et al., 2011, Katsilambros 2012, Poulain et al., 2006, American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes. Obesity management)*

Αργυρώ Παπαδοπούλου
Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Συνεργάτης Ευρωκλινικής Αθηνών

Κρυολιπόλυση

Γιατί να προτιμήσω την κρυολιπόλυση;

Η κρυολιπόλυση αποτελεί το πιο αποτελεσματικό χαρτί έναντι του τοπικού πάχους χωρίς τη βοήθεια του «νυστεριού», που όλοι προσπαθούν να αποφύγουν. Μελετώντας την τάση προτίμησης του κοινού από το 2000 και έπειτα, σημειώνεται μεγάλη ανοδική τάση για τις ελάχιστα επεμβατικές, κοσμητικές πράξεις και αντίστοιχα μείωση για τις χειρουργικές. Όλοι μας επιθυμούμε μια «lunch time treatment», χωρίς μεγάλο χρόνο αποθεραπείας, ταλαιπωρία και φόβο παρενεργειών.

Κρυολιπόλυση ή άλλη μέθοδος;

Από τις μεθόδους που ανακαλύφθηκαν και εφαρμόστηκαν η κρυολιπόλυση παραμένει ηγετικά η πιο εμπορικά αποδεκτή και η πιο καλά μελετημένη σε βάθος χρόνου, καθώς στοιχεία μελετών επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά της. Η τεχνική εγκρίθηκε το 2010 από τον US Food and Drug Administration (FDA) για εφαρμογή στην περιοχή της κοιλιάς και τα πλαϊνά και τον Απρίλιο του 2014 πήρε έγκριση για εφαρμογή και στους μηρούς. Πρόσφατη επιβεβαίωση των έως τώρα δεδομένων από το παγκόσμιο συνέδριο αισθητικής IMCAS 2018 επιβεβαιώνει ότι η κρυολιπόλυση εκτελεί την πιο αποτελεσματική μείωση του τοπικού πάχους και επικουρικά προστίθεται άλλη τεχνολογία, όπως η HIFU, οι υπέρηχοι ή οι ραδιοσυχνότητες, όπου χρειάζεται περαιτέρω σύσφιξη στο δέρμα.

Πότε & γιατί

Παίζει ρόλο το μηχάνημα κρυολιπόλυσης;

Στο Δερματολογικό Τμήμα της Ευρωκλινικής Αθηνών παρέχεται η κρυολιπόλυση από το 2015 και έχουν πραγματοποιηθεί περισσότερες από 1.200 εφαρμογές με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα και υπό την άμεση εποπτεία του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού. Όλα τα περιστατικά ελέγχονται, εγκρίνονται και εξετάζονται από δερματολόγο, ενδοκρινολόγο και σύμβουλο διατροφής προτού προχωρήσουν

σε θεραπεία. Οι συνεδρίες πραγματοποιούνται με το μηχάνημα CRYOLIPO II με τις αξιόπιστες κεφαλές 360° CLATUU της εταιρείας με εξαιρετικά αποτελέσματα. Η σταθερή ψύξη στους -9°C με τις ολοκεραμικές κεφαλές που ψύχουν τα λιποκύτταρα από όλες τις διευθύνσεις, απαγορεύοντας άλλη επανάληψη συνεδρίας στην ίδια περιοχή προτού περάσουν τρεις μήνες, υποδεικνύει τη δύναμη του μηχανήματος και επιτρέπει την επαναξιολόγηση των αποτελεσμάτων μετά το τρίμηνο με μία μόνο εφαρμογή.

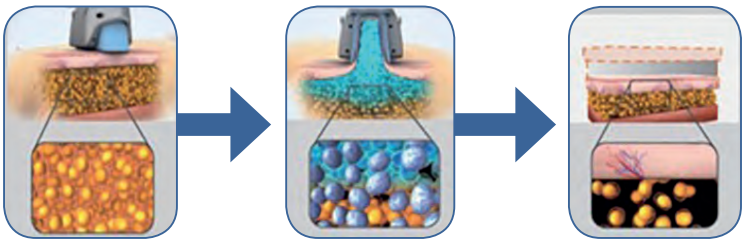
Πώς λειτουργεί η κρυολιπόλυση;

Έχει μελετηθεί ότι τα λιποκύτταρα είναι πολύ πιο ευαίσθητα στο ψύχος και καταστρέφονται πιο αποτελεσματικά σε σύγκριση με άλλες μεθόδους, όπως οι ραδιοσυχνότητες, οι υπέρηχοι, τα ακουστικά κύματα, τα lasers κ.λπ. Μετά την εφαρμογή ακριβείας του ψύχους των -9°C στην προς θεραπεία περιοχή για διάρκεια 1 ώρας, ακολουθούν σταδιακά η διάλυση των μεμβρανών των λιποκυττάρων και η σταδιακή απορρόφηση-φαγοκυττάρωση των υπολειμμάτων από τον οργανισμό με φυσιολογική διαδικασία και χωρίς να προκληθεί βλάβη στην επιδερμίδα.

Τι αποτέλεσμα θα έχω με μία συνεδρία;

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

Η κρυολιπόλυση αποτελεί την πιο καλά μελετημένη, ασφαλή, αποτελεσματική και μη χειρουργική τεχνική για μείωση του τοπικού πάχους, ΑΡΚΕΙ να διενεργείται από υπεύθυνο ιατρικό προσωπικό και με έγκυρο - πιστοποιημένο μηχάνημα ψύξης



Εισρρόφηση του λιπώδους ιστού με χρήση δύο ειδικών κεφαλών θεραπείας και μείωση της αιματικής ροής εξαιτίας της υποπίεσης

Το λίπος υποβάλλεται σε ισχυρή ψύξη, χωρίς να καταστρέφονται οι γύρω ιστοί

Τα λιποκύτταρα καταστρέφονται μέσω της φυσιολογικής διαδικασίας της απόπτωσης (το λίπος μειώνεται εντός 60-90 ημερών)

Μπορώ να την κάνω;

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

Θα προκύψει «χαλάρωση» του δέρματος;

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

Θα πονέσω; Τι παρενέργειες υπάρχουν;

Η θεραπεία της κάθε περιοχής διαρκεί 60 λεπτά και σε όλη τη διάρκεια γίνεται καλά ανεκτή. Μικρή ενόχληση παρατηρείται στην έναρξη της εισρόφησης της προς θεραπείας περιοχής, λόγω της αρνητικής πίεσης, καθώς και πιθανά στο τέλος, κατά τη διάρκεια της μάλαξης. Οι συχνότερα αναφερόμενες ανεπιθύμητες παρενέργειες είναι το αίσθημα καύσου, οι μικρές μελανιές και το «μούδιασμα» του δέρματος. Έχει αναφερθεί σπάνια ενόχληση με ήπιους-μέτριους πόνους στην περιοχή έως και 2 εβδομάδες μετά, χωρίς όμως να εγκυμονεί κινδύνους.

Η κρυολιπόλυση αποτελεί την πιο καλά μελετημένη, ασφαλή, αποτελεσματική και μη χειρουργική τεχνική για μείωση του τοπικού πάχους, ΑΡΚΕΙ να διενεργείται από υπεύθυνο ιατρικό προσωπικό και με έγκυρο - πιστοποιημένο μηχάνημα ψύξης.

Απώλεια βάρους
Βάλτε εφικτούς στόχους

Χρήστος Παξιμαδάς
Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, M.Sc., Πολυϊατρείο Ευρωκλινικής - Σημείο ΔΥΟ

Όταν ένας άνθρωπος παίρνει την απόφαση να βελτιώσει το βάρος του, η γρήγορη και η εύκολη απώλεια είναι στοιχεία που χαρακτηρίζουν την επιθυμία του. Η σύσταση του διαιτολόγου για απώλεια 0,5-1 kg την εβδομάδα τον κάνει να αναρωτιέται: «Μόνο τόσο; Δεν γίνεται παραπάνω;». Όλα αυτά είναι εύλογα ερωτήματα από τη μεριά του διαιτώμενου, αλλά τα επιστημονικά δεδομένα μπορεί να μην ανταποκρίνονται στην επιθυμία του να χάσει γρήγορα βάρος, ωστόσο σίγουρα τον φέρνει πιο γρήγορα ένα βήμα πιο κοντά στη βελτίωση της υγείας του! Είναι γεγονός ότι τα άτομα με παραπάνω κιλά είναι πιο «εύπιστα» σε μια γρήγορη και εύκολη απώλεια βάρους. Από την άλλη μεριά, οι επιστήμονες υγείας συνιστούν μια αργή και σταθερή απώλεια βάρους με γνώμονα πάντα την καλύτερη υγεία. Μάλιστα, πρόσφατη μελέτη δείχνει ότι αρκεί έστω και απώλεια 5% του αρχικού μας βάρους για να δούμε σημαντικά και μεγάλα οφέλη για την υγεία μας. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η σχετικά μικρή απώλεια βάρους μείωνε σημαντικά τον κίνδυνο των ασθενών για διαβήτη και καρδιαγγειακές παθήσεις, ενώ βελτίωνε τη μεταβολική λειτουργία στο ήπαρ αλλά και το σωματικό λίπος. Επίσης, οι τρέχουσες κατευθυντήριες γραμμές για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας συνιστούσαν απώλεια βάρους από 5% έως 10%, αλλά το να χάσει κάποιος το 5% του σωματικού βάρους είναι πολύ πιο εύκολο απ' ό,τι να χάσει το 10%. Γι' αυτό τον λόγο έχει μεγάλη σημασία για τους ασθενείς να στοχεύουν σε έναν πιο εύκολο, εφικτό και ρεαλιστικό στόχο. Συ-

Οι μικρές αλλαγές είναι αυτές που θα βελτιώσουν το βάρος σας

- **Θέστε κίνητρα και στόχους με βάση την καλή υγεία, αλλά και τις προσωπικές σας επιθυμίες, φυσικά χωρίς υπερβολή.** Καθημερινά ερχόμαστε σε επαφή με πολλούς διατροφικούς πειρασμούς. Πριν υποκύψετε, σκεφτείτε αν πραγματικά το έχετε ανάγκη. Αν ναι, 2-3 κουταλιές ή μπουκιές σάς αρκούν για να νιώσετε την απόλαυσή του. Αν τελικά δεν το έχετε ανάγκη, «αγνοήστε» το.

- **Καταναλώστε το γεύμα σας σε ψυχική ηρεμία**, με φίλους, συνεργάτες, γονείς. Φροντίστε το γεύμα σας να μη διαρκεί λιγότερο από δεκαπέντε λεπτά.

- **Μη στερείστε.** Η στέρηση θα οδηγήσει με μαθηματική ακρίβεια σε υπερκατανάλωση πιο θερμιδιγόνων επιλογών. Φροντίστε να καταναλώνετε όλες τις ομάδες τροφίμων σε συγκεκριμένη συχνότητα και ποσότητα.

- **Να θυμάστε: Μέτρον άριστον.** Για τη διευκόλυνσή σας μπορείτε να απευθυνθείτε σε έναν πτυχιούχο διαιτολόγο, εξειδικευμένο στην τροποποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς, ο οποίος θα καταρτίσει ένα εξατομικευμένο διαιτολόγιο, σύμφωνα με τον δικό σας τρόπο ζωής, θα σας ακούσει, θα κατανοήσει τους στόχους σας, θα σας «κοουτσάρει» και θα σας βοηθήσει να υιοθετήσετε τις σωστές διατροφικές συνήθειες προκειμένου να χάσετε κιλά, αλλά και να διατηρήσετε ένα υγιές βάρος.

γκεκριμένα, στη μελέτη έλαβαν μέρος σαράντα παχύσαρκα άτομα, όπου κανένα δεν εμφάνιζε διαβήτη, με σκοπό είτε να διατηρήσουν το σωματικό τους βάρος είτε να χάσουν 5%, 10% ή 15% του σωματικού βάρους. Δεκαεννέα εθελοντές (περίπου το 50% του δείγματος) έχασαν το 5% του αρχικού τους βάρους και παρατηρήθηκε βελτίωση στη λειτουργία των β-κυττάρων του παγκρέατος που εκκρίνουν ινσουλίνη, ενώ συσχετίστηκε με μειώσεις στο συνολικό σωματικό λίπος και με πολύ λιγότερο λίπος στο ήπαρ. Επίσης, άλλοι εννέα εθελοντές έχασαν το 15% του βάρους τους, όπου φάνηκε επιπλέον καλύτερη λειτουργία όσων αναφέρθηκαν παραπάνω.

Αν και εσείς έχετε συνδυάσει την απώλεια βάρους με ένα έντονα στερητικό υποθερμιδικό διαιτολόγιο, ήρθε η ώρα να αλλάξετε γνώμη. Σύμφωνα με τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα, για να καταφέρει κάποιος όχι μόνο να χάσει, αλλά και να διατηρήσει το νέο-χαμηλότερο βάρος του, πρέπει να αλλάξει τον τρόπο που βλέπει το φαγητό και το πώς αισθάνεται γύρω από αυτό.

Στην επιστήμη της διαιτολογίας χρειάζεται κάποιος όχι μόνο να ακολουθήσει ένα υποθερμιδικό διαιτολόγιο, αλλά να αλλάξει τη διατροφική του συμπεριφορά και όλες εκείνες τις λανθασμένες συνήθειες που του έφεραν σε βάθος χρόνου το παραπάνω βάρος.

Magkos F, Fraterrigo G, Yoshino J, Luecking C, Kirbach K, Kelly SC, et al. Effects of moderate and subsequent progressive weight loss on metabolic function and adipose tissue biology in humans with obesity. Cell Metab 2016; Feb 22. pii: S1550-4131(16)30053-5.

Η καλύτερη εμπειρία αποτρίχωσης που είχατε ποτέ

SOPRANO ICE

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

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
Είσαι στο Κέντρο!

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

γυναίκα

«Κάλλιον
του θεραπεύειν
το προλαμβάνειν»

Χαλάρωση
του δέρματος

Φιορίτα Πουλακάκη
Διευθύντρια Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, Ευρωκλινική Αθηνών

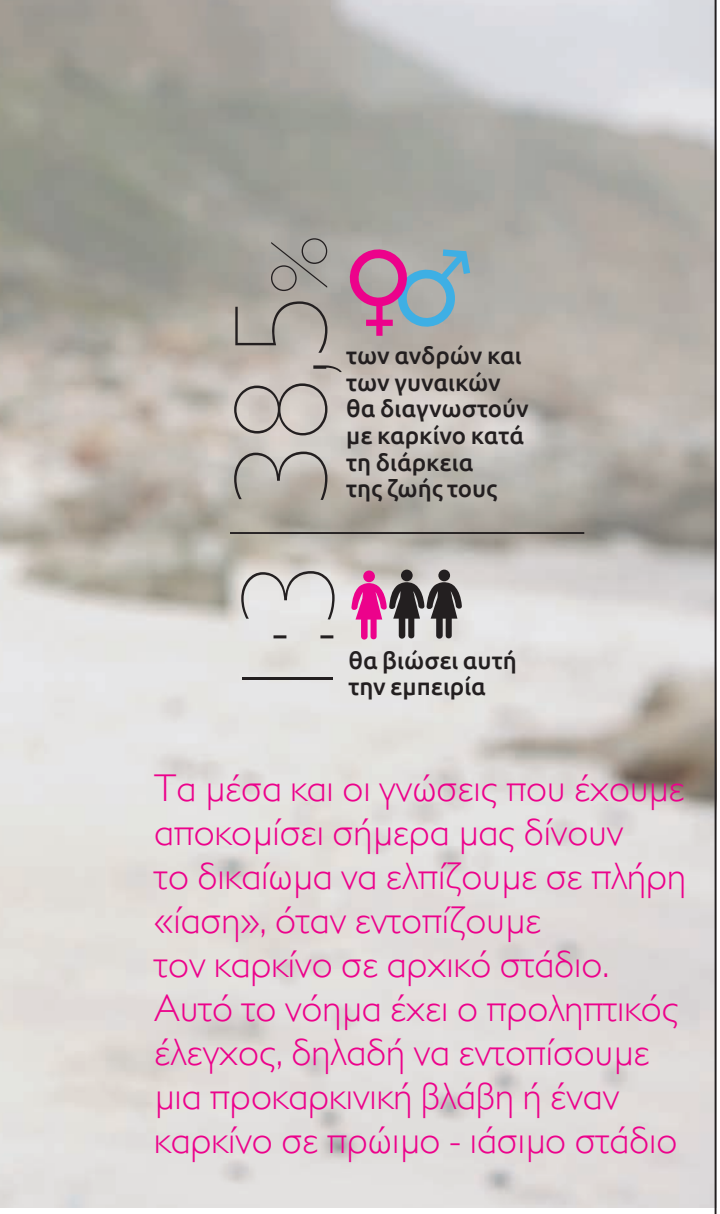
Γεώργιος-Μάριος Μακρής
Διευθυντής Γυναικολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

«Κάλλιον του θεραπεύειν το προλαμβάνειν»

Είναι πλέον καθημερινό φαινόμενο να πληθαίνουν στον στενό κοινωνικό μας κύκλο τα περιστατικά που σχετίζονται με κάποια μορφή καρκίνου. Στον αντίποδα όμως έχει πολλαπλασιαστεί ο αριθμός των συνανθρώπων μας που έχουν έρθει αντιμέτωποι με τη νόσο στο παρελθόν και βρίσκονται εν ζωή, έχοντας «ξεχάσει» την περιπέτειά τους εδώ και πολλά χρόνια.

Στη δυτική κοινωνία, ανάμεσα στους συχνότερους καρκίνους τις πρώτες θέσεις καταλαμβάνουν οι επονομαζόμενοι ως γυναικολογικοί καρκίνοι, ήτοι ο καρκίνος του μαστού, του ενδομητρίου και του τραχήλου της μήτρας. Ως ο πιο επιθετικός, δε, χαρακτηρίζεται ο καρκίνος της ωοθήκης.

Τα μέσα και οι γνώσεις που έχουμε αποκομίσει σήμερα μας δίνουν το δικαίωμα να ελπίζουμε



Τα μέσα και οι γνώσεις που έχουμε αποκομίσει σήμερα μας δίνουν το δικαίωμα να ελπίζουμε σε πλήρη «ίαση», όταν εντοπίζουμε τον καρκίνο σε αρχικό στάδιο. Αυτό το νόημα έχει ο προληπτικός έλεγχος, δηλαδή να εντοπίσουμε μια προκαρκινική βλάβη ή έναν καρκίνο σε πρώιμο - ιάσιμο στάδιο

σε πλήρη «ίαση», όταν εντοπίζουμε τον καρκίνο σε αρχικό στάδιο. Αυτό το νόημα έχει ο προληπτικός έλεγχος, δηλαδή να εντοπίσουμε μια προκαρκινική βλάβη ή έναν καρκίνο σε πρώιμο - ιάσιμο στάδιο. Η στατιστική μάς αποκαλύπτει ότι 38,5% των ανδρών και των γυναικών θα διαγνωστούν με καρκίνο κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ένας στους τρεις συνανθρώπους μας θα βιώσει αυτή την εμπειρία.

Έλεγχος μαστού

Ο ετήσιος έλεγχος του μαστού και ο γυναικολογικός έλεγχος έχουν ως νόημα την έγκαιρη ανίχνευση επτά διαφορετικών καρκίνων. Μαστός, αιδοίο, κόλπος, τράχηλος, ενδομήτριο, σάλπιγγα και ωοθήκες είναι τα όργανα-στόχοι του προληπτικού ελέγχου.

Ο έλεγχος του μαστού έχει δύο βασικούς πυλώνες: **την κλινική εξέταση και την απεικόνιση**. Η προσέγγιση αρχίζει από τη λήψη ενός ενδελεχούς ιστορικού και εκτίμηση του ατομικού κινδύνου για την ανάπτυξη ενός τύπου κακοήθειας του μαστού. Όλες οι γυναίκες, ανάλογα με τον τρόπο ζωής τους, τις διατροφικές τους συνήθειες και το ατομικό και κληρονομικό τους ιστορικό, εμφανίζουν διαφορετικό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Ακολουθεί η κλινική εξέταση, που συστήνεται σε όλες τις ηλικίες σε ετήσια βάση. Η εκτίμηση του χειρουργού μαστού, ο οποίος μπορεί να είναι είτε γενικός χειρουργός με εξειδίκευση στον μαστό είτε γυναικολόγος με ενασχόληση μόνο με τον μαστό, περιλαμβανει βλάβες, οι οποίες, πέρα από εκείνες που χαρακτηρίζονται ξεκάθαρα ως καλοήθεις ή κακοήθεις, μπορεί να ανήκουν στην γκρίζα ζώνη αλλοιώσεων (ψηλαφητών ευρημάτων ή άτυπων απεικονιστικών βλαβών), που μπορεί να απαιτήσουν περαιτέρω διαγνωστική προσπέλαση. Ανάλογα με την κλινική εικόνα, την ηλικιακή ομάδα και το ατομικό κίνδυνο κάθε ασθενούς συστήνεται ο αντίστοιχος απεικονιστικός έλεγχος που απαιτείται. Στις ηλικίες κάτω των 35 ετών ενίοτε χρειάζεται συμπληρωματικό υπερηχογράφημα μαστών. **Στις ηλικίες μεταξύ 35 και 40 ετών συστήνεται η πρώτη μαστογραφία** αναφοράς σε συνδυασμό πάντα με ενδελεχή κλινική εξέταση και υπερηχογράφημα μαστών. Όταν υπάρχει κληρονομική ή γονιδιακή επιβάρυνση, τότε πιθανά ο έλεγχος με ψηφιακή ή μαγνητική μαστογραφία να ξεκινά από μικρότερη ηλικία. Από την ηλικία των 40 και άνω ο ετήσιος μαστογραφικός έλεγχος είναι απαραίτητος. Η εξακρίβωση της ταυτότητας των όποιων βλαβών αναδεικνύεται από τον ανωτέρω έλεγχο και έχει τρεις άξονες: την ειδική απεικόνιση, την ιστολογική εξέταση και την κλινική εκτίμηση.

Έλεγχος γεννητικών οργάνων

Ο έλεγχος των έξω και έσω γεννητικών οργάνων της γυναίκας γίνεται και αυτός **ετησίως** και, επίσης, αρχίζει με την ενδελεχή λήψη **ιστορικού**. Το παρελθόν και το παρόν της υγείας της κάθε γυναίκας μάς οδηγούν στην εστίαση εκείνων των θεμάτων που θα πρέπει να εξεταστούν περαιτέρω. Επιπλέον, η αναδρομή στο ιστορικό της οικογένειας δείχνει την πιθανή συσχέτιση με γυναικολογικής φύσεως παθολογία και τον αντίστοιχο ατομικό κληρονομικό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Ενίοτε μπορεί να χρειαστεί η σύσταση γονιδιακού ελέγχου (π.χ., BRCA γονίδια, Lynch syndrome).

Η κλινική εξέταση θα αρχίσει με την απλή επισκόπηση με γυμνό μάτι ή μέσα από ένα μικροσκόπιο που χρησιμοποιεί ισχυρό φωτισμό και λέγεται κολποσκόπιο, όταν αναδειχθεί παθολογία. Εξετάζονται εξωτερικά το αιδοίο, το περίνεο και η περιπρωκτική περιοχή και μετά την είσοδο του κολποδιαστολέα εξετάζονται ο κόλπος, οι κολπικοί θόλοι και ο τράχηλος. Στη συνέχεια γίνεται η λήψη Τεστ Παπ, το οποίο μπορεί να είναι το κλασικό (επίστρωση σε αντικειμενοφόρο πλάκα) ή το σύγχρονο παπ υγρής κυτταρολογίας (π.χ., Thin Prep). Ακολουθεί η γυναικολογική ψηλάφηση, κατά την οποία ελέγχονται η μήτρα, τα παραμήτρια, ο δουγλάσσειος χώρος (ανατομικές θέσεις παρακείμενες της μήτρας) και τα εξαρτήματα της μήτρας, δηλαδή

οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες. Η ψηλάφηση είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι αποκαλύπτει μεγάλο βαθμό υποκείμενων νοσημάτων. Ένα απλό ινομύωμα, η αδενομύωση της μήτρας, οι ενδομητριωσικές εστίες παρακείμενα της μήτρας, οι απλές κύστεις και οι όγκοι της σάλπιγγας και της ωοθήκης είναι κάποια μόνο από τα ευρήματα που μας αποκαλύπτει με σαφήνεια η εξέταση από έναν έμπειρο εξεταστή. Ταυτόχρονα, γίνεται έλεγχος για τη χαλάρωση του πυελικού εδάφους, δηλαδή την πρόπτωση της μήτρας, την κυστεοκήλη, την ορθοκήλη και τη δουγλασσειοκήλη. Επίσης, διαπιστώνεται η ακράτεια της γυναίκας, που μπορεί να χρειάζεται χειρουργική αποκατάσταση.

Ο προληπτικός έλεγχος ολοκληρώνεται με τη διακολπική υπερηχογραφική εξέταση, όπου διαπιστώνονται προβλήματα που μπορεί να εδράζονται στο εσωτερικό της μήτρας, το ενδομήτριο και τα εξαρτήματα. Κάποιες φορές η υπερηχογραφία μάς βοηθά να διευκρινίσουμε ευρήματα από την κλινική εξέταση που μπορεί να αφορούν τον κόλπο, τον τράχηλο και τις παρακείμενες ανατομικές θέσεις της μήτρας. Ανάλογα με τα ευρήματα, μπορεί να χρειαστεί να γίνει επιπλέον αιματολογικός έλεγχος (γενική αίματος, έλεγχος πηκτικότητας, ορμονολογικός έλεγχος, βιοχημικός έλεγχος, γονιδιακός έλεγχος), έλεγχος ούρων ή απεικονιστικός έλεγχος (αξονική ή μαγνητική τομογραφία και PET CT).

Σημαντικό για τον γυναικολογικό έλεγχο είναι η γυναίκα της αναπαραγωγικής ηλικίας να μην έχει έμμηνο ρύση, προτιμότερο, δε, να βρίσκεται στις πρώτες ημέρες μετά το τέλος της περιόδου. Καλό είναι να μην έχει προηγηθεί σεξουαλική επαφή ή χρήση κολπικών αλοιφών τις προηγούμενες δύο μέρες. Αντίστοιχα, για την κλινική εξέταση των μαστών και τη μαστογραφία ιδανικά η γυναίκα της αναπαραγωγικής ηλικίας καλό είναι να βρίσκεται μεταξύ 6ης και 16ης ημέρας μετά την έναρξη της περιόδου. Εάν δεν έχει δοθεί κάποια διαφορετική οδηγία, ο προληπτικός έλεγχος της γυναίκας είναι ετήσιος.

Η **Ευρωκλινική** έχει δομήσει πρόγραμμα **υψηλής διαγνωστικής ακρίβειας από εξειδικευμένους συνεργάτες της**. Μέσα σε ελάχιστο χρόνο, η ασθενής υποβάλλεται σε ψηφιακή μαστογραφία ή και υπερηχογράφημα μαστού από εξειδικευμένο ακτινολόγο στον μαστό, κλινική εξέταση μαστού από εξειδικευμένο χειρουργό μαστού, λήψη σύγχρονου Τεστ Παπ, γυναικολογικό υπερηχογράφημα και ενδελεχή γυναικολογική κλινική εξέταση από εξειδικευμένο γυναικολόγο

Ιδιαίτερη βάση δίνουμε πάντα στη σωστή και κατανοητή ενημέρωση, την πλήρη καταγραφή και αρχειοθέτηση των ευρημάτων. Η κάθε ασθενής έχει σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή όλα τα ευρήματα του ελέγχου, καθώς και τις συστάσεις για την επίλυση των όποιων ευρημάτων

Για τον σκοπό αυτό, δηλαδή την έγκαιρη διάγνωση στη γυναίκα, η Ευρωκλινική έχει δομήσει πρόγραμμα υψηλής διαγνωστικής ακρίβειας από εξειδικευμένους συνεργάτες της. Μέσα σε ελάχιστο χρόνο, η ασθενής υποβάλλεται σε ψηφιακή μαστογραφία ή και υπερηχογράφημα μαστού από εξειδικευμένο ακτινολόγο στον μαστό, κλινική εξέταση μαστού από εξειδικευμένο χειρουργό μαστού, λήψη σύγχρονου Τεστ Παπ, γυναικολογικό υπερηχογράφημα και ενδελεχή γυναικολογική κλινική εξέταση από εξειδικευμένο γυναικολόγο. Στόχος μας είναι να μη γίνεται απλώς η διαπίστωση μιας ενδεχόμενης βλάβης, αλλά να πραγματοποιείται και η άμεση ταυτοποίησή της με τον σύγχρονο εξοπλισμό που διαθέτουμε και να αναχωρεί η ασθενής από το νοσοκομείο δίχως ερωτηματικά. Τα ευρήματα στον μαστό ταυτοποιούνται με τη λήψη βιοψίας στο κέντρο μαστού, χρησιμοποιώντας τον πλέον σύγχρονο εξοπλισμό του κρεβατιού της στερεοτακτικής βιοψίας (mammotome) ή πιο απλά με τη διενέργεια βιοψίας core καθοδηγούμενης από υπερήχους. Τα ευρήματα από το αιδοίο, τον κόλπο και τον τράχηλο της μήτρας εξετάζονται με άμεση μικροσκόπηση, μέσω του κολποσκοπίου, και λαμβάνεται επιτόπου βιοψία όταν χρειάζεται. Όμοια λαμβάνεται βιοψία στο γυναικολογικό ιατρείο από τα ευρήματα που προέρχονται από το εσωτερικό της μήτρας. Ευρήματα από τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες ερευνώνται, όταν χρειαστεί περαιτέρω, στο ακτινολογικό τμήμα με τον αξονικό και μαγνητικό τομογράφο που διαθέτουμε. Ολόκληρος ο προαναφερόμενος έλεγχος ολοκληρώνεται μέσα σε ένα πρωινό.

Ιδιαίτερη βάση δίνουμε πάντα στη σωστή και κατανοητή ενημέρωση, την πλήρη καταγραφή και αρχειοθέτηση των ευρημάτων. Η κάθε ασθενής έχει σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή όλα τα ευρήματα του ελέγχου, καθώς και τις συστάσεις για την επίλυση των όποιων ευρημάτων. Η ασθενής θα έχει στη διάθεσή της οποιαδήποτε πληροφορία χρειαστεί στο μέλλον σε ό,τι αφορά την εξέταση που πραγματοποιήθηκε και θα έχει πάντα μια συνέχεια στον ετήσιο τακτικό της έλεγχο.

Dr. Γεώργιος Σ. Καπράλος
Πλαστικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Χαλάρωση *του δέρματος*

Ένα πρόβλημα που συχνά καλείται να αντιμετωπίσει ο πλαστικός χειρουργός είναι η χαλάρωση του δέρματος, ειδικότερα η χαλάρωση σε περιοχές όπως το πρόσωπο, ο λαιμός (τράχηλος), οι βραχίονες, η κοιλιά και οι μηροί.

Θεραπεία, αντιμετώπιση της χαλάρωσης

Σε πολύ αρχικά στάδια και εφόσον δεν συνυπάρχουν αίτια που προκαλούν τη χαλάρωση, ίσως η μεσοθεραπεία να είναι μια καλή αρχική αντιμετώπιση. Όμως πολύ σπάνια συμβαίνει αυτό. Συνήθως συνυπάρχουν ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω αίτια. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η ενδεδειγμένη αντιμετώπιση είναι η χειρουργική ανόρθωση (lifting).

3L - LIPO LASER LIFTING

- Νέα αναίμακτη μέθοδος lifting προσώπου, τραχήλου, βραχίονων, μηρών.
- Χωρίς νοσηλεία (ODC)

Το πρόβλημα της χαλάρωσης του δέρματος σε περιοχές του σώματος όπως το πρόσωπο, ο τράχηλος, οι βραχίονες και οι μηροί, ειδικά η μέσα επιφάνεια των μηρών, μέχρι τώρα αντιμετωπίστηκε με αρκετή επιτυχία με χειρουργική ανόρθωση (χειρουργικό lifting).

Το χειρουργικό lifting, αν και πολύ αποτελεσματικό ως προς το τελικό αποτέλεσμα, είχε και έχει τα εξής μειονεκτήματα:

- Πολύωρη επέμβαση.
- Γενική αναισθησία.
- Αιματηρή επέμβαση.

Αίτια της χαλάρωσης

- Ποιοτικά κακές διατροφικές συνήθειες.
- Δίαιτα φτωχή σε νερό, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, πρωτεΐνες.
- Σωματικό βάρος, τοπική συγκέντρωση λίπους σε ορισμένες περιοχές περισσότερο από άλλες.
- Συχνές και έντονες αυξομειώσεις βάρους.
- Χρόνος, ηλικία.
- Πολύ σπάνια παθολογικές καταστάσεις.
- Ηλιακή ακτινοβολία.

Πρόληψη της χαλάρωσης

- Προσεκτική διατροφή πλούσια σε υγρά, βιταμίνες, πρωτεΐνες και ιχνοστοιχεία.
- Ενυδάτωση του δέρματος. Να σημειωθεί ότι οι ενυδατικές κρέμες δρουν μόνο στην επιφάνεια του δέρματος, ενώ η μεσοθεραπεία δρα θεραπευτικά και σε όλο το βάθος του δέρματος.
- Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο, ηλιοπροστασία.

- Μεγάλο χρόνο αποθεραπείας.
- Παρουσία μεγάλων ουλών, συχνά δύσμορφων.
- Τουλάχιστον ένα βράδυ νοσηλείας.
- Υψηλό κόστος.

Σήμερα ο επιτυχημένος συνδυασμός δύο δοκιμασμένων τεχνικών, της λιποαναρρόφησης και του laser, καταφέρνει να συνδυάσει τα πλεονεκτήματα των δύο στη μορφή του **3L (Lipo Laser Lifting)**:

- Lipo: Αφαίρεση του βάρους που προκαλεί τη χαλάρωση της περιοχής.
- Laser: Αιμόσταση και συνεπώς αναίμακτη επέμβαση.
- Σύσφιξη, λόγω πρόκλησης έντονης παραγωγής κολαγόνου.
- Πολύ μικρότερος χειρουργικός χρόνος.
- Η επέμβαση γίνεται χωρίς γενική αναισθησία.
- Πολύ μικρότερος χρόνος αποθεραπείας.
- Καθόλου νοσηλεία (επέμβαση ODC one day clinic).

Αρχικά γίνεται προσεκτική και εξατομικευμένη εκτίμηση του προβλήματος της/του ενδιαφερόμενης/ου, ανάλυση της προ- και μετ-εγχειρητικής διαδικασίας και προγραμματίζονται η ημέρα και η ώρα του χειρουργείου. Την ίδια μέρα, και πριν από το χειρουργείο, γίνεται ο τυπικός προεγχειρητικός έλεγχος. Μετά το τέλος του χειρουργείου, ακολουθεί παραμονή σε θάλαμο ODC για μία έως δύο ώρες, κατόπιν δίνεται το εξιτήριο και νωρίς το απόγευμα η/ο ασθενής επιστρέφει στο σπίτι.

παιδί

Ανωμαλίες του βουβωνικού σωλήνα

Αιφνίδιος θάνατος βρεφών

Η γρίπη

Η πλαστική χειρουργική

Κρυψορχία και υπογονιμότητα

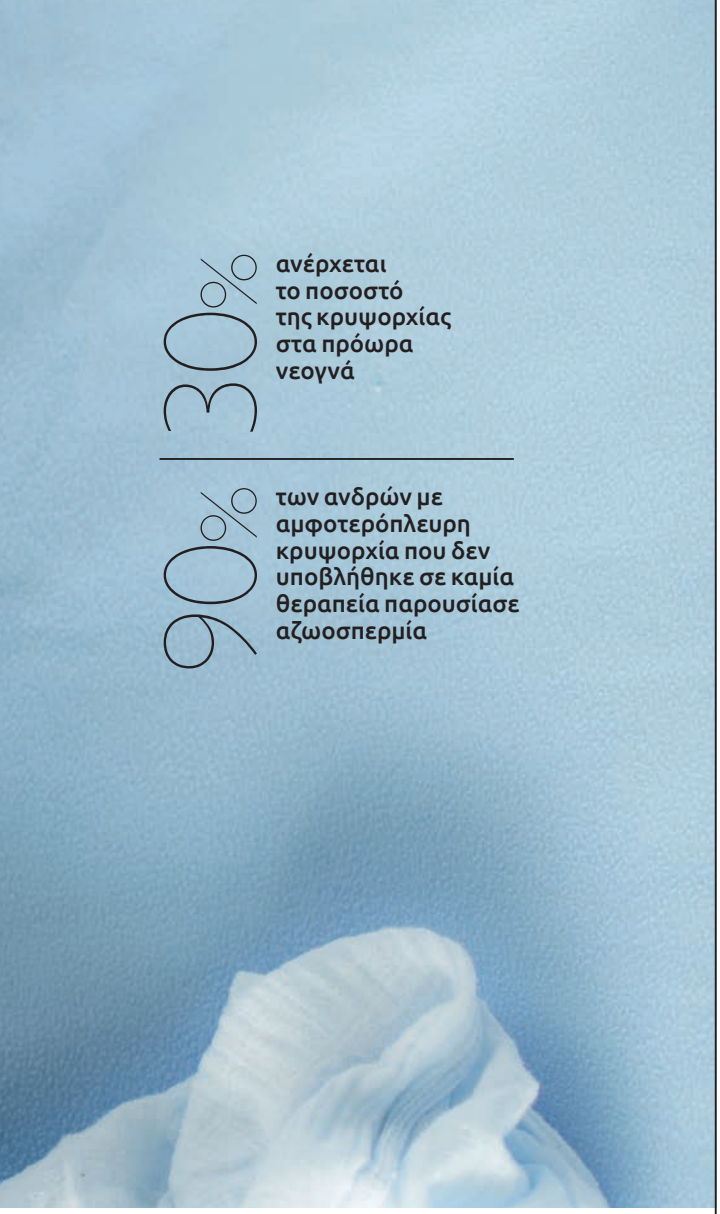
Q&A αναισθησία

Το παιδί παθητικός καπνιστής

Κρυψορχία
και υπογονιμότητα

Δρ. Μιχαήλ Σούτης
Τομεάρχης Παιδιατρικού Τομέα και Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

Κρυψορχία είναι η απουσία του ενός ή και των δύο όρχεων από το όσχεο. Αποτελεί τη συχνότερη συγγενή ανωμαλία των γεννητικών οργάνων στα αγόρια και εμφανίζεται στο 2%-5% των τελειόμηνων νεογνών, ποσοστό που μειώνεται στο 1%-2% μετά το πρώτο τρίμηνο της ζωής λόγω αυτόματης καθόδου του όρχεως. Στα πρόωρα νεογνά το ποσοστό της κρυψορχίας ανέρχεται περίπου στο 30%. Η αιτιολογία της παραμένει ουσιαστικά άγνωστη, μολονότι ενοχοποιούνται πολλοί παράγοντες: ενδοκρινικοί, περιβαλλοντικοί, γενετικοί, ανατομικοί και μηχανικοί. Προδιαθεσικοί παράγοντες εμφάνισης κρυψορχίας είναι η προωρότητα, το χαμηλό βάρος γέννησης, η μειωμένη ποσότητα οιστρογόνων της μητέρας και η ανεπάρκεια του πλακούντα. Επίσης, ενοχοποιούνται διάφοροι χημικοί παράγοντες -κυρίως οργανικά χλωριούχα- που μπορεί να διαταράξουν το ορμονικό περιβάλλον που απαιτείται για τη φυσιολογική κάθοδο του όρχεως. Πολλές φορές συνοδεύεται από βουβωνοκήλη, ανωμαλίες της επιδιδυμίδας, ανωμαλίες του ΚΝΣ, συγγενή ελλείμματα του κοιλιακού τοιχώματος και υποσπαδία. Οι όρχεις είναι ψηλαφητοί περίπου στο 80% των περιπτώσεων, ενώ στο υπόλοιπο 20% δεν ψηλαφώνται είτε λόγω υψηλής θέσης είτε λόγω αγενεσί-



30% ανέρχεται το ποσοστό της κρυψορχίας στα πρόωρα νεογνά

90% των ανδρών με αμφοτερόπλευρη κρυψορχία που δεν υποβλήθηκε σε καμία θεραπεία παρουσίασε αζωοσπερμία

ας. Η θεραπεία της κρυψορχίας είναι κατά κύριο λόγο χειρουργική και συνίσταται στην πλήρη κινητοποίηση του όρχεως και των σπερματικών αγγείων, στη διόρθωση της συνήθως συνυπάρχουσας βουβωνοκήλης και την καθήλωση στο όσχεο. **Η επέμβαση θα πρέπει να γίνεται από το 6ο μήνα της ζωής και μέχρι τον 18ο** γιατί έχει αποδειχθεί ότι μετά την ηλικία αυτή αναπτύσσονται ιστολογικές αλλοιώσεις που έχουν επίπτωση στη σπερματογένεση. Το ποσοστό υποτροπής συνολικά κυμαίνεται από 8% έως 26%.

Δύο ακόμη σημαντικοί λόγοι για τη διόρθωση της κρυψορχίας είναι η ψυχολογική επιβάρυνση του παιδιού από το κενό όσχεο και η δυνατότητα αυτοεξέτασης του όρχεως αργότερα. Η ορχεοπηξία μπορεί να βελτιώσει τη γονιμότητα του αυριανού ενήλικα, δεδομένου ότι οι όρχεις χρειάζονται το ψυχρότερο περιβάλλον του οσχέου για να έχουν φυσιολογική παραγωγή σπέρματος.

Η συχνότερη συγγενής ανωμαλία των γεννητικών οργάνων στα αγόρια που εμφανίζεται στο 2%-5% των τελειόμηνων νεογνών

Το ποσοστό της κρυψορχίας ανέρχεται στα νεογνά περίπου στο 30%

Η θεραπεία με ορμόνες είναι αμφιλεγόμενη. Εμφανίζει καλύτερα αποτελέσματα όταν χορηγείται σε μεγαλύτερα παιδιά και σε χαμηλή θέση του όρχεως. Ενδεχομένως να συντελεί στην αύξηση της γονιμότητας, αλλά έχει ποσοστό υποτροπής περίπου 25%. Επιπτώσεις από την κρυψορχία στους ενήλικες μπορεί να υπάρξουν ακόμα και αν αυτή αντιμετωπιστεί εγκαίρως και με επιτυχία και σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου και μειωμένη γονιμότητα.

Είναι γεγονός ότι η γονιμότητα επηρεάζεται τόσο στην ετερόπλευρη όσο και στην αμφοτερόπλευρη κρυψορχία. Άνδρες με αμφοτερόπλευρη κρυψορχία που δεν υποβλήθηκαν σε καμία θεραπεία παρουσίασαν αζωοσπερμία, δηλαδή πλήρη έλλειψη σπερματοζωαρίων, σε ποσοστό 90%, όταν το αντίστοιχο ποσοστό στον γενικό πληθυσμό είναι περίπου 0,5%. Το ποσοστό αζωοσπερμίας πέφτει στο 32% σε αυτούς που έλαβαν ορμονοθεραπεία και στο 46% σε αυτούς που υποβλήθηκαν σε ορχεοπηξία. Στην ετερόπλευρη κρυψορχία το ποσοστό αζωοσπερμίας ανέρχεται στο 13%, ανεξάρτητα από το αν έλαβαν θεραπεία ή όχι. Υπολογίζεται ότι το 10% των στείρων ανδρών στον γενικό πληθυσμό έχει ιστορικό κρυψορχίας που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά. Θεωρητικά η πρώιμη διόρθωση της κρυψορχίας προλαμβάνει την υπογονιμότητα, δεν υπάρχουν όμως αρκετά βιβλιογραφικά δεδομένα που να υποστηρίζουν αυτή την άποψη. Συνήθως οι μη κατελθόντες όρχεις είναι μικρότεροι από αυτούς που έχουν κατέλθει στο όσχεο και αυτή η διαφορά είναι εμφανής μέσα στον πρώτο χρόνο της ζωής. Από διάφορες μελέτες στηριζόμενες σε βιοψίες των κρυψόρχεων προκύπτει ότι τόσο ο αριθμός των αρχέγονων σπερματικών κυττάρων όσο και η διάμετρος των σπερματικών σωληναρίων είναι μεγαλύτερα σε παιδιά κάτω του έτους σε σχέση με κρυψόρχεις μεγαλύτερης ηλικίας, γεγονός που αποδεικνύει ότι η βλάβη του γεννητικού επιθηλίου επιδεινώνεται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου και είναι μη αναστρέψιμη σε αρκετές περιπτώσεις.

Η υπογονιμότητα στους άνδρες που είχαν κρυψορχία δεν οφείλεται μόνο στην αυξημένη θερμοκρασία και την έκτοπη θέση του όρχεως. Σημαντικό ρόλο παίζουν και οι διάφορες ανωμαλίες που συνυπάρχουν με την κρυψορχία. Σε ποσοστό 20%-30% η κρυψορχία συνοδεύεται με διαχωρισμό όρχεως - επιδιδυμίδας, ο οποίος παρεμποδίζει τη φυσιολογική μεταφορά του σπέρματος και οδηγεί σε υπογονιμότητα, παρά το γεγονός της φυσιολογικής παραγωγής σπέρματος.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η κρυψορχία αποτελεί μία σημαντική αιτία υπογονιμότητας στους άνδρες. Όταν αφορά και τους δύο όρχεις και δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα στη βρεφική ηλικία, θα οδηγήσει σε στειρότητα. Παρά το γεγονός ότι για την υπογονιμότητα σε έδαφος κρυψορχίας ευθύνονται και άλλοι παράγοντες, η **έγκαιρη και πρώιμη** διόρθωσή της με την τοποθέτηση του όρχεως στη φυσιολογική του θέση θα βοηθήσει στη βελτίωση της γονιμότητας των ανδρών αυτών.

Διατίθεται αποκλειστικά από τα φαρμακεία

Novalac

PREMIUM

Εμπλουτισμένη Διατροφή για Ιδανική Ανάπτυξη Βρεφών

Το **Novalac PREMIUM** είναι εμπλουτισμένο με

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

για Ιδανική Ανάπτυξη των Βρεφών

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

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

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

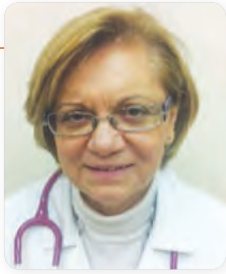
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

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

VI-7063-novalac-3/2017

Αιφνίδιος Θάνατος βρεφών

Ασφαλείς πρακτικές ύπνου και μείωσης της επίπτωσης του συνδρόμου



Ελένη Τσάπρα
Διευθύντρια Παιδιατρικής Κλινικής, Ευρωκλινική Παίδων

Κάθε χρόνο περίπου 3.500 βρέφη ηλικίας κάτω του έτους πεθαίνουν στις ΗΠΑ από αιφνίδιο θάνατο κατά τη διάρκεια του ύπνου ως αποτέλεσμα του συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου των βρεφών (SIDS) ή τυχαίων θανατηφόρων ατυχημάτων που προκαλούνται από το περιβάλλον του ύπνου (ασφυξία, στραγγαλισμός, ενσφήνωση και καταπλάκωση) και τα οποία μπορούν να αποφευχθούν αν εφαρμοστούν οι συστάσεις της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής (AAP) για ένα ασφαλές περιβάλλον ύπνου.

Τι είναι το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου των βρεφών ή θάνατος της κούνιας;

Είναι ο αιφνίδιος θάνατος βρέφους ηλικίας κάτω του έτους που παραμένει ανεξήγητος έπειτα από διεξοδική διερεύνηση των αιτιών με νεκροψία, πλήρη έλεγχο των συνθηκών και του χώρου όπου συνέβη ο θάνατος και ανασκόπηση του κλινικού ιστορικού.

Είναι η σημαντικότερη αιτία θανάτου βρεφών ηλικίας 1 μηνός έως 1 έτους, με τη μέγιστη επίπτωση μεταξύ 2-4 μηνών, ενώ το 90% των θανάτων από

SIDS συμβαίνει σε μωρά κάτω των 6 μηνών.

Προληπτικά μέτρα

Σε μια προσπάθεια μείωσης του κινδύνου από SIDS που συνδέεται με το περιβάλλον του ύπνου, η AAP από το 1992 συνιστά αποκλειστικά την ύπτια θέση ύπνου για βρέφη κάτω του ενός έτους. Στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες που ακολούθησαν τις οδηγίες παρατηρήθηκε σημαντική μείωση, πάνω από το 50% του ποσοστού θνησιμότητας από SIDS, και αυξήθηκε από 13% σε 73% το ποσοστό της ύπτιας θέσης ύπνου.

Τον Οκτώβριο του 2016 η AAP επεκτείνει τις κατευθυντήριες οδηγίες της για ένα ασφαλές περιβάλλον ύπνου που εφαρμόζονται αποκλειστικά για βρέφη μέχρι ενός έτους και βασίζονται σε αναλύσεις δεδομένων από μελέτες για περισσότερο από 30 χρόνια και συνιστά:

Μέχρι τα πρώτα γενέθλιά τους τα βρέφη πρέπει να κοιμούνται πάντοτε σε ύπτια θέση για όλες τις ώρες του ύπνου. Η πλάγια θέση θεωρείται ασταθής και επικίνδυνη γιατί το βρέφος μπορεί να κυλήσει στην πρηνή θέση - θέση που συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο SIDS. Η ύπτια θέση δεν αυξάνει τον κίνδυνο εισρόφησης, ακόμη και σε βρέφη με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, διότι η ανατομία και τα αντανακλαστικά του αναπνευστικού τα προφυλάσσουν από αυτή. Η πρηνής θέση είναι αποδεκτή μόνο σε πολύ ειδικές περιπτώσεις, όταν υπάρχουν προβλήματα του ανώτερου αναπνευστικού ή νευρομυϊκά νοσήματα. Τα πρόωρα και τα χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά παρουσιάζουν διπλάσιο έως τριπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης SIDS. Σύμφωνα με τις συστάσεις της AAP, πρέπει να τοποθετούνται σε ύπτια θέση το συντομότερο δυνατό έπειτα από τη σταθεροποίηση του αναπνευστικού τους και ενώ βρίσκονται ακόμη στη Μονάδα Νεογνών, ώστε να εγκλιματιστούν στην ύπτια θέση πριν από την έξοδό τους. Όταν το βρέφος αρχίζει να γυρίζει από την ύπτια θέση στην πρηνή και αντίθετα (περίπου 4-6 μηνών), πρέπει να αφήνεται στη θέση ύπνου που αυτό επιθυμεί.

Τα βρέφη πρέπει να τοποθετούνται σε κούνια με σκληρό και σταθερό στρώμα που πληροί τις προδιαγραφές της Επιτροπής Καταναλωτικών Προϊόντων (CPSC) και πρέπει να καλύπτεται από λεπτό σεντόνι καλά προσαρμοσμένο και σχεδιασμένο για το συγκεκριμένο στρώμα. Ειδικά στρώματα που κάνουν την επιφάνεια του ύπνου πιο μαλακή ή μειώνουν την επαναεισπνοή CO_2 (στρώματα νερού, από αφρώδες υλικό, στρώματα ενηλίκων και μαξιλάρια ως υποκατάστατα στρώματος) δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε βρέφη κάτω του ενός έτους. Καλύμματα που καλύπτουν τα πλαϊνά της κούνιας δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται, διότι έχουν ενοχοποιηθεί ως παράγοντες θανάτων από ασφυξία, ενσφήνωση και στραγγαλισμό. Καθίσματα αυτοκινήτων, καροτσάκια, ριλάξ και βρεφικοί μεταφορείς δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για ύπνο σε τακτική βάση σε βρέφη κάτω των 4 μηνών. Εάν το μωρό κοιμάται, πρέπει να μεταφερθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα σε σταθερή επιφάνεια ύπνου και σε ύπτια θέση. Μαλακά υλικά ή αντικείμενα (μαξιλάρια, κουβέρτες, παπλώματα, χοντρά - φαρδιά κλινοσκεπά-

Αιτιολογία

Έχουν διατυπωθεί αρκετές θεωρίες, με επικρατέστερη τη **θεωρία του τριπλού κινδύνου.** Αυτή αφορά βρέφος σε κρίσιμη περίοδο ανάπτυξης **κάτω των 6 μηνών**, με υποκειμενική ευπάθεια (διαταραχές του εγκεφαλικού στελέχους) και έκθεση σε εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες (κάπνισμα, πρηνής θέση ύπνου κ.λπ.).

Παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν την πιθανότητα συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου και σχετίζονται με τη μητέρα και το βρέφος είναι:

- το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό,
- η ηλικία της μητέρας (κάτω των 20 ετών),
- η λήψη ουσιών και οινοπνεύματος,
- η ανεπαρκής ή καθυστερημένη παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης,
- η προωρότητα,
- το χαμηλό βάρος γέννησης,
- η πρηνής ή πλάγια θέση ύπνου,
- η κοινή χρήση κρεβατιού και άλλα.

Τα βρέφη πρέπει να κοιμούνται πάντοτε σε ύπτια θέση για όλες τις ώρες του ύπνου. Πρέπει να τοποθετούνται σε κούνια με σκληρό και σταθερό στρώμα και πρέπει να κοιμούνται μόνα τους

σματα, χνουδωτά ή παραγεμισμένα παιχνίδια και ρυθμιστές ύπνου, όπως σφήνες θέσεως) δεν πρέπει να τοποθετούνται στο περιβάλλον ύπνου του βρέφους για να αποφευχθεί ο κίνδυνος ασφυξίας, ενσφήνωσης και SIDS. Τα βρέφη δεν πρέπει να τοποθετούνται για ύπνο σε καναπέδες ή πολυθρόνες, διότι είναι εξαιρετικά επικίνδυνο (68 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος για SIDS), λόγω ενσφήνωσης, ασφυξίας, παγίδευσης και καταπλάκωσης από ενήλικα. Η κοινή χρήση δωματίου χωρίς κοινή χρήση κρεβατιού μειώνει τον κίνδυνο SIDS κατά 50%. Η AAP συνιστά τα βρέφη να κοιμούνται στο ίδιο δωμάτιο με τους γονείς, δίπλα από το κρεβάτι τους, αλλά σε ξεχωριστή επιφάνεια σχεδιασμένη για μωρά (κούνια, παρκοκρέβατο κ.ά.) τουλάχιστον τους πρώτους 6 μήνες και ιδανικά μέχρι τον πρώτο χρόνο. Τα μωρά που φέρονται στο κρεβάτι για θηλασμό ή ηρεμία πρέπει να επιστρέφουν στην κούνια τους.

Ο αιφνίδιος θάνατος είναι η σημαντικότερη αιτία θανάτου βρεφών ηλικίας 1 μηνός έως 1 έτους, με τη μέγιστη επίπτωση μεταξύ 2-4 μηνών, ενώ το 90% των θανάτων από SIDS συμβαίνει σε μωρά κάτω των 6 μηνών

Το βρέφος πρέπει να είναι ελαφρά ντυμένο και η θερμοκρασία του δωματίου να είναι άνετη, όπως για έναν ελαφρά ντυμένο ενήλικα. Ο κατάλληλος υπνόσακος κρατά το βρέφος ζεστό, αποφεύγεται ο κίνδυνος υπερθέρμανσης και κάλυψης της κεφαλής. Εάν χρησιμοποιηθεί κουβέρτα, πρέπει να είναι λεπτή, το μωρό να τοποθετείται στο κάτω μέρος της κούνιας, η κουβέρτα να το σκεπάζει μέχρι το στήθος και τα άκρα της να τοποθετούνται κάτω από το στρώμα.

Το νεογέννητο αμέσως μετά τον τοκετό, όταν η μητέρα είναι ιατρικώς σταθερή, ξύπνια και ικανή να κρατήσει το νεογέννητο, να το φέρει στο στήθος της σε επαφή δέρμα με δέρμα (skin to skin) για τουλάχιστον 1 ώρα. Στη συνέχεια, εάν η μητέρα θέλει να κοιμηθεί, το νεογέννητο πρέπει να τοποθετείται σε ύπτια θέση στην κούνια του.

Ο θηλασμός φαίνεται από μελέτες ότι μειώνει τον κίνδυνο από SIDS πάνω από 50%, ειδικά σε βρέφη που θηλάζουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών.

Η χρήση της πιπίλας κατά τη διάρκεια του ύπνου αυξάνει την ικανότητα αφύπνισης και μειώνει τον κίνδυνο SIDS. Η πιπίλα πρέπει να δίνεται όταν το μωρό πηγαίνει για ύπνο. Εάν αποκοιμηθεί και την απορρίψει, δεν χρειάζεται να ξαναδοθεί. Καθυστερούμε τη χρήση της πιπίλας τις πρώτες 3-4 εβδομάδες σε βρέφη που θηλάζουν μέχρι να εγκλιματιστούν στον μητρικό θηλασμό. Δεν πρέπει να κρεμιέται στον λαιμό ή στα ρούχα με κορδόνι όταν το βρέφος κοιμάται για τον κίνδυνο στραγγαλισμού ή ασφυξίας. Ο εμβολιασμός πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις οδηγίες της AAP και του CDC. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι έχει προστατευτικό χαρακτήρα έναντι SIDS.

Το βρέφος πρέπει να τοποθετείται για 3-5 λεπτά σε πρηνή θέση (tummy time) δύο και τρεις φορές την ημέρα ενώ είναι ξύπνιο και υπό επιτήρηση. Βοηθά στην ενδυνάμωση των μυών του αυχένα και της ωμοπλάτης και στην πρόληψη της πλαγιοκεφαλίας.

Η χρήση συσκευών παρακολούθησης (monitors) της καρδιακής συχνότητας ή της αναπνοής στο σπίτι έχει αποδειχθεί ότι δεν μειώνει τον κίνδυνο του SIDS και δεν συστήνονται από την AAP.

Ανωμαλίες του βουβωνικού σωλήνα στα παιδιά

Θεόδωρος-Νεκτάριος Διονύσης
Διευθυντής Παιδοχειρουργός, Ευρωκλινική Παίδων

Πότε και πώς αντιμετωπίζονται;

Οι ανωμαλίες του βουβωνικού σωλήνα στα παιδιά αφορούν διάφορες παθήσεις που συχνά δημιουργούν ιδιαίτερο άγχος στους γονείς και περιλαμβάνουν τη βουβωνοκήλη, την υδροκήλη και την κύστη σπερματικού τόνου, την κιρσοκήλη και την κρυψορχία.

Βουβωνοκήλη

Η βουβωνοκήλη στα παιδιά είναι η πρόπτωση ενδοκοιλιακού οργάνου, διαμέσου του βουβωνικού πόρου, στη βουβωνική χώρα. Στο 95%-99% πρόκειται για λοξή κήλη και οφείλεται στην παραμονή του ελυτροπεριτοναϊκού πόρου. Δεν έχει καμία σχέση με την κήλη των ενηλίκων και η συχνότητά της είναι περίπου 10-20 περιπτώσεις σε κάθε 1.000 γεννήσεις ζώντων. Πιο συχνή είναι στα αγόρια (περίπου 9:1) σε σχέση με τα κορίτσια και είναι πολύ συνήθης κατάσταση στα πρόωρα νεογνά.

Σημαντικό είναι οι γονείς να γνωρίζουν ότι η βουβωνοκήλη στα παιδιά δεν είναι κατάσταση που θα αυτοϊαθεί και ότι πάντα χρειάζεται να αποκατασταθεί χειρουργικά. Πρακτικές του παρελθόντος με τοποθέτηση νομισμάτων ή διάφορων ζωνών στην περιοχή της κήλης είναι τουλάχιστον αναποτελεσματικές και επικίνδυνες.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η διάγνωση της βουβωνοκήλης γίνεται από τους γονείς, οι οποίοι περιγράφουν διόγκωση στη βουβωνική ή στις βουβωνικές χώρες, η οποία εξαφανίζεται κατά την κατακεκλιμένη θέση του παιδιού. Άλλες φορές οι γονείς επικοινωνούν με τον παιδίατρο ή τον παιδοχειρουργό λόγω έντονης ανησυχίας του παιδιού (κλάμα ή ακόμα και έμετος) και ταυτόχρονης επώδυνης διόγκωσης στη βουβωνική χώρα. Αυτή η κατάσταση λέγεται περισφιγμένη κήλη και πρέπει η αντιμετώπιση να είναι επείγουσα.

Η χειρουργική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης γίνεται με δύο τρόπους. Ο πρώτος τρόπος είναι η κλασική προσέγγιση με ανοικτή χειρουργική. Είναι καλά δοκιμασμένη τεχνική, με επιπλοκές κάτω του 1% των περιπτώσεων και συνήθως γίνεται με λίγες ώρες παραμονής στο νοσοκομείο. Εκτελείται με μια μικρή τομή στη βουβωνική χώρα και από εκεί διορθώνεται η βουβωνοκήλη. Στα παιδιά, σε αντίθεση με τους ενήλικες, δεν χρησιμοποιούμε πλέγμα για τη διόρθωση της βουβωνοκήλης. Ο μικρός ασθενής μετά το χειρουργείο ανανήπτει πλήρως και την ίδια μέρα εξέρχεται από το νοσοκομείο.

Η δεύτερη τεχνική είναι η λαπαροσκοπική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης. Τα αποτελέσματα είναι σχεδόν τα ίδια με την κλασική μέθοδο. Ομοίως, ο

μικρός ασθενής εξέρχεται από το νοσοκομείο την ίδια μέρα της επέμβασης και το κοσμητικό αποτέλεσμα είναι εξαιρετικό. Το νοσοκομείο μας είναι πρωτοπόρο στην Ελλάδα στη λαπαροσκοπική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης στα παιδιά.

Υδροκήλη και κύστη σπερματικού τόνου

Η υδροκήλη και η κύστη σπερματικού τόνου είναι καταστάσεις στις οποίες ο ελυτροπεριτοναϊκός πόρος παραμένει ανοικτός και ενδοκοιλιακό υγρό διέρχεται διά αυτού στον βουβωνικό σωλήνα (κύστη τόνου) ή στο όσχεο (υδροκήλη). Γι' αυτό στα παιδιά η υδροκήλη ονομάζεται και επικοινωνούσα υδροκήλη και δεν έχει καμία σχέση με την υδροκήλη των ενηλίκων.

Οι ανωμαλίες του βουβωνικού σωλήνα στα παιδιά αφορούν διάφορες παθήσεις που συχνά δημιουργούν ιδιαίτερο άγχος στους γονείς και περιλαμβάνουν τη βουβωνοκήλη, την υδροκήλη και την κύστη σπερματικού τόνου, την κιρσοκήλη και την κρυψορχία

Η υδροκήλη και η κύστη σπερματικού τόνου διαπιστώνονται στα παιδιά κυρίως κατά τις περιόδους ιώσεων, διότι αυξάνεται το ενδοκοιλιακό υγρό, με αποτέλεσμα τη διόγκωση του βουβωνικού σωλήνα ή του οσχέου. Αυτή η διόγκωση είναι ανώδυνη και δεν ανατάσσεται.

Σε αντίθεση με τη βουβωνοκήλη, η υδροκήλη δεν είναι δυνητικά επείγουσα κατάσταση, αλλά επειδή πολλές καταστάσεις που είναι επείγουσες προσομοιάζουν την επικοινωνούσα υδροκήλη, η διάγνωση πρέπει να γίνεται μόνο από παιδοχειρουργό.

Η χειρουργική αποκατάσταση εκτελείται μετά τον 18ο μήνα ζωής με ανοικτή επέμβαση και ο ασθενής εξέρχεται την ίδια ημέρα από το νοσοκομείο. Μπορεί να γίνει και αποκατάσταση της υδροκήλης σε μικρότερη ηλικία, ιδιαίτερα εάν αυτή η υδροκήλη είναι υπό τάση ή οσχεοκοιλιακή.

Κιρσοκήλη

Η οφιοειδής διάταση των σπερματικών φλεβών λέγεται κιρσοκήλη. Είναι πάθηση της προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας.

Όταν εμφανιστεί σε μικρότερη ηλικία, πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα όγκου του νεφρού. Πρέπει, δε, να σημειωθεί ότι 9 στις 10 φορές η κιρσοκήλη αφορά τις αριστερές σπερματικές φλέβες για ανατομικούς κυρίως λόγους.

Όταν διαγνωστεί κιρσοκήλη στις δεξιές σπερματικές φλέβες, πρέπει πάλι να αποκλειστεί η χωροκατακτική εξεργασία του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, διότι οι δεξιές σπερματικές φλέβες εκβάλλουν στην κάτω κοίλη φλέβα.

Στο παρελθόν η κιρσοκήλη εθεωρείτο βασικός παράγοντας ανικανότητας και πολλοί ιατροί έσπευδαν να τη διορθώσουν στην παιδική ηλικία. Αυτό όμως αποδείχθηκε ότι δεν είναι αληθές.

Ο ασθενής συνήθως προσέρχεται στον παιδοχειρουργό με αίσθημα δυσφορίας στο πάσχον ημιόσχεο. Επίσης, μπορεί να διαμαρτυρηθεί για πόνο κατά τη διάρκεια άσκησης ή περπατήματος. Αυτός ο πόνος μπορεί να εξαφανιστεί κατά την ύπτια θέση. Ο παιδοχειρουργός ή ακόμη και ο ασθενής μπορεί να ψηλαφήσει στο πάσχον όσχεο τις διατεταμένες φλέβες δίκην «θυσάνου σκουληκιών».

Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας είναι ο πάσχων όρχις να υπολείπεται του υγιούς σε όγκο κατά 20%, ο πόνος και η αμφοτερόπλευρη κιρσοκήλη. Επίσης, το στάδιο 3 της κιρσοκήλης είναι απόλυτη ένδειξη της χειρουργικής θεραπείας.

Πολλές είναι οι μέθοδοι αντιμετώπισης της κιρσοκήλης στα παιδιά - ανοικτή, λαπαροσκοπική, ρομποτική, μικροσκοπική κ.ά. Η πιο διαδεδομένη είναι η διακοιλιακή λαπαροσκοπική, ιδιαίτερα εάν συνοδεύεται με διεγχειρητική λεμφαγγειογραφία, την οποία και εφαρμόζουμε στην κλινική με μηδενικά σχεδόν ποσοστά επιπλοκών.

Κρυψορχία

Ως κρυψορχία ορίζεται η παθολογική κατάσταση κατά την οποία ο ένας ή και οι δύο όρχεις δεν έχουν κατεβεί στη φυσιολο-

γική τους θέση, το όσχεο, από την κοιλιά του εμβρύου, όπου βρίσκονται μέχρι τον 7ο μήνα της εγκυμοσύνης. Είναι η συχνότερη διαμαρτία της ανάπτυξης των γεννητικών οργάνων στα αγόρια. Η συχνότητά της στον τοκετό είναι περίπου 4% και κατεβαίνει στο 1%-1,5% στον 3ο μήνα της ζωής. Στο 85% των περιπτώσεων είναι ετερόπλευρη και στο 15% αμφοτερόπλευρη.

Πρέπει να σημειωθεί ότι το νεογνό το οποίο γεννιέται με κρυψορχία πρέπει να εξετάζεται από παιδοχειρουργό, έτσι ώστε να γίνεται ακριβής διάγνωση. Στη συνέχεια, γίνεται παρακολούθηση του νεογνού με κλινική εξέταση και υπερηχογράφημα μέχρι την ηλικία των 6 μηνών, οπότε και ο όρχις θα βρίσκεται στην τελική του θέση. Τότε ο παιδοχειρουργός θα βάλει την ένδειξη της χειρουργικής παρέμβασης με την κατάλληλη τεχνική, ανάλογα το είδος της κρυψορχίας.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι κρυψορχίας, αλλά γενικώς η κρυψορχία κατατάσσεται στον ψηλαφητό ή μη ψηλαφητό όρχι. Όταν πρόκειται για αμφοτερόπλευρη κρυψορχία, τότε η συνεργασία παιδοενδοκρινολόγου και παιδοχειρουργού είναι σημαντική, διότι θα πρέπει να διερευνηθούν διάφορες καταστάσεις διαταραχής φύλου. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι είναι διαφορετικός ο ανελκόμενος όρχις (όρχις που «ανεβοκατεβαίνει» από το όσχεο) από τον κρυψόρχι. Πάντα ο κρυψόρχις χρειάζεται χειρουργείο και οι μέθοδοι χορήγησης διάφορων ορμονών πλέον θεωρούνται αναποτελεσματικές και έχουν εγκαταλειφθεί.

Ο λόγος που χειρουργείται ο ασθενής για κρυψορχία είναι επειδή, εάν ο όρχις παραμείνει σε θέση εκτός οσχέου, τότε θα καταστραφεί από την αυξημένη θερμοκρασία. Επίσης, ο ασθενής χειρουργείται για να τοποθετηθεί ο όρχις στο όσχεο λόγω αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου στην ενήλικη ζωή. Η επίπτωση αυτή δεν μειώνεται, αλλά ο όρχις τοποθετείται στο όσχεο για να μπορέσει ο ασθενής να αυτοψηλαφά τον όρχι.

Με τις νεότερες μελέτες και με τις πρόσφατες οδηγίες της Αμερικανικής Εταιρείας Παιδιατρικής Ουρολογίας, η κρυψορχία πρέπει να διορθώνεται μεταξύ των 9-12 μηνών ζωής. Έπειτα από τους 12 μήνες επέρχονται μη αντιστρέψιμες βλάβες σε σημαντικές δομές του όρχεως. Η επέμβαση της κρυψορχίας ονομάζεται ορχεοπηξία και στο πλείστον των περιπτώσεων η επέμβαση γίνεται σε ημερήσια βάση. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ενδοκοιλιακοί όρχεις πλέον χειρουργούνται λαπαροσκοπικά με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Βουβωνοκήλη

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ είναι περίπου 10-20 περιπτώσεις σε κάθε 1.000 γεννήσεις ζώντων

9:1 Πιο συχνή εμφάνιση στα αγόρια

1% ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ στην κλασική προσέγγιση με ανοικτή χειρουργική

Υδροκήλη και κύστη σπερματικού τόνου

ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ η υδροκήλη ονομάζεται και επικοινωνούσα υδροκήλη και δεν έχει καμία σχέση με την υδροκήλη των ενηλίκων

18ο Η χειρουργική αποκατάσταση εκτελείται μετά τον 18ο μήνα ζωής με ανοικτή επέμβαση και ο ασθενής εξέρχεται την ίδια ημέρα από το νοσοκομείο

Κιρσοκήλη

Η οφιοειδής διάταση των σπερματικών φλεβών λέγεται κιρσοκήλη. Είναι πάθηση της προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας

9:10 Η κιρσοκήλη αφορά τις αριστερές σπερματικές φλέβες για ανατομικούς κυρίως λόγους

Κρυψορχία

4% ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ στον τοκετό

85% ετερόπλευρη

15% αμφοτερόπλευρη

9–12 μηνών ζωής είναι η περίοδος διόρθωσης

ΠΑΙΔΩΝ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο Κέντρο!

PATIENTS' FRIENDLY HOSPITAL

AWARD 2017
PATIENTS' FRIENDLY HOSPITAL

Φροντίδα που παίρνει βραβείο!

Η πλαστική χειρουργική & το παιδί

Δημήτριος Μιχελάκης
Πλαστικός Χειρουργός, Διευθυντής Τμήματος Πλαστικής Επανορθωτικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων, Ευρωκλινική Παίδων

Η πλαστική χειρουργική και ειδικά η επανορθωτική πλαστική χειρουργική έχει τεράστια εξέλιξη τα τελευταία χρόνια, με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Η σχέση της επανορθωτικής χειρουργικής με το παιδί είναι, πλέον, πολύ πιο στενή και λύνει πολύ περισσότερα προβλήματα απ' ό,τι στο παρελθόν, με πολύ καλύτερα αποτελέσματα. Έτσι, λοιπόν, παιδιά με συγγενείς ανωμαλίες έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιζήσουν και με καλύτερη ποιότητα ζωής. Σε αυτό, βέβαια, έχουν συμβάλει ο πληρέστερος προγεννητικός έλεγχος, οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας νεογνών και οι βελτιωμένες χειρουργικές τεχνικές.

Οι περισσότερες συγγενείς ανωμαλίες απαιτούν άμεση χειρουργική αντιμετώπιση, πολλές φορές και τις πρώτες μέρες της ζωής, αλλά κυρίως στη νηπιακή και προσχολική ηλικία. Ο σκοπός είναι να αποφύγουμε αισθητικά, λειτουργικά και ψυχολογικά προβλήματα του παιδιού. Επί-

σης, μειώνεται και το άγχος της οικογένειας που γνωρίζει και ζει με το παιδί.

Οι πιο συνηθισμένες συγγενείς ανωμαλίες, ξεκινώντας από το κεφάλι, είναι για τα **βλέφαρα η βλεφαροφίμωση και η βλεφαρόπτωση**. Η πρώτη, που σημαίνει μείωση του εύρους της βλεφαρικής σχισμής, χειρουργείται το δεύτερο ή το τρίτο μήνα της ζωής του παιδιού για να αποφύγουμε προβλήματα στην όραση. Η δεύτερη, που είναι μια μεγάλη πρόκληση, γιατί καλείται ο πλαστικός χειρουργός να θεραπεύσει το αισθητικό αλλά κυρίως το λειτουργικό πρόβλημα, μπορεί να γίνει και σε πιο μεγάλη ηλικία έως και 5 ετών. Μέχρι τότε, το παιδί πρέπει να παρακολουθείται από τον οφθαλμίατρο.

Οι περισσότερες συγγενείς ανωμαλίες απαιτούν άμεση χειρουργική αντιμετώπιση, πολλές φορές και τις πρώτες μέρες της ζωής, αλλά κυρίως στη νηπιακή και προσχολική ηλικία. Ο σκοπός είναι να αποφύγουμε αισθητικά, λειτουργικά και ψυχολογικά προβλήματα του παιδιού. Επίσης, μειώνεται και το άγχος της οικογένειας που γνωρίζει και ζει με το παιδί

Οι συγγενείς ανωμαλίες των **ώτων** αφορούν τα γνωστά σε όλους προέχοντα ώτα ή «πεταχτά αυτιά», την απλασία του πτερυγίου ακόμη και την ανωτία, την πλήρη απουσία του πτερυγίου του ωτός. Οι επεμβάσεις αποκατάστασης αρχίζουν στην ηλικία των 9 ετών.

Οι **σχιστίες του χείλους** είναι γνωστές συγγενείς ανωμαλίες από αρχαιοτάτων χρόνων. Η σχιστία μπορεί να είναι ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη, με ή χωρίς σχιστία της υπερώας. Ο πλαστικός χειρουργός καλείται να διορθώσει το λειτουργικό κυρίως μέρος, αλλά πρέπει να δώσει έμφαση και στο αισθητικό. Έχουμε, λοιπόν, και εδώ μια πολύπλοκη επέμβαση. Συναντώνται σε περίπου 1,3 παιδιά ανά 1.000 γεννήσεις. Η επιβίωσή τους οφείλεται στην ιδιαίτερη ανάπτυξη των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας νεογνών, αλλά και στην έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση. Η μείωση των γεννήσεων παιδιών με σχιστίες οφείλεται στην ενδομήτρια υπερηχογραφική διάγνωση, όπου οι γονείς προκειμένου να αποκτήσουν παιδί με «στίγμα» για όλη του τη ζωή προβαίνουν σε διακοπή της κύησης. Αυτό δεν αποτελεί κανόνα, καθώς υπάρχουν και εξαιρέσεις.

Οι **συγγενείς ανωμαλίες των άκρων**, συνδακτυλίες ή πολυδακτυλίες, διορθώνονται στην προσχολική ηλικία ή και νωρίτερα.

Οι **συγγενείς ανωμαλίες των έξω γεννητικών οργάνων** αντιμετωπίζονται ανάλογα με τη βαρύτητα, αλλά νωρίτερα από την προσχολική ηλικία.

Οι **σπίλοι** (ελιές) και τα **αιμαγγειώματα** είναι μια άλλη κατηγορία συγγενών ανωμαλιών που καλείται να διορθώσει ο πλαστικός χειρουργός. Το πλάνο αντιμετώπισης εδώ εξαρτάται από την εντόπιση, την έκταση, το μέγεθος της βλάβης και αν επηρεάζει ζωτικά όργανα. Διαφέρει σε κάθε περίπτωση και οι επεμβάσεις συνήθως είναι πολλαπλές.

Το μεγαλύτερο κομμάτι όμως αφορά το **τραύμα** στα παιδιά, και εδώ περιλαμβάνεται και το έγκαυμα. Ο πλαστικός χειρουργός είναι, λοιπόν, ο πλέον ειδικός για την αντιμετώπιση, παρακολούθηση και αποκατάσταση του εγκαύματος, που -σημειωτέον- είναι μια πολυσυστηματική νόσος που επηρεάζει όλο τον οργανισμό. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην αρχική αντιμετώπιση τις πρώτες ώρες και μέρες, αλλά και στην απώτερη αντιμετώπιση, συντηρητική ή χειρουργική, όπου χρειάζεται.

Τέλος, το τραύμα θέλει ιδιαίτερη προσοχή, γιατί όλοι γνωρίζουμε ανθρώπους που από κάποιο τραυματισμό φέρουν για όλη τους τη ζωή κάποιες άσχημες ουλές. Εδώ μπαίνει το απλό τραύμα - κόψιμο που θα γίνει συρραφή είτε με ράμματα είτε με κόλλα ιστών, εφόσον ενδείκνυται, μέχρι το περίπλοκο αποσπαστικό τραύμα με έλλειμμα ιστού που θέλει αποκατάσταση με κρημνό. Το παιδί, λοιπόν, δικαιούται την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση, γιατί έχει όλη τη ζωή μπροστά του.

Επειδή στον κόσμο μας η λεπτομέρεια έχει σημασία, ο πλαστικός χειρουργός έχει πάντα μια θέση και πολλά να κάνει σε μονάδες υγείας που ασχολούνται με παιδιά, δημόσιες και ιδιωτικές.

Το παιδί παθητικός καπνιστής

Πολυτίμη Παναγιωτοπούλου - Γαρταγάνη
Παιδίατρος - Παιδοπνευμονολόγος, Διευθύντρια Παιδοπνευμονολογικού Τμήματος, Ευρωκλινικής Παίδων

Το κάπνισμα, χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος, αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) υπολογίζει ότι ο αριθμός των καπνιστών από 1,1 δισεκατομμύρια σήμερα θα αυξηθεί στα 1,6 δισεκατομμύρια μέχρι το 2025.

Ο ΠΟΥ κατατάσσει το παθητικό κάπνισμα ως τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου μετά το ενεργητικό κάπνισμα και το αλκοόλ. Το παθητικό κάπνισμα αναφέρεται διεθνώς ως «Environmental Tobacco Smoke: ETS» ή «passive smoking».

Στην Ελλάδα το 60% των παιδιών εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα κοινού τσιγάρου με δυσμενείς και μακροχρόνιες συνέπειες για την υγεία τους.

Παθητικό κάπνισμα προκύπτει όταν ένα άτομο ακούσια εισπνέει καπνό από: α) την εκπνοή του καπνιστή, β) αυτόν που απελευθερώνεται από το άκρο του αναμμένου τσιγάρου και γ) το τριτογενές κάπνισμα, δηλαδή τα σωματίδια καπνού που παραμένουν, μετά το σβήσιμο του τσιγάρου, σε κάθε επιφάνεια (όπως μαλλιά, δέρμα, ρούχα τόσο του καπνιστή όσο και των παρευρισκομένων) αλλά και στον περιβάλλοντα χώρο (έπιπλα, πατώματα, μαξιλάρια, κουβέρτες, κουρτίνες και ταπετσαρίες σπιτιών και αυτοκινήτων).

Τα σωματίδια του καπνού μπορούν να παραμείνουν στον εσωτερικό χώρο του σπιτιού για αρκετές ημέρες και μήνες μετά το κάπνισμα ενός τσιγάρου.

Από μελέτη προκύπτει ότι ένα παιδί κατά τη διάρκεια παραμονής του επί μια ώρα σε χώρο καπνιστών εισπνέει τόσες επιβλαβείς ουσίες όσες θα εισέπνεε εάν κάπνιζε 10 ή περισσότερα τσιγάρα την ημέρα.

Στην Ελλάδα το 60% των παιδιών εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα κοινού τσιγάρου με δυσμενείς και μακροχρόνιες συνέπειες για την υγεία τους

Το κάπνισμα στον περιορισμένο χώρο του αυτοκινήτου αποδεικνύεται 23 φορές πιο τοξικό από το κάπνισμα εντός της οικίας.

Έχει αποδειχθεί ότι το ενεργητικό και το παθητικό κάπνισμα της εγκύου ευθύνονται για λιποβαρή νεογνά, αύξηση της περιγεννητικής θνησιμότητας (23%-26%), αύξηση του κινδύνου αιφνίδιου θανάτου των βρεφών, καθώς και ελάττωση της πνευμονικής λειτουργίας του βρέφους, με κίνδυνο εκδήλωσης άσθματος, ΧΑΠ και ανάπτυξης νεοπλασιών (10%).

Το θηλάζον βρέφος γίνεται «παθητικός καπνιστής» με εκδήλωση συχνών λοιμώξεων από το αναπνευστικό σύστημα, αύξηση των επεισοδίων συριγμού, υπερκινητικότητα κ.λπ.

Στα μεγάλα παιδιά αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης μικροβιακών λοιμώξεων (μηνιγγίτιδας, πνευμονίας και ωτίτιδας), ο κίνδυνος άσθματος, εμφυσήματος, καρκίνου του πνεύμονα και ισχαιμικής καρδιοπάθειας.

Σε αυτοψία παιδιών έπειτα από αιφνίδιο θάνατο, των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, διαπιστώθηκε πάχυνση του τοιχώματος των αεραγωγών (remodeling).

Η κοτινίνη, κύριος μεταβολίτης της νικοτίνης, αποτελεί αξιόπιστο δείκτη παθητικού καπνίσμα-

τος. Ανιχνεύεται στον αέρα, στα μαλλιά, στο αίμα, στο σίελο και στα ούρα ακόμη και έπειτα από 18-20 ώρες.

Σε μελέτη που έγινε σε ασθματικά παιδιά στο παιδοπνευμονολογικό ιατρείο του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία» ανιχνεύθηκαν υψηλά επίπεδα κοτινίνης στα ούρα των παιδιών των οποίων οι γονείς κάπνιζαν στην κουζίνα με ανοικτό παράθυρο ή με απορροφητήρα σε λειτουργία. Οι γονείς πίστευαν ότι τα προστατεύουν.

Ο χρόνος κάθαρσης των πνευμόνων του καπνιστή από τον υπολειπόμενο καπνό του τσιγάρου ανέρχεται σε 18-19 sec. Σύμφωνα με μελέτη, το άτομο που καπνίζει σε εξωτερικό χώρο πρέπει να παραμείνει σε αυτόν περίπου 2 λεπτά μετά την τελευταία εισπνοή καπνού από το τσιγάρο και μετά να εισέλθει στον εσωτερικό χώρο. Γιατί έτσι δεν εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα οι μη καπνιστές.

Το Υπουργείο Υγείας εξέδωσε εγκύκλιο για το κάπνισμα 13/3/2017, με αυστηρές ποινές στους καπνίζοντες σε δημόσιους χώρους. Συγκεκριμένα, απαγορεύεται η χρήση όλων των προϊόντων καπνού (των νέων προϊόντων καπνού, ηλεκτρονικών τσιγάρων και φυτικών προϊόντων για το κάπνισμα) στα πάσης φύσεως αυτοκίνητα ιδιωτικής και δημόσιας χρήσης, όταν επιβαίνουν ανήλικοι κάτω των 12 ετών

Οι βαρείς παθητικοί καπνιστές έχουν τον ίδιο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου συγκριτικά με την ομάδα των ελαφρά ενεργών καπνιστών.

Οι επιπτώσεις από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα, που αναφέρονται σε παγκόσμιο επίπεδο (αποτελέσματα από 192 χώρες), έχουν ως εξής (2010):

Απεβίωσαν 603.000 άτομα (166.000 παιδιά <5 ετών). Εξ αυτών:

- 379.000 από ισχαιμικά καρδιακά επεισόδια.
- 202.000 από άσθμα και άλλα αναπνευστικά προβλήματα.
- 21.400 από καρκίνο του πνεύμονα.

Συμπερασματικά, το κάπνισμα μπορεί να χαρακτηριστεί παιδιατρικό νόσημα, διότι η πλειοψηφία των ενήλικων καπνιστών (90%) το αρχίζει πριν από την ηλικία των 18 ετών.

Σημειώνεται ότι οι έφηβοι μπορεί να εθιστούν ακόμα και με ένα τσιγάρο την ημέρα.

Επιθυμία να διακόψει το κάπνισμα εκδηλώνει το 75% των καπνιστών. Το επιτυγχάνει ελάχιστο ποσοστό (3%) κάθε χρόνο χωρίς να χρησιμοποιεί τεχνικές, όπως: η συμβουλευτική αγωγή και η Φαρμακοθεραπεία. Καλύτερα αποτελέσματα προκύπτουν από τον συνδυασμό και των δύο (σε ιατρεία διακοπής καπνίσματος).

Το Υπουργείο Υγείας εξέδωσε εγκύκλιο για το κάπνισμα 13/3/2017, με αυστηρές ποινές στους καπνίζοντες σε δημόσιους χώρους. Συγκεκριμένα, απαγορεύεται η χρήση όλων των προϊόντων καπνού (των νέων προϊόντων καπνού, ηλεκτρονικών τσιγάρων και φυτικών προϊόντων για το κάπνισμα) στα πάσης φύσεως αυτοκίνητα ιδιωτικής και δημόσιας χρήσης, όταν επιβαίνουν ανήλικοι κάτω των 12 ετών.

Για την παράβαση επιβάλλεται διοικητικό πρόστιμο ποσού 1.500 ευρώ στον επιβαίνοντα που καπνίζει ή ατμίζει (ηλεκτρονικό τσιγάρο), ενώ το πρόστιμο διπλασιάζεται στο ποσό των 3.000 ευρώ αν ο παραβάτης οδηγεί αυτοκίνητο δημόσιας χρήσης.

Για την προστασία του παιδιού από το παθητικό κάπνισμα, ο παιδίατρος οφείλει να αναλαμβάνει πρωταγωνιστικό ρόλο. Έτσι πρέπει:

- Να ενημερώνει τους γονείς και τα παιδιά (ιδιαίτερα τους εφήβους) για τους κινδύνους. Τα παιδιά πρέπει να εκπαιδευτούν έτσι ώστε να λένε «όχι» στο κάπνισμα (ενεργητικό ή παθητικό).
- Να παραπέμπει τους καπνίζοντες σε ιατρεία διακοπής καπνίσματος.
- Να υποστηρίζει την εκστρατεία για πρόληψη και καταπολέμηση του καπνίσματος με ενίσχυση της διδασκαλίας σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης, καθώς και απαγόρευση του καπνίσματος στα σχολεία, σε χώρους αθλοπαιδιών και δημόσιους χώρους.
- Να γνωστοποιεί την ύπαρξη της τηλεφωνικής γραμμής του Υπουργείου Υγείας «1142» για την ενημέρωση και την εξυπηρέτηση των καπνιστών αναφορικά με τη διακοπή του καπνίσματος και της ηλεκτρονικής διεύθυνσης της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας www.denkapnizo.org

Βασιλική Παππά
Επιμελήτρια Αναισθησιολόγος, Ευρωκλινική Παίδων

Απαντώντας στα **συνήθη ερωτήματα** των γονέων πριν από την *αναισθησία*

Τι είναι η αναισθησία;

Η αναισθησία διακρίνεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τη γενική και την περιοχική αναισθησία. Η **γενική αναισθησία** είναι μια κατάσταση ελεγχόμενης απώλειας των αισθήσεων που εξασφαλίζει αναλγησία. Είναι προσωρινή κατάσταση και αναστρέψιμη. Η διάρκεια και το βάθος της αναισθησίας υπολογίζονται με ακρίβεια και αναπροσαρμόζονται συνεχώς ανάλογα με τις απαιτήσεις του ασθενούς και της επέμβασης. Η **περιοχική αναισθησία** επιτυγχάνεται μέσω κεντρικών ή περιφερικών νευρικών αποκλεισμών. **Καταστολή και Monitoring Anaesthesia Care** εφαρμόζονται σε μικρής διάρκειας επεμβάσεις που δεν απαιτούν μυοχάλαση, καθώς και σε δυσάρεστες για τα παιδιά διαγνωστικές εξετάσεις (βιοψίες, μαγνητική τομογραφία).

1 *Πρέπει να φοβάμαι τη γενική αναισθησία για το παιδί μου;*

Στη σύγχρονη αναισθησία είναι σπάνια τα σοβαρά προβλήματα. Ο σύγχρονος εξοπλισμός και τα σύγχρονα φάρμακα έχουν κάνει απλούστερη τη διαδικασία. Ο κίνδυνος θανατηφόρου εκδήλωσης από τη γενική αναισθησία είναι 1:300.000 στα υγιή παιδιά. Οι επιπλοκές όμως δεν μπορούν να μηδενιστούν. Συχνότερες επιπλοκές της γενικής αναισθησίας είναι η αλλεργική αντίδραση, η υπνηλία, η υπολειπόμενη χάλαση και ο πονόλαιμος. Οφείλουμε να ενημερώσουμε τους γονείς ότι γνωρίζουμε και μπορούμε να αντιμετωπίσουμε τις επιπλοκές.

2 *Ποιος θα δώσει αναισθησία στο παιδί μου;*

Η γνωριμία γονέων - αναισθησιολόγου

γίνεται στην προεγχειρητική επίσκεψη. Η προεγχειρητική επίσκεψη πραγματοποιείται στο Εξωτερικό Αναισθησιολογικό Ιατρείο ή στο Γραφείο του Αναισθησιολογικού Τμήματος.

- Ο αναισθησιολόγος θα ζητήσει το **ιατρικό ιστορικό του ασθενούς**, δηλαδή:
  - Προβλήματα από τη γέννησή του.
  - Προβλήματα υγείας, κληρονομικές παθήσεις και πιθανή λήψη φαρμάκων.
  - Αλλεργίες (φάρμακα, τρόφιμα, λάτεξ).
  - Πρόσφατα εμβόλια.
  - Φυσική δραστηριότητα.
  - Χρήση αλκοόλ, καπνού ή άλλων ουσιών όταν πρόκειται για εφήβους.
- Θα **εξετάσει** κλινικά τον ασθενή ενδελεχώς.
- Θα **συμβουλευτεί τις γνωματεύσεις συναδέλφων** και θα ζητήσει να διενεργηθούν νέες εξετάσεις, εάν το κρίνει απαραίτητο.

Είναι σημαντικό οι γονείς να έχουν μαζί τους οποιαδήποτε έγγραφα ή εξετάσεις που σχετίζονται με προηγούμενες νοσηλείες ή ασθένειες. Ο αναισθησιολόγος μπορεί να κρίνει απαραίτητη την αναβολή του χειρουργείου εξηγώντας σας τους λόγους.

3 *Γιατί χρειάζεται η νηστεία πριν από τη γενική αναισθησία;*

Η προεγχειρητική νηστεία είναι απαραίτητη για την αποφυγή εισόδου του στομαχικού περιεχομένου στους πνεύμονες, με συνέπεια προβλήματα κατά τη διάρκεια του χειρουργείου ή και μετεγχειρητικά. Οι οδηγίες για τη νηστεία πρέπει να είναι σαφείς.

4 *Χρειάζεται να προσέχω κάτι άλλο στο παιδί μου πριν από το χειρουργείο;*

Πριν από τη χορήγηση αναισθησίας το παιδί:

- Δεν πρέπει να είναι κρυωμένο, να έχει ακροαστικά ευρήματα, βήχα, εμετό και διάρροια τουλάχιστον δύο εβδομάδες πριν από το χειρουργείο.
- Δεν θα πρέπει να έχει πυρετό την προηγούμενη μέρα ή τη μέρα του χειρουργείου.

Είδος διατροφής	Ελάχιστος χρόνος προεγχειρητικής νηστείας
Διαυγή υγρά	2 ώρες
Θηλασμός	4 ώρες
Βρεφικό γάλα	4 ώρες (<3 μηνών), 6 ώρες (>3 μηνών)
Γάλα αγελάδος	6 ώρες
Στερεά τροφή	6 ώρες

- Πρέπει να έχουν περάσει 30 ημέρες από την ημέρα που εμφανίστηκε κάποιο λοιμώδες νόσημα (ανεμοβλογιά, ιλαρά, ερυθρά).
- Θα πρέπει να έχουν περάσει τουλάχιστον 20 μέρες από εμβόλιο που περιέχει ζώντα εξασθενημένο ιό.

5 *Μπορώ να είμαι κοντά στο παιδί μου κατά τη διάρκεια του χειρουργείου;*

Οι γονείς δεν επιτρέπεται να είναι παρόντες κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, ακόμα και αν είναι γιατροί. Μπορούν όμως να είναι παρόντες στον χώρο προετοιμασίας του χειρουργείου, όπου γίνεται και η προνάρκωση του παιδιού. Κατά την προνάρκωση χρησιμοποιούνται αγχολυτικά φάρμακα, που έχουν σκοπό να περιορίσουν το άγχος του μικρού ασθενούς.

6 *Τι θα γίνει μετά το χειρουργείο;*

Μετά το πέρας της επέμβασης ο μικρός ασθενής αφυπνίζεται και οδηγείται στο χώρο της «Ανάνηψης», που αποτελεί μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας. Στον χώρο αυτό το παιδί παραμένει μέχρι να επανέλθει πλήρως η συνείδησή του, να μην πονά και να είναι ζεστό και ήρεμο. Στη συνέχεια παραδίδεται με ασφάλεια από τον αναισθησιολόγο στους γονείς.

7 *Θα πονάει το παιδί μου μετά το χειρουργείο;*

Τα παιδιά δεν πρέπει να πονάνε μετά τη χειρουργική επέμβαση. Η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου είναι βασικό μέλημα του αναισθησιολόγου. Η μετεγχειρητική αναλγησία ξεκινάει από τη διεγχειρητική περίοδο με τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων (π.χ., παρακεταμόλη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οπιοειδή), με τεχνικές περιοχικής αναισθησίας και τη διήθηση του χειρουργικού τραύματος με τοπικά αναισθητικά. Για τις επεμβάσεις μιας ημέρας ο αναισθησιολόγος θα δώσει οδηγίες στους γονείς για τη συνέχιση των αναλγητικών στο σπίτι.

8 *Πότε μπορεί να φάει το παιδί μου μετά το χειρουργείο;*

Εφόσον ο μικρός ασθενής έχει πλήρη συνείδηση, δεν έχει ναυτία και τάση για εμετό και το επιτρέπει το είδος της χειρουργικής επέμβασης, μπορούν να του χορηγηθούν:

- Νερό, τσάι ή χαμομήλι 2-3 ώρες μετά την αναισθησία.
- Γάλα, γιαούρτι, κρέμα ή ελαφρά σούπα 4-5 ώρες μετά την αναισθησία.
- Τα βρέφη μπορούν να θηλάσουν 3 ώρες μετά την αναισθησία.

Αν στο παιδί χορηγήθηκε μόνο καταστολή, οι προαναφερθέντες χρόνοι βραχύνονται. Ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος θα δώσει ανάλογες οδηγίες. Η μετεγχειρητική σίτιση στις επεμβάσεις που είναι μεγαλύτερης βαρύτητας και διάρκειας καθορίζεται σε συνεννόηση με τον χειρουργό.

9 *Τι πρέπει να προσέχω στο παιδί μου μετά την έξοδο από το νοσοκομείο;*

Μερικά παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν προσωρινά αλλαγές στη συμπεριφορά τους στο σπίτι, όπως διαταραχές ύπνου, διατροφικές αλλαγές, υπερδραστηριότητα και φοβίες, αυτό είναι φυσιολογικό και προσωρινό. Διαβεβαιώστε το παιδί ότι είναι ασφαλές.

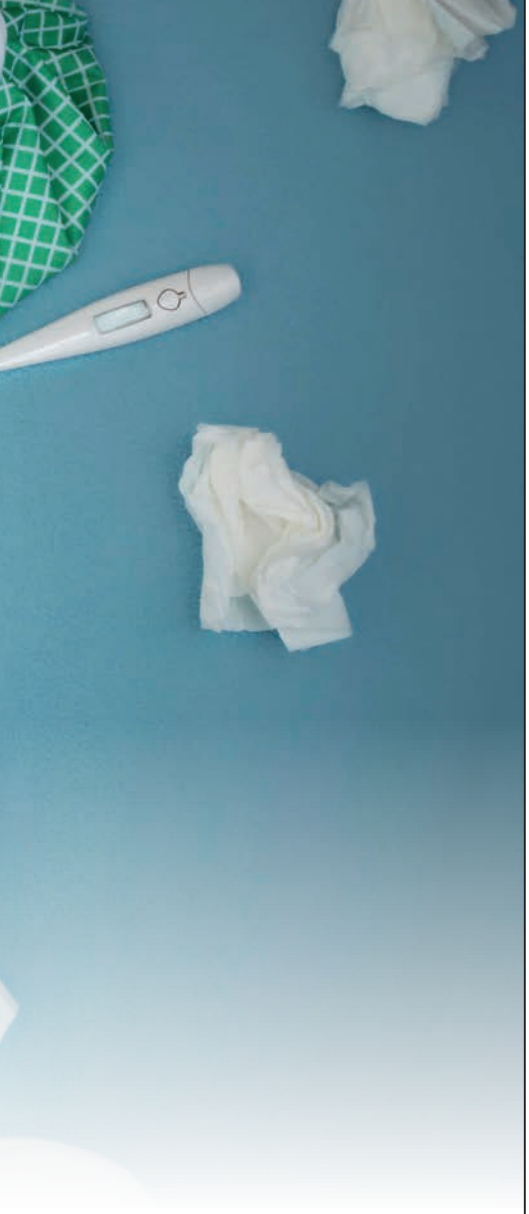
Η γρίπη
στην παιδική ηλικία

Μαρία Ελαιοτριβάρη
Επιμελήτρια Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων

Η γρίπη είναι μια νόσος που προκαλείται από τον ιό της ινφλουέντζας και ευθύνεται για μια ποικιλία νοσημάτων από το αναπνευστικό σύστημα.

Ποιοι τύποι γρίπης υπάρχουν;
Υπάρχουν τρεις τύποι γρίπης: Οι Α, Β και C. Οι τύποι Α και Β ευθύνονται για επιδημίες αναπνευστικής νόσου που συμβαίνουν τον χειμώνα και συνδέονται με αυξημένα ποσοστά νοσηλειών σε νοσοκομείο, ενώ ο τύπος C προκαλεί λίγα συμπτώματα χωρίς την εμφάνιση επιδημιών. Επειδή οι ιοί της γρίπης έχουν την ικανότητα να μεταλλάσσονται από χρόνο σε χρόνο, ο κάθε άνθρωπος είναι ευαίσθητος να νοσεί κάθε χρόνο από γρίπη, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του.

Πώς μεταδίδεται η νόσος;
Ο ιός της γρίπης μεταδίδεται από άτομο σε άτομο μέσω του αέρα. Το παιδί μπορεί να κολλήσει τη γρίπη ερχόμενο σε επαφή με ιούς από το αναπνευστικό ενός μολυσμένου ατόμου μέσα από τον βήχα ή το φτάρνισμά του. Επιπρόσθετα, η μετάδοση μπορεί να γίνει με έμμεση επαφή,



αγγίζοντας ένα παιχνίδι, πόμολο πόρτας ή κάτι άλλο που έχει αγγίξει ένα μολυσμένο άτομο. Γενικά, το άτομο είναι πιο μεταδοτικό 24 ώρες πριν αρχίσει να έχει συμπτώματα και διαρκεί μέχρι και 7 ημέρες από την έναρξη της λοίμωξης.

Τι συμπτώματα έχει η γρίπη;

Κάθε παιδί μπορεί να εκδηλώσει τα συμπτώματα διαφορετικά, αλλά τα συνήθη συμπτώματα είναι τα εξής:

- Πυρετός, συνήθως υψηλός πάνω από 38,5 ^{0}C, που μπορεί να συνοδεύεται από ρίγος.

Τα περισσότερα άτομα συνήθως αναρρώνουν μέσα σε μία εβδομάδα. Η κόπωση όμως μπορεί να διαρκέσει μερικές εβδομάδες ακόμα. Γι' αυτό τον λόγο όσοι νοσούν χρειάζεται να μείνουν στο σπίτι, να αποφεύγουν τις επαφές με άλλα άτομα και να απέχουν από τις συνήθεις δραστηριότητες - εργασία, σχολείο και εξωσχολικά μαθήματα. Επομένως, συνιστάται αρκετή ξεκούραση, άφθονα υγρά και χορήγηση αντιπυρετικών

- Μυϊκοί πόνοι, αρθραλγίες.
- Πονοκέφαλος.
- Μη παραγωγικός βήχας.
- Πονόλαιμος, συνήθως ήπιος.
- Ναυτία, έμετοι, διάρροιες.
- Κόπωση, έντονη απώλεια ενέργειας και καταβολή που μπορεί να διαρκέσει 2-4 εβδομάδες.
- Απλό «μπούκωμα» ή ρινόρροια (διαυγές, υδαρές ρινικό έκκριμα).

Στα μικρότερα παιδιά, η γρίπη μπορεί να προκαλέσει βράγχος φωνής, θορυβώδη αναπνοή και να εξελιχθεί σε βρογχιολίτιδα με συριγμό και δυσκολία στην αναπνοή ή ακόμα και σε πνευμονία (λοίμωξη των πνευμόνων).

Πόσο σοβαρή είναι η εποχιακή γρίπη;

Τα περιστατικά είναι συνήθως ήπιας έως μέτριας σοβαρότητας και οι επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν είναι οι ακόλουθες:

- Παραρρινοκολπίτιδα.
- Ωτίτιδα.
- Πνευμονία.
- Μυοσίτιδα.
- Αφυδάτωση.

Οι επιπλοκές αντιμετωπίζονται χωρίς σοβαρά προβλήματα. Υπάρχουν όμως και λίγες περιπτώσεις όπου η γρίπη μπορεί να έχει σοβαρές επιπλοκές, που αφορούν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα ή την καρδιά, και παρουσιάζονται συνήθως σε μικρότερα παιδιά, ηλικίας κάτω των 2 ετών, ή σε παιδιά με ορισμένες χρόνιες αναπνευστικές ή νευρολογικές παθήσεις.

Πώς γίνεται η διάγνωση της γρίπης;

Τα συμπτώματα της γρίπης μπορεί να μοιάζουν με άλλες παθήσεις, όπως το κοινό κρυολόγημα, το οποίο προκαλείται από διαφορετικούς ιούς και έχει σαφώς πιο ήπια συμπτώματα, που αντιμετωπίζονται πιο εύκολα, χωρίς σοβαρές επιπλοκές.

Γι' αυτό τον λόγο χρειάζεται πάντα εκτίμηση από τον παιδίατρο, όπου, εκτός από την κλινική εξέταση, μπορεί ναι ζητηθεί να γίνει κάποιο τεστ γρήγορης ανίχνευσης του ιού με δείγμα επιχρίσματος από τον λαιμό ή εκκρίσεων από τη μύτη. Τα αποτελέσματα αυτής της εξέτασης είναι άμεσα διαθέσιμα σε πολλά κλινικά εργαστήρια και έτσι τίθεται με ακρίβεια η διάγνωση.

Ποια είναι η θεραπεία της γρίπης;

Τα περισσότερα άτομα συνήθως αναρρώνουν μέσα σε μία εβδομάδα. Η κόπωση όμως μπορεί να διαρκέσει μερικές εβδομάδες ακόμα. Γι' αυτό τον λόγο όσοι νοσούν χρειάζεται να μείνουν στο σπίτι, να αποφεύγουν τις επαφές με άλλα άτομα και να απέχουν από τις συνήθεις δραστηριότητες - εργασία, σχολείο και εξωσχολικά μαθήματα. Επομένως, συνιστάται αρκετή ξεκούραση, άφθονα υγρά και χορήγηση αντιπυρετικών (παρακεταμόλη - ιβουπροφαίνη) για τον πυρετό και τον πόνο. Εάν, δε, το παιδί θηλάζει, συνεχίζει να θηλάζει σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Τα αντιβιοτικά δε βοηθούν στη γρίπη. Σε σοβαρή νόσο, σε νοσηλευόμενους αλλά και σε άτομα υψηλού κινδύνου για επιπλοκές από τη γρίπη μπορεί να χορηγηθεί αντιική αγωγή (Οσελταμιβίρη-Tamiflu).

Τα αντιικά φάρμακα πιθανολογείται ότι κάνουν πιο ήπια την πορεία της νόσου και πιο σύντομη την ανάρρωση. Επίσης, έχουν καλύτερα αποτελέσματα όταν λαμβάνονται μέσα στις πρώτες 48 ώρες από την εκδήλωση των πρώτων συ-

μπτωμάτων. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που η χορήγηση των φαρμάκων αυτών είναι απαραίτητη ακόμα και όταν έχουν παρέλθει οι πρώτες 48 ώρες. Αυτό συμβαίνει σε:

- Νοσηλευόμενα παιδιά με ενδεχόμενο εμφάνισης επιπλοκών.
- Ανοσοκατεσταλμένα παιδιά.
- Σε βρέφη.

Πώς γίνεται η πρόληψη της γρίπης;

- Πλύσιμο των χεριών έπειτα από βήχα, φτάρνισμα ή σκούπισμα της μύτης.
- Πλύσιμο των χεριών μετά την επαφή με κάποιον που έχει λοίμωξη του αναπνευστικού.
- Αποφυγή των παιχνιδιών κοινής χρήσης, καθώς και της κοινής χρήσης οικιακών σκευών και φαγητού.

Γενικά, το πλύσιμο των χεριών είναι ο πιο σημαντικός τρόπος για να μειωθεί η εξάπλωση των ιών.

Πώς λειτουργεί ο εμβολιασμός ενάντια στη γρίπη;

Κάθε χρόνο, πριν από την αρχή της χειμερινής περιόδου, φτιάχνονται εμβόλια που περιέχουν τους τύπους του ιού της γρίπης που προβλέπεται να προκαλέσει τη νόσο τον χειμώνα που ακολουθεί. Οι τύποι αυτοί της γρίπης δεν είναι ζωντανοί και με το που τους εισάγουμε στον οργανισμό με τον εμβολιασμό παράγονται αντισώματα, που σε ενδεχόμενη προσβολή του οργανισμού από τον ιό ενεργοποιούνται και τον σκοτώνουν.

Ποιοι θα πρέπει να εμβολιαστούν;

- Παιδιά ηλικίας 6 μηνών έως 18 ετών.
- Άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω.

Τα εμβόλια της γρίπης είναι αποτελεσματικά και ασφαλή. Στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών στην Ελλάδα, ο εμβολιασμός με το εμβόλιο της γρίπης συνιστάται ιδιαίτερα σε ομάδες υψηλού κινδύνου

- Άτομα που κινδυνεύουν από τις επιπλοκές της γρίπης, όπως:
  - γυναίκες που πιθανόν να είναι έγκυες
  - άτομα με χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού και καρδιαγγειακού συστήματος, άτομα με χρόνια νεφρική νόσο ή με χρόνια μεταβολική νόσο (σακχαρώδης διαβήτη)
  - ανοσοκατεσταλμένα άτομα
  - ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό
  - προσωπικό σε σχολεία, παιδικούς σταθμούς και ιδρύματα για παιδιά με χρόνιες παθήσεις.

Ποιοι δεν μπορούν να κάνουν το εμβόλιο;

- Άτομα που νόσησαν με σύνδρομο Guillain - Barre.
- Άτομα με σοβαρή αλλεργία στο αυγό.
- Άτομα με πυρετό.

Ποιες είναι οι πιθανές παρενέργειες από το εμβόλιο;

Τις περισσότερες φορές οι παρενέργειες είναι ήπιες. Έτσι, μπορεί να παρουσιαστούν:

- Πόνος και ερυθρότητα στο σημείο της ένεσης.
- Συμπτώματα κοινού κρυολογήματος, όπως πυρετός, μυαλγίες και αρθραλγίες, που συνήθως διαρκούν 1-2 ημέρες.

Σπανιότατα, μπορεί να προκληθεί σοβαρή αλλεργική αντίδραση, συνήθως αμέσως μετά τον εμβολιασμό. Πάντως, τα εμβόλια της γρίπης είναι αποτελεσματικά και ασφαλή. Στις ΗΠΑ, συνιστάται να γίνονται σε όλα τα μικρά παιδιά άνω των 6 μηνών πριν από την έναρξη της περιόδου γρίπης.

Στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών στην Ελλάδα, ο εμβολιασμός με το εμβόλιο της γρίπης συνιστάται ιδιαίτερα σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως τα παιδιά με χρόνια νοσήματα ή ανοσοκαταστολή.

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!

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