ΔΩΡΕΑΝ

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

Medilife

ΤΕΥΧΟΣ 24, ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ - ΧΕΙΜΩΝΑΣ 2018
ISSN: 2459-4032

υγεία για όλους | γυναίκα | παιδί | ευ ζην

ΑΦΙΕΡΩΜΑ: 20 ΧΡΟΝΙΑ, ΜΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ! σελ. 16

Medilife
ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ **ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ** ΚΑΙ **ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ**
ΤΕΥΧΟΣ 24, ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ - ΧΕΙΜΩΝΑΣ 2018
ISSN: 2459-4032

Τι ωραίο να νιώθεις σιγουριά στη ζωή, χωρίς "ίσως", "μπορεί", "κι **ama**"!

Με **90 χρόνια** παρουσίας στην ελληνική αγορά και με τη δύναμη και αξιοπιστία του διεθνούς Ομίλου Groupama, διαθέτουμε μια πλήρη σειρά προϊόντων, καλύπτοντας κάθε είδους ασφαλιστική ανάγκη, στο πλαίσιο της προσωπικής, οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής.

Με ένα **εκτεταμένο δίκτυο πρακτόρων και ασφαλιστικών συμβούλων** που καλύπτει όλη τη χώρα, με εξατομικευμένες λύσεις και με επιπρόσθετες δωρεάν παροχές ή υπηρεσίες, που συνοδεύουν κάθε ασφαλιστικό προϊόν, η Groupama Ασφαλιστική είναι ***Σίγουρα δίπλα σας***, ασφαλίζοντας εσάς και όλα όσα αγαπάτε περισσότερο.

Groupama
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Σίγουρα δίπλα σας

Με ένα **click**
www.groupama.gr

Με ένα **tap**
Groupama NOW app

Με ένα **call**
800 11 93800 - 210 329 5111

Με ένα **visit**
Λ. Συγγρού 213-215
17121 Νέα Σμύρνη

Αντώνης Βουκλαρής
Διευθύνων Σύμβουλος
Ομίλου Ευρωκλινικής

Ευρωκλινική: Μία Οικογένεια 20 χρονών!

Ερχόμενος στην Ευρωκλινική πριν από 3 και κάτι χρόνια είχα πληροφορηθεί - από ανθρώπους που είχαν δουλέψει εκεί - ότι πηγαίνω σε ένα νοσοκομείο που μπορεί να μην είναι το μεγαλύτερο από πλευράς κτιριακού μεγέθους, ούτε το πολυτελέστερο από πλευράς ξενοδοχειακών υποδομών, αλλά έχει ένα πολύ ζεστό και ανθρώπινο περιβάλλον που αμέσως σε «αγκαλιάζει» σαν οικογένεια.

Μόνο αν κάποιος βιώσει εμπειρικά το κλίμα και τη νοοτροπία της Ευρωκλινικής θα καταλάβει ότι αυτή η έννοια της οικογένειας δεν αποτελεί ένα ακόμα σύνθημα ή καμπάνια του μάρκετινγκ, σαν τα πολλά που ακούμε στις μέρες μας, αλλά είναι μία λέξη βαθιά ριζωμένη στην νοοτροπία και στην κουλτούρα του οργανισμού η οποία χαρακτηρίζει όλες τις λειτουργίες του.

Γιατί έχει ιατρούς, νοσηλευτές και διοικητικούς που λειτουργούν ομαδικά υπερβαίνοντας πολλές φορές το επαγγελματικό εγώ τους για να προσφέρουν υπηρεσίες και να φροντίσουν τον κάθε ασθενή και το υποστηρικτικό του περιβάλλον με το ίδιο μεράκι και ανθρωπιά που θα έκαναν σε ένα δικό τους πρόσωπο.

Γιατί έχει εργαζόμενους που λειτουργούν συλλογικά, ανθρώπινα, καλωσορίζουν και αγκαλιάζουν κάθε καινούργιο μέλος, δείχνουν συνεχώς το κοινωνικό τους πρόσωπο και στις δύσκολες στιγμές αποδεικνύουν πως βρίσκονται εκεί ο ένας για τον άλλο.

Γιατί έχει ασθενείς που εισπράττουν καθημερινά αυτή την οικογενειακή αίσθηση και εμπιστεύονται την Ευρωκλινική όπως θα εμπιστεύονταν ένα δικό τους άνθρωπο.

Όπως κάθε οικογένεια έτσι και η Ευρωκλινική γνώρισε στην πάροδο των 20 χρόνων και δύσκολες στιγμές. Το τοπίο άλλαξε, η κρίση στη χώρα έφερε δυσκολίες. Η Ευρωκλινική πάλεψε τις δυσκολίες με τον τρόπο που ξέρει – σαν οικογένεια - και όχι μόνο τις ξεπέρασε και επιβίωσε, αλλά δυνάμωσε, εξελίχθηκε, αναπτύχθηκε και είναι έτοιμη και αισιόδοξη για τις αλλαγές και τις προκλήσεις των καιρών.

Είμαστε μια οικογένεια και θα συνεχίσουμε να προσπαθούμε να παραμείνουμε μια οικογένεια, γιατί αυτό θέλουμε να μας ξεχωρίζει, να μας δίνει δύναμη και να μας οδηγεί στο μέλλον.

Χρόνια μας πολλά!!

20 1998-2018 ΧΡΟΝΙΑ
ΑΘΗΝΩΝ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο κέντρο!

ΟΜΙΛΟΣ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο Κέντρο!

AWARD 2017
PATIENTS' FRIENDLY HOSPITAL

TÜV AUSTRIA HELLAS

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

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

ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΥΜΕ ΠΑΝΕΥΡΩΠΑΪΚΑ

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

Medilife Contents

ΤΕΥΧΟΣ 24, ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ - ΧΕΙΜΩΝΑΣ 2018

ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο Κέντρο!

ΤΑ ΝΕΑ ΜΑΣ

4-10 Ιατρικά Νέα
11-13 Τα νέα μας
14 Διπλή βράβευση του Ομίλου Ευρωκλινικής στα Healthcare Business Awards 2018
15 Ανεκτίμητη προσφορά αγάπης και φροντίδας σε χιλιάδες παιδιά από τον όμιλο Ευρωκλινικής

ΑΦΙΕΡΩΜΑ

16-29 20 χρόνια, μία Οικογένεια!

ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

32 Καρκίνος του προστάτη - η χρήση του PSA
34 Θυρεοειδοπάθειες & Επέμβαση θυρεοειδούς
37 Όταν το σώμα πονάει παντού
40 Πυρετός
42 Ιατρική Ακριβείας (Precision Medicine) ή Εξατομικευμένη Ιατρική στον Καρκίνο
44 Σύγχρονες τεχνικές αποκατάστασης χόνδρινων βλαβών
48 Νεότερες εξελίξεις στη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη
52 Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου
55 Αποκατάσταση της βουβωνοκήλης
58 Απαντώντας στα συνήθη ερωτήματα για τον καταρράκτη
60 Διαδερμική Οσφυϊκή Αποσυμπίεση
62 Πώς να προφυλάξουμε την καρδιά μας από τους σοβαρότερους κινδύνους της
64 Όζοι θυρεοειδούς
66 Νόσος του Parkinson

ΓΥΝΑΙΚΑ

70 Διάγνωση καρκίνου του μαστού με την ψηφιακή τομοσύνθεση
72 Σεξουαλικότητα έπειτα από τον καρκίνο του μαστού
74 Αντιμετώπιση της χαλάρωσης του κόλπου χωρίς χειρουργείο

ΕΥ ΖΗΝ

78 Τα νεότερα δεδομένα στη μεταμόσχευση μαλλιών
80 Κάντε διατροφή με τον άνθρωπό σας ή τον φίλο σας

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

83 Νοσηλευτική αξιολόγηση
86 Σύγχρονες μέθοδοι για τη μείωση του προεγχειρητικού άγχους στα παιδιά

ΠΑΙΔΙ

90 Αντιμετώπιση της αναπτυξιακής δυσπλασίας του ισχίου
92 Υποσπαδίας
94 Αύξηση της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας
96 Παιδικός σταθμός & ωτίτιδες
98 Ρινίτιδα
100 Υπερηχογράφημα ισχίου με τη μέθοδο Graf
102 Γαστρεντερίτιδες στα παιδιά

Medilife

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

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

info@euroclinic.gr
www.euroclinic.gr
www.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
Γκούμας Νικόλαος
Διευθυντής 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

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής ανάμεσα στα «Διαμάντια» της ελληνικής οικονομίας

Μία ακόμα σημαντική διάκριση κατέκτησε η Ευρωκλινική, αυτή τη φορά στο 15ο Forum Επιχειρηματικής Αριστείας **«Diamonds of the Greek Economy 2018»**, το οποίο διεξήχθη στο Grande Bretagne Hotel Athens στις 8 Ιουλίου 2018. Στην εκδήλωση, στην οποία συμμετείχαν περισσότεροι από 500 εκπρόσωποι και στελέχη των δυναμικότερων επιχειρηματικών ομίλων της χώρας, απονεμήθηκαν βραβεία στις εταιρείες κάθε κλάδου που ξεχώρισαν για την επιχειρηματική και οικονομική τους ανάπτυξη και ευρωστία.

Η Ευρωκλινική αναδείχθηκε ως μία από τις κορυφαίες εταιρείες στον κλάδο της υγείας παρουσιάζοντας αξιοσημείωτη ανάπτυξη και προσφέροντας άριστες υπηρεσίες παρά τις προκλήσεις του εγχώριου περιβάλλοντος. Το βραβείο παρέλαβε ο Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής, κος **Αντώνης Βουκλαρής** ο οποίος επεσήμανε πως η Ευρωκλινική το τελευταίο έτος έκανε σημαντικά βήματα ανάπτυξης, έλαβε σημαντικές πιστοποιήσεις, βελτίωσε τα οικονομικά της αποτελέσματα και είναι έτοιμη να ανταποκριθεί στις επερχόμενες εξελίξεις του τομέα της ιδιωτικής υγείας.

Από αριστερά ο κος Ιωάννης Χλωρογιάννης, Δ/ντης Καρδιοχειρουργός, Διευθυντής του Πρότυπου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου Ευρωκλινικής Αθηνών, ο κος Ιωάννης Καλλιάς, Γενικός Δ/ντης TÜV AUSTRIA HELLAS, ο κος Γεώργιος Πατούλης Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών και ο κος Αντώνης Βουκλαρής Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής

«CENTER OF EXCELLENCE»

Νέο «Κέντρο Αριστείας» στην Ευρωκλινική για τις επεμβάσεις BYPASS ανοιχτής καρδιάς

Η Ευρωκλινική Αθηνών, συνεχίζοντας τη δυναμική της παρουσία στον τομέα της υγείας, βραβεύτηκε για τις άριστες και καινοτόμες υπηρεσίες που προσφέρει στον τομέα των επεμβάσεις BY PASS ανοιχτής καρδιάς. Το Πρότυπο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο Ολικής Αρτηριακής Επαναιμάτωσης Μυοκαρδίου πιστοποιήθηκε ως **«Center of Excellence» από τον ανεξάρτητο φορέα πιστοποίησης TÜV AUSTRIA HELLAS**. Η απονομή πραγματοποιήθηκε την Παρασκευή 6 Ιουλίου στο κατάμεστο αμφιθέατρο του Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ, παρουσία πλήθους ιατρών και λοιπών επιστημόνων.

Το Κέντρο, το οποίο τελεί υπό τη διεύθυνση του διεθνώς αναγνωρισμένου καρδιοχειρουργού κ. **Ιωάννη Χλωρογιάννη**, πιστοποιήθηκε για το υψηλότατο επίπεδο εξειδίκευσης της ομάδας και την τεράστια εμπειρία στην εφαρμογή της απαιτητικής τεχνικής της ολικής αρτηριακής επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου. Η τεχνική αυτή αφορά στην καθολική χρήση αρτηριακών παρακαμπτήριων μοσχευμάτων και θεωρείται σήμερα διεθνώς το gold standard (μέθοδος εκλογής) για τους ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε εγχείρηση bypass ανοικτής καρδιάς. Σε σύγκριση με τη συνήθη πρακτική χρήσης των φλεβικών μοσχευμάτων επιτυγχάνει μεγάλη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και ταυτόχρονα σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής του καρδιοπαθούς ασθενούς χωρίς στηθάγχη ή ανάγκη επανεπέμβασης.

Η συγκεκριμένη τεχνική εφαρμόζεται στην Ευρωκλινική Αθηνών στο εντυπωσιακό ποσοστό **99,5% των περιστατικών** και αφορά σε **περισσότερους από 2.600 συνεχόμενους καρδιοχειρουργικούς ασθενείς** της κλινικής που υποβλήθηκαν σε bypass αποκλειστικά με αρτηριακά μοσχεύματα, όταν στις ΗΠΑ- που θεωρείται η Μέκκα της Ιατρικής- το αντίστοιχο ποσοστό φτάνει μόλις το 4%.

Στην εκδήλωση παρευρέθηκε και ο κ. **Γεώργιος Πατούλης**, Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, ο οποίος τόνισε πόσο σημαντικό είναι για την Ελλάδα να διαθέτει διεθνώς αναγνωρισμένα Κέντρα Αριστείας, όπως αυτό του κ. Χλωρογιάννη στην Ευρωκλινική Αθηνών, που αναδεικνύουν την ποιότητα και την επιστημονική αρτιότητα των Ελλήνων ιατρών.

Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα στη Λαπαροσκοπική Χειρουργική

Η Ευρωκλινική Αθηνών σε συνεργασία με την **Ελληνική Εταιρεία Ενδοσκοπικής Χειρουργικής** ξεκινά πρόγραμμα εκπαίδευσης νέων χειρουργών με θέμα την Εξειδικευμένη Λαπαροσκοπική Χειρουργική υπό την εποπτεία του Διευθυντή της Χειρουργικής Κλινικής της Ευρωκλινικής Αθηνών, κ. **Γεώργιου Σάμπαλη**, Γενικού Χειρουργού και Λαπαροσκόπου, μέλους του Διοικητικού Συμβουλίου της εταιρείας. Οι εκπαιδευόμενοι χειρουργοί θα έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν χειρουργεία λαπαροσκοπικής χειρουργικής, σε συγκεκριμένη θεματική κατηγορία, ανά κύκλο εκπαίδευσης, για περίοδο ενός μήνα, ανάλογα με το πρόγραμμα της κλινικής.

Σεμινάριο βιοψίας λεμφαδένα φρουρού στην Ευρωκλινική Αθηνών

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε το Βιωματικό Σεμινάριο για τον Εντοπισμό και τη Βιοψία του Λεμφαδένα φρουρού, που διοργάνωσε η Ευρωκλινική Αθηνών σε συνεργασία με τη Δ' Χειρουργική Κλινική του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών «Αττικόν», στις εγκαταστάσεις της Ευρωκλινικής στις 21 Απριλίου 2018. Την οργάνωση του σεμιναρίου ανέλαβε η **Ελληνική Συνεργαζόμενη Ομάδα Μελέτης Μαστού (ΕΛΣΟΜΑ)**, ενώ η εκπαίδευση περιλάμβανε τόσο θεωρητικό όσο και πρακτικό μέρος, στο οποίο οι εκπαιδευόμενοι χρησιμοποίησαν εξομοιωτές για Hands-On εξάσκηση. Υπεύθυνοι εκπαιδευτές του σεμιναρίου ήταν η κυρία **Φιορίτα Πουλακάκη** M.D., Ph.D, FEBS, Χειρουργός Μαστού, Διευθύντρια της Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, Ευρωκλινική Αθηνών, και ο κ. **Νικόλαος Αρκαδόπουλος**, Καθηγητής Χειρουργικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, οι οποίοι καθοδηγούσαν τους εκπαιδευόμενους καθ' όλη τη διάρκεια του επιμορφωτικού προγράμματος.

Ο Ε. Καρβούνης, η μοναδική ελληνική εκπροσώπηση στο 2ο Διαστοματικό Εργαστήριο Θυρεοειδεκτομής στη Σιγκαπούρη

Με τη συμμετοχή κορυφαίων χειρουργών θυρεοειδούς πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στην Ακαδημία Ιατρικών Ερευνών της Σιγκαπούρης το **2ο Διαστοματικό Εργαστήριο Θυρεοειδεκτομής**, στο οποίο κύριο θέμα ήταν η εκπαίδευση επιστημόνων απ' όλο τον κόσμο στη νέα επαναστατική τεχνική αφαίρεσης θυρεοειδούς από το στόμα. Μοναδική ελληνική παρουσία ήταν αυτή του Εξειδικευμένου Χειρουργού Ενδοκρινών Αδένων **Ευάγγελου Καρβούνη**, Διδάκτορος του Πανεπιστημίου Αθηνών και Διευθυντή του Κέντρου Αριστείας της Χειρουργικής Θυρεοειδούς και Παραθυρεοειδών Αδένων, στην Ευρωκλινική Αθηνών, ο οποίος και εκπαιδεύτηκε στη συγκεκριμένη μέθοδο.

Η Ευρωκλινική Παίδων στο 56ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο

Δυναμική ήταν η παρουσία της Ευρωκλινικής Παίδων στο **56ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο**, που διενεργήθηκε στη Χαλκιδική από τις 25 έως τις 27 Μαΐου 2018.

Η Παιδιατρική Ομάδα της Ευρωκλινικής Παίδων, με Διευθύντρια την κυρία **Ελένη Τσάπρα**, παρουσίασε δύο εισηγήσεις, πρώτον, «Κορίτσι με Αυτοάνοση Εγκεφαλίτιδα (anti-NMDAr) και Επίμονη Συμπτωματολογία παρά την Αγωγή», σε συνεργασία με τη Γ' Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», και, δεύτερον, «Περιγραφή Περιστατικού Άρρενος με Οξύ Αιμορραγικό Οίδημα Βρεφών». Επιπλέον, η κυρία **Πολυτίμη Παναγιωτοπούλου-Γαρταγάνη**, Παιδίατρος - Παιδοπνευμολόγος, Διευθύντρια του Πνευμονολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων, συμμετείχε στο συνέδριο με την εισήγηση «Το παιδί παθητικός καπνιστής – Ηλεκτρονικό τσιγάρο».

Η κυρία Πολυτίμη Παναγιωτοπούλου-Γαρταγάνη

Η ιατρική ομάδα της Ευρωκλινικής Παίδων απέδειξε με τη συμμετοχή της ότι ο μικρός ασθενής παραμένει στο κέντρο του ερευνητικού της ενδιαφέροντος και της συνεχούς ιατρικής της εξέλιξης.

Η Ευρωκλινική Παίδων πρωταγωνιστεί στις εξελίξεις της Παιδοχειρουργικής

Η Ευρωκλινική Παίδων, έχοντας ως στόχο την άριστη φροντίδα των ασθενών με τα υψηλότερα standards της ιατρικής επιστήμης, μέσα από διαρκή ενημέρωση και εκπαίδευση, συμμετείχε ενεργά στο **Παγκόσμιο Συνέδριο Χειρουργικής Παίδων "WOFAPS Annual Meeting"** το οποίο πραγματοποιήθηκε στο Βουκουρέστι της Ρουμανίας στις 6-9 Ιουνίου 2018, εκπροσωπούμενη από τον χειρουργό Παίδων κ. **Πετρόπουλο Παναγιώτη** MD, M.Sc.,MBA, με 4 εργασίες-ομιλίες. Η συμμετοχή του κου Πετρόπουλου αυξάνει τις δυνατότητες της Ευρωκλινικής Παίδων να παρέχει στους μικρούς ασθενείς ολοκληρωμένη προσέγγιση για καλύτερα αποτελέσματα με προηγμένες χειρουργικές τεχνολογίες και τεχνικές συμβαδίζοντας με τις τελευταίες εξελίξεις, σε λαπαροσκοπική χειρουργική, ενδοσκόπηση και ρομποτική, εφαρμόζοντας έγκαιρα τις νέες χειρουργικές μεθόδους σε παγκόσμιο επιστημονικό επίπεδο.

Προεδρία κ. Κουμάκη στο 29ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νευρολογίας και εκλογή του ως αντιπρόεδρος του European Association of Senior Hospital Physicians

Ο κύριος **Κωνσταντίνος Κουμάκης**, Διευθυντής - Νευρολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών, προήδρευσε σε μία ενότητα στο **29ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νευρολογίας**, που διεξήχθη από τις 31 Μαΐου έως και τις 3 Ιουνίου 2018 στην Κέρκυρα, στο πλαίσιο του οποίου συζητήθηκαν σημαντικά ζητήματα σχετικά με την επιστήμη της νευρολογίας, όπως το σύνδρομο Opalski, η έκβαση ασθενών με Ισχαιμικά Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια, η Αταξική Ημιπάρεση, κ.ά.

Επιπλέον, ο κος Κουμάκης παρέστη στην **71η Γενική Συνέλευση του European Association of Senior Hospital Physicians**, που έλαβε χώρα στη Λισσαβόνα στις 8 και 9 Ιουνίου του 2018, όπου και εκλέχθηκε **Αντιπρόεδρος της Ένωσης για το χρονικό διάστημα 2018-2019.**

*Βράβευση του κ. Πανόπουλου στο **4ο Ελληνικό Συνέδριο Ογκολογίας***

Ο κος **Χρήστος Πανόπουλος**, Διευθυντής Παθολόγος - Ογκολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών βραβεύτηκε για την προσφορά του ως Διευθυντής Σπουδών της Ελληνικής Ακαδημίας Κλινικής Ογκολογίας κατά το έτος 2014-2015, στο **4ο Ελληνικό Συνέδριο Ογκολογίας** που διενεργήθηκε από τις 3 έως τις 5 Μαΐου 2018 στο ξενοδοχείο Makedonia Palace στη Θεσσαλονίκη κατά τη διάρκειά του οποίου παρουσιάστηκε πλήθος εισηγήσεων, οι οποίες είχαν ως απώτερο στόχο τη βέλτιστη διαχείριση των ασθενών με τη νεοπλασματική νόσο.

Συμμετοχή του κ. Ρίχτερ στη συγγραφή των κατευθυντήριων οδηγιών για την στεφανιαία επαναιμάτωση

Η Ευρωκλινική και το ιατρικό της προσωπικό πρωταγωνιστούν στις ιατρικές εξελίξεις, όχι μόνο σε εθνικό αλλά και σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Ο κος **Δημήτρης Ρίχτερ**, Δ/ντης Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών είχε την τιμή να αποτελεί τον μοναδικό Έλληνα ιατρό στη συγγραφή των κατευθυντήριων οδηγιών για την στεφανιαία επαναιμάτωση, στο **Ευρωπαϊκό Συνέδριο Καρδιολογίας** που διεξήχθη στο Μόναχο 25 - 29 Αυγούστου 2018. Σύμφωνα με αυτές οδηγίες καθορίζεται υπό ποιες ενδείξεις ένας ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε αγγειοπλαστική ή επέμβαση bypass και ποια μέθοδος πρέπει να χρησιμοποιηθεί.

*Νέες Τεχνολογικές Μέθοδοι για τη **συνδρομική προσέγγιση των λοιμώξεων** στα Εργαστήρια Βιοπαθολογίας της Ευρωκλινικής*

Τα Εργαστήρια Βιοπαθολογίας του Ομίλου Ευρωκλινικής συνεχίζουν να συμμετέχουν συστηματικά σε διεθνή προγράμματα εξωτερικών ποιοτικών ελέγχων τα οποία τα κατατάσσουν στα καλύτερα εργαστήρια τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.

Αναβαθμίζοντας διαρκώς τις ποιοτικές υπηρεσίες που προσφέρουν στους ασθενείς τους, εξοπλίστηκαν με τελευταίας τεχνολογίας αναλυτές μοριακού ελέγχου (PCR) για τη διάγνωση και τον έλεγχο των λοιμώξεων. Οι αναλυτές αυτοί είναι ό,τι πιο σύγχρονο στο χώρο της μοριακής μικροβιολογίας και διαθέτουν πιστοποίηση (FDA και CE- IVD).

Παρέχεται, πλέον, η δυνατότητα ταυτόχρονης **ανίχνευσης μιας μεγάλης σειράς παθογόνων μικροβίων και ιών σε μία μόνο ώρα.** Τα Εργαστήρια της Ευρωκλινικής συμβάλλουν πλέον σημαντικά στην ταχύτατη, στοχευμένη και άμεση αντιμετώπιση των λοιμώξεων του αναπνευστικού, γαστρεντερικού και κεντρικού νευρικού συστήματος, καθώς και των μικροβιαμιών. Πρωτοπόροι πάντα στη χρήση των νέων εφαρμογών της ιατρικής διαγνωστικής τεχνολογίας τα Εργαστήρια Βιοπαθολογίας διασφαλίζουν τόσο την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση όσο και τον έλεγχο των λοιμώξεων.

Τα Εργαστήρια της Ευρωκλινικής συμβάλλουν πλέον σημαντικά στην ταχύτατη, στοχευμένη και άμεση αντιμετώπιση των λοιμώξεων του αναπνευστικού, γαστρεντερικού και κεντρικού νευρικού συστήματος, καθώς και των μικροβιαμιών

Συνεχίζοντας τη δυναμική παρουσία τους στα νέα επιστημονικά δεδομένα τα Εργαστήρια Βιοπαθολογίας του Ομίλου είχαν την ευκαιρία, με εκπρόσωπο την Δ/ντρια των εργαστηρίων κυρία **Χρονοπούλου Γενοβέφα**, να παρουσιάσουν τα πρώτα αποτελέσματά τους από την εφαρμογή των νέων διαγνωστικών τεχνολογιών στην **1η Πανευρωπαϊκή συνάντηση «Συνδρομικής Προσέγγισης» της BIOFIRE** που πραγματοποιήθηκε στη Βαρκελώνη τον Μάιο 2018. Στη συνάντηση αυτή συμμετείχαν εργαστηριακοί ιατροί από τα μεγαλύτερα εργαστήρια της Ευρώπης.

Σκοπός της συνάντησης ήταν:

- Η ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ των συναδέλφων
- Η συζήτηση των προκλήσεων από την εφαρμογή της νέας τεχνολογίας
- Η προώθηση της ανταλλαγής επιστημονικών και κλινικών στοιχείων.

Συμμετοχή της Καρδιοχειρουργικής Κλινικής της Ευρωκλινικής Αθηνών στο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Καρδιολογίας 2018

Η Καρδιοχειρουργική Κλινική της Ευρωκλινικής Αθηνών δίνει το παρών και στην έρευνα για την καταπολέμηση της αθηρωματικής πλάκας στα στεφανιαία αγγεία σε συνεργασία με το τμήμα Βιολογίας, την Ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και την Πανεπιστημιακή Καρδιολογική κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Αθηνών. Ο κος **Ιωάννης Χλωρογιάννης**, Διευθυντής Καρδιοχειρουργός Ευρωκλινικής Αθηνών και η ομάδα του συμμετείχαν στο **Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Καρδιολογίας** που διεξήχθη στο Μόναχο της Γερμανίας στις 25 - 29 Αυγούστου 2018, όπου και ανακοίνωσαν τα αποτελέσματα της μελέτης τους κατά της αθηρωσκλήρυνσης "Expression of Lectin-like Oxidized Low Density Lipoprotein Receptor-1 in Human Epicardial and Intramyocardial Coronary Arteries of Male Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting", σε τουλάχιστον 31.000 καρδιολόγους απ' όλη την Υφήλιο, η οποία και έτυχε θετικότατης κριτικής.

Ασθενείς από το εξωτερικό επιλέγουν την Ευρωκλινική

Με απόλυτη επιτυχία ολοκληρώθηκε η νοσηλεία ενός 70χρονου Κινέζου ασθενή, που ήρθε στην Ελλάδα για να χειρουργηθεί από τον καθηγητή Νευροχειρουργικής κ. **Απόστολο Σταθόπουλο** στην Ευρωκλινική Αθηνών. Συγκεκριμένα, ο ασθενής πριν από κάποιους μήνες διαγνώστηκε ότι έπασχε από έναν πολύ επιθετικό όγκο εγκεφάλου, αριστερά μετωπιαία. Ο όγκος αυτός ονομάζεται πολύμορφο γλοιοβλάστωμα και διηθεί τις πολύτιμες νευρικές δομές του εγκεφάλου, καθιστώντας την πλήρη εξαίρεσή του σχεδόν αδύνατη. Ενώ, λοιπόν, ο ασθενής αναζήτησε βοήθεια στα καλύτερα κέντρα της Κίνας αλλά και του εξωτερικού, όπως η Γερμανία, η απάντηση που πήραν ο ίδιος και η οικογένειά του ήταν ότι η αφαίρεση του όγκου ήταν αδύνατη. Υπήρχε σοβαρός κίνδυνος να μην ξυπνήσει μετά το χειρουργείο, ενώ ανέφεραν ότι έπειτα από την επέμβαση ήταν σχεδόν σίγουρο ότι θα εμφανιστεί κάποια σοβαρή νευρολογική διαταραχή, που καθιστούσε την οποιαδήποτε παρέμβαση μάταιη.

Τελικά, αποφάσισαν να εμπιστευτούν τον καθηγητή Απόστολο Σταθόπουλο, ο οποίος είναι διεθνώς γνωστός για την έρευνά του πάνω στον συγκεκριμένο τύπο καρκίνου. Έπειτα από ένα πολύωρο χειρουργείο, που διήρκησε οκτώ ώρες, ο καθηγητής Απόστολος Σταθόπουλος και η χειρουργική του ομάδα κατόρθωσαν να αφαιρέσουν ολόκληρο τον όγκο από τον εγκέφαλο του ασθενούς. Ο ασθενής αφυπνίστηκε με επιτυχία και η μετεγχειρητική του πορεία ήταν ομαλή, χωρίς να υπάρχει οποιαδήποτε νευρολογική βλάβη. Έπειτά από επτά ημέρες ο ασθενής πήρε εξιτήριο από την κλινική και αποχώρησε περιπατητικός, ενώ δεκατέσσερις ημέρες μετά το χειρουργείο μπήκε με την οικογένειά του στο αεροπλάνο για το πολύωρο ταξίδι της επιστροφής στην πατρίδα του.

Το περιστατικό αυτό αποτελεί σημαντική επιτυχία για την ομάδα του καθηγητή Απόστολου Σταθόπουλου που βρίσκεται στην Ευρωκλινική Αθηνών και απαρτίζεται από νευροχειρουργούς, αναισθησιολόγους, νευροψυχολόγους, ογκολόγους και ακτινοθεραπευτές. Αντίστοιχα και ένας ασθενής από το Βέλγιο, ο οποίος είχε διαγνωστεί κι αυτός με ανεγχείρητο όγκο εγκεφάλου, χειρουργήθηκε από τον καθηγητή πριν από κάποια έτη και πλέον ζει χωρίς κανένα σημείο υποτροπής της νόσου.

Ο καθηγητής Απόστολος Σταθόπουλος και οι συνεργάτες του, επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό στην Ευρωκλινική Αθηνών, είναι πολύ υπερήφανοι που αποτελούν πόλο έλξης ασθενών με προβλήματα υγείας ιδιαίτερων απαιτήσεων που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε άλλα κέντρα του εξωτερικού.

Η ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα, αντίστοιχα με διεθνούς φήμης κέντρων του εξωτερικού, ενώ η επιθυμία του Έλληνα καθηγητή είναι να συνεχίσει να παρέχει τις υψηλού επιπέδου υπηρεσίες του στην Ελλάδα για Έλληνες και ξένους ασθενείς.

Εξειδικευμένο Ιατρείο Στοματολογίας στην Ευρωκλινική Αθηνών

Η Ευρωκλινική Αθηνών εγκαινιάζει νέο Ιατρείο Στοματολογίας, το οποίο έχει ως στόχο τη **διάγνωση και τη θεραπεία των νόσων της στοματικής κοιλότητας**. Έχει αποδειχθεί επιστημονικά ότι υπάρχουν χιλιάδες νοσήματα τα οποία εμφανίζονται στην περιοχή του στόματος. Κάποια από αυτά είναι πιο αθώα, όπως οι άφθες και άλλα πιο επικίνδυνα, όπως ο καρκίνος του στόματος. Στο Ιατρείο Στοματολογίας της Ευρωκλινικής Αθηνών παρέχεται:

- Σωστή διάγνωση
- Κατάλληλη θεραπεία και
- Έγκυρη ενημέρωση σε όλους τους ασθενείς που επιθυμούν αποτελεσματική λύση στην αντιμετώπιση της στοματικής τους πάθησης.

Επικεφαλής του νέου τμήματος είναι η κυρία **Στουφή Ελεάνα**, Οδοντίατρος - Στοματολόγος, μέλος του Faculty της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Harvard, με περισσότερα από 30 χρόνια εμπειρίας στην ειδικότητα της Στοματολογίας.

Νέο, υπερσύγχρονο σύστημα ρομποτικής χειρουργικής DA VINCI Si

Η Ευρωκλινική Αθηνών βελτίωσε ακόμη περισσότερο την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει στους ασθενείς της, αναβαθμίζοντας τα χειρουργεία της με την εγκατάσταση του νέου υπερσύγχρονου ρομποτικού συστήματος DA VINCI Si HD 4-ARM. Πρόκειται για ένα από τα πλέον σύγχρονα και άρτια εξοπλισμένα συστήματα Ρομποτικής Χειρουργικής παγκοσμίως που συνδυάζει απεικόνιση 3D και ιδιαίτερα βελτιωμένη ακρίβεια και έλεγχο.

Το σύστημα Da Vinci Si προσφέρει σε ασθενείς και σε ιατρούς νέες εναλλακτικές στην ελάχιστα επεμβατική χειρουργική σε σχέση με τις λύσεις που υπήρχαν τα προηγούμενα χρόνια σε επεμβάσεις καρκίνου του προστάτη, γυναικολογίας, παχυσαρκίας και γενικής χειρουργικής. Τα πλεονεκτήματα για τον ασθενή, σε σχέση με τα συμβατικά χειρουργεία, είναι αξιοσημείωτα και συνοψίζονται σε σημαντικά μειωμένο χρόνο νοσηλείας, μηδαμινή απώλεια αίματος, ελάχιστο μετεγχειρητικό πόνο και δυσφορία, πολύ μικρότερο κίνδυνο μόλυνσης, καθώς και άρτια αισθητικά αποτελέσματα.

Στρατηγική συνεργασία Ευρωκλινικής Αθηνών και Οφθαλμολογικού Κέντρου LaserVision

Η Ευρωκλινική Αθηνών προχώρησε σε στρατηγική συνεργασία με το εξειδικευμένο κλινικό και ερευνητικό ινστιτούτο οφθαλμολογίας LaserVision, ενισχύοντας ακόμα περισσότερο τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας που παρέχει στους ασθενείς της.

Συγκεκριμένα, τον Μάιο του 2018 πραγματοποιήθηκαν για πρώτη φορά στην Ευρωκλινική Αθηνών επεμβάσεις αιχμής για τη θεραπεία καταρράκτη. Τις επεμβάσεις πραγματοποίησε ο Δρ. **Αναστάσιος Κανελλόπουλος,** καθηγητής οφθαλμολογίας του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης. Πρόκειται για επεμβάσεις καταρράκτη με χρήση της πιο εξελιγμένης τεχνολογίας, με μικροσκοπικές τομές, ένθεση τορικών φακών, δηλαδή με διόρθωση αστιγματισμού, και κυρίως άμεση επιστροφή των ασθενών στην καθημερινή τους δραστηριότητα, φεύγοντας από την κλινική έπειτα από 1-2 ώρες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι επεμβάσεις αυτές, που πραγματοποιούνται πλέον και στην Ευρωκλινική Αθηνών, γίνονται με προεργασία βασισμένη στο πιο εξελιγμένο σύστημα προεπεμβατικών μελετών παγκοσμίως, διαδικασία για την οποία είναι γνωστή και πρωτοπόρα σε παγκόσμιο επίπεδο η επιστημονική ομάδα του Δρ. Κανελλόπουλου. Εφαρμόζονται ειδικές μετρήσεις ακόμη και με laser για να καθορίσουν τον αστιγματισμό με πολλαπλές τεχνολογίες, ειδικοί αλγόριθμοι υπολογισμού του ενδοφακού αλλά και χρήση του πιο εξελιγμένου ενδοφακού που εμπεριέχει και αστιγματισμό.

Υποστηρίζουμε ενεργά τον ελληνικό αθλητισμό

Η Ευρωκλινική στο πλευρό της «Βασίλισσας της Ευρώπης»

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής, υπερήφανος ιατρικός υποστηρικτής της ΚΑΕ ΑΕΚ, ανακοινώνει την **ανανέωση της συνεργασίας του με τον σύλλογο**, ο οποίος κατέκτησε το ευρωπαϊκό κύπελλο στον τελικό του Basketball Champions League τον Μάιο του 2018. Ο Διευθυντής Ορθοπαιδικός κ. **Ηρακλής Πατσόπουλος** και η ομάδα του θα συνεχίσουν να προσφέρουν τις πολύτιμες ιατρικές υπηρεσίες τους στους παίκτες και τη νέα αγωνιστική περίοδο. Ο Όμιλος Ευρωκλινικής, έχοντας συμπληρώσει ήδη τρία χρόνια επιτυχημένης συνεργασίας με την ομάδα, εύχεται να ακολουθήσουν στο μέλλον ακόμα μεγαλύτερες επιτυχίες και διακρίσεις.

Από αριστερά ο Βασίλης Ξανθόπουλος και ο αρχηγός της ΚΑΕ ΑΕΚ Ντούσαν Σάκοτα στην Ευρωκλινική Αθηνών για τον καθιερωμένο προληπτικό ιατρικό έλεγχο πριν από την έναρξη της νέας αγωνιστικής περιόδου

Στηρίζουμε την προετοιμασία των αθλητών για τους Ολυμπιακούς Αγώνες του 2020

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής συμβάλλει στην προαγωγή του αθλητικού ιδεώδους, υποστηρίζοντας τις προσπάθειες των Ελλήνων αθλητών για τους Ολυμπιακούς Αγώνες του 2020 στο Τόκιο. Πιο συγκεκριμένα, ο Όμιλος προσφέρει δωρεάν κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των αθλητών στο πλαίσιο του προγράμματος "Υιοθέτησε ένα αθλητή στον δρόμο για το ΤΟΚΥΟ 2020", παρέχοντας διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία και επεμβάσεις σε περίπτωση ατυχήματος ή ασθένειας. Με αυτόν τον τρόπο, η Ευρωκλινική διασφαλίζει την ομαλή προετοιμασία των αθλητών, καθώς και την επιτυχή συμμετοχή τους στους αγώνες.

Καλωσορίζουμε την AEK HANDBALL TEAM

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής ανακοινώνει τη συνεργασία του με την ομάδα χάντμπολ της ΑΕΚ για την περίοδο 2018-2019 ως ιατρικός υποστηρικτής. Μάλιστα, η προετοιμασία της ομάδας ξεκίνησε δυναμικά από την Ευρωκλινική, αφού όλοι οι παίκτες επισκέφθηκαν την Ευρωκλινική Αθηνών και τον υπεύθυνο ιατρό της ομάδας και Διευθυντή Ορθοπαιδικό κ. Γεώργιο Κελάλη για τον απαραίτητο ιατρικό έλεγχο πριν από τις αγωνιστικές υποχρεώσεις της νέας σεζόν κατά τη διάρκεια της καλοκαιρινής περιόδου.

Οι παίκτες της AEK Hanball Team μαζί με τον Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Αθηνών κο Γκούμα Νικόλαο και τον υπεύθυνο ιατρό της ομάδας κο. Γεώργιο Κελάλη

Υποστηρίζουμε το τμήμα Παγκορασίδων και Παμπαίδων Α' Χάντμπολ Καματερού

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής παρείχε τις ιατρικές του υπηρεσίες στις ομάδες χάντμπολ παγκορασίδων και παμπαίδων του Γυμναστικού Αθλητικού Συλλόγου Καματερού, που συμμετείχαν στο Πανελλήνιο Πρωτάθλημα Παμπαίδων & Παγκορασίδων Α' DANAON CUP 2018. Η ομάδα των Παγκορασίδων Α' κατέκτησε την 1η θέση στην κατηγορία της για το 2018, ενώ τρεις αθλήτριες μπήκαν στην καλύτερη επτάδα του Πρωταθλήματος, λαμβάνοντας τον τίτλο της πολυτιμότερης παίκτριας ανά θέση. Ο Όμιλος συγχαίρει και τις δύο ομάδες για τις προσπάθειές τους και δεσμεύεται ότι θα βρίσκεται στο πλευρό του συλλόγου και στο μέλλον, συμβάλλοντας τόσο στην ανάδειξη του αθλήματος όσο και στην ανάπτυξη του ερασιτεχνικού αθλητισμού.

Η Ευρωκλινική κοντά στην κοινωνία

Η Ευρωκλινική αρωγός στο έργο της **Axion Hellas**

Η Ευρωκλινική Αθηνών αποδεικνύει το κοινωνικό της πρόσωπο, δίνοντας για ακόμη μια χρονιά το «παρών» στην τέταρτη δράση της ΜΚΟ Axion Hellas, η οποία πραγματοποιήθηκε τον Μάρτιο του 2018 στο Μεγανήσι, τον Κάλαμο και τον Καστό. Οι ιατροί της Ευρωκλινικής, κ. **Πέτρος Μαλακάσης**, Ειδικός Ακτινοδιαγνώστης Μαστού, κ. **Ιωάννης Ζελενίτσας**, Παθολόγος και κ. **Δημήτρης Καρδούλας**, Ακτινολόγος, καθώς και οι νοσηλεύτριες, **Λαμπρινή Κορδάτου** και **Φλωρίνα Μπακάλη** προσέφεραν εθελοντικά τις ιατρικές τους υπηρεσίες, υποστηρίζοντας κατοίκους ακριτικών περιοχών με περιορισμένη πρόσβαση στην Υγεία.

Η Ευρωκλινική Παίδων στο πλευρό των πληγέντων από τις πυρκαγιές στο Μάτι

Η Ευρωκλινική Παίδων προσέφερε άμεση και ουσιαστική ανθρωπιστική βοήθεια στους πληγέντες από τις καταστροφικές πυρκαγιές στο Μάτι, ανοίγοντας το τμήμα επειγόντων περιστατικών σε όλα τα παιδιά των πληγεισών περιοχών στην Αττική.

Ενώνουμε τις δυνάμεις μας με το Σωματείο για την **«Αντιμετώπιση του Παιδικού Τραύματος»**

Η Ευρωκλινική υποστηρίζει έμπρακτα το Σωματείο για την «Αντιμετώπιση του Παιδικού Τραύματος», προσφέροντας **νοσοκομειακό ξενοδοχειακό εξοπλισμό στην Παιδιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα».** Με αυτόν τον τρόπο, ο Όμιλος ενισχύει την προσπάθεια του Σωματείου για τη βελτίωση της νοσηλείας όλων των παιδιών και δεσμεύεται ότι θα συνεχίσει να παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες σε όσους το έχουν ανάγκη, εξασφαλίζοντας ισότιμη πρόσβαση στην Υγεία για όλους.

Αριστερά ο Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, κος Αντώνιος Βουκλαρής

Αριστερά η κυρία Τζανακάκη Κατερίνα, Διευθύντρια Συστημάτων Διαχείρισης Ομίλου Ευρωκλινικής

Διπλή βράβευση του Ομίλου Ευρωκλινικής στα Healthcare Business Awards 2018

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής βραβεύτηκε και φέτος, για την προσφορά του στην Κοινωνία και για την Καινοτομία, στα **Healthcare Business Awards 2018**, κατακτώντας ένα ασημένιο και ένα χάλκινο βραβείο αντίστοιχα.

Η μεγάλη και πολύ αναγκαία προσφορά όλων των παιδιατρικών εξετάσεων στους φορείς **«Το Χαμόγελο του Παιδιού»**, στην Ένωση **«Μαζί για το Παιδί»** και την **«Κιβωτό του Κόσμου»** στην Αττική, καθώς και τα επιστημονικά **Κέντρα Αριστείας του Ομίλου Ευρωκλινικής**, στην χειρουργική του θυρεοειδούς και την Καρδιοχειρουργική, τα πρώτα «Centers of Excellence» στον Ελλαδικό χώρο, επιλέχθηκαν στους δύο παραπάνω κλάδους ως πρωτοβουλίες άξιες επιβράβευσης.

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής, για δεύτερη συνεχόμενη χρονιά ξεχώρισε στην Καινοτομία και στον κλάδο της Κοινωνικής προσφοράς, λαμβάνοντας ένα χάλκινο και ένα ασημένιο βραβείο αντίστοιχα

Η επιχειρηματική και επιστημονική αριστεία, η καινοτομία, η προσφορά στην κοινωνία και οι αναπτυξιακές πρωτοβουλίες αναδείχθηκαν στη λαμπρή τελετή απονομής των βραβείων Healthcare Business Awards 2018, από διακεκριμένους εκπροσώπους του κλάδου της δημόσιας και ιδιωτικής υγείας. Αναλυτικότερα, στην τελετή αυτή, ο Όμιλος Ευρωκλινικής, απέσπασε το μοναδικό βραβείο που απονεμήθηκε στην κατηγορία της Καινοτομίας για τα «Centers of Excellence», ενώ διακρίθηκε και στον κλάδο της Κοινωνικής προσφοράς, λαμβάνοντας το ασημένιο βραβείο για την πρωτοβουλία του να καλύπτει κάθε χρόνο τις ιατρικές εξετάσεις σε περισσότερα από 1000 παιδιά που υποστηρίζουν στις δομές τους και οι τρεις προαναφερθέντες οργανισμοί.

Ο Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής, κ. **Αντώνης Βουκλαρής** σχολιάζοντας τη διπλή διάκριση ανέφερε: «Η βράβευσή μας και στα Healthcare Business Awards 2018 έρχεται ως επιστέγασμα της στοχευμένης και διαρκούς προσπάθειάς μας να υλοποιούμε το όραμά μας που δεν είναι άλλο από το να προσφέρουμε υπηρεσίες υγείας με πιστοποιημένη ποιότητα και κέντρο τον Άνθρωπο. Αξίζει ένα ευχαριστώ από καρδιάς τόσο στην κριτική επιτροπή που αναγνώρισε το έργο μας και τις προσπάθειές μας, όσο και σε όλους τους ανθρώπους του Ομίλου Ευρωκλινικής που καθημερινά συνεισφέρουν σε αυτό».

Ανεκτίμητη προσφορά αγάπης και φροντίδας σε χιλιάδες παιδιά από τον όμιλο Ευρωκλινικής

Από αριστερά: Κος Κωνσταντίνος Γιαννόπουλος, Πρόεδρος του Δ.Σ. του Οργανισμού «Το Χαμόγελο του Παιδιού», κυρία Σταματία Γεωργαντή, Πρόεδρος «Κιβωτού του Κόσμου», Κος Αντώνης Βουκλαρής, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, κυρία Γιάννα Παναγιωτίδου, Μέλος Δ.Σ. Ένωσης «Μαζί για το Παιδί», κυρία Ελένη Τσάπρα, Διευθύντρια Παιδιατρικού Τομέα Ευρωκλινικής Παίδων

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής επέλεξε να γιορτάσει τη συμπλήρωση 20 χρόνων από την ίδρυση της Ευρωκλινικής Αθηνών, προσφέροντας το αγαθό που γνωρίζει καλύτερα, την Υγεία, στο πιο σημαντικό κομμάτι της κοινωνίας μας, τα παιδιά. Σε μία συμβολική κίνηση συγκεντρώθηκαν, για πρώτη φορά, κάτω από την ίδια «αγκαλιά» τρεις από τους μεγαλύτερους οργανισμούς φροντίδας παιδιού στη χώρα μας, η **«Κιβωτός του Κόσμου»**, η Ένωση **«Μαζί για το Παιδί»** και **«Το Χαμόγελο του Παιδιού»**.

Η Ευρωκλινική με αυτή τη σημαντική κοινωνική πρωτοβουλία θα καλύπτει κάθε χρόνο δωρεάν όλες τις ανάγκες για προληπτικές και διαγνωστικές εξετάσεις των παιδιών που φιλοξενούνται στις δομές της Αττικής των τριών προαναφερθέντων οργανισμών. Με τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης να αγγίζουν πολλές οικογένειες και κοινωφελείς οργανισμούς έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των παιδιών που στερούνται της πρόσβασης στην υγεία και την πρόληψη. Η Ευρωκλινική δίνει τη δυνατότητα σε χιλιάδες παιδιά και οικογένειες, μέσω των τριών ΜΚΟ, να χαμογελούν και πάλι, παρέχοντάς τους πρόσβαση στις σύγχρονες δομές υγείας της Ευρωκλινικής Παίδων.

Τη σημαντική αυτή ενέργεια ανακοίνωνε σε ειδική εκδήλωση που πραγματοποιήθηκε στις 28 Ιουνίου 2018, στο Μουσείο Κυκλαδικής Τέχνης, ο Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής κ. **Αντώνης Βουκλαρής** ως μία πράξη ευθύνης απέναντι στην κοινωνία και ένα αυτονόητο χρέος των εταιριών που αναπτύσσονται και προοδεύουν. Με τη σειρά τους οι εκπρόσωποι των τριών οργανώσεων, η κυρία **Σταματία Γεωργαντή,** Προέδρος της «Κιβωτού του Κόσμου», ο κος **Κωνσταντίνος Γιαννόπουλος,** Πρόεδρος του Δ.Σ. του Οργανισμού «Το Χαμόγελο του Παιδιού» και η κυρία **Γιάννα Παναγιωτίδου**, Μέλος του Δ.Σ. της Ένωσης «Μαζί για το Παιδί» καθώς και με παρέμβασή του ο **Πατήρ Αντώνιος** ευχαρίστησαν την Ευρωκλινική για την προσφορά της, αναφέροντας τη σπουδαιότητα αντίστοιχων κινήσεων για την εύρυθμη λειτουργίας τους και τη φροντίδα των παιδιών που υποστηρίζουν οι μονάδες τους στις δύσκολες οικονομικές συγκυρίες που βιώνει η χώρα μας.

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής θα καλύπτει κάθε χρόνο όλες τις προληπτικές και τις διαγνωστικές παιδιατρικές εξετάσεις των παιδιών που στηρίζουν στις δομές τους τρεις από τους μεγαλύτερους οργανισμούς φροντίδας παιδιού στη χώρα μας, η «Κιβωτός του Κόσμου», η Ένωση «Μαζί για το Παιδί» και «Το Χαμόγελο του Παιδιού», στην Αττική

20 ΧΡΟΝΙΑ 1998-2018 ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ Είναι στο κέντρο!

20 χρόνια προσφοράς

Το Χαμόγελο του Παιδιού · ΚΙΒΩΤΟΣ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ · ΜΑΖΙ για το ΠΑΙΔΙ Together for Children

20 χρόνια, μία Οικογένεια!

ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο κέντρο!

20 1998-2018 ΧΡΟΝΙΑ

Ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό που έχει συμπληρώσει **20 χρόνια στην Ευρωκλινική Οικογένεια** μοιράζεται μαζί μας σκέψεις, εμπειρίες και συναισθήματα...

Δημήτριος Αλεξάκης

Διευθυντής Ορθοπαιδικός

Πριν από 20 χρόνια που ξεκίνησε αυτή η κλινική, δεν μπορεί κανείς παρά να θυμάται με συγκίνηση τις εφημερίες όπου είχαμε αγωνία για το πόσους ασθενείς θα εξετάσουμε, πόσους από αυτούς θα χρειαστεί να νοσηλεύσουμε, καθώς και τι είδους περιστατικά θα μας προκύψουν και φυσικά τον ενθουσιασμό μας που καταφέραμε μετά από κάποιο διάστημα η κλινική να είναι γεμάτη. Μικρολύπες, μικροχαρές και άγχος, όλα ανακατεμένα. Από τις πιο έντονες στιγμές που θυμάμαι είναι η αλλαγή του millennium. Ήταν μαγικό να βλέπει κανείς, από την υπέροχη θέα του 6ου ορόφου της κλινικής, τα πυροτεχνήματα στον Λυκαβηττό και την Ακρόπολη. Από το μυαλό μας περνάνε τόσο ευχάριστες όσο και δυσάρεστες περιπτώσεις ασθενών, όπως παραδείγματος χάρη ένας Γάλλος τουρίστας, ο οποίος νοσηλεύτηκε για επτά ημέρες σε ένα από τα καλύτερα μονόκλινα δωμάτια του 6ου ορόφου της κλινικής λόγω ενός όχι τόσο σοβαρού ατυχήματος που είχε κατά την διάρκεια των διακοπών του στην Αθήνα. Λίγο πριν αποχωρήσει από την κλινική ο ασθενής εξέφρασε την επιθυμία του να επιστρέψει και την επόμενη χρονιά, καθώς όπως είπε ο ίδιος είχε μείνει ενθουσιασμένος με την υπέροχη θέα που είχε από το δωμάτιό του, το εξαιρετικό φαγητό και την άριστη εξυπηρέτηση. Ο βασικότερος, όμως, λόγος ήταν το γεγονός ότι πέρασε επτά ημέρες χωρίς την έντονη παρουσία της συζύγου του, η οποία διέμενε σε κάποιο ξενοδοχείο και έκανε τις βόλτες της στο κέντρο της Αθήνας.

Παναγιώτης Αποστολόπουλος

Βοηθός Νοσηλείας, 5ος Νοσηλευτικός Όροφος

Τότε (πριν από 20 χρόνια) υπήρχε ένα πολύ οικογενειακό περιβάλλον, όλοι γνωριζόμασταν μεταξύ μας και υπήρχε μεγάλο δέσιμο με αποτέλεσμα αυτό να βγαίνει και στους ασθενείς μας. Υπήρχαν ασθενείς που μας φιλούσαν τα χέρια και υπάρχουν ασθενείς που ακόμα έρχονται και ζητάνε συγκεκριμένα άτομα από εμάς τους παλιούς εργαζομένους για να αισθανθούν καλύτερα. Βέβαια ακόμα υπάρχει το δέσιμο, ίσως όχι

στον ίδιο βαθμό, γιατί η επιχείρηση έχει μεγαλώσει και υπάρχουν πολλοί νέοι εργαζόμενοι. Τότε υπήρχε μεγάλος αλληλοσεβασμός, μας σέβονταν και τους σεβόμασταν όλους, προσπαθούσαμε να κάνουμε το καλύτερο για την Ευρωκλινική, βάζαμε πάντα πλάτη. Μπορούσες να δουλεύεις και 16 ώρες, π.χ. όταν ξεκίνησα να δουλεύω εδώ το 1998 στο ακτινολογικό, ήμασταν μόνο δύο άτομα στη βάρδια και αναγκαστικά, για να φύγει κανείς με άδεια, κάλυπτε ένας όλη τη βάρδια από το πρωί μέχρι το βράδυ. Πληρωνόμασταν φυσικά αλλά το είχαμε πολύ μεγάλη ευχαρίστηση, γιατί εκεί ήμασταν πάντα το επίκεντρο εμείς.

Ιωάννης Βασιλειάδης

Διευθυντής Καρδιολόγος

Ήμουν από τους πρώτους που κλήθηκαν να αναλάβουν τη διεύθυνση και να στελεχώσουν τη μια απο τις δυο καρδιολογικές κλινικές της νεοσύστατης Ευρωκλινικής, το 1998. Ήταν μεγάλη η πρόκληση, διότι οι προδιαγραφές της οργάνωσης και λειτουργίας της ήταν παρόμοιες με το νοσοκομείο του εξωτερικού, απο το οποίο λίγο πριν είχα επιστέψει, και το εγχείρημα της μετατροπής μιας μικρής μαιευτικής κλινικής σε γενική κλινική τολμηρό. Στα επόμενα 20 χρόνια αδιάλειπτης παρουσίας μου στην Ευρωκλινική είχα την ευκαιρία να βιώσω την αλματώδη εξέλιξη της κλινικής, να γνωρίσω και να συνεργαστώ με υψηλού επιπέδου συναδέλφους μου και τέλος να ευτυχήσω να δω την Ευρωκλινική να συγκαταλέγεται στις πρώτες ιδιωτικές κλινικές της Αθήνας. Στην προσπάθεια αυτή συνέβαλαν καθοριστικά η ακάματη νοσηλευτική υπηρεσία, οι φιλικές διοικητικές υπηρεσίες και η φιλοτιμία του συνόλου των εργαζομένων. Σε προσωπικό επίπεδο ο τελικός απολογισμός είναι θετικός με αισθήματα ικανοποίησης για την προσφορά των ιατρικών μου υπηρεσιών προς τους ασθενείς και τους εργαζόμενους και αναπόφευκτα με συναισθήματα λύπης για κάποιους απο τους αρχικούς συντελεστές που χάσαμε, για κάποιους άλλους που μετακινηθήκαν και τέλος κάποιες υπηρεσίες τμημάτων που στερηθήκαμε. Είμαι βέβαιος ότι η πορεία της κλινικής θα συνεχίσει να είναι ανοδική δείχνοντας την ίδια ζωντάνια και ενθουσιασμό, όπως τότε που πρωτοξεκίνησε.

Συμεών Γαβριηλίδης

Βοηθός Νοσηλείας, Χειρουργεία

Όταν εργαζόμουν στον 6ο όροφο, αντιμετωπίζαμε βαριά περιστατικά. Θυμάμαι μία νεαρή κοπέλα την Α., που ήταν χημικός και είχε καρκίνο. Ήταν ετοιμοθάνατη αλλά δεν ήθελε να κάνει χημειοθεραπεία, γιατί λόγω επαγγέλματος ήξερε τις συνέπειες. Τη λέγανε Α. Στη βάρδιά μου η κοπέλα πέθανε. Ήταν η πρώτη φορά που έκλαψα που πέθανε ένας άρρωστος, καθώς ήταν νεαρή κοπέλα. Στο τέλος, όταν έφυγαν οι συγγενείς της, οι αδερφές της μου είχαν γράψει σε ένα διαφημιστικό φυλλάδιο της Ευρωκλινικής, το οποίο το έχω ακόμα σπίτι μου «Ευχαριστούμε πολύ που φρόντισες την Α. μας».

Ευφροσύνη Γαλάνη

Υπάλληλος Γραφείου, Γραμματεία 1ου Νοσηλευτικού Ορόφου

Κάποιο μεσημέρι του 1997 λίγο πριν γίνει η Ευρωκλινική ήμουν μέσα στο γραφείο μαζί με τον πρόεδρο του τότε Μαιευτηρίου Αθηνών, τον κύριο Γεωργόπουλο και τον κύριο Πασχούδη, γυναικολόγο και ήμασταν έτοιμοι για να πουληθεί το μαιευτήριο. Είχε γίνει η πώληση και ήθελαν να βρουν ποιο όνομα θα δώσουν στην κλινική. Και λέει ο κύριος Πασχούδης «Να βρούμε κάτι ευρωπαϊκό» και είπαν «Ευρωκλινική» και συμπληρώνω «Ευρωκλινική, αλλά να μείνει και κάτι από το Μαιευτήριο Αθηνών» και λένε τότε «Αθηνών» και έτσι προέκυψε η ονομασία «Ευρωκλινική Αθηνών».

Βασιλική Γαραντζιώτη

Διευθύντρια Παθολόγος

Ποικίλες μνήμες σχεδόν 22 ετών, έρχονται στο μυαλό μου, από τον Απρίλη του 1997, τότε που άρχισε η συνεργασία μου με την νεοσύστατη Ευρωκλινική Αθηνών, μέχρι και σήμερα. Παρευρέθηκα στην

γέννησή της από το τότε Μαιευτήριο Αθηνών, υποστήριξα ουσιαστικά τα πρώτα της βήματα, βίωσα την ταραχώδη εφηβεία της και απολαμβάνω την ενηλικίωσή της καμαρώνοντας την πορεία της στο χώρο της υγείας. Από την θέση της Διευθύντριας της Παθολογικής κλινικής έζησα μέρες έντονα δημιουργικές με μεγάλο ΟΡΑΜΑ, τόσο προσωπικό όσο και συλλογικό, αλλά και μέρες μοναχικές και περισυλλογής. Είδα ασθενείς να γίνονται υγιείς, είδα συνεργάτες να γίνονται ασθενείς και κάπου εκεί συνειδητοποιείς την βίαιη εναλλαγή των ρόλων στην υγεία. Συνεργάστηκα με εξαιρετικούς επιστήμονες και αφοσιωμένους νοσηλευτές, δημιουργώντας σχέσεις ζωής. Όταν ξεκίνησα είχα 4 μικρά παιδιά και τώρα έχω εγγόνια. Από εδώ αποχαιρέτισα τους γονείς μου, όταν έκλεισε ο κύκλος της ζωής τους ομαλά αλλά και τον αδικοχαμένο αδελφό μου, αγαπημένους συνεργάτες και φίλους. Η Ευρωκλινική είναι, πλέον, ένα μεγάλο κομμάτι της ζωής μου, και όχι μόνο της καριέρας μου. Εύχομαι και οι επόμενες επέτειοι να βρίσκουν την Ευρωκλινική πάντα στην αιχμή των επιστημονικών και τεχνολογικών εξελίξεων, διατηρώντας τον ανθρωποκεντρικό της χαρακτήρα, που άλλωστε αποτελούσε ανέκαθεν το κυρίαρχο ανταγωνιστικό της πλεονέκτημα.

Νικήτας Γιάνναρης

Προϊστάμενος Υπηρεσίας Ασφάλειας

Πριν από 20 χρόνια υπηρετούσα στον Όμιλο Interamerican και μου δόθηκε η δυνατότητα να έρθω σαν υπεύθυνος ασφαλείας στη νεοσύστατη εταιρεία του Ομίλου της Ευρωκλινικής. Παρουσιάστηκα στην τότε προσωπάρχη, η οποία με έφερε στην κλινική για να με συστήσει ως υπεύθυνο ασφαλείας στον χώρο. Ο πρώτος άνθρωπος που συναντήσαμε ήταν ο τότε διευθύνων σύμβουλος της κλινικής, ο οποίος μετά τις συστάσεις με ρώτησε κάτι το οποίο μου έχει μείνει. Μου λέει: « Ρε Μανιάτη ξέρεις τι είναι η Ευρωκλινική;» Δεν του απάντησα και μετά από λίγο χρόνο μου είπε ο ίδιος ότι η Ευρωκλινική είναι οι άνθρωποί της. Είναι η κουβέντα που μου έμεινε μετά από 20 χρόνια. Ακόμα και μετά από σκαμπανεβάσματα στον χώρο, έχει διατηρηθεί αυτό το κομμάτι. Η Ευρωκλινική είναι οι άνθρωποί της, στα δύσκολα, στα εύκολα είμαστε όλοι μαζί. Το έχει βιώσει ο καθένας μας ξεχωριστά και είναι αυτό το στοιχείο που μας διαφοροποιεί απ' όλα τα υπόλοιπα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα και μας κάνει να ξεχωρίζουμε στον χώρο. Είμαστε μια κλινική με ψυχή, με ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ.

Σταμαινή Γκατζή

Βοηθός Νοσηλείας, Χειρουργεία

Στα 20 χρόνια που είμαι στην Ευρωκλινική έχω περάσει δύσκολες και ευχάριστες στιγμές. Έχουμε ζήσει περιστατικά που μας στεναχώρησαν και άλλα που μας χαροποίησαν βλέποντας τους ασθενείς να ξεπερνούν το πρόβλημά τους. Αλλά με την καλή συνεργασία του προϊσταμένου, των συναδέλφων και των γιατρών παίρνουμε δύναμη να συνεχίσουμε να προσφέρουμε μεγαλώνοντας μαζί με την Ευρωκλινική.

Ευάγγελος Γκόβας

Διευθυντής Ακτινολόγος

Για την Ευρωκλινική στα γενέθλια των είκοσι χρόνων της μπορεί κανείς να μιλήσει για πολλά και διαφορετικά θέματα ανάλογα με τη θέση που έχει υπηρετήσει όλο αυτό το διάστημα. Εγώ θα επιλέξω να μιλήσω για τα συναισθήματα που μου γεννήθηκαν σ' αυτήν την διαδρομή των είκοσι ετών. Μετά από πολλά χρόνια εμπειρίας σε κρατικά και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας είχα την τύχη να βιώσω κάτι πρωτόγνωρο σε αυτό το ίδρυμα. Πρόκειται γι' αυτό που πολλοί από εμάς αποκαλούμε «οικογενειακό κλίμα». Είναι από εκείνες τις καταστάσεις που απλώς βιώνουμε χωρίς να γνωρίζουμε πως ακριβώς δημιουργούνται, αφού δεν υπάρχει συνταγή να επαναληφθούν. Υπάρχουν σίγουρα πολλές ερμηνείες για το πως γεννήθηκε αυτό το κλίμα, η δική μου ωστόσο είναι, ότι αποδίδεται σε συγκεκριμένους καταλυτικούς παράγοντες και συγκυρίες. Νομίζω ότι ένας από τους βασικούς καταλύτες ήταν η φοιτητική σχέση του Άρη Καραγιάννη και του Γιώργου Δενδρινού στην οποία «κούμπωσε» ο Δήμος ο Κατρίτσης. Ο πυρήνας αυτός κυριάρχησε μέσα στη κλινική, γιατί πέρα από την υψηλού επιπέδου επιστημονική

ποιότητα που διέθετε, απέπνεε και ένα κλίμα συνεργασίας χωρίς στοιχεία ανταγωνισμού σε επίπεδο προσωπικοτήτων. Αντίθετα επικράτησε το κλίμα της μεταξύ τους φιλίας, το οποίο διαχύθηκε μέσα στην κλινική με αποτέλεσμα να προσχωρούμε αβίαστα σε αυτό, ο ένας μετά τον άλλο, ώστε να διαμορφωθεί – όχι συνειδητά - ουσιαστική συναδελφικότητα και φιλικές σχέσεις μεταξύ μεγάλου αριθμού των γιατρών της κλινικής. Η Διοίκηση, όχι μόνο δεν αντιστρατεύτηκε, αλλά στήριξε τη δημιουργία αυτού του κλίματος με αποτέλεσμα να κυριαρχήσει το ομαδικό πνεύμα και να αναπτυχθεί μια υψηλού επιπέδου κουλτούρα συνεργασίας μεταξύ των γιατρών της κλινικής, η οποία μεταφέρθηκε στο νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό. Δεν υποστηρίζω ότι η Ευρωκλινική ήταν ή είναι μία κοινωνία χωρίς προβλήματα σχέσεων, όμως το ομαδικό πνεύμα και το ενδιαφέρον για την κλινική ήταν και παραμένει το κυρίαρχο χαρακτηριστικό της και κατά την κρίση μου ένα από τα βασικά ατού της, ώστε να παραμένει στους δύσκολους αυτούς καιρούς μία υψηλών προδιαγραφών κλινική. Ελπίζω το κλίμα αυτό να διατηρηθεί και στις επόμενες γενιές των γιατρών, γιατί είναι πραγματικά τύχη να περνάς το πρωί την πόρτα της κλινικής και να ξέρεις ότι θα συναντήσεις συναδέλφους με τους οποίους συνεργάζεσαι και περνάς και καλά.

Γιώργος Δενδρινός

Διευθυντής Ορθοπαιδικός

Σαλαμά λέκουμ. Τραυματίας με συντριπτικά κατάγματα κνήμης. Τον έστελνε κάποιος παλιός ασθενής μου απ' το Πέραμα. Νέο παιδί, γύρω στα 25, που μου δήλωσε ναυτικός. Εμφάνιση μαζεμένη όπως και αυτή της μαυροφορεμένης μάνας του που του κρατούσε το χέρι με τον ορό. Η εγχείρηση που χρειαζόταν θεωρείτο απ΄ τις πιο βαρειές. Η νοσηλεία πανάκριβη. Μ΄ έζωσαν μαύρα φίδια. Αμφέβαλα αν θα τα' βγαζε πέρα με το οικονομικό. «Έχεις ιδιωτική ασφάλεια;» τον ρώτησα διστακτικά. Δεν είχε. Μου είπε όμως ότι ίσως πληρώσει ο καπετάνιος του.

«Γιατί δεν κοιτάς και το ΕΣΥ;» συνέχισα προσπαθώντας να τον διασώσω.

«Βιάζομαι πολύ γιατρέ. Αν δεν γυρίσω στο βαπόρι σε τρεις μήνες χάνω τη δουλειά μου».

Τον χειρούργησα άμεσα και λίγο πριν πάρει εξιτήριο θέλησα να μάθω για το τι έγινε με το θέμα της κάλυψης των εξόδων.

«Τα κανόνισε ο καπετάνιος;»

«Όχι ακόμα γιατρέ»

Ένιωσα ένα σφίξιμο στο στομάχι. Ο λογαριασμός με βάση την βαρύτητα της επέμβασης θα έπρεπε να είχε χτυπήσει ταβάνι.

«Εγώ δεν θέλω αμοιβή, του είπα. Κανόνισε μόνο τα νοσήλεια».

«Όχι γιατρέ, πες μου τι κάνει ο κόπος σου».

Δεν ήθελα να τον προσβάλω. Γι΄ αυτό τον χρέωσα με αμοιβή χειρουργού αλλά με το ποσό μιας μικροεπέμβασης. Διακόσια πενήντα ευρώ. Τηλεφώνησα και στο λογιστήριο και τους ζήτησα, σαν προσωπική μου χάρη την μεγαλύτερη δυνατή έκπτωση.

Δύο εβδομάδες αργότερα προσήλθε για επανεξέταση.

«Τα κανόνισε ο καπετάνιος;» τον ξαναρώτησα

«Τα κανόνισε» μου ανακοίνωσε ανακουφισμένος.

«Θα μπαρκάρεις σε βαπόρι ξηρού φορτίου ή σε κανένα γκαζάδικο;» τον ρώτησα από περιέργεια.

«Γιατρέ δεν δουλεύω στα φορτηγά αλλά σε γιότ»

«Μεγάλο το κότερο;»

«Ναι πολύ μεγάλο»

«Εσμεράλαντα; Άλφα; Ξαστεριά;»

«Πολύ πιο μεγάλο»

«Άρα δουλεύεις στο Αλέξανδρος του Λάτση»

«Σε πιο μεγάλο»

«Υπάρχει πιο μεγάλο;»

«Υπάρχει μου είπε, η θαλαμηγός του Φαχντ. Δένει τον χειμώνα στην Ελευσίνα».

Έμεινα κάγκελο. Είχα χρεώσει τον σαουδάραβα βασιλιά με διακόσια πενήντα ευρώ.

«Δενδρινέ είπα μέσα μου, είσαι τελικά ψυχούλα!»

20 χρόνια, μία Οικογένεια!

Μαριάνθη Ζαφειροπούλου

Παρασκευάστρια, Βιοπαθολογικό Παραϊατρικό Εργαστήριο

20 χρόνια στην Ευρωκλινική σημαίνει εργασία σε ένα όμορφο χώρο με παροχές για μένα και την οικογένειά μου, σε ένα πλήρως εξοπλισμένο εργαστήριο που ολοένα ανανεώνεται με μηχανήματα νέας τεχνολογίας που παρέχουν έγκυρα και γρήγορα αποτέλεσμα! Το σημαντικότερο όμως για μένα, όλα αυτά τα χρόνια, είναι η καλή συνεργασία που έχουμε μεταξύ μας και ότι αγαπάμε αυτό που κάνουμε, πάντα με γνώμονα το καλύτερο για τον ασθενή.

Εμμανουήλ Ζαχαριάδης

Διευθυντής Πνευμονολόγος

Η ανακοίνωση της Ευρωκλινικής για την συμπλήρωση 20 χρόνων λειτουργίας έχει ιδιαίτερη συναισθηματική αξία για όλους τους συναδέλφους που την άνοιξη του 1998 αποφάσισαν να συμμετέχουν στην καινούργια αυτή πρωτοβουλία. Ο ενθουσιασμός, η χαρά αλλά και η ανασφάλεια που χαρακτηρίζουν κάθε αλλαγή στην επαγγελματική ζωή του καθενός ήταν έντονη εκείνη την περίοδο. Βασικός μας σκοπός ήταν η οργάνωση της Πνευμονολογικής κλινικής στα πλαίσια των σύγχρονων προδιαγραφών. Το εργαστήριο λειτουργικού ελέγχου της αναπνοής, το ιατρείο άσθματος, μελέτης ύπνου, διακοπής καπνίσματος και κυρίως το βρογχολογικό εργαστήριο απαιτούσαν ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με εμπειρία, όπως και σημαντική τεχνολογική υποστήριξη. Σε όλα αυτά τα χρόνια η Ευρωκλινική υπήρξε σταθερός υποστηρικτής των προσπαθειών μας. Θυμάμαι χαρακτηριστικά την αγορά του ενδοβρογχικού υπερηχογραφήματος το 2004. Επρόκειτο για μία πρωτοποριακή συσκευή διάγνωσης και σταδιοποίησης του καρκίνου του πνεύμονα το κόστος του οποίου καθιστούσε δυσχερή την απόκτησή του. Η κλινική παρόλα αυτά πήρε το ρίσκο αγκαλιάζοντας την πρωτοβουλία με εμπιστοσύνη. Ήδη μετά από 14 χρόνια η προσφορά υγείας αυτής της επένδυσης έχει αποδειχθεί. Δεκάδες χειρουργικές επεμβάσεις για την διάγνωση και σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα έχουν αποφευχθεί βελτιώνοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών. Με τη βοήθεια όλων των συναδέλφων, την υποστήριξη της κλινικής και των συνεργατών μου, Νικόλαου Παπανικολάου, Χαράλαμπου Παπαγόρα, Γεώργιου Χρυσοχεράκη και Χριστίνας Γκόγκα, η κλινική μας βρίσκεται στην πρωτοπορία της πνευμονολογίας. Θεωρώ επίσης άξια αναφοράς την καλή συνεργασία μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων εντός της Ευρωκλινικής.

Ιωάννης Ζιούνας

Διευθυντής Γενικός Χειρουργός

Μετά από 20 χρόνια στην Ευρωκλινική νιώθω σαν να ξεκίνησα χθες. Αποτελεί την μεγάλη μου οικογένεια με την συνεχή και αδιάλειπτη ανέλιξή μας, σε όλα τα επίπεδα. Δράττομαι της ευκαιρίας να ευχαριστήσω την Ευρωκλινική για την δυνατότητα που μου παρείχε να εκπαιδευτώ στο μεγαλύτερο ογκολογικό κέντρο του κόσμου «Memorial SKC» της Νέας Υόρκης και για την εμπιστοσύνη με την οποία με περιέβαλε το επόμενο χρονικό διάστημα.

Πόπη Ζούβια

Υπάλληλος Γραφείου, Γραμματεία Εξεταστηρίων

Πριν από 20 χρόνια, τον Μάιο του 1998, δρασκέλισα για πρώτη φορά την είσοδο της Ευρωκλινικής Αθηνών. Εκείνες τις ημέρες τελείωναν οι εργασίες ανακαίνισης που είχαν προηγηθεί για τη λειτουργία της καινούργιας κλινικής. Η ιδέα ήταν να δημιουργηθεί μία κλινική η οποία θα παρείχε στους ασθενείς υψηλής ποιότητας ιατρικές υπηρεσίες μέσα σε ένα ζεστό και φιλόξενο περιβάλλον. Στο πέρασμα του χρόνου η κλινική εδραιώθηκε στη συνείδηση των ασθενών ως μια αξιόπιστη μονάδα υγείας χάρη στους κορυφαίους γιατρούς της άλλα και στις ικανότητες της εκάστοτε διοίκησης. Βεβαίως ήρθαν και δύσκολοι καιροί, όμως η Ευρωκλινική Αθηνών και το προσωπικό της, ιατρικό, διοικητικό και νοσηλευτικό, απέδειξε πως «ο καλός ο καπετάνιος στη φουρτούνα φαίνεται». 20 χρόνια μετά η σκέψη παραμένει

ίδια: Επίκεντρό μας θα είναι πάντα η άριστη φροντίδα των ασθενών της κλινικής μας. Η εμπειρία μας των 20 ετών το εγγυάται.

Δέσποινα Ζωάννου

Βοηθός Νοσηλείας, ΤΕΠ

Πέρασαν 20 χρόνια κι όμως φαίνεται σαν να ήταν χθες που ήρθα πρώτη μέρα για δουλειά, νέα, περιμένοντας από μένα να δώσω τον καλύτερό μου εαυτό για ν' αναδειχθεί η πρωτοεμφανιζόμενη τότε ''Ευρωκλινική Αθηνών'' στον χώρο της Ιδιωτικής Υγείας. Μας αγκάλιασαν σ' όλη την πορεία αυτών των 20 χρόνων, όσες διοικήσεις και να πέρασαν. Ήταν δίπλα μας, κάθε φορά που κάποιος από εμάς είχε ένα προσωπικό ή οικογενειακό περιστατικό που χρειαζόταν βοήθεια. Και πάντα ήταν εκεί, με τον δικό τους τρόπο. Τους ευχαριστούμε ολόψυχα για την καλή συνεργασία και ευχόμαστε να είμαστε κι εμείς αντάξιοι των προσδοκιών τους.

Ροδόκλεια Ζώντου

Βοηθός Νοσηλείας, 1ος Νοσηλευτικός Όροφος

Κάποια στιγμή στην πορεία μου στην Ευρωκλινική συνέβη ένα δυσάρεστο γεγονός από την πλευρά ενός ασθενή. Το εν λόγω περιστατικό δεν με επηρέασε αυτό καθ' αυτό, αλλά αυτό που με άγγιξε και με έκανε να νιώσω πολύ όμορφα ήταν η στήριξη που έλαβα από τη διοίκηση και την τότε Διευθύνουσα. Με έκαναν να αισθανθώ ότι είμαι ένας δικός τους άνθρωπος, ότι ήμουνα κάτω από την «ομπρέλα» τους και με στηρίξανε εν αγνοία μου, κάτι που έμαθα αργότερα απλά από ένα τηλέφωνο.

Φωτεινή Θεοδοσίου

Υπάλληλος Γραφείου, Γραμματεία Ιατρών

20 χρόνια στον ίδιο χώρο δουλειάς, δεν είναι και λίγα… Μάλλον είναι αυτό που λέμε «η μισή σου ζωή». Και πράγματι, όταν κοιτώ προς τα πίσω αναλογίζομαι ότι ακόμη και οι σημαντικότεροι σταθμοί της προσωπικής μου ζωής και ολοκλήρωσης, συνδέονται με τον χώρο της κλινικής. Κάποιοι δεν μπορούν πια να νιώσουν την ευγνωμοσύνη μου, θα έπρεπε να είχα πει ένα μεγάλο «ευχαριστώ» όταν ήταν ακόμη ανάμεσά μας, αισθάνομαι όμως ότι χαμογελούν από εκεί που βρίσκονται ακούγοντας αυτές τις λίγες γραμμές. Όμως το πιο σημαντικό, άπειροι άνθρωποι, που ήρθαν κοντά μας να εμπιστευτούν αγωνίες και ελπίδα για την υγεία τη δική τους ή των αγαπημένων τους που μας ένιωσαν σαν μέλη της δικής τους οικογένειας και πολλοί από αυτούς μέσα από τον πόνο και την απελπισία ορθώθηκαν και αντιμετώπισαν με απίστευτη αξιοπρέπεια δυσβάστακτα φορτία, παραδίδοντας στην πράξη μαθήματα πίστης, ήθους, αγωνιστικότητας και ανθρωπιάς. Αυτά είναι που σε βοηθούν κάθε μέρα να κάνεις ένα βήμα παραπέρα, χωρίς να ξεχνάς τα όρια της ανθρώπινης αντοχής και κάνουν την ψυχή ν΄ αντέχει, όταν γύρω συναντά απίστευτο πόνο και θλίψη.

Θεόδωρος Ιγνατιάδης

Διευθυντής Παθολόγος

Στις 9 Μαΐου του 1998 έγιναν τα επίσημα εγκαίνια της Ευρωκλινικής Αθηνών. Δύο εβδομάδες πριν η κλινική είχε αρχίσει να δέχεται μόνο τους ασφαλιστές της Interamerican ως πιλοτικό στάδιο λειτουργίας. Ο πρώτος πραγματικός ασθενής, όμως, χτύπησε την πόρτα της Ευρωκλινικής αμέσως μετά τα επίσημα εγκαίνια και είχα την τύχη μαζί με τον Καθηγητή Αιματολόγο, τον κο Λουκόπουλο να τον περιθάλψω. Ήταν νέος άνδρας, 42 ετών και είχε μία σπάνια ασθένεια, βαριά αναιμία που δεν μπόρεσε να διαγνωστεί από εξωτερικούς ιατρούς. Εμείς την διαγνώσαμε αμέσως και καταφέραμε να τον βοηθήσουμε σημαντικά. Εκείνη την εποχή θυμάμαι πολύ αυτό το οικογενειακό κλίμα που δημιουργήθηκε μεταξύ γιατρών, προσωπικού και ασθενών με πολλά χαμόγελα, φιλικές σχέσεις και ικανοποίηση των πρώτων ασθενών μας. Αυτό το οικογενειακό κλίμα με μεγάλη περηφάνια μπορούμε να πούμε ότι το κρατήσαμε μέχρι και σήμερα όλα αυτά τα 20 χρόνια.

20 χρόνια, μία Οικογένεια!

Ερήνια Καλογέρη

Νοσηλεύτρια, Αναισθησιολογικό Τμήμα

Τα χρόνια είναι πολλά, οι εμπειρίες πολλές, δυσάρεστες, ευχάριστες. Εμένα προσωπικά αυτό που μου έχει μείνει, επειδή έχω περάσει και από πολλά τμήματα, είναι η αναγνώριση από τους ασθενείς, τόσο παλιούς όσο και νέους. Είναι πολλοί αυτοί που με θυμούνται, χωρίς να τους θυμάμαι εγώ, καθώς έχω αντιμετωπίσει εκατοντάδες περιστατικά όλα αυτά τα χρόνια. Αυτό για μένα είναι η μεγαλύτερη ικανοποίηση στην επαγγελματική μου πορεία.

Αθηνά Καλοδημίδου

Βοηθός Νοσηλείας, ΤΕΠ

Στην Ευρωκλινική ήρθα σε ηλικία 25 και είμαι πλέον 46. Τα πρώτα 10 χρόνια δούλευα στον 6ο νοσηλευτικό όροφο με μικτά περιστατικά. Το 2007 κατέβηκα στα επείγοντα. Εκεί έρχονταν και συνεχίζουν να έρχονται, άρρωστοι που με θυμούνται. Έχουν μείνει ευχαριστημένοι, θυμούνται ότι τους έχω περιποιηθεί, είναι καλά στην υγεία τους και νιώθουν όμορφα και ασφαλείς, επειδή αναγνωρίζουν συγκεκριμένα άτομα που τους φροντίζουν στην κλινική. Αυτό με χαροποιεί πολύ.

Σταύρος Κανελλάς

Διευθυντής Αναισθησιολόγος

Ήταν 29 Ιανουαρίου 2008 και είχαμε ένα δύσκολο καρδιοχειρουργικό περιστατικό. Η καρδιοχειρουργός ήταν αρκετά αγχωμένη και εγώ επίσης. Σε κάποιο κρίσιμο σημείο της επέμβασης, η καρδιοχειρουργός κατάλαβε ότι δεν ήμουν πολύ καλά. «Συμβαίνει κάτι με τον άρρωστο;» με ρωτάει. «Όχι» της λέω «μην ανησυχείς». «Μόλις με ειδοποίησαν ότι πέθανε ο πατέρας μου στον 5ο όροφο που νοσηλευόταν». Έμεινε αποσβολωμένη να με κοιτά. «Δεν φεύγω» της λέω. «Ας τελειώσουμε με το καλό και θα ανέβω». Και συνεχίσαμε. Όταν ήμουν βέβαιος ότι όλα πήγαν καλά, ανέβηκα στον 5ο όροφο.

Αριστείδης Καραγιάννης

Διευθυντής Ουρολόγος

Όταν ξεκίνησε η λειτουργία της Ευρωκλινικής Αθηνών, το 1998, το 1ο χειρουργείο που έκανα εγώ και 5ο χειρουργείο της Κλινικής, ήταν ένα δύσκολο περιστατικό και αφορούσε μία γυναίκα με μεγάλο όγκο στο νεφρό, στον 5ο μήνα της εγγυμοσύνης της. Όταν το έμαθαν η διοίκηση και οι γιατροί της Κλινικής, θορυβήθηκαν τόσο πολύ για το ρίσκο του χειρουργείου, ανησυχώντας για τη φήμη της Ευρωκλινικής, αλλά και τη δική τους. Εγώ τους απήντησα ότι θα είναι ένα πολύ καλό test για την Κλινική μας.
Τελικά όλα στο χειρουργείο πήγαν καλά και η Διοίκηση ανάσανε...

Δέσποινα Καραγιώργου

Βοηθός Νοσηλείας, 4ος Νοσηλευτικός όροφος

Ήμουν μία φορά νύχτα στον όροφό μου, στο 4ο και ακούω ξαφνικά φωνές. Οι φωνές έρχονταν από τον 3ο. Άκουγα «βοήθεια, βοήθεια». Χωρίς να κάνω καμία σκέψη, φεύγω γρήγορα για να κατέβω στον 3ο, για να δω ποιος φωνάζει και τι έχει συμβεί. Πηγαίνω προς το δωμάτιο που ακούω τις φωνές, το 303. Στο πρώτο κρεβάτι ήταν μία κυρία η οποία αντιλήφθηκα ότι είχε πάθε ανακοπή. Επί τόπου ξεκίνησα να κάνω κάρπα (μαλάξεις) στην αριστερή. Μέχρι να χτυπήσουν οι συνάδελφοι τον μπλε κωδικό και ν' ανέβουν οι γιατροί, εγώ συνέχιζα να της κάνω μαλάξεις και η ασθενής επανήλθε στα χέρια μου, ξεκίνησε να έχει σφυγμό. Εκεί ένιωσα ένα απίστευτο συναίσθημα. Την επόμενη ημέρα κατέβηκα κάτω στη μονάδα για να δω εάν είναι καλά και ένιωσα πολύ μεγάλη χαρά μέσα μου, όταν της είπε μία συνάδελφος από τη μονάδα ότι «Γιαγιά, είναι η κοπέλα που σ' έσωσε» και ένιωσα απίστευτη χαρά, επειδή ζούσε αυτή η γυναίκα. Επίσης, ίδιο περιστατικό έτυχε πάλι σε βάρδιά μου και ο ασθενής επανήλθε στα χέρια μου. Είναι ένα απίστευτο συναίσθημα όταν νιώθεις ότι δίνεις ζωή σε έναν άνθρωπο. Αυτό που σε πιάνει εκείνη την στιγμή είναι μία ανατριχίλα, επειδή τα κατάφερες.

Ελευθέριος Καραιζέτζος

Προϊστάμενος, Αναισθησιολογικό Τμήμα

Η καλύτερη στιγμή της ημέρας είναι όταν φεύγουμε και όλα στο χειρουργείο έχουν πάει καλά. Παρότι το διάστημα των 20 χρόνων είναι μεγάλο, κάθε μέρα είναι και διαφορετική. Η χειρότερη στιγμή είναι πάντα όταν χάνουμε κάποιον ασθενή που ευτυχώς στα 20 χρόνια που είμαι εδώ στα χειρουργεία έχει συμβεί σπάνια. Στα 20 χρόνια έχουν αλλάξει πολλοί διοικούντες στην κλινική. Κάθε φορά όλοι πρέπει ν' ασχοληθούν και με τους ανθρώπους που μένουν και στηρίζουν το νοσοκομείο. Θεωρώ ότι και αυτή η διοίκηση που είναι τώρα πρέπει να το πράξει.

Δημήτρης Καρδούλας

Διευθυντής Ακτινολόγος

20 Χρόνια στην Ευρωκλινική!! Τι να πρωτοθυμηθώ; Μία ολόκληρη ζωή. Από τις γραμμές όμως αυτές θέλω να ευχαριστήσω όλους τους συνεργάτες μου αυτά τα 20 χρόνια, αλλά πρωτίστως δράττομαι της ευκαιρίας να ευχαριστήσω τους φίλους μου γιατρούς που με περιέθαλψαν τόσο αποτελεσματικά στα διάφορα προβλήματα υγείας που αντιμετώπισα όλα αυτά τα χρόνια. Κυρίως τους φίλους μου Αρη Καραγιάννη, Αντώνη Ψαρουδάκη και Άρη Μπάκα, που ασχολήθηκαν μαζί μου στην τελευταία περιπέτειά μου και στους οποίους οφείλω την τωρινή παρουσία μου και ελπίζω και τη μελλοντική. Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω την διοίκηση της Ευρωκλινικής και κυρίως τον Αντώνη Βουκλαρή που στάθηκαν δίπλα μου με όλα τους τα όπλα. Ελπίζω ότι τα καλύτερα έρχονται για όλους μας!!

Αχιλλέας Κεραϊαρίδης

Νοσηλευτής, ΜΕΘ

20 χρόνια. Υπήρξαν όπως είναι φυσικό καλές και κακές στιγμές, μα πάνω απ' όλα υπήρξε στο τέλος το χαμόγελο και το «ευχαριστώ» του ασθενή. Αυτό που μένει σε όλους μας, σε όποιο πόστο κι αν είμαστε, είναι η ηθική ικανοποίηση ότι κάναμε το καθήκον μας και τη δουλειά μας. Σε προσωπικό επίπεδο θα μπορούσα να θυμηθώ αρκετά πράγματα σ' όλη αυτή τη διαδρομή που έχω την τιμή να είμαι μέλος της Ευρωκλινικής. Η σκέψη μου σταματάει στην κινητοποίηση που υπήρξε κατά τη διάρκεια του μεγάλου σεισμού του 1999 και ένα «στοίχημα» το οποίο κερδήθηκε απολύτως από μια νοσοκομειακή δομή που έκανε τα πρώτα της βήματα... Δεν μπορώ να παραλείψω την αναφορά σε συναδέλφους οι οποίοι για διάφορους λόγους δεν βρίσκονται πλέον μαζί μας και βοήθησαν και αυτοί να εδραιωθεί η ισχυρή θέση της Ευρωκλινικής στο χάρτη της υγειονομικής περίθαλψης στην χώρα μας. Με τις ευχαριστίες μου για την τιμή που μου κάνατε να παραθέσω κάποιες σκέψεις μου και συναισθήματα για τα 20 χρόνια της Ευρωκλινικής, να μου επιτρέψετε να εστιάσω την τελευταία σκέψη μου σε δυο συναδέλφους που ¨έφυγαν¨ τόσο πρόωρα και άδικα από κοντά μας: την Ελένη Σιόντη προϊσταμένη ΜΕΘ και τον Κώστα Μπούνο νοσηλευτή.

Κωνσταντίνος Κοντός

Τραυματιοφορέας, ΤΕΠ

Μία περίπτωση που θυμάμαι είναι ότι κάποτε ένας ασθενής που δεν μπορούσε να περπατήσει, τελικά έγινε καλά. Μετά από καιρό ερχόταν και μου έλεγε «Θυμάμαι που ήμουν στο καρότσι, στον χώρο της εντατικής και με φρόντιζες». Ήταν και ένας άλλος, επίσης δύσκολη περίπτωση, που νοσηλευόταν στην εντατική. Τελικά και αυτός τα κατάφερε. Πέρασαν κάποια χρόνια από τότε που βγήκε από το νοσοκομείο και ήρθε να κάνει ένα check up. Με πετυχαίνει στον αξονικό με τη γυναίκα του και μου λέει εκείνη «Σε θυμάμαι που πήγαινες τον άντρα μου με τον καροτσάκι». Και στις δύο περιπτώσεις με αποκάλεσαν με το μικρό μου όνομα. Όλα αυτά εμείς δεν μπορούμε να τα ξεχάσουμε. Είναι εμπειρίες ζωής. Γιατί στο δικό μας το επάγγελμα προσφέρεις και πρέπει να το κάνεις με αγάπη. Εγώ προσωπικά το κάνω με πολύ μεράκι και ζήλο.

20 χρόνια, μία Οικογένεια!

Αλεξάνδρα Κοντογιάννη

Ωτορινολαρυγγολόγος, Επιστημονικά Υπεύθυνη

20 χρόνια Ευρωκλινική.. 20 χρόνια πολύτιμοι Συνεργάτες, 20 χρόνια πιστοί Ασθενείς, 20 χρόνια Προκλήσεις, Εξέλιξη, Επιμόρφωση, Γνώση, Σεβασμός, Συλλογικότητα.. 20 χρόνια το Νοσοκομείο μου.. Το Νοσοκομείο μου το έχω ζήσει τόσο ως γιατρός όσο και ως ασθενής ή συγγενής ασθενούς, με άγχος, αγωνία, ακόμη και θλίψη.. Σε όλες αυτές τις φάσεις της ζωής μου βρήκα -πέρα από την αποτελεσματική αντιμετώπιση των εκάστοτε προβλημάτων υγείας- Σεβασμό, Ενδιαφέρον, Συμπόνια, Ανθρωπιά: κι αυτά δεν διδάσκονται ούτε επιβάλλονται. Πηγάζουν από την αγωγή του καθενός ξεχωριστά αλλά και την «Συλλογική Αγωγή» όλων των εργαζομένων στην Ευρωκλινική. Έτσι λοιπόν, όταν μιλώ για την Ευρωκλινική, την χαρακτηρίζω «το Νοσοκομείο μου» (Ubi bene, ibi patria..).. Είναι τύχη κι ευλογία για κάθε εργαζόμενο ο χώρος της δουλειάς του να τον εμπνέει και να του βγάζει τον καλύτερό του εαυτό!

Λαμπρινή Κορδάτου

Προϊσταμένη Κέντρου Μαστού

Πριν από 8 χρόνια περίπου είχα ένα τροχαίο ατύχημα. Όταν με έβγαλαν από το ασθενοφόρο για να με μεταφέρουν στα επείγοντα, τα μάτια μου γέμισαν δάκρυα, όχι από τους πόνους που είχα αλλά από την εικόνα που αντίκρισα. Όλοι οι άνθρωποι της Ευρωκλινικής ήταν στην είσοδο και με περίμεναν. Το ενδιαφέρον και η ζεστασιά τους τα είχαν καλύψει όλα. Εν τέλει συνειδητοποίησα ότι η οικογένεια που έχω αποτελείται από πάρα πολλά μέλη. Οι ΑΝΘΡΩΠΟΙ της Ευρωκλινικής είναι αυτό που κάνει τη διαφορά και γι' αυτό πάντα ξεχωρίζει. Ελπίζω αυτός ο κύκλος να παραμείνει ανοιχτός για πολλά πολλά χρόνια ακόμη.

Μαριάννα Κοσκινά

Πρακτική Νοσηλεύτρια, ΤΕΠ

Μετά από τόσα χρόνια εργασίας στην Ευρωκλινική τη θεωρώ πλέον σαν δεύτερο σπίτι μου. Το ίδιο ακούω και από τους ασθενείς καθημερινά. Λένε «Όταν μπαίνω στην είσοδο είναι σαν να μπαίνω σπίτι μου, νιώθω ζεστασιά, νιώθω σιγουριά, εμπιστοσύνη». Αυτό πιστεύω τα λέει όλα. Το προσωπικό και οι γιατροί έχουν δώσει και δίνουν τον καλύτερό τους εαυτό. Μπορεί να φαίνεται μια μικρή κλινική αλλά στην ουσία είναι πολύ μεγάλη με όλα αυτά που περιέχει μέσα της. Ευχόμαστε και ελπίζουμε να συνεχιστεί αυτή η ωραία εικόνα και η καλή φήμη της κλινικής. Είναι στο χέρι όλων μας να τη μεταλαμπαδεύσουμε στους νεότερους νοσηλευτές, γιατρούς και προσωπικό.

Κωνσταντίνος Κουμάκης

Διευθυντής Νευρολόγος

Διατηρώ ακόμη ζωηρά στην μνήμη μου την 15η Απριλίου του 1998, όταν η Ευρωκλινική Αθηνών άνοιξε τις πόρτες της. Οι περισσότεροι ιατροί γνωριζόμασταν ήδη, το νοσηλευτικό και το διοικητικό προσωπικό είχαν επιλεχθεί προσεκτικά και η Κλινική είχε σχεδιασθεί με μια πρωτοποριακή αντίληψη (Home like Hospital), ώστε ο ασθενής να αισθάνεται σαν στο σπίτι του. Έτσι, όμως, αισθάνθηκα και εγώ, όπως και πολλοί άλλοι ιατροί και εργαζόμενοι. Ο τεχνολογικός εξοπλισμός ήταν ο πιο σύγχρονος και η ηλεκτρονική δικτύωση πλήρης. Με την πάροδο του χρόνου η κλινική έγινε γνωστή, εμπλουτίσθηκε με νέους συνεργάτες, επεκτάθηκε, ανακαινίσθηκε και αναγνωρίσθηκε ως το πρώτο φιλικό προς τους ασθενείς νοσοκομείο (patients' friendly hospital). Αυτό που δεν άλλαξε είναι η καλή συνεργασία μεταξύ ιατρών, νοσηλευτικού, διοικητικού και τεχνικού προσωπικού που εγγυάται την ασφαλή νοσηλεία των ασθενών και συντελεί, ώστε να αισθάνομαι ευτυχής που ασκώ την επιστήμη μου στην Ευρωκλινική.

Χρήστος Κωτής

Υπεύθυνος, Τμήμα Αποστείρωσης

Η εικοσαετής παραμονή μου στο τμήμα της αποστείρωσης της Ευρωκλινικής Αθηνών μου έχει προσφέρει μοναδικές και αξιοσημείωτες εμπειρίες. Οι καταστάσεις και τα γεγονότα μέσα στο πέρασμα των ετών που αξίζουν μνημόνευσης είναι πολλά. Χαρακτηριστικό γεγονός, που σίγουρα θα θυμάμαι ήταν, όταν κατόπιν καλέσματος ιατρού, χρειάστηκε να μεταβώ στο τμήμα των χειρουργείων ώστε να συμβάλω και εγώ με την αρμοδιότητά μου σε θέματα εργαλείων στην επίλυση ενός προβλήματος. Αφού λοιπόν στέφθηκε από επιτυχία το εγχείρημά μου, η συγκίνηση που ένιωσα όταν ο γιατρός με συνεχάρη και με ευχαρίστησε ουκ ολίγες φορές, ήταν μεγάλη. Αυτό που μένει τελικά είναι η αξία της προσφοράς μας στον συνάνθρωπο. Δε συγκρίνεται με τίποτα άλλο.

Ειρήνη Λεβεντάκη

Πρακτική Νοσηλεύτρια, ΤΕΠ

Ευχαρίστησή μου είναι να βλέπω τον ασθενή να χαμογελάει και να παίρνει δύναμη από εμάς. Έχει τύχει να έχουμε άδεια ή να έχουμε μεταφερθεί σε άλλο πόστο και να μας αναζητούν. Αναζητούν τα άτομα που τους εμπνέουν σιγουριά.

Δημήτριος Λουκόπουλος

Καθηγητής, Διευθυντής Αιματολόγος

Συγχαρητήρια λοιπόν στην Ευρωκλινική ! Είκοσι χρόνια επιτυχημένης λειτουργίας, με χιλιάδες ασθενείς που διαγνώσθηκαν και θεραπεύθηκαν επιτυχώς χάρη στις γνώσεις και τις ικανότητες του ιατρικού προσωπικού, την άψογη και στοργική φροντίδα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και την υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τη Διοίκηση. Είχα την τιμή και την χαρά να συνεχίσω την άσκηση της ιατρικής αμέσως μετά την αφυπηρέτησή μου από το Πανεπιστήμιο, δεκαπέντε χρόνια πριν. Ήταν μια δεύτερη θητεία, αυτή τη φορά απαλλαγμένη από τις πιεστικές δυσκολίες του Δημόσιου Νοσοκομείου, τους κανονισμούς και τις συχνά ανυπέρβλητες διοικητικές και τεχνικές δυσκολίες. Η Ευρωκλινική με καλοδέχτηκε και είμαι ευγνώμων γι΄αυτό. Συνεργάσθηκα άψογα με τους συναδέλφους μου, απέκτησα νέους φίλους και συνεργάτες και χαίρομαι, γιατί μπορέσαμε να αντιμετωπίσουμε επιτυχώς πολλούς ενδιαφέροντες αλλά και δύσκολους ασθενείς. Εύχομαι καλή συνέχεια. Η Ευρωκλινική έχει όλα τα εχέγγυα για την εκπλήρωση αυτής της ευχής. Επιπλέον, υπάρχει πάντα πολλή καλή θέληση για αναβάθμιση από όλους τους εργαζόμενους και τη Διοίκηση.

Πέτρος Μαλακάσης

Ακτινοδιαγνώστης, Διευθυντής Τμήματος Απεικόνισης Μαστού και Οστικής Πυκνομετρίας

20 χρόνια πριν, ξεκινώντας την καριέρα μου ως νέος γιατρός βρέθηκα στην Ευρωκλινική, ένα νοσοκομείο που μόλις είχε ανοίξει. Στα πρώτα βήματα της καριέρας μου, κι αυτό που θυμάμαι από εκείνη την περίοδο είναι το οικογενειακό κλίμα, η φιλία μεταξύ των γιατρών και η ζεστασιά με την οποία το προσωπικό περιέβαλλε τους ασθενείς. Όταν, μετά από 7 χρόνια, έφυγα για να προχωρήσω στο επόμενο βήμα της καριέρας μου, αισθάνθηκα σαν να έφυγα από το σπίτι μου. Το εντυπωσιακό είναι ότι, όταν επανήλθα στην Ευρωκλινική εδώ και τέσσερα χρόνια, ένιωσα ξανά το ίδιο συναίσθημα και βρήκα ξανά την ίδια ατμόσφαιρα. Η Ευρωκλινική είναι ένα νοσοκομείο που χαίρεσαι να δουλεύεις και να προσφέρεις για τον συνάνθρωπο.

Μαίρη Ματζαφλέρη

Προϊσταμένη, ΜΕΘ

Συγκινητική στιγμή για μένα ήταν πριν από 2-3 χρόνια που ήμουν στη μονάδα και ήρθε ένας άρρωστος

20 χρόνια, μία Οικογένεια!

εδώ και όπως πάντα ρωτάω αν κάποιος έχει ξαναέρθει, εκείνος μου είπε «Ναι είχα ξαναέρθει στις αρχές 1998-1999 και μάλιστα μου θυμίζετε κάτι και πρέπει να σας είχα νοσηλεύτρια. Θέλω να σας πω ένα μεγάλο ευχαριστώ γι' αυτό που μου προσφέρατε τότε». Για εμένα ήταν συγκινητικό γιατί με θυμήθηκε μετά από τόσο καιρό. Και ήταν πάρα πολλά χρόνια πίσω, πάνω από 15 χρόνια.

Μαρία Μετζαλίρα

Βοηθός Νοσηλείας, ΜΕΘ

Ήταν κάποτε μια κοπέλα, περίπου 25 χρονών η οποία έκανε χειρουργείο χρειάστηκε πολύ αίμα και η κατάστασή της ήταν πολύ σοβαρή. Οι μέρες περνούσαν και άρχισε να γίνεται καλύτερα και να σταθεροποιείται. Χάρηκα πραγματικά πολύ γι' αυτήν, γιατί μετά έμαθα ότι έγινε τελικά καλά, παρά τις δυσκολίες που πέρασε στο διάστημα των δύο μηνών που νοσηλευόταν στην κλινική. Σήμερα γνωρίζω ότι είναι ακόμα καλά και μάλιστα έχει γίνει και μαμά.

Μαρίκα Μήτρου

Νοσηλεύτρια, ΤΕΠ

Σε κάθε περίσταση βασιζόμενη στις γνώσεις και την εμπειρία μου, τα θέλω μου ταυτίστηκαν με τα θέλω και τα πρέπει της Ευρωκλινικής, των ιατρών και των ασθενών σε συνεργασία, με όλους τους υπόλοιπους συναδέλφους από τον ανώτερο μέχρι τον κατώτερο. Αυτό θα πρέπει να διαπνέει κάθε υπάλληλο. Για μένα αυτό αποτελούσε και αποτελεί ακόμα βασική αρχή μου.

Ελένη Μπαλή

Υπάλληλος Γραφείου, Λογιστήριο Ασθενών

Πριν πολλά χρόνια είχε έρθει ένας ασθενής να κάνει εξετάσεις. Ήταν κωφάλαλος και ήταν λίγο δύσκολη η συνεννόηση μεταξύ μας αλλά και με τους γιατρούς. Προσπάθησα να τον βοηθήσω, περίμενε υπομονετικά, είδε ότι πάσχιζα να τον εξυπηρετήσω όσο το δυνατόν καλύτερα. Υποθέτω ότι επειδή με πλήρωσε με κέρματα, πρέπει να ήταν επαίτης ή να έκανε μία δουλειά που του δίνανε πολλά ψιλά. Μετά από μία εβδομάδα περίπου επέστρεψε και μου άφησε 2 χνουδωτά κουκλάκια ως ένδειξη ευγνωμοσύνης για τη βοήθεια που του παρείχα.

Στυλιανός Μπλέτσας

Βοηθός Νοσηλείας, Αιμοδυναμικό-Αγγειογραφικό Τμήμα

Το 2001, ένα Σάββατο πρωί, δούλευα στον 5ο όροφο και κατά τις 11 με παίρνει τηλέφωνο η γενική προϊσταμένη του νοσοκομείου και μου λέει «Στέλιο μπορείς να κατέβεις στον 1ο όροφο; Σε χρειάζομαι κάτι». Κατεβαίνω στον 1ο, ανοίγω την πόρτα, μπαίνω μέσα και βλέπω κάμερες, φώτα, γυρίζανε κάποιο σήριαλ. Με φωνάζει η προϊσταμένη, πηγαίνω κοντά της και μου λέει: «Σε θέλει λίγο η σκηνοθέτης να συνεννοηθείτε μαζί». Λέω στην σκηνοθέτη ότι δεν το έχω ξανακάνει αυτό το πράγμα και μου λέει «Κοίταξε να δεις, μας λείπει ένας κομπάρσος. Θέλουμε να κάνεις τον γιατρό και να μας βοηθήσεις να γυρίσουμε μία σκηνή. Μην ανησυχείς, θα σε βοηθήσουμε όλοι εδώ πέρα» και όντως ξεκινήσαμε, γυρίσαμε την σκηνή 5-6 φορές μέχρι που πέτυχε το αποτέλεσμα που ήθελε η σκηνοθέτης. Έκανα τον γιατρό μίας κοπέλας που πέθαινε και εγώ την απινίδωσα και την επανέφερα στη ζωή.

Νικόλαος Νασιακόπουλος

Διευθυντής Γαστρεντερολόγος

Πολλά τα καλά, πολλά τα δύσκολα στα 20 χρόνια μου στην κλινική. Δε θα αναφερθώ στα περιστατικά των τόσων χρόνων, προτιμώ να σταθώ στο οικογενειακό κλίμα του χθες και στην προσδοκία να διατηρηθεί και στο σήμερα.

Αλεξάνδρα Ορφανού

Υπάλληλος Γραφείου, Λογιστήριο Ασθενών

Όλα αυτά τα χρόνια, στο λογιστήριο ασθενών, δεν ήταν λίγοι οι ασθενείς που ήρθαν εκ των υστέρων να μας ευχαριστήσουν για τις διευκολύνσεις που τους παρείχαμε σε οικονομικό επίπεδο αλλά και την αντιμετώπιση σε περιπτώσεις που προέκυπτε κάποιο οικονομικό πρόβλημα. Ένα παράδειγμα που μπορώ να θυμηθώ είναι μία κυρία η οποία έφερε κάποιον συγγενή της καρκινοπαθή και λόγω της τόσο καλής εξυπηρέτησής της, έφυγε ευχαριστημένη και επέστρεψε μετά από κάποιες μέρες με μια τεράστια ανθοδέσμη ως ένδειξη ευγνωμοσύνης.

Αντώνης Πεταλάς

Τραυματιοφορέας, ΤΕΠ

Πριν από 15 χρόνια, νοσηλευόταν στον 4ο όροφο, μία νεαρή κοπέλα με διάγνωση καρκίνου, η Σ. Δεν της έδιναν πολλά περιθώρια για να ζήσει, καθώς ο καρκίνος ήταν επιθετικός. Ωστόσο, εκείνη έζησε, παντρεύτηκε, έκανε παιδί και διέψευσε το χρονικό περιθώριο που της έδιναν οι ιατροί για να ζήσει. Κάποια γεγονότα σου μένουν και τα θυμάσαι.

Ιωάννης Σιδερής

Προϊστάμενος Τραυματιοφορέων ΤΕΠ

Πριν από δύο χρόνια είχα την τιμή μαζί με μία άλλη συνάδελφο από την Ευρωκλινική να λάβω μέρος ως λαμπαδηδρόμος στη μεταφορά της Ολυμπιακής Φλόγας στο Καλλιμάρμαρο στο πλαίσιο των Ολυμπιακών αγώνων που διεξήχθησαν στο Ρίο, καθώς συνηθίζω να συμμετέχω και στο μαραθώνιο που διεξάγεται κάθε χρόνο. Ήταν μία πολύ συγκινητική στιγμή για μένα, ένιωσα μεγάλη χαρά και περηφάνια που εκπροσώπησα την Ευρωκλινική Αθηνών.

Χριστίνα Σκεμπάρη

Βοηθός Νοσηλείας, ΜΕΘ

Στις αρχές του ξεκινήματος της κλινικής είχαμε ένα περιστατικό, άντρα 40-45 ετών, με κρανιοεγκεφαλική κάκωση μετά από τροχαίο. Τον νοσηλεύσαμε για αρκετό διάστημα εδώ ώσπου επανήλθε σε σημείο που μπορούσε να μεταφερθεί στο δωμάτιο. Τον κινητοποιούσαμε στην καρέκλα, μας καταλάβαινε, απλά κάποια στιγμή δυσκολευόταν αρκετά συναισθηματικά όντας αρνητικός σε ό,τι του λέγαμε και σε ό,τι έπρεπε να κάνει. Στην ώρα του επισκεπτηρίου του είπα ότι πρέπει να φάει για να μπορέσει να φύγει, για ν' αποκτήσει τις δυνάμεις του, οπότε του είπα ότι είτε θα φάει με τη σύζυγό του είτε με μένα, αλλά θα φάει ό,τι και να γίνει. Επειδή για το καλό του δεν του άφησα άλλη επιλογή, έφαγε τελικά με τη σύζυγό του την κρέμα και πράγματι μετά από λίγο καιρό έφυγε από τη μονάδα .Έκανε αποκατάσταση και ήρθε και με βρήκε μετά από έναν χρόνο στα πλαίσια κάποιου προεγχειρητικού ελέγχου. Ήταν πάρα πολύ συγκινητικό γιατί θυμόταν ακόμα εκείνη την κρέμα που έπρεπε να φάει. Ήταν κάτι που τον στιγμάτισε, του έμεινε και του ίδιου και το θυμότανε. Ήτανε πολύ ωραίο συναίσθημα για μένα.

Βασίλειος Σουλτάνης

Υπάλληλος Γραφείου, Λογιστήριο Ασθενών

Ήταν ένας πελάτης που άφησα το τιμολόγιό του στο ταμείο, δεν του άρεσε ο λογαριασμός και ήθελε να κάνει αυτό που λέμε «παζάρια». Έρχεται λοιπόν και μου λέει: «Εσύ τον άφησες στο ταμείο;» Του απαντάω «Ναι, είναι 1.400 €» και μου λέει: «Λοιπόν έχω 1.200 τώρα, τα παίρνεις και κλείνει ο λογαριασμός.» Του λέω «Δυστυχώς δε γίνονται αυτά τα πράγματα αφού ο λογαριασμός λέει 1.400». Μου λέει «Καλά, δεν πληρώνω τίποτα». Περνάνε 5 λεπτά ξανάρχεται, μπαίνει μέσα και μου λέει «Λοιπόν, έχω 1.250, αυτά

είναι, σου αρέσουνε;» Τον κοιτάω και του λέω ευγενικά «Έχει βγει ο λογαριασμός, είναι 1.400, δεν είναι δική μου δουλειά να σας κάνω έκπτωση, πρέπει να το συζητήσετε με τον προϊστάμενο». Γυρίζει και μου λέει «Τότε έχω 1.300, τελευταία ευκαιρία. Τα παίρνεις τώρα και έκλεισε ο λογαριασμός». Τελικά πλήρωσε όλο το ποσό.

Σταθάκης Στέφανος

Διευθυντής Πλαστικός Χειρουργός

Είναι γεγονός ότι η εξαιρετικά στοχευμένη σε χειρουργικές τεχνικές Ευρωκλινική Αθηνών είναι το μεγάλο πλεονέκτημα της Κλινικής μας, όμως οι ανθρώπινες σχέσεις, που αφορούν στο δυναμικό της Κλινικής είναι η ειδοποιός διαφορά που μας γεμίζει ικανοποίηση, υπερηφάνεια, ασφάλεια και εμπιστοσύνη. Έχω πολλά σημαντικά γεγονότα που θα θυμάμαι στην καριέρα μου ως Διευθυντής Πλαστικής Χειρουργικής, αλλά πιστεύω ότι στην καθ› ημέρα χειρουργική πράξη, η πρωτόγνωρη ασφάλεια που νιώθει γιατρός και ασθενής στην Κλινικής μας, που πάντα το βλέπεις στην έκφραση τους, αλλά και στα γράμματα και στις αναρτήσεις στα social media, είναι η ύψιστη ανταμοιβή για μένα. Πιστεύω ότι το μέλλον ανήκει στην Ευρωκλινική ως κέλυφος που αγκαλιάζει προστατευτικά γιατρούς, ασθενείς και προσωπικό.

Ελένη Τζαβέλα

Βοηθός Λογιστή, Γενικό Λογιστήριο

Ένα από τα σημαντικά γεγονότα που ζήσαμε στην Ευρωκλινική ήταν με τον σεισμό του 1999. Όταν έγινε ο σεισμός, βγήκαμε έξω από το κτίριο και περιμέναμε να έρθει η διοίκηση να μας πει τι θα κάνουμε. Αν μπορούμε να φύγουμε για τα σπίτια μας, δεν ξέραμε αν οι δικοί μας ήταν όλοι καλά, αφού δεν είχαμε δυνατότητα επικοινωνίας. Αποφασίστηκε από την τότε διοίκηση να δοθεί σε κάθε εργαζόμενο ένα ποσό ως δώρο - βοήθεια και ένα επιπλέον ποσό ως άτοκο δάνειο, για να τακτοποιήσει τις υποχρεώσεις του. Πιστεύω ότι αυτό ήταν πολύ σημαντική χειρονομία για να δείξει η εταιρεία το ανθρώπινο πρόσωπό της σε κάτι το οποίο θα μπορούσε και να μην την αφορά. Όταν ενδιαφέρεσαι για τους εργαζόμενούς σου, ενδιαφέρεσαι και για την οικογένειά τους. Αυτό δείχνει ότι υπήρχε και επικρατούσε στην Ευρωκλινική το «οικογενειακό κλίμα», ήμασταν δηλαδή μία μεγάλη οικογένεια και αυτό είναι πολύ σημαντικό για κάθε εργαζόμενο.

Κωνσταντίνος Τόγιας

Τεχνολόγος Ακτινολόγος, Ακτινολογικό Παραϊατρικό Τμήμα

Ποτέ δεν σταθήκαμε στα πόσα καταφέραμε όλα αυτά τα χρόνια, πάντα βάζαμε υψηλούς στόχους. Ευχαριστώ την Ευρωκλινική που μου έδωσε αυτή τη δυνατότητα.

Χρυσάνθη Τοβιά

Βοηθός Νοσηλείας, Αναισθησιολογικό Τμήμα

Ένας κύριος γύρω στα 75 έκανε μεγάλο χειρουργείο και ήταν στο νοσοκομείο με μόνο συνοδό τη γυναίκα του. Ήταν τόσο αγαπημένοι που την παίρναμε τηλέφωνο, ήθελε να της μιλήσει και δεν την βρίσκαμε πουθενά, ούτε στο δωμάτιο ούτε στον πρώτο ούτε στο δεύτερο όροφο. Με παρακάλεσε να πάρουμε τον γιο του στο κινητό από το δικό μου κινητό για να την πάρει εκείνος τηλέφωνο. Έδωσα στο γιο του το δικό μου τηλέφωνο και μας πήρε τελικά η γυναίκα του πίσω. Και ενώ ήταν στην ανάνηψη που δεν επιτρέπεται, της μίλησε στο τηλέφωνο. Του την έδωσα στο αυτί να της μιλήσει και να της πει ότι είναι καλά. Μετά από 2 εβδομάδες που έφυγε από το νοσοκομείο μου έστειλε μία ανθοδέσμη στη ρεσεψιόν για να με ευχαριστήσει για το ανθρώπινο του πράγματος. Ένιωσα σαν να ήταν ο πατέρας μου και ήθελε να ειδοποιήσει τη μητέρα μου ότι είναι καλά και να της μιλήσει. Ένιωσα την ανθρωπιά, τόσο τη δική μου απέναντί του όσο και τη δική του απέναντί μου.

Αγγελική Φίκα

Βοηθός Νοσηλείας, Χειρουργεία

Αυτό που ξεχωρίζει στον χώρο των χειρουργείων είναι η εξαιρετική συνεργασία νοσηλευτών και γιατρών που οφείλεται στο ότι η σύνθεση των ανθρώπων δεν αλλάζει. Είμαστε μαζί από πολύ παλιά, γνωρίζουμε ακόμη και τις ιδιαιτερότητες των γιατρών, γι' αυτό και είναι όλοι ευχαριστημένοι. Έτσι, με το πέρασμα των χρόνων αναπτύσσεται μία προσωπική σχέση, στα πλαίσια του χειρουργείου.

Φιλιώ Χατζηκυριάκου

Υπεύθυνη, Γραμματεία Ιατρών

Ήταν η ώρα που γεννιόταν η Ευρωκλινική - ήταν η ώρα που ήθελα να καθιερωθώ σε έναν εργασιακό χώρο - η απαρχή. Όλα καινούργια, όλα από την αρχή, καινούργιοι κατασκευασμένοι χώροι, νέες τεχνολογίες, φρέσκιες ιδέες, όρεξη για δουλειά, προσφορά. Όραμα: η δημιουργία ενός Κέντρου με υψηλού επιπέδου ιατρικές υπηρεσίες, κάτι που από μόνο του όμως δεν ήταν αρκετό. Έτσι αυτό που θα την έκανε να διακριθεί στο χώρο και να ξεχωρήσει, πέραν της κατάρτισης του προσωπικού, θα είναι οι άνθρωποι της, το ξεχωριστό οικογενειακό περιβάλλον, φιλικό προς τον κάθε ασθενή που θα μας εμπιστευόταν το πολυτιμότερο του αγαθό, την υγεία του. Ήταν το πρώτο πράγμα που διδάχθηκα : το χαμόγελο και η καλή προσέγγιση στον ασθενή. Ο δε στόχος: η κορυφή. Και νομίζω ότι τα πετύχαμε και τα δύο.
Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι οι περισσότεροι από τους πρώτους μας πελάτες - ασθενείς συνεχίζουν ακόμη και σήμερα να έρχονται σε εμάς, να μας προσφωνούν με τα μικρά μας ονόματα και να μας εμπιστεύονται. Η Ευρωκλινική λοιπόν είναι οι άνθρωποί της.

Μαρία Χολέβα

Υπεύθυνη, Βιοπαθολογικό Παραϊατρικό Εργαστήριο

Στην ζωή όλα είναι σχετικά. Μην παγιδεύσετε στα στερεότυπα. Να είστε ανοιχτοί, να βλέπετε, να ακούτε, να συνεργάζεστε, να σέβεστε. Να τιμάτε τον Άνθρωπο! Πάνω απ' όλα τον Άνθρωπο. Αυτά είναι μόνο ελάχιστα από τα μαθήματα ζωής που έχω λάβει από τον όμιλο στα 20 χρόνια συνεργασίας μας… Να είμαστε όλοι μας ενωμένοι και γεροί να συνεχίσουμε και στα επόμενα 20 χρόνια με αρχή μας το γνωμικό του Μαχάτμα Γκάντι «Οι άνθρωποι δεν πρέπει να έχουν Επιστήμη χωρίς ανθρωπιά και γνώση χωρίς χαρακτήρα!!!».

1998-2018

20 1998-2018

ΑΘΗΝΩΝ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο κέντρο!

ΧΡΟΝΙΑ

1οι στην Ποιότητα
Χρυσό Βραβείο Ποιότητας
Υπηρεσιών Υγείας

1ο «Center of Excellence»
στη Χειρουργική
του Θυρεοειδούς και
την Καρδιοχειρουργική

1ο και μοναδικό
πιστοποιημένο
«Patients' Friendly Hospital»
στην Ευρώπη

20 χρόνια ο ασθενής στο κέντρο
20 χρόνια στην κορυφή της ποιότητας

και συνεχίζουμε...

Αθανασιάδου 7-9, 115 21 Αθήνα (σταθμός μετρό Αμπελόκηποι), Τηλ.: 210 6416600
email: info@euroclinic.gr, www.euroclinic.gr

υγεία για όλους

- Καρκίνος του προστάτη – Η χρήση του PSA
- Θυρεοειδοπάθειες & Επέμβαση θυρεοειδούς
- Όταν το σώμα πονάει παντού
- Πυρετός
- Ιατρική Ακριβείας (Precision Medicine) ή Εξατομικευμένη Ιατρική στον Καρκίνο
- Σύγχρονες τεχνικές αποκατάστασης χόνδρινων βλαβών
- Νεότερες εξελίξεις στη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη
- Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου
- Αποκατάσταση της βουβωνοκήλης
- Απαντώντας στα συνήθη ερωτήματα για τον καταρράκτη
- Διαδερμική Οσφυϊκή Αποσυμπίεση
- Πώς να προφυλάξουμε την καρδιά μας από τους σοβαρότερους κινδύνους της
- Όζοι θυρεοειδούς
- Νόσος του Parkinson

Καρκίνος του προστάτη

Η χρήση του PSA

Αριστείδης Καραγιάννης
Διευθυντής Ουρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Βασική αρχή της προληπτικής ιατρικής και του προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) είναι ότι η πρωιμότερη διάγνωση μιας νεοπλασίας θα μειώσει τον κίνδυνο θανάτου από τη νόσο.

Το τελευταίο διάστημα διαπιστώνεται απουσία συμφωνίας στη διεθνή επιστημονική κοινότητα σχετικά με τον ρόλο του PSA για screening.

Η ομάδα Έργου Προληπτικής Ιατρικής των ΗΠΑ (US Preventive Task Forces) εξέδωσε αναθεωρημένες οδηγίες για τη χρήση του PSA.

Οι νέες οδηγίες θέτουν σαφή ηλικιακά όρια για τον πληθυσμό που μπορεί να υποβάλλεται σε προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του προστάτη. Η εξέταση πρέπει να προσφέρεται σε άνδρες ηλικίας 55-69 ετών κι αυτό διότι βρήκε μικρές ενδείξεις ωφέλειας σχετικά με τη θνησιμότητα από προστατικό καρκίνο, ενώ συγχρόνως προκαλούνται επιπρόσθετα και άλλα προβλήματα. Επίσης, για τους άνδρες που εντάσσονται σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, η συχνότητα της εξέτασης του PSA δεν

PSA: Οφέλη & Κίνδυνοι

Αυξημένος αριθμός διαγνωστικών εξετάσεων

Αυξημένος αριθμός θεραπευτικών επεμβάσεων με πιθανές επιπλοκές

Μικρή μείωση ανάπτυξης μεταστατικής νόσου

Μείωση κινδύνου θανάτου από τη νόσο

θα πρέπει να είναι μικρότερη των δύο ετών. Αυτή η οδηγία βαθμολογήθηκε ως «D», το οποίο σημαίνει πρακτικά πως «...υπάρχει μεγάλου βαθμού βεβαιότητα ότι η χρησιμοποίηση του PSA για Screening ρουτίνας δεν συνιστάται, εφόσον τα προβλήματα που προκαλούνται ξεπερνούν την πιθανή ωφέλεια που θα προκύψει».

Πολλοί ουρολόγοι, εξειδικευμένοι στον προστατικό καρκίνο, αντέδρασαν, διαφωνόντας ριζικά στη σύσταση της US Preventive Task Forces ότι δίνει **λάθος μήνυμα**.

Η Αμερικανική Ουρολογική Εταιρεία (AUA) αντέδρασε αμέσως σε αυτά, προειδοποιώντας ότι η σύσταση περί μη χρησιμοποιήσεως του PSA **«τελικά μπορεί να προκαλέσει περισσότερο κακό από καλό σε πολλούς άνδρες που βρίσκονται σε κίνδυνο».**

Επίσης, γνωρίζουμε ότι τα τελευταία χρόνια η ευρεία διάδοση του PSA μείωσε σταθερά τους θανάτους από καρκίνο του προστάτη και βρίσκοντας τον καρκίνο νωρίτερα, η θεραπεία είναι πιο εύκολη και η νόσος ιάσιμη.

Έχουν μειωθεί τα περιστατικά που πρωτοεμφανίζονται με προχωρημένο καρκίνο που αιμορραγούν ή έχουν απόφραξη του ουροποιητικού και χρειάζονται επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση ή παραμένουν με μόνιμους καθετήρες ή με πρώτη διάγνωση μεταστατικού καρκίνου στα οστά.

Βέβαια, η εξέταση πρέπει να προσφέρεται έπειτα από αναλυτική ενημέρωση για τα οφέλη και τα προβλήματα που προκύπτουν από τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Στις αναθεωρημένες οδηγίες αναγνωρίζεται σαφώς ότι οι άνδρες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Γι' αυτό οι κατευθυντήριες οδηγίες βοηθούν ώστε να λαμβάνονται οι κατάλληλες αποφάσεις έπειτα από σωστή ενημέρωση.

Τα τελευταία χρόνια η ευρεία διάδοση του PSA μείωσε σταθερά τους θανάτους από καρκίνο του προστάτη και βρίσκοντας τον καρκίνο νωρίτερα, η θεραπεία είναι πιο εύκολη και η νόσος ιάσιμη

Η Αμερικανική Ουρολογική Εταιρεία τονίζει ότι **«η χρησιμοποίηση του PSA test χρειάζεται να ερμηνεύεται μαζί με άλλα δεδομένα και, όταν ερμηνεύεται κατάλληλα, προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες για την πιθανότητα ανευρέσεως ή όχι καρκίνου στον προστάτη».**

Θυρεοειδοπάθειες & Επέμβαση Θυρεοειδούς

Η **λαμπρή ιστορική εξέλιξη** της Ενδοκρινικής Χειρουργικής

25 π.Χ.

Ο Κέλσιος ήταν ανάμεσα στους πρώτους που αναγνώρισαν τη βρογχοκήλη

Ευάγγελος Καρβούνης
MD, Ph.D, FACS
Διευθυντής Center of Excellence Χειρουργικής Θυρεοειδούς & Παραθυρεοειδών Αδένων, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο θυρεοειδής αδένας είναι ένας ιδιαίτερα σημαντικός αδένας, με καθοριστική σημασία στη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Η αέναη ανθρώπινη αναζήτηση της γνώσης και της θεραπείας των παθήσεών του, χάνεται μέσα στην αχλή ενός πολύ μακρινού παρελθόντος.

Ο θυρεοειδής, που εντοπίζεται στην περιοχή του τραχήλου (λαιμού), αρχικά ήταν άγνωστος και η ανθρωπότητα πρωτοπαρατήρησε τις παθολογικές περιπτώσεις εμφανούς διόγκωσης του αδένα (βρογχοκήλες).

Ήδη, από το **2700 π.Χ.** χρησιμοποιούσαν φύκια για την **θεραπεία της βρογχοκήλης** (συνταγές του Κινέζου Αυτοκράτορα Shen Nung). Κατά την ελληνορωμαϊκή περίοδο ο Κέλσιος (Aulus Cornelius Celsus **25 π.Χ.-50 μ.Χ.**), ήταν ανάμεσα στους πρώτους που αναγνώρισαν τη βρογχοκήλη, διακρίνοντας διαφορετικές μορφές της. Ο θυρεοειδής αδένας, ως όργανο στο πρόσθιο μέρος της τραχείας, περιγράφηκε πρώτα από τον σπουδαίο Έλληνα ιατρό της αρχαιότητας, Γαληνό (**129-199**

340 μ.Χ.

Θεραπευτικές προσπάθειες με κατανάλωση αλκοολούχου εκχυλίσματος από φύκια

1656 μ.Χ.

Η ονομασία «Θυρεοειδής», εισήχθη από τον Άγγλο ανατόμο Thomas Wharton

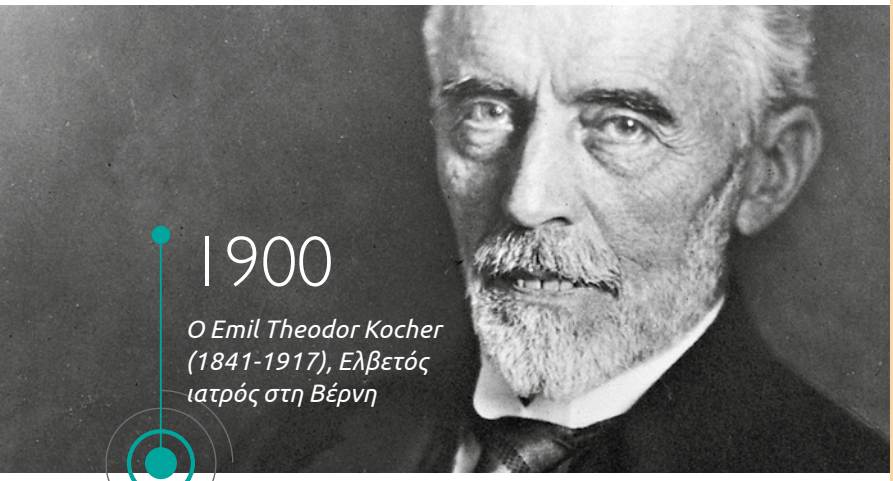
1850 -1900

Η «Χειρουργική Επανάσταση»

μ.Χ.). Έως τον **13**ο αιώνα, θεραπευτικές προσπάθειες του διογκωμένου θυρεοειδούς, έγιναν με κατανάλωση αλκοολούχου εκχυλίσματος από φύκια (**340 μ.Χ**. κινέζος ιατρός Ko-Hung, Παύλος ο Αιγινίτης, 7ο αιώνα) και βελονισμό (Abul Kasim, **961 μ.Χ.).** Η πρώτη ανατομική περιγραφή έγινε πολύ αργότερα, το **1543 μ.Χ.**, από τον Andrea Versalius, ενώ σχεδιαστικά ο αδένας και η αιμάτωσή του πρωτοαπεικονίστηκαν λεπτομερώς από το Leonardo da Vinci (**1510 μ.Χ.)**. Η ονομασία «Θυρεοειδής», εισήχθη από τον Άγγλο ανατόμο Thomas Wharton, το **1656 μ.Χ.**, καθώς σκέφτηκε ότι ομοιάζει με «θυρεό» (μεγάλη αρχαιοελληνική ασπίδα).

Οι πρώτες, πραγματικά, **χειρουργικές επεμβάσεις στο θυρεοειδή** αναφέρονται από τον Wilhelm Fabricious, το **1646**, στη Γενεύη και τον Albucais, στην Ισπανία. Ο διάσημος για την εποχή Άγγλος χειρουργός Benjamin Gooch, ανέφερε το **1770**, δύο περιστατικά που χειρούργησε και πέθαναν από ακατάσχετη αιμορραγία, ενώ ο Γάλλος Pierre-Joseph Desault, έκανε το **1791**, την πρώτη τεκμηριωμένη επιτυχή, μερική θυρεοειδεκτομή, με επιβίωση του ασθενούς. Η επέμβαση θυρεοειδούς, το πρώτο μισό του **19**ου αιώνα, συνδέθηκε με μεγάλες αιμορραγίες, λοιμώξεις και υψηλή θνησιμότητα. Έτσι, η Θυρεοειδεκτομή καταδικάστηκε και απαγορεύτηκε από την Γαλλική Ιατρική Ακαδημία, το **1850!** Η «**Χειρουργική Επανάσταση» (1850-1900**), με τις πρώτες εφαρμογές της Γενικής Αναισθησίας-Αντισηψία-Απολύμανση εργαλείων σε διάλειμμα φαινόλης και Ράμματα (λινό, μετάξι, βαμβάκι και αργότερα απορροφήσιμα από έντερο

Η επέμβαση θυρεοειδούς, το πρώτο μισό του 19ου αιώνα, συνδέθηκε με μεγάλες αιμορραγίες, λοιμώξεις και υψηλή θνησιμότητα



1900

Ο Emil Theodor Kocher (1841-1917), Ελβετός ιατρός στη Βέρνη

ζώων), οδήγησε σε θεαματικά αποτελέσματα.

Ο Emil Theodor Kocher (1841-1917), Ελβετός ιατρός στη Βέρνη, είναι ο Χειρουργός, που πρώτος πραγματοποίησε έναν πολύ μεγάλο αριθμό θυρεοειδεκτομών, επιτυγχάνοντας προοδευτική μείωση της θνητότητας της επέμβασης, από το 40%, στο 0,18% το 1900. Για την συνολική προσφορά του στην Φυσιολογία, Παθολογία και Χειρουργική του θυρεοειδούς αδένα, βραβεύτηκε με το βραβείο Nobel Ιατρικής, το **1909.**

Μετά τις επιτυχείς επεμβάσεις όμως, οι χειρουργημένοι ασθενείς πέθαιναν πιο κάτω χρονικά, λόγω έλλειψης θυρεοειδικών ορμονών. Έτσι, το **1891**, ο Murray χορήγησε εκχυλίσματα θυρεοειδών προβάτου σε ασθενείς με βαρύ υποθυρεοειδισμό. Ο E.Kendall, το **1914**, ανακάλυψε και απομόνωσε την πρώτη ορμόνη του θυρεοειδούς, τη θυροξίνη.

Ο 20ος και οι αρχές του 21ου αιώνα, συνδέουν τη ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, με τα τεχνολογικά επιτεύγματα πολλών άλλων Επιστημών. Οι επεμβάσεις θυρεοειδούς, πλέον, πραγματοποιούνται με εξαιρετικά υψηλό δείκτη ασφαλείας. Η σύγχρονη **Φαρμακευτική** διορθώνει την ορμονική δυσλειτουργία του οργανισμού, πριν την επέμβαση και προσφέρει μία απολύτως φυσιολογική ζωή στον χειρουργημένο ασθενή. Η **Ακτινολογία** του σήμερα, απεικονίζει με ακρίβεια τις ανατομικές βλάβες, διευκολύνοντας πολύ τον χειρουργό στο λεπτομερές έργο του. Ένα **Αναισθησιολογικό** περιβάλλον με υπερσύγχρονα ηλεκτρονικά μέσα καταγραφής των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς και προηγμένα αναισθησιολογικά φάρμακα, προσφέρουν ευχερή γενική νάρκωση και αφύπνιση, αλλά και στοχευμένη περιοχική αναισθησία. Επιπλέον, η ασφαλής χορήγηση θεραπευτικού ραδιενεργού Ιωδίου, από την **Πυρηνική Ιατρική**, αυξάνει τους δείκτες ίασης, στις κακοήθειες θυρεοειδούς.

Στις μέρες μας, η χειρουργική επιστήμη, έχει αλματώδη εξέλιξη, με την ανάπτυξη, μεταξύ άλλων, της λαπαροσκοπικής, ρομποτικής χειρουργικής. Η σύγχρονη επέμβαση θυρεοειδούς με μικροεπεμβατική τεχνική, από τον **Εξειδικευμένο** πια **Χειρουργό Ενδοκρινών Αδένων**, μπορεί να πραγματοποιηθεί, χωρίς τα συμβατικά εργαλεία, αλλά με **ραδιοσυχνότητες**, παρέχοντας ακρίβεια και, σε συνδυασμό με βιοτεχνολογικά προηγμένα, **αιμοστατικά υλικά**, αποφυγή αιμορραγίας. Η χρήση **βιντεοκάμερας**, επιτρέπει στον χειρουργό, την πρόσβαση και τους χειρισμούς, σε δύσκολα ανατομικά σημεία. Η **σήμανση των παραθυρεοειδών αδένων** για την προστασία τους και η **τεχνολογία νευροδιέγερσης** για τη διαφύλαξη των λαρυγγικών νεύρων, είναι πολύτιμα βοηθήματα. **Διόφθαλμοι χειρουργικοί φακοί** υψηλής ευκρίνειας, προσφέρουν μεγαλύτερη οπτική οξύτητα και ανάλυση, στο χειρουργικό πεδίο. **Ενδοσκοπικό σύστημα λαρυγγοσκόπησης** επιτρέπει την επιβεβαίωση καλής λειτουργίας των φωνητικών χορδών. Τέλος, εξελιγμένες **τεχνικές πλαστικής δέρματος**, χωρίς ράμματα, χαρίζουν δέρμα χωρίς ουλές.

Εξέχουσες προσωπικότητες στην παγκόσμια ιστορία, με το ανεκτίμητης αξίας πρωτοποριακό έργο τους, επηρέασαν βαθύτατα τη διαχρονική εξέλιξη της επιστημονικής ιατρικής σκέψης και πράξης

Κατά την ιστορική διαδρομή, εξέχουσες προσωπικότητες στην παγκόσμια ιστορία, με το ανεκτίμητης αξίας πρωτοποριακό έργο τους, επηρέασαν βαθύτατα τη διαχρονική εξέλιξη της επιστημονικής ιατρικής σκέψης και πράξης. Ξεχωριστοί, χαρισματικοί επιστήμονες, κοσμούν την ανθρωπότητα και, αγνοώντας κόπους και εμπόδια, αποτέλεσαν προάγγελους και θεμελιωτές της σύγχρονης Ιατρικής. Για τους Ιατρούς του σήμερα, και ειδικότερα για όλους εμάς, που υπηρετούμε με απερίγραπτο «μεράκι» τη Χειρουργική Ενδοκρινών Αδένων, δεν μένουμε στη γοητεία που ασκεί η αναδρομή του χθες, αλλά αισθανόμαστε τη συνεχή ανάγκη, το επιστημονικό στίγμα μας, να υπηρετεί τη διαρκή πρόοδο και βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ανθρώπου.

Όταν το σώμα πονάει παντού

Βασιλική Γαραντζιώτη
Διευθύντρια Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Πολύ συχνό είναι το φαινόμενο του «ιατρικού τουρισμού», όπου ο ασθενής χωρίς εμφανή ασθένεια να περιπλανάται από ιατρό σε ιατρό για πόνους σ' όλο το σώμα χωρίς να υπάρχει σαφής παθολογική αιτία. Συνήθως όλες του οι εξετάσεις είναι φυσιολογικές, αλλά όχι όμως και ο «πάσχων». Αναφέρει ότι και οι άλλοι ιατροί δεν του βρήκαν κάτι, άλλα αυτός συνεχίζει να υποφέρει, ενώ αναρωτιέται αν έχει κάτι «κακό» και δεν το βρίσκουμε ή είναι τελικά «τρελός».

Παραπονείται ότι:

- Πονάει σ' όλο το σώμα.
- Κουρασμένος κοιμάται, κουρασμένος ξυπνάει.

- Χρειάζεται πολλή ώρα για να ξεκινήσει τις καθημερινές του δραστηριότητες.
- Έχει γίνει ευέξαπτος με πολύ άγχος.
- Δεν μπορεί να αποδώσει στη δουλειά του γιατί αδυνατεί να συγκεντρωθεί και συχνά χάνει το λεξιλόγιό του από επίμονες κεφαλαλγίες, ημικρανίες ή αυχεναλγίες και όχι σπάνια έχει ζάλη ή εμβοές.
- Παραπονείται για διαταραχές πέψης και έξαρση κολίτιδας με προβλήματα στις κενώσεις.
- Κάνει χρήση έως και κατάχρηση αναλγητικών χωρίς ιδιαίτερη βοήθεια, ενώ ταυτόχρονα παίρνει βιταμίνες ή συμπληρώματα διατροφής χωρίς βελτίωση των συμπτωμάτων.

Ως χρόνιος πόνος θεωρείται ο πόνος που διαρκεί πάνω από 3 μήνες έως και χρόνια και στα δύο ημιμόρια του σώματος (πάνω και κάτω από τη μέση), συμπεριλαμβανομένης της σπονδυλικής στήλης, της ωμοπλάτης και του αυχένα.

Η λεπτομερής λήψη του ιστορικού των συμπτωμάτων βάζει κατ' αρχάς την υποψία του συνδρόμου της **ινομυαλγίας** και η αντικειμενική ανεύρεση των σημείων την επιβεβαιώνουν. Στην εικόνα 1 αναδεικνύονται τα σημεία πόνου.

Το σύνδρομο της ινομυαλγίας μπορεί να το μιμηθούν άλλες καταστάσεις, όπως:

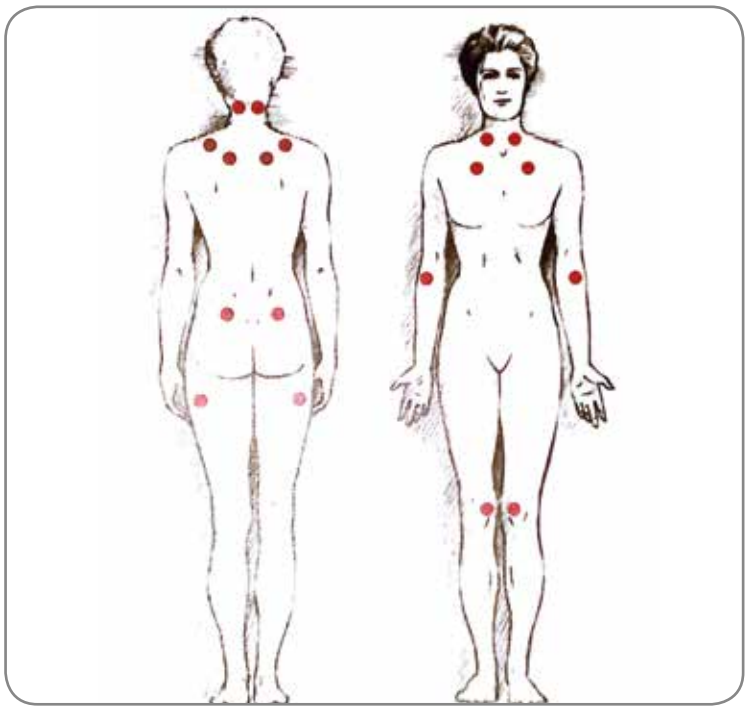
- Υποθυρεοειδισμός
- Υπνική άπνοια
- Ρευματική πολυμυαλγία
- Ηπατίτιδα C
- Λοίμωξη από παρβοϊούς
- Φάρμακα (υπολιπιδαιμικοί ή αντιικοί παράγοντες) ή
- Αρχόμενο αυτοάνοσο ρευματικό νόσημα, αλλά αυτά έχουν εργαστηριακή επιβεβαίωση.

Ως χρόνιος πόνος θεωρείται ο πόνος που διαρκεί πάνω από 3 μήνες έως και χρόνια και στα δύο ημιμόρια του σώματος (πάνω και κάτω από τη μέση), συμπεριλαμβανομένης της σπονδυλικής στήλης, της ωμοπλάτης και του αυχένα

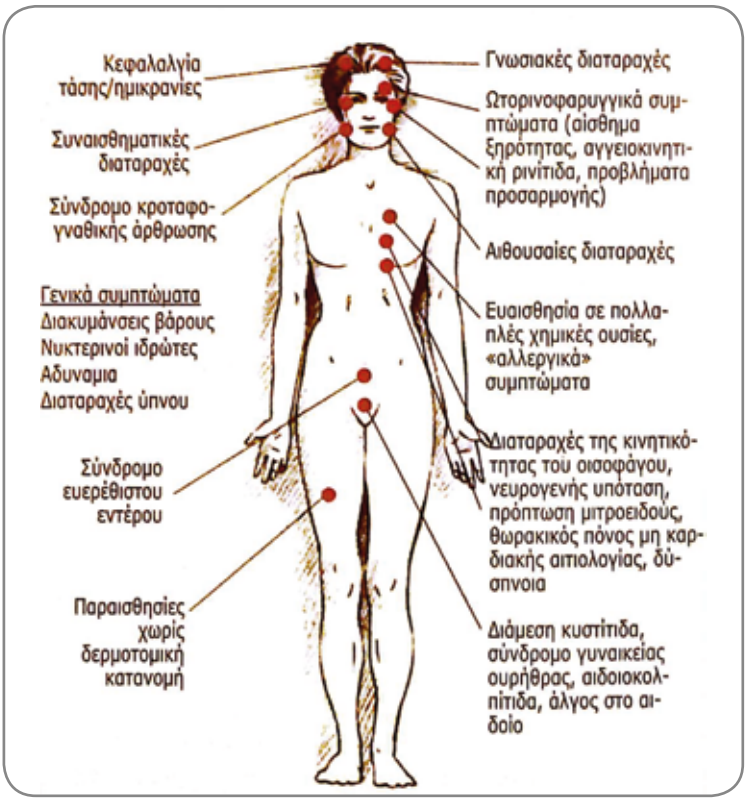
Στην ινομυαλγία δεν υπάρχει εργαστηριακή επιβεβαίωση και οι εξετάσεις πρέπει να γίνονται με σύνεση για τον αποκλεισμό άλλου υποκείμενου νοσήματος.

Ο πόνος της ινομυαλγίας μπορεί να έχει διακυμάνσεις, άλλοτε να είναι ηπιότερος και άλλοτε εντονότερος. Όταν τα συμπτώματα της ινομυαλγίας αυξάνουν σε αριθμό ή και ένταση, τότε αναφερόμαστε σε έξαρση, που μπορεί να συμβεί απροειδοποίητα ή έπειτα από έκθεση του ατόμου σε διάφορα στρεσσογόνα ερεθίσματα.

Επίσης, ασθενείς με ινομυαλγία αναφέρουν πολλά συμπτώματα λειτουργικών διαταραχών, σπλαχνικών οργάνων, όπως επεισόδια



Εικόνα 1: Εντόπιση των σημείων ευαισθησίας στην πίεση (9 ζεύγη) που περιλαμβάνονται στα κριτήρια του Αμερικανικού Κολλεγίου Ρευματολογίας για την ινομυαλγία



Εικόνα 2: Μη ειδικά χαρακτηριστικά της ινομυαλγίας και των σχετικών διαταραχών

Ο πόνος της ινομυαλγίας μπορεί να έχει διακυμάνσεις, άλλοτε να είναι ηπιότερος και άλλοτε εντονότερος. Όταν τα συμπτώματα της ινομυαλγίας αυξάνουν σε αριθμό ή και ένταση, τότε αναφερόμαστε σε έξαρση, που μπορεί να συμβεί απροειδοποίητα ή έπειτα από έκθεση του ατόμου σε διάφορα στρεσσογόνα ερεθίσματα

Δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία για την ινομυαλγία. Η αντιμετώπιση είναι πολύπλευρη και εξαρτάται από το είδος των συμπτωμάτων που παρουσιάζει κάθε ασθενής ξεχωριστά

θωρακικού πόνου μη καρδιακής αιτιολογίας, που εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα, όπως επιγαστραλγία, αίσθημα παλμών και άλλων διαταραχών, τα οποία καταδεικνύονται στην εικόνα 2.

Θεραπεία ινομυαλγίας

Δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία για την ινομυαλγία. Η αντιμετώπιση είναι πολύπλευρη και εξαρτάται από το είδος των συμπτωμάτων που παρουσιάζει κάθε ασθενής ξεχωριστά.

Σύμφωνα με τις πρόσφατες συστάσεις του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για τα Ρευματικά Νοσήματα EULAR πρέπει να ακολουθούνται τα παρακάτω βήματα.

- Αρχικά με τη διάγνωση της ινομυαλγίας πρέπει ο ασθενής να εκπαιδεύεται και να ενημερώνεται έτσι ώστε να κατανοήσει τι ακριβώς πάθηση είναι η ινομυαλγία και να διαμορφώσει ανάλογα τον τρόπο ζωής του, ενδεχομένως κάνοντας ριζικές αλλαγές.
- Να συστήνεται εξατομικευμένο πρόγραμμα άσκησης, που θα μπορούσε να περιλαμβάνει υδροθεραπεία και βελονισμό. Από επιστημονικές μελέτες φαίνεται ότι η αερόβια άσκηση ίσως βοηθάει περισσότερο.

Φαρμακευτική θεραπεία συνιστάται όταν υπάρχει σοβαρός πόνος και διαταραχές ύπνου. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιούνται:

- η duloxetine (αντικαταθλιπτικό)
- η pregabaline(αντιεπιληπτικό)

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα και η κορτιζόνη δεν βοηθούν τον πόνο στην ινομυαλγία και θα πρέπει να αποφεύγονται. Επί αποτυχίας των ανωτέρω συστήνονται ψυχολογικές θεραπείες, όπως η γνωσιακή ή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία.

Μιχάλης Χρήστος Εξαρχάκος
Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Πυρετός

Πρέπει να τον φοβόμαστε;

Από εξελικτική σκοπιά το φαινόμενο του πυρετού έχει εμφανιστεί εδώ και εκατομμύρια χρόνια, αφού παρατηρείται σε ψάρια, αμφίβια και ερπετά. Στον άνθρωπο ως πυρετός ορίζεται η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος πάνω από τη φυσιολογική εικοσιτετράωρη διακύμανση, σαν αποτέλεσμα μεταβολής στο ειδικό θερμορυθμιστικό κέντρο (θερμοστάτης) του εγκεφάλου.

Ως φυσιολογική θερμοκρασία για υγιείς ανθρώπους θεωρούνται οι 36,8 °C ± 0,4 °C έπειτα από στοματική θερμομέτρηση. Υπάρχει, δε, μια φυσιολογική ημερήσια διακύμανση περίπου 0,5 °C, με κατώτατο σημείο στις 6 π.μ. και ανώτατο μεταξύ 4 μ.μ. και 6 μ.μ. Έτσι, η μέγιστη φυσιολογική στοματική θερμοκρασία στις 6 π.μ. είναι 37,2 °C και στις 4 μ.μ. είναι 37,7 °C. Με βάση, λοιπόν, αυτά τα κριτήρια, θερμοκρασία μεγαλύτερη από 37,2 °C το πρωί ή μεγαλύτερη από 37,7 °C το απόγευμα σημαίνει πυρετό, ενώ η μέτρηση από το ορθό είναι συνήθως 0,5 °C υψηλότερη.

Το πιο συνηθισμένο αίτιο πυρετού είναι οι λοιμώξεις, είτε πρόκειται για ιογενείς είτε για μικροβιακές λοιμώξεις. Ωστόσο, δεν πρέπει να παραβλέπονται και τα άλλα αίτια που είναι οι χρόνιες φλεγμονώδεις - αυτοάνοσες παθήσεις, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, οι αγγειίτιδες, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος κ.λπ., και τα κακοήθη νοσήματα, όπως ο καρκίνος του νεφρού, του ήπατος, τα σαρκώματα, τα λεμφώματα, οι λευχαιμίες κ.λπ.

Σε κάθε περίπτωση, παρατηρείται μια ενεργοποίηση ορισμένων κυττάρων του ανοσολογικού μας συστήματος, τα οποία παράγουν κάποιες ουσίες που αποκαλούνται κυτοκίνες (IL – 1, IL – 6, TNFa κλπ.). Αυτές οι κυτοκίνες, «ταξιδεύοντας» διαμέσου της κυκλοφορίας του αίματος, καταλήγουν στον εγκέφαλο, και μάλιστα σε ένα συγκεκριμένο σημείο του που ονομάζεται υποθάλαμος. Εκεί βρίσκεται το θερμορυθμιστικό κέντρο του σώματός μας, που λειτουργεί όπως ο οικιακός θερμοστάτης.

Ο πυρετός είναι σύμπτωμα, όχι νόσος και κατά κανόνα οφείλεται σε «καλοήθη» νοσήματα, αυτοπεριοριζόμενα, όπως οι ιογενείς λοιμώξεις. Ψυχραιμία, εγρήγορση και επικοινωνία με τον γιατρό είναι το τρίπτυχο που εξασφαλίζει συνήθως την αίσια έκβαση της «περιπέτειας»

Όταν, λοιπόν, οι κυτοκίνες αυτές φτάσουν στον εγκεφαλικό «θερμοστάτη» μας, τον επαναρυθμίζουν προς τα άνω. Σαν αποτέλεσμα ο «θερμοστάτης» αποστέλλει εντολές προς το σώμα μας, προκειμένου να πετύχει την αύξηση παραγωγής θερμότητας στο σώμα μας (αύξηση μεταβολισμού, μυϊκοί σπασμοί και ρίγος) και τη μείωση απώλειας θερμότητας (περιφερικός αγγειόσπασμος, δηλαδή κρύα άκρα, αναζήτηση θερμού περιβάλλοντος, ζεστά ρούχα κ.λπ.). Έτσι, εντέλει, επιτυγχάνεται η αύξηση της θερμοκρασίας κατά 2-3 °C συνήθως.

Προς το παρόν δεν υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία που να υποδηλώνουν ότι ο χαμηλός ή ο μέτριος πυρετός είναι επιζήμιος ή ότι η αντιπυρετική θεραπεία γι' αυτόν τον πυρετό είναι ωφέλιμη.

Αντιθέτως, υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι ο πυρετός πιθανόν να βελτιώνει τις πιθανότητες επιβίωσης από λοίμωξη. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι κάποια στελέχη πνευμονιόκοκκου αναστέλλουν την ανάπτυξή τους και πιθανώς αυτοκαταστρέφονται στους 41 °C.

Επίσης, θερμοκρασίες στα επίπεδα του πυρετού φαίνεται ότι ενισχύουν τη βακτηριοκτόνο δράση των λευκών αιμοσφαιρίων. Πέρα από αυτά, συχνά ο πυρετός καταστέλλεται φαρμακευτικά χωρίς ιδιαίτερο λόγο, εκτός από την ενόχληση που επιφέρει ή από την αγωνιώδη πίεση από τον ασθενή προς τον γιατρό. Με αυτόν τον τρόπο, μπορούν να χαθούν σημαντικές κλινικές πληροφορίες που αποκτούνται με την παρακολούθηση της ανοδικής ή της καθοδικής πορείας της θερμοκρασίας ή να συγκαλυφθεί μια εντοπισμένη λοίμωξη υπό την επήρεια αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και έτσι να καθυστερήσουν η έγκαιρη διάγνωση και η αντιμετώπισή της.

Από την άλλη πλευρά, είναι γεγονός ότι ο πυρετός επιφέρει και ικανό «κόστος» για τον ασθενή, εκτός από την ενόχληση. Για κάθε αύξηση της θερμοκρασίας κατά 1 °C υπάρχει αύξηση της κατανάλωσης O_2 κατά 13% και σημαντική αύξηση των απαιτήσεων για θερμίδες και υγρά. Έτσι μπορεί να θέσει σε κίνδυνο ασθενείς με οριακή καρδιακή ή αναπνευστική λειτουργία ή οριακή εγκφαλική αιμάτωση.

Ο πυρετός μπορεί να μειώσει, λοιπόν, την πνευματική οξύτητα και να προκαλέσει παραλήρημα και λήθαργο, ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς ή σε ασθενείς με άνοια, καρδιακή, αναπνευστική, ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια.

Τα παιδιά κάτω των 5 ετών μπορούν να εμφανίσουν πυρετικούς σπασμούς (>40 °C), ενώ ένα μόνο επεισόδιο θερμοκρασίας >37,8 °C στο πρώτο τρίμηνο της κύησης διπλασιάζει τον κίνδυνο ανωμαλιών του νευρικού σωλήνα του εμβρύου.

Ο πυρετός μπορεί να μειώσει την πνευματική οξύτητα και να προκαλέσει παραλήρημα και λήθαργο, ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς ή σε ασθενείς με άνοια, καρδιακή, αναπνευστική, ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια

Τέλος, ιδιαίτερη εγρήγορση από την πλευρά του θεράποντος ιατρού απαιτείται σε περίπτωση ασθενών με ιστορικό ανοσοκαταστολής (π.χ., υπό χημειοθεραπεία) ή προηγηθέντος ταξιδιού σε «ύποπτο» προορισμό, καθώς και για την έγκαιρη διαπίστωση ενδεχόμενου μη λοιμώδους αιτίου του πυρετού.

Συνοψίζοντας, «φοβόμαστε» τον πυρετό και επικοινωνούμε με τον γιατρό μας, όταν:

- Υπάρχει προχωρημένη ηλικία.
- Υπάρχει ιστορικό καρκίνου και χημειοθεραπείας.
- Προηγήθηκε ταξίδι σε χώρες της Αφρικής, της Ασίας, της Νότιας Αμερικής και της Μέσης Ανατολής.
- Υπάρχει κύηση.
- Υπάρχει ιστορικό αγωγής με κορτικοειδή επί μακρόν.
- Υπάρχει ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας, χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, ηπατικής ή νεφρικής ανεπάρκειας ή σακχαρώδους διαβήτη.
- Όταν ο πυρετός συνοδεύεται από δερματικό εξάνθημα, δύσπνοια, πονοκέφαλο ή πόνο στον αυχένα, σπασμούς, σύγχυση, εμέτους ή διάρροιες και,
- Τέλος, όταν συνυπάρχει σοβαρός πόνος στην κοιλιακή χώρα ή στην οσφυική χώρα ή στον θώρακα.

Πρέπει να θυμάται κανείς ότι ο πυρετός είναι σύμπτωμα, όχι νόσος και κατά κανόνα οφείλεται σε «καλοήθη» νοσήματα, αυτοπεριοριζόμενα, όπως οι ιογενείς λοιμώξεις.

Ψυχραιμία, εγρήγορση και επικοινωνία με τον γιατρό είναι το τρίπτυχο που εξασφαλίζει συνήθως την αίσια έκβαση της «περιπέτειας».

Ιατρική Ακριβείας (Precision Medicine) ή Εξατομικευμένη Ιατρική στον Καρκίνο

Το μέλλον ή και το παρόν;

Το σώμα μας αποτελείται από χιλιάδες κύτταρα. Στον πυρήνα των κυττάρων υπάρχει το γνωστό σε όλους μας DNA, ίδιο για κάθε κύτταρο. Το DNA είναι ένα πολύ μεγάλο μόριο, που αποτελείται από αζωτούχες βάσεις που ενώνονται η μία με την άλλη σε σειρά ή αλληλουχία, σχηματίζοντας μια διπλή έλικα.

Οι αλληλουχίες βάσεων του DNA που περιέχουν μια συγκεκριμένη γενετική πληροφορία λέγονται ***γονίδια.*** Τα προϊόντα της γονιδιακής έκφρασης είναι συνήθως πρωτεΐνες, με ιδιαίτερο ρόλο στη δομή και τη λειτουργία του κυττάρου.

Χρήστος Πανόπουλος
Διευθυντής Παθολόγος-Ογκολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Οι ***μεταλλάξεις*** είναι αλλαγές στην αλληλουχία του DNA**.** Οι αλλαγές αυτές του DNA με τις γονιδιακές βλάβες που τις συνοδεύουν μπορεί να προκαλέσουν ανεξέλεγκτη ανάπτυξη των κυττάρων, με αποτέλεσμα τη δημιουργία καρκίνου.

Τις τελευταίες δεκαετίες, η ραγδαία ανάπτυξη της γενετικής, με αποκορύφωμα την αποκρυπτογράφηση του ανθρώπινου γονιδιώματος, οδήγησε στη συνεχώς καλύτερη κατανόηση των υπεύθυνων βιολογικών και γενετικών διαδικασιών για την ανάπτυξη και την επιβίωση του καρκινικού κυττάρου και τη διαπίστωση, που γίνεται πλέον βεβαιότητα, ότι ο καρκίνος είναι ***γενετική νόσος.***

Η συνεχώς βαθύτερη γνώση της βιολογίας και ειδικότερα της γενετικής του καρκίνου μάς δίνουν τη δυνατότητα ανάπτυξης νέων μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας.

Έτσι μάθαμε ότι δεν χαρακτηρίζονται πάντοτε από την ίδια γενετική ταυτότητα (γενετική υπογραφή) όλοι οι καρκίνοι ενός συγκεκριμένου τύπου ή οργά-

νου και επομένως δεν είναι ίδιοι, με αποτέλεσμα ο κάθε ασθενής να έχει τον «δικό του» καρκίνο. Ποσοστό περίπου 5% του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα, που είναι ο συχνότερος ιστολογικός τύπος, π.χ., χαρακτηρίζεται από αλλοιώσεις του γονιδίου ALK. Οι ασθενείς με τον συγκεκριμένο τύπο μεταλλάξεων ανταποκρίνονται σε φάρμακα, όπως το Crizotinib ή το Ceritinib, που έχουν στόχο τη συγκεκριμένη γενετική αλλαγή. Η συγκεκριμένη μετάλλαξη χαρακτηρίζει και άλλους τύπους όγκων, όπως ορισμένα λεμφώματα, που θα μπορούσαν ενδεχομένως να ωφεληθούν από τις ίδιες θεραπείες.

Η Ιατρική Ακριβείας ή αλλιώς Εξατομικευμένη Ιατρική είναι μια διαφορετική προσέγγιση επιλογής δραστικότερων θεραπειών βασισμένων στην κατανόηση των γενετικών χαρακτηριστικών ενός συγκεκριμένου νεοπλάσματος. Η ιδέα της εξατομικευμένης Ιατρικής δεν είναι νέα, έχει σημειώσει, όμως, τεράστια πρόοδο τα τελευταία χρόνια χάρη στην εξέλιξη της τεχνολογίας, της μοριακής βιολογίας και της γενετικής.

Μέχρι πρόσφατα, οι ασθενείς με τον ίδιο τύπο και το ίδιο στάδιο καρκίνου αντιμετωπίζονταν με την ίδια θεραπεία. Οι ανταποκρίσεις, όμως, στη θεραπεία δεν είναι ίδιες για κάθε ασθενή, χωρίς να γνωρίζουμε ακριβώς το γιατί. Έπειτα από δεκαετίες έρευνας έγινε, πλέον, κατανοητό ότι, εκτός από τις διαφορές στη γενετική υπογραφή των όγκων, δημιουργούνται και μηχανισμοί αντίστασης, που δημιουργούν τις προϋποθέσεις διαφορετικής ανταπόκρισης και επιβίωσης του καρκινικού κυττάρου.

Η ελπίδα μας για το μέλλον είναι ότι η θεραπεία θα είναι κομμένη και ραμμένη στα μέτρα του κάθε ασθενούς. Πολλές από αυτές τις νέες θεραπείες σήμερα είναι γνωστές σαν ***θεραπείες με στόχο (στοχεύουσες).*** Αν, π.χ., ασθενής με κακόηθες μελάνωμα φέρει συγκεκριμένη μετάλλαξη, τη V600 στο γονίδιο BRAF, μπορεί να αντιμετωπιστεί άριστα με φάρμακα που στοχεύουν τη συγκεκριμένη γενετική αλλαγή.

Με τα σημερινά δεδομένα, καρκίνοι για τους οποίους υπάρχουν εγκεκριμένα φάρμακα για συγκεκριμένους στόχους, όπως το μελάνωμα, ο μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα, οι καρκίνοι του μαστού, του παχέος εντέρου και του ορθού, πρέπει να ελέγχονται για συγκεκριμένες μεταλλάξεις αμέσως μετά τη διάγνωση, ώστε να θεραπεύονται με την κατάλληλη στοχεύουσα θεραπεία.

Η ανίχνευση μεταλλάξεων γίνεται από το υλικό βιοψίας ή και από το αίμα (π.χ., BRCA1/2) σε ειδικά εργαστήρια μοριακής βιολογίας και γενετικής, στα οποία με ειδικά μηχανήματα αναλύεται η σειρά των βάσεων (αλληλούχιση) του DNA. Οι αναλυτές νέας γενεάς (NGS ή Next Generation Sequencing) μπορούν να αναλύσουν πολλά γονίδια ταυτόχρονα με μεγάλο όφελος και χαμηλότερο κόστος, το οποίο συνήθως καλύπτεται από τα ταμεία ασφάλισης.

Στην εξατομικευμένη Ογκολογία δεν περιλαμβάνονται μόνο οι στοχεύουσες θεραπείες αλλά και άλλοι τρόποι αντιμετώπισης του καρκίνου, όπως η ***ανοσοθεραπεία***, που εφαρμόζεται με μεγάλη επιτυχία σε συγκεκριμένα είδη καρκίνου, όπως το μελάνωμα και ο καρκίνος του πνεύμονα, ειδικότερα όταν παρατηρείται θετικότητα για ορισμένους βιοδείκτες, για τους οποίους γίνεται μεγάλη συζήτηση σήμερα. Οι ***βιοδείκτες*** είναι μόρια στο αίμα, τα υγρά και τους ιστούς, των οποίων η έκφραση σηματοδοτεί μια φυσιολογική ή παθολογική κατάσταση και που η παρουσία τους μπορεί να προβλέψει τη θετική, αποτελεσματική έκβαση της θεραπείας.

Δεν χαρακτηρίζονται πάντοτε από την ίδια γενετική ταυτότητα (γενετική υπογραφή) όλοι οι καρκίνοι ενός συγκεκριμένου τύπου ή οργάνου και επομένως δεν είναι ίδιοι, με αποτέλεσμα ο κάθε ασθενής να έχει τον «δικό του» καρκίνο

Η Ιατρική Ακριβείας ή αλλιώς Εξατομικευμένη Ιατρική είναι μια διαφορετική προσέγγιση επιλογής δραστικότερων θεραπειών βασισμένων στην κατανόηση των γενετικών χαρακτηριστικών ενός συγκεκριμένου νεοπλάσματος

Οι βιοδείκτες αποτελούν κλειδί σήμερα στην αντιμετώπιση του καρκίνου και συμβάλλουν τόσο στην επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας όσο και στη μείωση του κόστους. Στην ανοσοθεραπεία, ο βιοδείκτης που εφαρμόζεται σήμερα είναι το PD-L. Αν και υπάρχουν ακόμη αμφιβολίες για τη σημασία της έκφρασης του PD-L1, υπάρχουν μελέτες που θεωρούν ότι όσο πιο θετική είναι η χρωστική έκφραση του PD-L1 τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα οφέλους του ασθενούς με καρκίνο από την ανοσοθεραπεία. Μελετάται με ιδιαίτερο ενδιαφέρον η χρησιμότητα ενός νέου δείκτη, του TMB (Tumor Mutation Burden), που είναι η ποσοτική μέτρηση του συνόλου των μεταλλάξεων των καρκινικών κυττάρων. Οι όγκοι με υψηλά επίπεδα TMB φαίνεται ότι εκφράζουν περισσότερα αντιγόνα, ειδικά για τον όγκο, με συνέπεια εντονότερη ανοσιακή απάντηση και καλύτερη ανταπόκριση στην ανοσοθεραπεία.

Η συνεχής επιστημονική πρόοδος αλλάζει τα δεδομένα της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου και δίνει πολλές ελπίδες για το μέλλον.

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

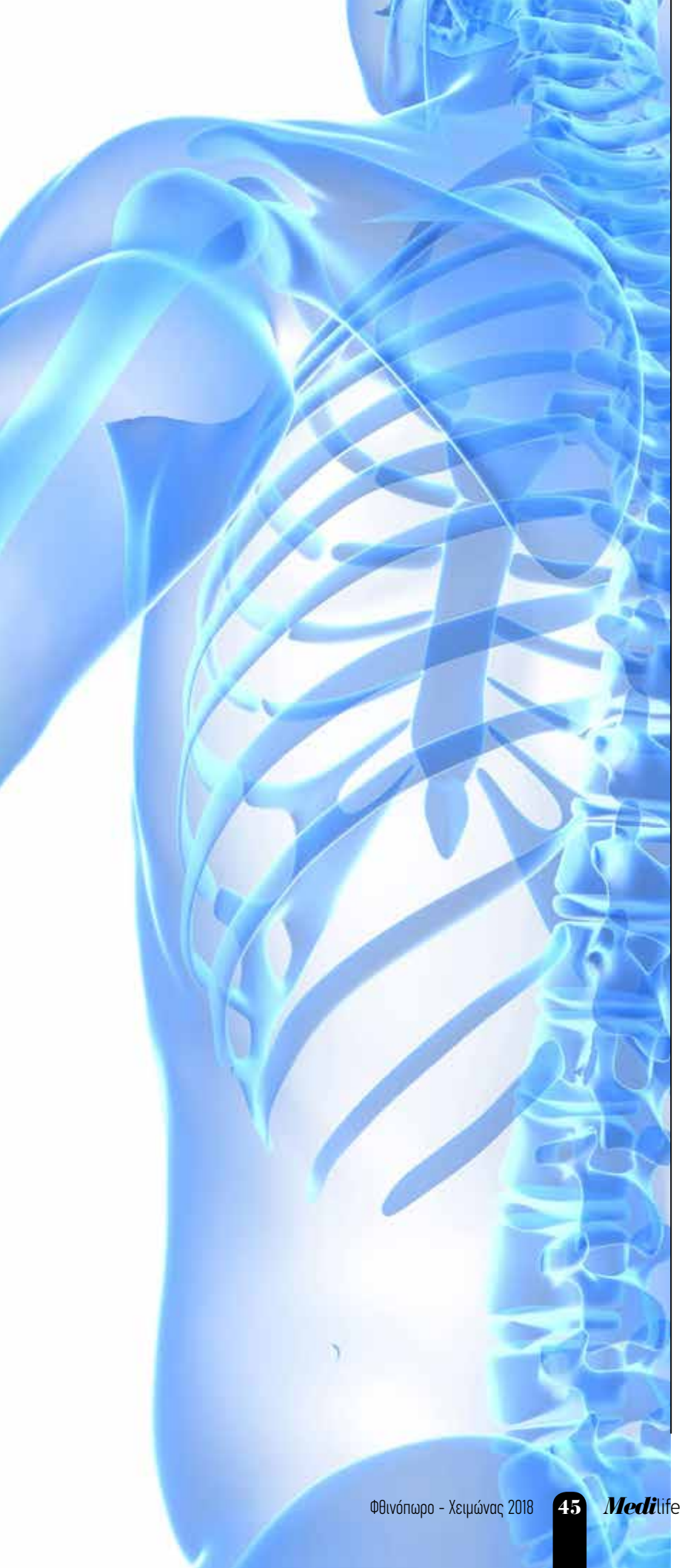
Σύγχρονες τεχνικές αποκατάστασης χόνδρινων βλαβών

Ο χόνδρος είναι η λεία απόληξη του οστού μέσα στην κάθε άρθρωση.

Η βλάβη του αρθρικού χόνδρου είναι γνωστή ως χόνδρινη βλάβη, ενώ σε περίπτωση που συμμετέχει τμήμα του υποκείμενου οστού χαρακτηρίζεται ως οστεοχόνδρινη βλάβη. Οι χόνδρινες βλάβες μπορεί να οφείλονται:

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

Η εμφάνισή τους είναι συχνό-



Η διάγνωση των χόνδρινων βλαβών δεν είναι δυνατό να επιβεβαιωθεί εύκολα με την κλινική εξέταση, καθώς τα σημεία είναι ανάλογα με άλλες κλινικές οντότητες. Για την επιβεβαίωση της διάγνωσης είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν οι απλές ακτινογραφίες, η μαγνητική τομογραφία και η αρθροσκόπηση

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

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

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

Η διάγνωση των χόνδρινων βλαβών δεν είναι δυνατό να επιβεβαιωθεί εύκολα με την κλινική εξέταση, καθώς τα σημεία είναι ανάλογα με άλλες κλινικές οντότητες, όπως το διάστρεμμα της άρθρωσης ή οι συνδεσμικές βλάβες. Για την επιβεβαίωση της διάγνωσης είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν οι απλές ακτινογραφίες (σε περιπτώσεις προχωρημένης αρθρίτιδας ή διαχωριστικής οστεοχονδρίτιδας), η μαγνητική τομογραφία και η αρθροσκόπηση. Η αρθροσκόπηση δίνει μια πραγ-

ματική εικόνα της έκτασης της βλάβης.

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

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

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

Στην Ευρωκλινική υπάρχει μεγάλη εξειδίκευση στα θέματα αντιμετώπισης των χόνδρινων βλαβών. Έτσι, μέσα στο 2014 για πρώτη φορά στον κόσμο τοποθετήθηκε MajoRegen πλήρως αρθροσκοπικά και επίσης το 2014 τοποθετήθηκε για πρώτη φορά στη χώρα μας BST-Cargel σε χόνδρινο έλλειμμα αστραγάλου. Το Agili-C έχει τοποθετηθεί πρώτη φορά στην Ελλάδα από την ίδια ομάδα, ενώ σήμερα τοποθετούνται περισσότερα από 30 ικριώματα χόνδρου τύπου MERG ετησίως

Στην Ευρωκλινική υπάρχει τόσο μεγάλη εξειδίκευση στα θέματα αντιμετώπισης των χόνδρινων βλαβών, που τα βήματα πρωτοπορίας διαδέχονται το ένα το άλλο. Έτσι, μέσα στο 2014 για πρώτη φορά στον κόσμο τοποθετήθηκε MajoRegen πλήρως αρθροσκοπικά και επίσης το 2014 τοποθετήθηκε για πρώτη φορά στη χώρα μας BST-Cargel σε χόνδρινο έλλειμμα αστραγάλου. Το Agili-C έχει τοποθετηθεί πρώτη φορά στην Ελλάδα από την ίδια ομάδα, ενώ σήμερα τοποθετούνται περισσότερα από 30 ικριώματα χόνδρου τύπου MERG ετησίως.

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

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

CO-LOCK

CO-LOCK Locking Plate System

MEDIWAY
MEDICAL SUPPLIES

MEDIWAY Ε.Π.Ε - Εθνικής Αντιστάσεως 138, Τ.Κ. 17236, Άγιος Δημήτριος, Αθήνα, Τηλ. 210 9706183, Fax. 210 9704611, e-mail: info@mediway.gr

Νεότερες εξελίξεις στη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη

Αθανάσιος Ρήγας
Διευθυντής Ουρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο καρκίνος του προστάτη είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους στους άνδρες. Η έγκαιρη και αποτελεσματική διάγνωσή του, καθώς και η ορθή αντιμετώπισή του αποτελούν βασική μας προτεραιότητα.

Ο καλύτερος τρόπος πρόληψης και αντιμετώπισής του είναι η έγκαιρη διάγνωση. Γι' αυτό τον λόγο, όλοι οι άνδρες από την ηλικία των 50 ετών κι από την ηλικία των 40, εάν υπάρχει θετικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη, ακόμα κι αν δεν έχουν κανένα σύμπτωμα (screening), πρέπει να ελέγχουν τον προστάτη τους. Φυσικά σε περιπτώσεις που υπάρχουν ενοχλήματα στην ούρηση ή την εκσπερμάτιση, ο έλεγχος προστάτη είναι επιβεβλημένος.

Το υπερηχογράφημα προστάτη, η δακτυλική εξέταση και το PSA συναξιολογούνται στη διαδικασία διαγνωστικού ελέγχου του προστάτη για κακοήθεια.

Η δακτυλική εξέταση του προστάτη είναι πολύτιμη, γιατί ψηλαφητή σκληρία ή ασυμμετρία του αδένα θέτει την υπόνοια

Χρήση **σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας** τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπεία του καρκίνου

κακοήθειας. Και άλλες παθήσεις του προστάτη, όμως, όπως χρόνιες φλεγμονές, μπορεί να έχουν την ίδια εικόνα. Επίσης, αρχόμενες κακοήθειες δεν μπορούν να ψηλαφηθούν.

Το PSA αυξάνεται στον καρκίνο του προστάτη, αλλά μπορεί να αυξηθεί και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις του προστάτη, όπως υπερπλασία ή φλεγμονές. Βέβαια, το κλάσμα (ratio) και η ταχύτητα μεταβολής του (velocity) μπορεί να βοηθήσουν στην ερμηνεία. Επίσης, υπάρχουν επιθετικοί, αδιαφοροποίητοι καρκίνοι του προστάτη που δεν παράγουν PSA κι έτσι δεν παρατηρείται καμία αύξηση στην τιμή του.

Το διαρχικό υπερηχογράφημα και η κατευθυνόμενη βιοψία προστάτη αποτελούν τις κεντρικές εξετάσεις διάγνωσης, καθώς παρέχουν την ιστολογική επιβεβαίωση και μας δίνουν πολύτιμες πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά του όγκου. Επειδή, όμως, ο καρκίνος του προστάτη παρουσιάζει ποικιλία στην ηχομορφολογική του εμφάνιση, το υπερηχογράφημα έχει χαμηλή ευαισθησία κι ειδικότητα. Έτσι, 21%-47% των όγκων δεν φαίνονται, ενώ 60% ύποπτων εστιών είναι καλοήθεις.

Η πολυπαραμετρική μαγνητική τομογραφία προστάτη, αποτελεί μια σημαντικότατη εξέταση για την αρχική διάγνωση του καρκίνου του προστάτη, την απόφαση πραγματοποίησης επαναληπτικής βιοψίας προστάτη, τον έλεγχο της υποτροπής ή την ενεργό παρακολούθηση, όπως, επίσης, και την αναγνώριση τοπικής επέκτασης σε ασθενείς υψηλού κινδύνου με τοπικά προχωρημένη νόσο

Τα τελευταία χρόνια έχουμε στη διάθεσή μας την πολυπαραμετρική μαγνητική τομογραφία προστάτη, που αποτελεί τον συγκερασμό και την ταυτόχρονη συναξιολόγηση δύο ή τριών διαφορετικών τεχνικών μαγνητικής απεικόνισης. Με αυτό τον τρόπο, επιτυγχάνεται η αναγνώριση εστιών καρκίνου του προστάτη σε πολύ υψηλό ποσοστό 75%-97%, αναλόγως των χαρακτηριστικών του όγκου. Εάν ακολούθως πραγματοποιηθεί κατευθυνόμενη βιοψία βασισμένη στη μαγνητική (fusion), η διάγνωση της κακοήθειας φτάνει στο 75%. Η πολυπαραμετρική μαγνητική τομογραφία προστάτη, λοιπόν, αποτελεί μια σημαντικότατη εξέταση για την αρχική διάγνωση του καρκίνου του προστάτη, την απόφαση πραγματοποίησης επαναληπτικής βιοψίας προστάτη, τον έλεγχο της υποτροπής ή την ενεργό παρακολούθηση, όπως, επίσης, και την αναγνώριση τοπικής επέκτασης σε ασθενείς υψηλού κινδύνου με τοπικά προχωρημένη νόσο.

Ρομποτική Ριζική Προστατεκτομή

Όσον αφορά την αντιμετώπιση του προστατικού καρκίνου, μέθοδο εκλογής αποτελεί η Ρομποτική Ριζική Προστατεκτομή. **Η χρήση του ρομποτικού συστήματος Da Vinci αποτελεί τη μεγαλύτερη πρωτοπορία στη σύγχρονη χειρουργική πρακτική**.

Συγκεκριμένα, στη Ρομποτική Ριζική Προστατεκτομή ο στόχος μας είναι, πρωτίστως, η ογκολογική ίαση του ασθενούς, αλλά και η επίτευξη καλού λειτουργικού

αποτελέσματος, δηλαδή φυσιολογικής ούρησης και διατήρηση της στύσης. Καθώς ο προστάτης και η ουρήθρα βρίσκονται βαθιά μέσα στη στενή οστέινη λεκάνη μας (πύελος) με τα νεύρα και τα αγγεία της στύσης και της ούρησης κολλημένα πάνω τους και τον εντερικό σωλήνα σε επαφή, η καλή οπτική και η δυνατότητα λεπτών χειρισμών (αφαίρεση σπερματοδόχων κύστεων, εκτομή προστάτη, διαφύλαξη νευραγγειακού δματίου της στύσης και του σφιγκτήρα, αναστόμωση κύστης - ουρήθρας) σε αυτόν τον περιορισμένο ανατομικό χώρο είναι σε κάθε χειρουργείο πρόκληση.

Ο εξειδικευμένος χειρουργός κατευθύνει και ελέγχει τους ρομποτικούς βραχίονες και με απόλυτη ακρίβεια και λεπτομέρεια, έχοντας εντυπωσιακή μεγέθυνση και τέλειο τρισδιάστατο οπτικό πεδίο, επιτυγχάνει λεπτότατους χειρουργικούς χειρισμούς, αδύνατους με όλες τις άλλες χειρουργικές μεθόδους. Η επέμβαση γίνεται χωρίς τομή στο δέρμα, μέσα από μικροσκοπικές οπές, με ελάχιστο πόνο, ασήμαντη απώλεια αίματος και ταχύτατη ανάρρωση. Ο ασθενής κινητοποιείται λίγες ώρες μετά το χειρουργείο και εντός δύο ημερών επιστρέφει στο σπίτι του και στις καθημερινές δραστηριότητές του.

Στην Ευρωκλινική Αθηνών παρέχεται ένα νέο, υπερσύγχρονο ρομποτικό σύστημα και πραγματοποιείται συστηματικά μεγάλος αριθμός ρομποτικών επεμβάσεων για καρκίνο του προστάτη και παθήσεις των νεφρών (κύστεις, όγκοι, στενώματα ουρητήρα, πυελοουρητηρικής συμβολής κ.ά.) και της κύστης. Η χειρουργική ομάδα πλαισιώνεται από εξειδικευμένους και πιστοποιημένους στη Ρομποτική Χειρουργική συνεργάτες, εμπειρότατους αναισθησιολόγους και νοσηλευτικό προσωπικό. Η μόνιμη συνεργασία όλων των μελών της ομάδας εξασφαλίζει το βέλτιστο διεγχειρητικό αποτέλεσμα και μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Στη Ρομποτική Ριζική Προστατεκτομή ο στόχος μας είναι, πρωτίστως, η ογκολογική ίαση του ασθενούς, αλλά και η επίτευξη καλού λειτουργικού αποτελέσματος, δηλαδή φυσιολογικής ούρησης και διατήρηση της στύσης

Με τη χρήση της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη δίνεται η δυνατότητα να προσεγγιστεί πληρέστερα η συχνότατη κακοήθεια του προστάτη, επιτυγχάνοντας την πλήρη αντιμετώπισή της με υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας και ασφάλειας και διατηρώντας ταυτόχρονα την ποιότητα ζωής των ασθενών

Η πλειονότητα των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε ρομποτικές επεμβάσεις είναι απόλυτα ικανοποιημένοι, κυρίως για δύο λόγους: Πρώτον, γιατί έχουν βιώσει μια σχετικά ομαλή διεγχειρητική και μετεγχειρητική πορεία, χωρίς πόνους, ενοχλήματα από την τομή στο δέρμα, άμεση κινητοποίηση και έναρξη σίτισης, μέσο χρόνο νοσηλείας 2-3 ημέρες, μετάγγιση 0-1 μονάδες αίματος και, δεύτερον, γιατί οι περισσότεροι εμφάνισαν άμεσα μετεγχειρητικά πλήρη έλεγχο της ούρησης, ενώ δεν υπάρχει κανένας ασθενής με κάκωση σφικτήρα και πλήρη ακράτεια ούρων. Η πλειονότητα διατήρησε την προϋπάρχουσα στύση και σε όλες τις ιστολογικές εξετάσεις τα χειρουργικά όρια ήταν ελεύθερα νόσου, που αποδεικνύει την πλήρη αφαίρεση του όγκου και την ίαση του ασθενούς.

Με τη χρήση της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη δίνεται η δυνατότητα να προσεγγιστεί πληρέστερα η συχνότατη κακοήθεια του προστάτη, επιτυγχάνοντας την πλήρη αντιμετώπισή της με υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας και ασφάλειας και διατηρώντας ταυτόχρονα την ποιότητα ζωής των ασθενών.

ΟΜΙΛΟΣ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο Κέντρο!

Νέο, υπερσύγχρονο, ρομποτικό χειρουργικό σύστημα **da Vinci Si**

Ο καλύτερος σύμμαχος του ασθενή και του ιατρού στην χειρουργική ουρολογία

Το απόλυτο όπλο για την αποτελεσματική ίαση των ογκολογικών περιστατικών (ριζική προστατεκτομή, ριζική κυστεοκτομή, νεφροεκτομή κ.ά.)

Από το 2008 χρησιμοποιούμε τη ρομποτική τεχνολογία με βάση τις ενδείξεις, **όταν και όπως πρέπει για το καλό του ασθενή**

Πλεονεκτήματα της μεθόδου:

- Μικρότερος κίνδυνος επιπλοκών
- Μικρότερη απώλεια αίματος
- Λιγότερος μετεγχειρητικός πόνος
- Μειωμένος χρόνος νοσηλείας
- Ταχύτερη ανάρρωση
- Γρήγορη επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες
- Εξαιρετικό αισθητικό αποτέλεσμα

Αθανασιάδου 7-9, 115 21 Αθήνα
(σταθμός μετρό Αμπελόκηποι),
Τηλ.: 210 6416600,
email: info@euroclinic.gr,
www.euroclinic.gr

Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου

Μια χρόνια διαταραχή του πεπτικού συστήματος

Νικόλαος Νασιακόπουλος
Διευθυντής Γαστρεντερολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Πέτρος Τζαφέστας
Αναπληρωτής Διευθυντής Γαστρεντερολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) είναι μια χρόνια διαταραχή του πεπτικού συστήματος. Τα κύρια συμπτώματα της διαταραχής είναι ο κοιλιακός πόνος, ο τυμπανισμός (φουσκώματα) και οι αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου, όπως δυσκοιλιότητα και διάρροια. Τα παραπάνω συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν μεμονωμένα ή να παρουσιάζονται επικαλυπτόμενα σε διαφορετικά ποσοστά.

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι η πιο συχνά διαγνωσμένη γαστρεντερική κατάσταση και είναι η δεύτερη αιτία απουσίας από την εργασία μετά το κοινό κρυολόγημα. Υπολογίζεται ότι το 10%-20% των ανθρώπων του γενικού πληθυσμού εμφανίζει συμπτώματα του συνδρόμου, αλλά μόνο περίπου το 15% των ατόμων που πάσχουν από το σύνδρομο αυτό αναζητά ιατρική βοήθεια.

Υπάρχουν διάφορες θεωρίες σχετικά με το πώς και γιατί αναπτύσσεται το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Παρά την εντατική έρευνα και την πρόοδο της ιατρικής, η αιτία δεν είναι γνωστή.

Μια θεωρία υποδηλώνει ότι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου προκαλείται από ανώμαλες συσπάσεις του εντέρου (εξού και ο όρος «σπαστική κολίτιδα»). Ωστόσο, οι ανώμαλες συσπά-

σεις δεν εξηγούν το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου σε όλους τους ασθενείς και δεν είναι σαφές εάν οι συστολές είναι σύμπτωμα ή αιτία της διαταραχής.

Μερικοί άνθρωποι εμφανίζουν σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου έπειτα από σοβαρή γαστρεντερική μόλυνση (π.χ., Salmonella, Campylobacter, ιοί), μεταλοιμώδες ευερέθιστο έντερο. Δεν είναι σαφές πώς η λοίμωξη προκαλεί την ανάπτυξη του συνδρόμου, ενώ οι περισσότεροι άνθρωποι με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου δεν έχουν ιστορικό τέτοιων λοιμώξεων.

Τα άτομα με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου που αναζητούν ιατρική βοήθεια είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από στρες και άγχος. Το άγχος και το στρες μπορούν να επιδεινώσουν τη συμπτωματολογία του συνδρόμου, αλλά δεν είναι η αιτία. Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι πιο συνηθισμένο σε άτομα που έχουν ιστορικό φυσικής, λεκτικής ή σεξουαλικής κακοποίησης.

Οι τροφικές δυσανεξίες είναι συχνές σε ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα να οφείλεται σε ευαισθησία στα τρόφιμα ή σε αλλεργία. Αυτή η θεωρία είναι δύσκολο να αποδειχθεί. Ο καλύτερος τρόπος για να εντοπιστεί μια συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και της ευαισθησίας των τροφίμων είναι η συστηματική εξάλειψη ορισμένων ομάδων τροφίμων -διαδικασία που ονομάζεται δίαιτα εξάλειψης. Ωστόσο, ο αποκλεισμός διατροφικών ομάδων πρέπει να γίνεται από γιατρό ή από διατροφολόγο, αφού η εξάλειψη των τροφίμων χωρίς βοήθεια μπορεί να οδηγήσει σε παράλειψη σημαντικών πηγών διατροφής. Επιπλέον, περιττοί διατροφικοί περιορισμοί μπορούν να επιδεινώσουν περαιτέρω την ποιότητα ζωής ενός ατόμου. Ορισμένα τρόφιμα είναι γνωστό ότι προκαλούν συμπτώματα που μιμούνται ή επιδεινώνουν το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, συμπεριλαμβανομένων των γαλακτοκομικών προϊόντων (που περιέχουν λακτόζη), των οσπρίων (όπως τα φασόλια) και των διάφορων λαχανικών. Αυτά τα τρόφιμα αυξάνουν τον εντερικό αέρα, ο οποίος προκαλεί συμπτώματα.

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι η πιο συχνά διαγνωσμένη γαστρεντερική κατάσταση και είναι η δεύτερη αιτία απουσίας από την εργασία μετά το κοινό κρυολόγημα. Υπολογίζεται ότι το ***10%-20%*** *των ανθρώπων του γενικού πληθυσμού εμφανίζει συμπτώματα του συνδρόμου, αλλά μόνο περίπου το 15% των ατόμων που πάσχουν από το σύνδρομο αυτό αναζητά ιατρική βοήθεια*

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου προκαλείται από την αυξημένη ευαισθησία των εντέρων σε φυσιολογικά ερεθίσματα («σπλαχνική υπεραλγησία»). Αυτή η θεωρία προτείνει ότι τα νεύρα στα έντερα είναι υπερδραστήρια σε άτομα με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, έτσι ώστε οι φυσιολογικές ποσότητες αερίου ή κίνησης να θεωρούνται υπερβολικές και επώδυνες. Μερικοί ασθενείς με σοβαρό σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αισθάνονται καλύτερα όταν θεραπεύονται με φάρμακα που μειώνουν την αντίληψη του πόνου στο έντερο, όπως χαμηλές δόσεις ιμιπραμίνης ή νορτριπτυλίνης.

Διάγνωση

Πολλές εντερικές διαταραχές έχουν συμπτώματα παρόμοια με το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Άρα είναι πολύ σημαντικό να διακρίνουμε αν η συμπτωματολογία του ασθενούς μας υποκρύπτει κάποιο συστηματικό νόσημα, όπως δυσαπορρόφηση (ανώμαλη απορρόφηση θρεπτικών συστατικών), φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (όπως ελκώδη κολίτιδα και νόσο Crohn), κοιλιοκάκη και μικροσκοπική κολίτιδα (ασυνήθεις ασθένειες που σχετίζονται με φλεγμονή του εντέρου).

Η διάγνωση του συνδρόμου ουσιαστικά θα τεθεί αφού αποκλείσουμε κάποια άλλη οργανική πάθηση. Ο γιατρός θα λάβει ένα λεπτομερές ιατρικό ιστορικό, θα ζητήσει έναν βασικό εργαστηριακό - απεικονιστικό έλεγχο και ενδοσκόπηση ανώτερου και κατώτερου πεπτικού, ώστε να θέσει με ασφάλεια τη διάγνωση.

Θεραπεία του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου

Υπάρχουν διάφορες θεραπείες για το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου οι οποίες αντανακλούν τη διαφορετικότητα των συμπτωμάτων, αλλά και το γεγονός ότι δεν γνωρίζουμε την αιτιολογία του. Η θεραπεία είναι συνήθως μια μακροπρόθεσμη διαδικασία. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, είναι σημαντικό να υπάρχει επικοινωνία με τον γιατρό σχετικά με τα συμπτώματα, τις ανησυχίες και την ανταπόκριση στον θεραπευτικό παράγοντα.

Διατροφικές αλλαγές

Συστήνεται η προσωρινή εξάλειψη των γαλακτοκομικών προϊόντων, καθώς η δυσανεξία στη λακτόζη είναι συχνή και μπορεί να επιδεινώσει το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου ή να προκαλέσει συμπτώματα παρόμοια με το IBS. Όλα τα προϊόντα που περιέχουν λακτόζη θα πρέπει να εξαλειφθούν για δύο εβδομάδες. Εάν τα συμπτώματα IBS βελτιωθούν, είναι λογικό να συνεχίσουμε να αποφεύγουμε τη λακτόζη. Εάν τα συμπτώματα δεν βελτιωθούν, μπορείτε να συνεχίσετε να καταναλώνετε τροφές που περιέχουν λακτόζη. Αποφυγή φαγητών που προκαλούν αέρια, όπως όσπρια, λαχανικά, κρεμμύδια, σέλινο, καρότα, σταφίδες, μπανάνες, βερίκοκα, δαμάσκηνα, λάχανα και σιτάρι. Αύξηση των διαιτητικών ινών. Η αύξηση των διαιτητικών ινών, -είτε προσθέτοντας συγκεκριμένα τρόφιμα στη διατροφή είτε χρησιμοποιώντας συμπληρώματα ινών- μπορεί να ανακουφίσει τα συμπτώματα της IBS, ιδιαίτερα εάν το προεξάρχον σύμπτωμα είναι η δυσκοιλιότητα.

Η θεραπεία του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου είναι συνήθως μια μακροπρόθεσμη διαδικασία. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, είναι σημαντικό να υπάρχει επικοινωνία με τον γιατρό σχετικά με τα συμπτώματα, τις ανησυχίες και την ανταπόκριση στον θεραπευτικό παράγοντα

Φαρμακευτική αγωγή

Εάν οι αλλαγές των διατροφικών συνηθειών δεν φέρουν αποτέλεσμα, στη φαρμακευτική μας φαρέτρα υπάρχουν αρκετές κατηγορίες φαρμάκων που μπορούν να ανακουφίσουν τους ασθενείς μας.

Αποκατάσταση της βουβωνοκήλης

Νεότερες απόψεις

Από τα χρόνια του Ιπποκράτη η κήλη απασχολούσε σοβαρά ιατρούς και ασθενείς.

Η βουβωνοκήλη είναι η πιο συχνή μορφή κήλης και αφορά το 75% του συνόλου των κηλών. Παρατηρείται κυρίως στους άνδρες και έχει υπολογιστεί ότι το ¼ των ανδρών θα αναπτύξουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους βουβωνοκήλη, κυρίως δεξιά.

Συχνά η βουβωνοκήλη είναι «μη ανατάξιμη», δηλαδή δεν είναι δυνατή η επαναφορά του προβάλλοντα περιτοναϊκού σάκου και του περιεχομένου του από τον βουβωνικό πόρο πίσω στην κοιλιά.

Κυρίως σε αυτές τις περιπτώσεις εγκυμονεί ο σοβαρότατος κίνδυνος της περίσφιγξης της κήλης, μιας κατάστασης που μπορεί να οδηγήσει ραγδαία σε μόνιμη βλάβη ενδοκοιλιακών οργάνων και να απειλήσει ακόμα και τη ζωή του ασθενούς.

Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση της βουβωνοκήλης αποτελούν η παχυσαρκία, ο χρόνιος βήχας, η έντονη άσκηση, η δυσκοιλιότητα, η υπερτροφία του προστάτη, η ενασχόληση με άρση βαρέων αντικειμένων και συστηματικές νόσοι (κίρρωση ήπατος και όγκοι πυέλου).

Οι περισσότερες βουβωνοκήλες είναι ασυμπτωματικές και γίνονται τυχαία αντιληπτές είτε από ένα πρήξιμο στη σύστοιχη βουβωνική χώρα είτε από αιφνίδιο άλγος και διόγκωση στην περιοχή ή έπειτα από άρση βάρους.

Η διάγνωση γίνεται κυρίως με τη φυσική εξέταση του ασθενούς, τόσο σε όρθια όσο και σε ύπτια θέση (δοκιμασία Valsalva).

Η διαφοροδιάγνωση περιλαμβάνει τη μηροκήλη, την υδροκήλη, την κιρσοκήλη, τη λεμφαδενίτιδα βουβωνικής χώρας και το αιμάτωμα. Η θεραπεία παραμένει χειρουργική.

Η χρήση ζώνης (κηλεπίδεσμου) δεν ενδείκνυται σε καμία περίπτωση για μακροχρόνια χρήση, ούτε για μικρό χρονικό διάστημα. Ο κηλεπίδεσμος δεν μπορεί να λύσει το πρόβλημα, τουναντίον μπορεί και να το επιδεινώσει, μετατρέποντας μια ανατάξιμη κήλη σε μη ανατάξιμη. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, επιμηκύνει τη διάρκεια ύπαρξης μιας βουβωνοκήλης, μεγαλώνοντας έτσι την πιθανότητα περίσφιγξης και άλλων επιπλοκών. Παράλληλα δημιουργεί συμφύσεις στον περιτοναϊκό σάκο, καθιστώντας την επέμβαση εξαιρετικά δυσκολότερη.

Μέθοδοι αντιμετώπισης

Για την αντιμετώπιση της βουβωνοκήλης εφαρμόζονται διάφορες χειρουργικές μέθοδοι, οι οποίες έχουν κοινό στόχο την πλήρη αποκατάσταση του ασθενούς με όσο το δυνατό λιγότερη επιβάρυνση και με τη μικρότερη δυνατή πιθανότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών ή μελλοντικής υποτροπής. Οι μέθοδοι αυτές μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες:

- **Ανοικτές επεμβάσεις** μέσω μικρής τομής στη βουβωνική χώρα υπό τοπική, ραχιαία ή γενική αναισθησία, με ενίσχυση των κοιλιακών τοιχωμάτων με ειδικό συνθετικό πλέγμα (αποκατάσταση χωρίς τάση με πλέγμα, π.χ., μέθοδος κατά Lichtenstein).
- **Ελάχιστα επεμβατικές - Λαπαροσκοπικές επεμβάσεις** με χρήση ειδικών εργαλείων και κάμερας (οπτικής) μέσω μικρότερων τομών στο δέρμα, συνήθως υπό γενική αναισθησία.
- **Λαπαροσκοπική τεχνική TEP** διαμέσου των μυϊκών στρωμάτων του κοιλιακού τοιχώματος, χωρίς πρόσβαση στην περιτοναϊκή κοιλότητα (ολική εξωπεριτοναϊκή αποκατάσταση).
- **Λαπαροσκοπική τεχνική TAPP** με πρόσβαση στην περιτοναϊκή κοιλότητα (διακοιλιακή προπεριτοναϊκή αποκατάσταση).

Ιωάννης Ζιούνας
MD, Ph.D, FACS
Διευθυντής Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

- Η πλέον καθιερωμένη εκ των κλασικών μεθόδων είναι η **ενίσχυση των κοιλιακών τοιχωμάτων με πλέγμα** κατά Lichtenstein και εκ των λαπαροσκοπικών τεχνικών η μέθοδος TEP.

Βάσεις χειρουργικής αποκατάστασης

Κατά τη διάρκεια των αιώνων περιγράφηκαν τα ανατομικά στοιχεία που εμπλέκονται στη χειρουργική αποκατάσταση των κηλών. Μόλις το 19ο αιώνα, όμως, μπήκαν οι βάσεις της χειρουργικής αποκατάστασης στηριζόμενες στη μονογραφία των Cooper και Scarpa. Το 1871 ο Marcy έθεσε τις πρώτες χειρουργικές αρχές για την αποκατάσταση της βουβωνοκήλης, ενώ μερικά χρόνια αργότερα ο Bassini δημοσίευσε την πρώτη περίπτωση εγχείρησης για βουβωνοκήλη.Μετά τον Bassini, ο οποίος θεμελίωσε τη μοντέρνα ανατομική χειρουργική των κηλών, αξίζουν αναφοράς ο Halsted, ο οποίος ήταν σύγχρονος του Bassini και δημοσίευσε δύο διαφορετικές μεθόδους για το σπερματικό τόνο, όπισθεν ή έμπροσθεν της απονεύρωσης του έξω λοξού. Επίσης, ο Lotheissen και ο McVay ήταν οι πρώτοι που χρησιμοποίησαν το σύνδεσμο του Cooper στην πλαστική τους και καθιέρωσαν τη μέθοδο που σήμερα είναι γνωστή με το όνομα McVay.

Ιδιαίτερα θα πρέπει να αναφερθούμε στον Shouldice (1950), του οποίου η τεχνική φέρει το όνομά του και απετέλεσε σταθμό στη χειρουργική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης.

Στην άσκηση της Γενικής Χειρουργικής η αποκατάσταση των κηλών είναι η δεύτερη πιο συχνή επέμβαση μετά τη σκωληκοειδεκτομή, φτάνοντας το 17,2% όλων των χειρουργικών επεμβάσεων στη Γαλλία και το 24,1% στις ΗΠΑ. Για πολλές δεκαετίες οι ασθενείς υποβάλλονταν στις παραδοσιακές τεχνικές αποκατάστασης με συμπλησίαση των ιστών υπό τάση. Περίπου 80 εγχειρητικές τεχνικές έχουν περιγραφεί από την εποχή που ο Bassini για πρώτη φορά το 1890 περιέγραψε την τεχνική του, με πιο διαδομένες από αυτές τις τεχνικές Bassini, McVay και Shouldice.

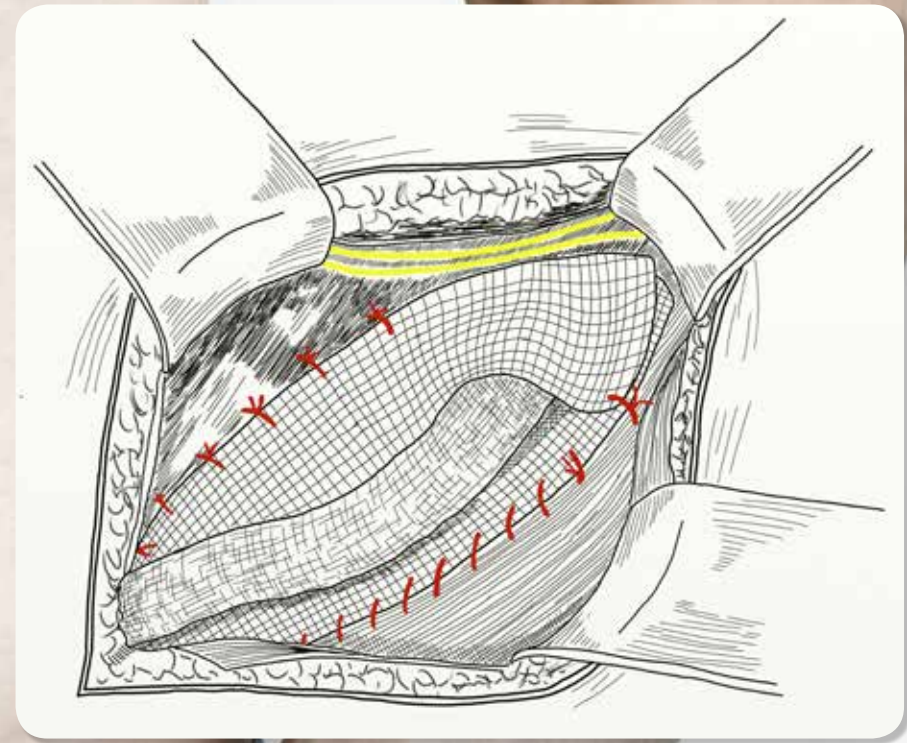
Όμως, τα τελευταία χρόνια το σκηνικό έχει αλλάξει εντυπωσιακά με την επανάσταση που έφεραν στην αντιμετώπιση των κηλών, πρώτον, η χρήση των συνθετικών προθέσεων και, δεύτερον, οι ανοικτές και λαπαροσκοπικές χωρίς τάση (tension free) τεχνικές αποκατάστασης.

Η μοντέρνα εποχή της χειρουργικής των κηλών άρχισε 40 χρόνια πριν με την πρώτη χρήση ενός πλέγματος αποτελούμενο από μονόκλωνα ράμματα πολυαιθυλενίου το οποίο μείωνε αισθητά την τάση των ιστών. Στην αρχή το πλέγμα χρησίμευε για να ενισχύει απλώς, ενώ η αποκατάσταση της κήλης γινόταν με τις κλασικές μεθόδους. Το γεγονός αυτό ακολούθησε η εμφάνιση στο προσκήνιο του πλέγματος από πολυπροπυλένιο (PPM), το οποίο απετέλεσε τεράστιο βήμα προόδου στα συνθετικά βιολογικά υλικά λόγω του εύκολου χειρισμού του.

Πριν από 20 χρόνια ο Ir. Lichtenstein περιέγραψε τη χωρίς τάση (tension free) χειρουργική αποκατάσταση της βουβωνοκήλης, χρησιμοποιώντας πλέγμα πολυπροπυλενίου. Βέβαια, αυτή η διαφορετική αντίληψη δεν άργησε να έρθει σε πλήρη ρήξη με τις καθιερωμένες τεχνικές και τους αντιπροσώπους τους. Θεωρείται, λοιπόν, ότι το οπίσθιο τοίχωμα του βουβωνικού πόρου είναι μια ζώνη

75%

του συνόλου των κηλών είναι η βουβωνοκήλη και παρατηρείται **κυρίως στους άνδρες**



Ανοικτή χωρίς τάση (tension free) τεχνική αποκατάστασης

Τα τελευταία χρόνια το σκηνικό έχει αλλάξει εντυπωσιακά με την επανάσταση που έφεραν στην αντιμετώπιση των κηλών, πρώτον, η χρήση των συνθετικών προθέσεων και, δεύτερον, οι ανοικτές και λαπαροσκοπικές χωρίς τάση (tension free) τεχνικές αποκατάστασης

κινδύνου υποτροπής όταν συνοδεύεται από τάση. Με τη χρησιμοποίηση του μη απορροφήσιμου πλέγματος επιτυγχάνουμε την ενίσχυση του οπίσθιου τοιχώματος του βουβωνικού πόρου και παράλληλα επιλύουμε το πρόβλημα της τάσης. Η εκτέλεση της τεχνικής υπό τοπική αναισθησία δεν απαιτεί προεγχειρητικό έλεγχο, παρά μόνο στους ασθενείς που εμφανίζουν σημεία αναιμίας ή είναι υπό θεραπεία με διουρητικά.

Εντούτοις, στην Ελλάδα η νοοτροπία των ασθενών διαφέρει σημαντικά. Πολλοί από αυτούς δεν δέχονται να χειρουργηθούν υπό τοπική αναισθησία, επιθυμούν να παραμείνουν στο νοσοκομείο περισσότερο από όσο είναι πραγματικά απαραίτητο, ενώ το είδος της αναισθησίας δεν επηρεάζει το κόστος της επέμβασης στον ίδιο βαθμό με αυτόν στις ΗΠΑ. Έτσι οι περισσότεροι ασθενείς στην Ελλάδα επιλέγουν τη γενική αναισθησία.

Απαντώντας στα **συνήθη ερωτήματα** για τον **καταρράκτη**

Βασίλειος Σκουτέρης

Χειρουργός Οφθαλμίατρος, Διευθυντής Οφθαλμολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών, Επιστημονικός Συνεργάτης του Οφθαλμολογικού Κέντρου LaserVision.gr

1 *Τι είναι ο καταρράκτης;*

Ο καταρράκτης είναι μια πολύ συχνή πάθηση του ματιού. Με την πάροδο της ηλικίας ο φακός που έχουμε μέσα στο μάτι μας υφίσταται αλλαγές που τον κάνουν λιγότερο διαυγή. Όταν ο φακός αυτός γίνει θολός τότε λέμε ότι υπάρχει καταρράκτης. Με τον καιρό ο καταρράκτης επιδεινώνεται και η όραση γίνεται θολότερη.

2 *Σε ποια ηλικία εμφανίζεται ο καταρράκτης;*

Ο μέσος όρος της ηλικίας στην οποία ο καταρράκτης επηρεάζει σημαντικά την όραση είναι τα 65 με 70 έτη, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορεί να εμφανιστεί νωρίτερα ή αργότερα. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει θόλωση του φακού από τη νεανική ηλικία και τότε μιλάμε για νεανικό καταρράκτη.

3 *Ποια είναι τα αίτια του καταρράκτη;*

Με μεγάλη διαφορά η συχνότερη αιτία της εμφάνισης καταρράκτη είναι η ηλικία. Υπάρχουν όμως και άλλες καταστάσεις οι οποίες στην ουσία επιταχύνουν την εξέλιξη του καταρράκτη. Μια από αυτές είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, αλλά και κάποια φάρμακα, με κυριότερα τα στεροειδή. Ορισμένες επεμβάσεις στο μάτι καθώς και πιθανοί τραυματισμοί μπορούν να επιταχύνουν την εξέλιξη του καταρράκτη.

4 Τι αισθάνεται ένας ασθενής με καταρράκτη; Ποια είναι τα συμπτώματα;

Ο καταρράκτης δεν πονάει και δεν ενοχλεί κατά κανέναν άλλο τρόπο παρά μόνο με την προοδευτική θόλωση της όρασης που προκαλεί. Εξελίσσεται αργά και συνήθως συνυπάρχει με ξεθώριασμα των χρωμάτων. Το πρώτο πράγμα για το οποίο παραπονούνται οι ασθενείς με καταρράκτη είναι η ενόχληση από τα έντονα φώτα. Χαρακτηριστικό είναι το θάμπωμα που δημιουργούν τα φώτα από τα διερχόμενα αυτοκίνητα τη νύχτα. Αυτός είναι και ο λόγος που οι επαγγελματίες οδηγοί ή άνθρωποι που οδηγούν συχνά τη νύχτα χειρουργούνται σε μικρότερη ηλικία προκειμένου να είναι ασφαλείς. Άλλο πάλι συχνό σύμπτωμα είναι η παρουσία δεύτερου ειδώλου ή μίας σκιάς, ακριβώς δίπλα στο αντικείμενο που βλέπουμε και η οποία παραμένει ακόμα και όταν έχουμε το ένα μάτι ανοιχτό.

Θεραπεία

Είμαστε ευτυχείς που η θεραπεία του καταρράκτη έχει πλέον απλοποιηθεί σημαντικά. Σε μια επέμβαση που διαρκεί κατά μέσο όρο 10 με 20 λεπτά κάνουμε μια μικροσκοπική τομή, αφαιρούμε τον θολό φακό και στη θέση του βάζουμε έναν καινούργιο διαυγή. Ο φακός αυτός έχει τη δυνατότητα να διορθώσει και μυωπία/υπερμετρωπία/αστιγματισμό, δίνοντας στον ασθενή τη δυνατότητα να μη φοράει γυαλιά για μακριά μετά το τέλος της επέμβασης.

5 Πότε προχωράμε σε θεραπεία;

Στη θεραπεία προχωράμε μόνο όταν ο άνθρωπος αισθανθεί ότι η όρασή του έχει μειωθεί σημαντικά. Εφόσον, η όραση είναι ικανοποιητική και δεν υπάρχει άλλο παθολογικό εύρημα δεν χρειάζεται να υποβληθεί σε επέμβαση. Οι περισσότεροι ασθενείς οδηγούνται στον ιατρό και ζητάνε μία λύση όταν ο καταρράκτης αρχίζει να επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητά τους. Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής, λόγω της πολύ βραδείας μείωσης της όρασης, δεν αντιλαμβάνεται ότι η όρασή του έχει μειωθεί σημαντικά. Σε τέτοιες καταστάσεις ο ασθενής ενημερώνεται από τον ιατρό τι ποσοστό της όρασης έχει χαθεί με βάση την κλίμακα του Snellen, δηλαδή στον πίνακα στον οποίο του ζητάμε να διαβάζει τα νούμερα.

6 Σε ποιες περιπτώσεις δεν πρέπει να καθυστερήσουμε την επέμβαση;

Ο φυσικός φακός του ματιού μας όσο προχωράει ο καταρράκτης εκτός από πιο θολός γίνεται και πιο σκληρός. Αυτό σημαίνει ότι η ενέργεια που θα χρειαστεί για να τον αφαιρέσουμε γίνεται μεγαλύτερη άρα και η επιβάρυνση του ματιού γίνεται προοδευτικά όλο και μεγαλύτερη. Έτσι, σε ορισμένες παθήσεις λόγω των οποίων η επέμβαση ενδέχεται να είναι λίγο πιο περίπλοκη, υπάρχει η σύσταση η αφαίρεση του καταρράκτη να γίνεται νωρίτερα. Συχνότερες τέτοιες παθήσεις είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, κάποιες μορφές γλαυκώματος, το σύνδρομο ψευδοαποφολίδωσης αλλά και κάποιοι ιδιαίτεροι τύποι καταρράκτη.

7 Ποια είναι η πιο σύγχρονη μέθοδος αφαίρεσης;

Η πιο σύγχρονη μέθοδος παγκοσμίως λέγεται φακοθρυψία. Στην Ευρωκλινική Αθηνών εφαρμόζουμε αυτήν τη μέθοδο με τη βοήθεια μηχανημάτων τα οποία είναι από τα πιο σύγχρονα στον κόσμο. Στην ουσία χρησιμοποιούμε έναν πολύ εξελιγμένο υπέρηχο ο οποίος θρυμματίζει και ταυτόχρονα αναρροφεί τον θολό φακό του ματιού. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει και η δυνατότητα τα τμήματα της επέμβασης που γίνονται με το ανθρώπινο χέρι να γίνουν με ένα Laser το οποίο λέγεται Femtosecond. Η επέμβαση και στις δύο περιπτώσεις γίνεται μέσα από μικροσκοπική τομή ώστε να μειωθεί στο ελάχιστο η μετεγχειρητική περίοδος και φυσικά είναι εντελώς ανώδυνη.

Ο καταρράκτης είναι μια πολύ συχνή πάθηση του ματιού. Με την πάροδο της ηλικίας ο φακός που έχουμε μέσα στο μάτι μας υφίσταται αλλαγές που τον κάνουν λιγότερο διαυγή. Όταν ο φακός αυτός γίνει θολός τότε λέμε ότι υπάρχει καταρράκτης. Με τον καιρό ο καταρράκτης επιδεινώνεται και η όραση γίνεται θολότερη

Η θεραπεία του καταρράκτη έχει πλέον απλοποιηθεί σημαντικά. Η πιο σύγχρονη μέθοδος παγκοσμίως λέγεται φακοθρυψία

8 Τι περιλαμβάνει ο προεγχειρητικός έλεγχος;

Ένα από τα πολύ ευαίσθητα σημεία της επέμβασης είναι ο προεγχειρητικος έλεγχος. Ο πλήρης και ενδελεχής προεγχειρητικός έλεγχος μάς εξασφαλίζει την καλή έκβαση του χειρουργείου. Στην Ευρωκλινική, μέσα από ένα πλήθος εξειδικευμένων και εξατομικευμένων εξετάσεων που πραγματοποιούμε, διασφαλίζουμε την μετεγχειρητική υγεία αλλά και καλή οπτική οξύτητα του ασθενή.

9 Τι είναι αυτό που θα πρέπει να προσέξω μετεγχειρητικά;

Με τη μέθοδο που εφαρμόζουμε στην Ευρωκλινική μπορεί κανείς μετά από τις πρώτες 7 ημέρες να σκύψει και να σηκώσει βάρος ή να κάνει οτιδήποτε άλλο επιθυμεί. Αυτό που οφείλει να αποφύγει κανείς είναι να τρίψει ή να ρίξει νερό στα μάτια του για τις πρώτες 7 ημέρες. Σημαντική είναι επίσης και η σωστή χρήση των αντιβιοτικών κολλυρίων όπως αναγράφεται στις μετεγχειρητικές οδηγίες. Αυτός είναι και ο χρόνος που απαιτείται για να αντιληφθεί ο ασθενής τη σημαντική βελτίωση στην όρασή του, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις αυτή είναι εμφανής ήδη από την πρώτη ημέρα.

Νικόλαος Μαραθεύτης
Διευθυντής Νευροχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Διαδερμική Οσφυϊκή Αποσυμπίεση

Η **πλέον σύγχρονη τεχνική** για την αποκατάσταση της σπονδυλικής στένωσης και της δισκοκήλης

Τα τελευταία χρόνια η χειρουργική της σπονδυλικής στήλης έχει κάνει τεράστια πρόοδο. Μέχρι πρόσφατα -ή ακόμη και τώρα- όταν ένας ασθενής μάθαινε ότι χρειάζεται να χειρουργηθεί στη μέση, βίωνε μεγάλο φόβο και ανασφάλεια. Όλοι έχουν κάποιο φίλο, γνωστό ή γείτονα που έπειτα από ένα χειρουργείο στη μέση υπέφερε για πολύ καιρό, δεν έλυνε το πρόβλημά του ή πονούσε ακόμη χειρότερα. Οι περισσότεροι, βέβαια, γίνονταν καλά αρκετό καιρό μετά την επέμβαση.

Σήμερα τα δεδομένα έχουν αλλάξει. Στην Ευρωκλινική Αθηνών εφαρμόζουμε τα τελευταία χρόνια την πιο σύγχρονη τεχνική, τη Διαδερμική Οσφυϊκή Αποσυμπίεση. Η μέθοδος έχει όλα τα πλεονεκτήματα της χειρουργικής θεραπείας, δηλαδή την ανατομική και τη λειτουργική αποκατάσταση του προβλήματος. Ωστόσο, δεν συνοδεύεται από την ταλαιπωρία, τους μετεγχειρητικούς πόνους και την καθήλωση στο κρεβάτι, όπως η κλασική χειρουργική επέμβαση.

Αν υποφέρετε από συμπτώματα σπονδυλικής στένωσης, όπως το 10% του πληθυσμού πάνω από τα 50 έτη, ή από οσφυϊκή δισκοκήλη που σας προκαλεί σοβαρά συμπτώματα οσφυαλγίας και ισχιαλγίας -επίμονο πόνο στη μέση και το πόδι- μέχρι τώρα είχατε δύο επιλογές: Η πρώτη επιλογή είναι να παίρνετε πολλά φάρμακα, να κάνετε φυσιοθεραπείες και να χάνετε μέρες από την εργασία και τις δραστηριότητές σας κάθε φορά που έχετε κρίση του πόνου, δηλαδή συνήθως 1-3 φορές τον χρόνο. Η δεύτερη επιλογή ήταν το χειρουργείο, συχνά με φόβο και ανασφάλεια για το τελικό αποτέλεσμα.

Η Διαδερμική Οσφυϊκή Αποσυμπίεση έχει όλα τα πλεονεκτήματα της χειρουργικής θεραπείας, δηλαδή την ανατομική και τη λειτουργική αποκατάσταση του προβλήματος. Ωστόσο, δεν συνοδεύεται από την ταλαιπωρία, τους μετεγχειρητικούς πόνους και την καθήλωση στο κρεβάτι, όπως η κλασική χειρουργική επέμβαση

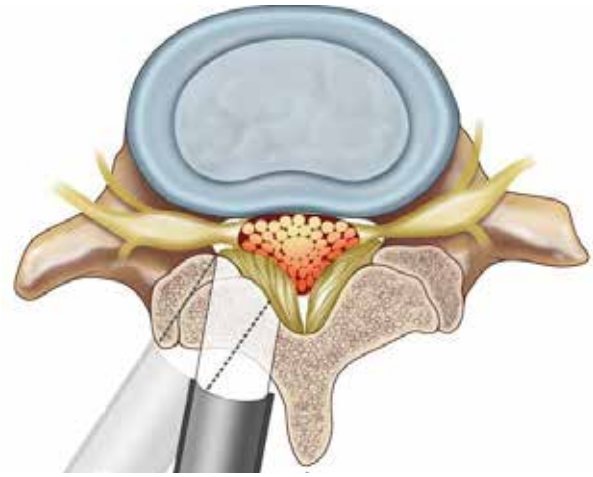
Οι ανοιχτές επεμβάσεις, όπως η πεταλεκτομή, είναι αρκετά επώδυνες και συχνά αποφεύγονται, επειδή στα νεαρότερα άτομα μπορεί να προκαλέσουν μακροπρόθεσμα αστάθεια της σπονδυλικής στήλης, ενώ στα πιο ηλικιωμένα άτομα οι κίνδυνοι της επέμβασης (αιμορραγία, έντονος πόνος, πολυήμερη κατάκλιση) είναι αποτρεπτικοί παράγοντες.

Τώρα όμως με τη Διαδερμική Οσφυϊκή Αποσυμπίεση ο ασθενής έχει σχεδόν πλήρη αποκατάσταση, χωρίς τους κινδύνους του ανοιχτού χειρουργείου ή την ταλαιπωρία της διαρκούς υποτροπής και των φαρμάκων.

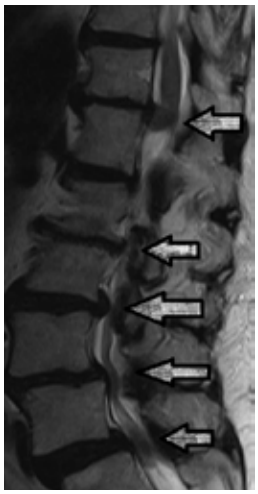
Με μια ημερήσια νοσηλεία μερικών ωρών στο νοσοκομείο γίνεται μια τομή ενός εκατοστού, η οποία φαίνεται μετά σαν αμυχή στο δέρμα. Ο ασθενής δεν χάνει αίμα και δεν τραυματίζεται το μυοσκελετικό σύστημα. Από αυτό το μικρό άνοιγμα γίνονται όλα όσα χρειάζονται για να αποσυμπιεστεί πλήρως ο σπονδυλικός σωλήνας και τα νεύρα που πιέζονται.

Σε λίγες μόνο μέρες ο ασθενής επιστρέφει πλήρως στις δραστηριότητές του. Δεν χρειάζεται να μείνει ούτε μία μέρα στο κρεβάτι. Η ανακούφιση των συμπτωμάτων του είναι άμεση και αισθητή. Όπως λένε οι ασθενείς, «το πόδι ξεμουδιάζει, γίνεται πιο δυνατό και το περπάτημα πιο σίγουρο». Η μετεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή είναι πρακτικά ανύπαρκτη (μικρή δόση παρακεταμόλης).

Το πρόβλημα παύει να υφίσταται και όλοι οι ασθενείς αναλαμβάνουν χωρίς πόνους τις καθημερινές τους ασχολίες. Οι νεότεροι πηγαίνουν γρήγορα πίσω στη δουλειά τους. Οι μεγαλύτεροι μπορούν να περπατούν και πάλι



Σχηματική αναπαράσταση της προσπέλασης του σπονδυλικού σωλήνα



Αριστερά: Μαγνητική τομογραφία ασθενούς 80 ετών, με σπονδυλική στένωση σε 5 επίπεδα και 1ου βαθμού σπονδυλολίσθηση σε δύο από αυτά. Δεξιά: Διαδερμική αποσυμπίεση και στα 5 επίπεδα, χωρίς να χρειαστεί σπονδυλοδεσία. Η ασθενής έλαβε εξιτήριο σε μία μέρα και κινητοποιήθηκε άμεσα χωρίς πόνο

Η δερματική τομή, αμέσως μετά το τέλος του χειρουργείου

Η πλέον σύγχρονη χειρουργική μέθοδος δεν είναι ακριβότερη. Αντίθετα, είναι πιο οικονομική από την κλασική χειρουργική, λόγω της συντομότερης νοσηλείας, της μικρότερης νοσηρότητας, της άμεσης κινητοποίησης και της μικρότερης ανάγκης για χορήγηση μετεγχειρητικών παυσίπονων και αντιβιοτικών

όσο θέλουν, ώστε να φροντίζουν τις εργασίες τους ή να επισκέπτονται τους φίλους τους, χωρίς να σκέφτονται ότι δεν μπορούν να κάνουν πάνω από 100-200 μέτρα χωρίς να σταματήσουν από τον πόνο.

Με αυτή τη διαδερμική μέθοδο έχουν χειρουργηθεί εκατοντάδες ασθενείς στην Ευρωκλινική Αθηνών, με άριστα αποτελέσματα. Ο μεγαλύτερος σε ηλικία ασθενής είναι 94 ετών και την επόμενη μέρα της επέμβασης έλαβε εξιτήριο, περπατώντας χωρίς πόνους. Επίσης, έχει χειρουργηθεί ασθενής σε πέντε διαφορετικά επίπεδα για πρώτη φορά στην Ελλάδα, η οποία επίσης κινητοποιήθηκε την επόμενη μέρα. Ακόμα και υπέρβαροι ασθενείς χειρουργούνται χωρίς αυξημένο χειρουργικό κίνδυνο.

Η πλέον σύγχρονη χειρουργική μέθοδος δεν είναι ακριβότερη. Αντίθετα, είναι πιο οικονομική από την κλασική χειρουργική, λόγω της συντομότερης νοσηλείας, της μικρότερης νοσηρότητας, της άμεσης κινητοποίησης και της μικρότερης ανάγκης για χορήγηση μετεγχειρητικών παυσίπονων και αντιβιοτικών.

Δεν υπάρχει πλέον κανένας ασθενής που να μην μπορεί να χειρουργηθεί διαδερμικά. Αντίθετα, πολλοί ασθενείς που δεν μπορούν για ιατρικούς λόγους ή λόγω ηλικίας να χειρουργηθούν ανοιχτά μπορούν να χειρουργηθούν διαδερμικά.

Χάρη σε αυτή όποιος κάνει χειρωνακτική εργασία ή καθιστική ζωή και έχει ανάγκη να δουλέψει μπορεί να επιστρέψει στη δουλειά χωρίς πόνο. Αλλά κι αν είναι μεγαλύτερης ηλικίας δεν απομονώνεται στο σπίτι μαραζώνοντας, επειδή δεν αντέχει να βγει να περπατήσει στον δρόμο. Η λύση πλέον υπάρχει για όλους!

Αναστάσιος Μ. Σπανός
MD, Ph.D, FESC
Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών
Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικών Κλινικών Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Διευθυντής ΔΥΓ/ΓΕΝ

Πώς να προφυλάξουμε την καρδιά μας από τους σοβαρότερους κινδύνους της

Καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου

1 **Υπέρταση.** Η αρτηριακή πίεση είναι η δύναμη που ωθεί το αίμα διαμέσου των αιμοφόρων αγγείων στο εσωτερικό της καρδιάς και στα αγγεία του σώματος.

Υπέρταση παρατηρείται όταν η αρτηριακή πίεση είναι συνεχώς αυξημένη, οπότε η καρδιά καταπονείται περισσότερο και για τον λόγο αυτό μεγεθύνεται. Το γεγονός αυτό επηρεάζει ολόκληρο το καρδιαγγειακό σύστημα, με αποτέλεσμα το αίμα να δυσκολεύεται να μεταβεί από την καρδιά προς τα σημαντικότερα όργανα, όπως είναι ο εγκέφαλος, οι νεφροί, οι οφθαλμοί και τα κάτω άκρα.

2 **Υπερβολικό βάρος.** Συνήθως, υπέρβαρα είναι τα άτομα που προσλαμβάνουν πολλές θερμίδες και δεν ασκούνται αρκετά.

Σε αυτά τα άτομα, το βάρος είναι πολύ μεγάλο σε σχέση με το ύψος και τη στάση του σώματος. Το υπερβολικό βάρος μπορεί να οδηγήσει σε υπέρταση, καρδιακή νόσο, προβλήματα με τους νεφρούς, σακχαρώδη διαβήτη και υπερβολικά υψηλά επίπεδα χοληστερόλης.

3 **Σακχαρώδης διαβήτης.** Στον διαβήτη παρατηρείται διαταραχή στο ισοζύγιο του σακχάρου στο αίμα μας. Το αίτιο μπορεί να είναι το γεγονός ότι το πάγκρεας παράγει ελάχιστη ή καθόλου ινσουλίνη (διαβήτης τύπου Ι).

Η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη που ευθύνεται για τη διατήρηση των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα σε φυσιολογικά επίπεδα. Συνήθως, ο διαβήτης τύπου Ι εκδηλώνεται σε νεαρή ηλικία, ενώ ο διαβήτης τύπου ΙΙ προσβάλλει τους ηλικιωμένους. Συχνά εμφανίζεται σε συνδυασμό με αυξημένο σωματικό βάρος. Ο διαβήτης προκαλεί βλάβες στα αιμοφόρα αγγεία και σε όλα σχεδόν τα όργανα, ξεκινώντας από την καρδιά, τους νεφρούς και τους οφθαλμούς.

4 **Αυξημένη χοληστερόλη και γενικότερα του λιπιδαιμικού προφίλ.** Η χοληστερόλη είναι μια λιπαρή ουσία, την οποία ο οργανισμός μας παράγει στο ήπαρ. Για τις φυσιολογικές λειτουργίες του σώματος, συμπεριλαμβανομένης της παραγωγής των ορμονών, απαιτούνται μικρές ποσότητες χοληστερόλης.

Η χοληστερόλη υπάρχει στις τροφές που καταναλώνουμε καθημερινά και δεν είναι επικίνδυνη. Όμως τα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα μπορεί να αυξηθούν εξαιτίας ενός συνδυασμού πολλών παραγόντων. Τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης επηρεάζουν τις αρτηρίες, σχηματίζοντας αθηρωματικές πλάκες στις εσωτερικές επιφάνειες των αιμοφόρων αγγείων. Έτσι, τα αγγεία σκληραίνουν και στενεύουν και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απόφραξη που προκαλεί υπέρταση.

«Το λίγο κρασάκι φάρμακο και το πολύ φαρμάκι» έμφραγμα μυοκαρδίου, αποπληξία, νεφρική νόσο και δυσκολία στο βάδισμα (διαλείπουσα χωλότητα ή νόσος της βιτρίνας).

Τι πρέπει να κάνετε

- Να ασκείτε το σώμα σας, ακολουθώντας τις οδηγίες του γιατρού ή του προπονητή σας.
- Να παίρνετε τακτικά τα φάρμακά σας, σύμφωνα με τη συνταγή του γιατρού σας.
- Να προσαρμόσετε το διαιτολόγιό σας σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού σας ή του διαιτολόγου σας.
- Να τρώτε άπαχο κρέας, π.χ., κοτόπουλο, γαλοπούλα, όλα χωρίς την πέτσα, και κατά αραιά διαστήματα άλιπο μοσχάρι.
- Να τρώτε περισσότερο ψάρι.
- Αν είστε υπέρβαρος, είναι επιτακτική ανάγκη να χάσετε βάρος.

Τι πρέπει να αποφεύγετε

- Την περιττή σωματική ένταση και το άγχος (αποφυγή σωματικού και ψυχικού stress).
- Τα κατεψυγμένα κρέατα, καθόσον έχουν μεγάλη περιεκτικότητα σε λίπος.
- Το κάπνισμα, επειδή είναι γνωστό ότι πρόκειται για βασική αιτία που προκαλεί καρδιακή νόσο.
- Το πολύ αλάτι.
- Το αλκοόλ σε μεγάλες βέβαια ποσότητες (αρχαία ελληνική ρήση «Το λίγο κρασάκι φάρμακο και το πολύ φαρμάκι»).

Όζοι θυρεοειδούς

Πρόληψη Καρκίνου Θυρεοειδούς

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

Ο όρος όζοι θυρεοειδούς αναφέρεται σε ανώμαλη ανάπτυξη των θυρεοειδικών κυττάρων, που οδηγεί σε μάζα μέσα στον θυρεοειδή αδένα. Οι περισσότεροι όζοι είναι καλοήθεις. Υπάρχει ένα μικρό ποσοστό αυτών που κρύβει κακοήθεια, γι' αυτό η εκτίμηση και η παρακολούθησή τους είναι απαραίτητες για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του θυρεοειδούς.

Πόσο συχνοί είναι οι όζοι του θυρεοειδούς;

Οι όζοι του θυρεοειδούς είναι πολύ συχνοί. Περίπου το 50% των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών έχει όζους θυρεοειδούς, που, επειδή συνήθως δεν προκαλούν συμπτώματα, έχουν ανακαλυφθεί τυχαία κατά τη διάρκεια κλινικής εξέτασης ή υπερηχογραφικού ελέγχου. Συνήθως, είναι μη λειτουργικοί και γι' αυτό οι εξετάσεις του θυρεοειδούς είναι συχνά φυσιολογικές. Λιγότερο από το 10% αυτών είναι κακοήθεις. Άτομα με ιστορικό αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας (Hashimoto) ή άτομα που προέρχονται από ιωδοπενικές περιοχές έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης όζων.

Τι σημαίνει ψυχρός όζος;

Οι όζοι διακρίνονται σε ψυχρούς και θερμούς. Ψυχρός όζος σημαίνει ότι δεν παράγει ορμόνες και έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να υποκρύπτει κακοήθεια. Αντίθε-

Πως να εξετάσεις τον λαιμό σου

1. Στάσου απέναντι από τον καθρέφτη
2. Τέντωσε προς τα πίσω τον λαιμό σου
3. Κατάπιε νερό
4. Δες αν υπάρχει κάποια διόγκωση στην περιοχή του τραχήλου (κάτω από το μήλο του Αδάμ και πάνω από την περιοχή της κλείδας)
5. Αν διαπιστώσεις κάποια διόγκωση, επικοινώνησε με τον γιατρό σου

τα, θερμός όζος είναι εκείνος που παράγει θυρεοειδικές ορμόνες και έχει μικρότερη πιθανότητα κακοήθειας.

Πώς παρακολουθούνται οι όζοι θυροειδούς;

Από τη στιγμή που θα ανακαλυφθεί όζος ή όζοι θυρεοειδούς, η παρακολούθηση αυτών διαφέρει από άτομο σε άτομο. Ο θεράπων ιατρός έπειτα από την κλινική εξέταση, τις αιματολογικές και απεικονιστικές εξετάσεις σε συνδυασμό με το ιστορικό του ασθενούς θα αποφασίσει την περαιτέρω παρακολούθηση. Αυτή περιλαμβάνει περιοδικούς ελέγχους με εξετάσεις αίματος, υπερηχογράφημα ή ακόμα και παρακέντηση των όζων.

Πρόληψη: Μάθε να εξετάζεις τον λαιμό σου

Η αυτοεξέταση της περιοχής του τραχήλου (λαιμού) είναι ο καλύτερος τρόπος πρόληψης του καρκίνου του θυρεοειδούς.

Πότε να ξεκινήσω να εξετάζω τον θυρεοειδή μου;

Δεν υπάρχουν ακριβείς οδηγίες για το πότε κάποιος πρέπει να ξεκινήσει να εξετάζει τον θυρεοειδή του. Δεδομένου όμως του γεγονότος ότι ο καρκίνος του θυρεοειδούς μπορεί να εμφανιστεί σε νεαρή ηλικία, όσο πιο νωρίς ξεκινήσεις τον αυτοέλεγχο τόσο καλύτερα. Άτομα υψηλού κινδύνου, όπως είναι εκείνα με θετικό κληρονομικό ιστορικό, άνδρες, άτομα με ιστορικό ακτινοβολίας της περιοχής της κεφαλής και του τραχήλου και άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 40 ετών, πρέπει να υποβληθούν και σε υπερηχογράφημα θυρεοειδούς.

Τι πρέπει να γνωρίζω για τον καρκίνο του θυρεοειδούς;

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς έχει πολύ καλή πρόγνωση, έχοντας πενταετή επιβίωση 97%-99%. Η διάγνωση του καρκίνου του θυρεοειδούς συνήθως γίνεται με την παρακέντησή του (FNA) ή έπειτα από θυρεοειδεκτομή για τον όζο. Παρόλο που οι όζοι σήμερα ανακαλύπτονται πιο συχνά, λιγότερο από το 10% αυτών είναι τελικά κακοήθεις.

Ποια είναι τα είδη του καρκίνου του θυρεοειδούς;

- **Θηλώδες καρκίνωμα:** Είναι ο πιο κοινός τύπος και αποτελεί το 70%-80% όλων των τύπων καρκίνου του θυρεοειδούς. Εμφανίζεται σε οποιαδήποτε ηλικία. Έχει αργή εξέλιξη, μπορεί να διηθήσει λεμφαδένες, αλλά η πρόγνωση των ασθενών είναι πάρα πολύ καλή.

Περίπου το 50% των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών έχει όζους θυρεοειδούς. Λιγότερο από το

10%

αυτών είναι κακοήθεις

Η 10ετής επιβίωση σε άτομα με καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς, χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις πλησιάζει το

100%

- **Θυλακιώδες καρκίνωμα:** Αποτελεί το 10%-15% των καρκίνων του θυρεοειδούς. Μπορεί να δώσει μεταστάσεις στους πνεύμονες και στα οστά.
- **Μυελοειδές καρκίνωμα:** Αποτελεί το 5%-10% του καρκίνου του θυρεοειδούς. Συνήθως υπάρχουν θετικό κληρονομικό ιστορικό και γενετική μετάλλαξη.
- **Αναπλαστικό καρκίνωμα:** Είναι πιο επιθετικό και συναντάται στο 2%, σε μεγαλύτερη ηλικία.

Ποια είναι η θεραπεία του καρκίνου του θυρεοειδούς;

Η θεραπεία εκλογής είναι η ολική θυρεοειδεκτομή, δηλαδή η αφαίρεση όλου του θυρεοειδούς αδένα. Μερικοί ασθενείς μπορεί να χρειαστούν και συνοδευτικό λεμφαδενικό καθαρισμό. Προληπτικός λεμφαδενικός καθαρισμός δεν προτείνεται, εκτός αν υπάρχουν ενδείξεις μετάστασης σε λεμφαδένες. Η χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου γίνεται συμπληρωματικά σε μερικούς ασθενείς με θηλώδες ή θυλακιώδες καρκίνωμα, ώστε να καταστραφούν τα υπόλοιπα καρκινικά κύτταρα και να μειωθεί η πιθανότητα υποτροπής.

Ποια είναι η πρόγνωση του καρκίνου του θυρεοειδούς;

Η πρόγνωση του καρκίνου του θυρεοειδούς είναι άριστη, ιδίως σε ασθενείς κάτω των 45 ετών. Η 10ετής επιβίωση σε άτομα με καλώς διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς, χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις πλησιάζει το 100%. Όμως, παρόλο που η πρόγνωση είναι καλή, είναι σημαντικό τα άτομα αυτά να παρακολουθούνται συστηματικά για τη βέλτιστη ρύθμισή τους αλλά και την έγκαιρη διάγνωση τυχόν υποτροπής, ακόμα και στις περιπτώσεις επιτυχούς θεραπείας.

Νόσος του Parkinson

Βασιλική Σάκκου
Νευρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Η νόσος του Parkinson είναι μια από τις συχνότερες εκφυλιστικές νόσους του νευρικού συστήματος. Υπολογίζεται ότι 6.3 εκατομμύρια άτομα στον κόσμο και 1,2 εκατομμύρια στην Ευρώπη πάσχουν από αυτήν (περίπου 2 στα 1000 άτομα ή 1% του πληθυσμού πάνω από 60 ετών). Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι έχουμε 15-20 χιλιάδες παρκινσονικούς ασθενείς. Η νόσος μπορεί να εμφανισθεί ακόμα και σε νεαρά άτομα, όμως η συχνότητα αυξάνει με την ηλικία.

Το 2017, συμπληρώθηκαν 200 χρόνια από την πρώτη ολοκληρωμένη περιγραφή της νόσου, από τον James Parkinson, το 1817. Στο διάστημα αυτό και ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, οι γνώσεις μας για τη νόσο και τους μηχανισμούς της αυξήθηκαν εντυπωσιακά. Πρώτα εντοπίσθηκε η θέση της βλάβης, μια μικρή περιοχή στη βάση του εγκέφαλου που λέγεται «μέλαινα ουσία». Κατόπιν, την δεκαετία του '60 εντοπίσθηκε η ντοπαμίνη, η ουσία που λείπει από τον εγκέφαλο των ασθενών. Και από το 1968, (και εδώ υπήρχε η καθοριστική συμβολή ενός Έλληνα γιατρού, του Γεωργίου Κοτζιά) άρχισε να χορηγείται η πρώτη πραγματικά αποτελεσματική θεραπεία

για τη νόσο: Η λεβοντόπα που στον εγκέφαλο μετατρέπεται σε ντοπαμίνη, υποκαθιστώντας την ουσία που λείπει. Η θεραπεία αυτή άλλαξε θεαματικά τα τελευταία 50 χρόνια την πορεία της νόσου. Όμως η εξέλιξη δεν σταμάτησε. Οι γνώσεις μας συνέχισαν να αυξάνονται σε ό,τι έχει να κάνει με τα κυκλώματα του εγκεφάλου που επηρεάζονται από τη νόσο και αυτό οδήγησε σε στοχευμένες χειρουργικές επεμβάσεις με εμφυτεύσεις ηλεκτροδίων. Γνώσεις σχετικές με διάφορες επιπλοκές της φαρμακευτικής αγωγής (όπως είναι οι ανεξέλεγκτες κινήσεις που παρουσιάζονται σε ορισμένους ασθενείς με προχωρημένη νόσο και λέγονται υπερκινησίες) οδήγησαν σε νέα φάρμακα και νέους τρόπους χορήγησης με χρήση ειδικών αντλιών.

Υπάρχει επίσης σημαντική πρόοδος στην κατανόηση των μηχανισμών που προκαλούν την εκφύλιση των κυττάρων στη νόσο του Parkinson. Είκοσι χρόνια πριν, το 1997, εντοπίσθηκε το πρώτο γονίδιο που σχετίζεται με κληρονομική μορφή της νόσου. Και εδώ, ήταν σημαντική η συμβολή ενός έλληνα επιστήμονα, του Μιχάλη Πολυμερόπουλου. Το γονίδιο αυτό σχετίζεται με μια παθολογική πρωτεΐνη που συσσωρεύεται στα κύτταρα των ασθενών, την α-συνουκλεΐνη. Στα επόμενα χρόνια εντοπίσθηκαν πάνω από είκοσι γονίδια που σχετίζονται με κληρονομικές μορφές της νόσου του Parkinson. Οι κληρονομικές μορφές αφορούν σε ένα μικρό ποσοστό των ασθενών (περίπου 5%) όμως η έρευνα γύρω από αυτές έριξε φως στους μηχανισμούς της νόσου.

Σήμερα μπορούμε να διαγνώσουμε τη νόσο του Parkinson με αρκετή βεβαιότητα ακόμα και σε αρχικά στάδια, με βάση την κλινική εξέταση εξειδικευμένου νευρολόγου και ειδικών απεικονιστικών μεθόδων (σπινθηρογράφημα των βασικών γαγγλίων, DAT scan). Τα συμπτώματα της πρώιμης νόσου (συνήθως τρόμος σε ένα άκρο, δυσκαμψία και βραδύτητα στις κινήσεις), μπορούν να αντιμετωπιστούν επιτυχώς χρησιμοποιώντας την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, αλλά και να κρατήσουμε σε καλή λειτουργική κατάσταση τον ασθενή με προχωρημένη νόσο, προσαρμόζοντάς την κατάλληλα. Όταν τα αποτελέσματα δεν είναι τα αναμενόμενα, έχουμε στη διάθεση μας πιο προχωρημένες μεθόδους όπως οι αντλίες συνεχούς έγχυσης του φαρμάκου ή η εμφύτευση ηλεκτροδίων στον εγκέφαλο. Επίσης, στο στάδιο των κλινικών δοκιμών βρίσκονται νέα φάρμακα που δρουν με διαφορετικό τρόπο από τα υπάρχοντα και τα οποία αναμένεται να αντιμετωπίσουν προβλήματα που παρουσιάζονται στην προχωρημένη νόσο, όπως είναι οι υπερκινησίες που αναφέρθηκαν πιο πριν. Δοκιμάζονται επίσης νέοι τρόποι χορήγησης γνωστών φαρμάκων, όπως εισπνεόμενη λεβοντόπα. Στις ΗΠΑ έχει κυκλοφορήσει ένα νέο σκεύασμα λεβοντόπα βραδείας αποδέσμευσης καθώς και ένα νέο φάρμακο για τις ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζονται σε ορισμένους ασθενείς. Και τα δυο αναμένονται στην Ευρώπη στο άμεσο μέλλον. Σε ό,τι αφορά στην εξέλιξη της νόσου σήμερα γίνεται εκτεταμένη έρευνα για να κατανοήσουμε τους μηχανισμούς που οδηγούν στην καταστροφή των κυττάρων και ειδικότερα στη συσσώρευση της α-συνουκλεΐνης, της πρωτεΐνης που αναφέρθηκε πιο πάνω. Πάνω από 30 ουσίες που παρεμβαίνουν στον μηχανισμό αυτόν, μελετώνται για τη δυνατότητά τους να σταματήσουν ή να καθυστερήσουν την εξέλιξη της νόσου. Τουλάχιστον τέσσερις από αυτές βρίσκονται στο στάδιο των κλινικών δοκιμών.

6,3%

εκατομμύρια άτομα στον κόσμο και 1,2 εκατομμύρια στην Ευρώπη πάσχουν από τη νόσο

15-20

χιλιάδες παρκινσονικούς ασθενείς έχουμε στην Ελλάδα

Υπάρχουν επίσης προσπάθειες να διορθωθούν τα ελλείμματα που έχουν ήδη δημιουργηθεί στον εγκέφαλο των ασθενών, όπως γονιδιακές θεραπείες και η μεταμόσχευση βλαστοκυττάρων.

Ελπίδα λοιπόν και προσδοκίες υπάρχουν. Δεν πρέπει όμως να μας κάνουν να υποτιμούμε αυτό που έχουμε στα χέρια μας σήμερα. Με την προϋπόθεση της ενεργούς συμμετοχής του ίδιου του ασθενούς, ο οποίος οφείλει να κατανοήσει τα συμπτώματά του και την επίδραση των φαρμάκων σε αυτά, επιτυγχάνεται η σωστή προσαρμογή της θεραπείας σε συνεργασία με τον ιατρό του. Εξίσου σημαντικό μέρος της θεραπείας, είναι η καθημερινή φυσική άσκηση, ώστε να διατηρήσει το σώμα σε άριστη κατάσταση. Δυσκολίες που ίσως παρουσιαστούν μπορούν να αντιμετωπιστούν με αποφασιστικότητα, αισιοδοξία και θετική σκέψη.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την νόσο Πάρκινσον μπορείτε να απευθυνθείτε στο Ειδικό Ιατρείο Κινητικών Παθήσεων - Ιατρείο Νόσου Πάρκινσον της Ευρωκλινικής Αθηνών

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

Διάγνωση καρκίνου του μαστού με την ψηφιακή τομοσύνθεση

Σεξουαλικότητα έπειτα από τον καρκίνο του μαστού

Αντιμετώπιση της χαλάρωσης του κόλπου χωρίς χειρουργείο

Πέτρος Μαλακάσης
Ειδικός Ακτινοδιαγνώστης Μαστού, Διευθυντής Απεικονιστικού τμήματος Μαστού και Οστεοπόρωσης, Ευρωκλινικής Αθηνών

99% ακρίβεια

στη διάγνωση καρκίνου του μαστού με την ψηφιακή τομοσύνθεση

Είναι παγκοσμίως γνωστό ότι η μαστογραφία είναι το κύριο όπλο της γυναίκας ενάντια στον καρκίνο του μαστού, αφού εξασφαλίζει τον έγκαιρο εντοπισμό του ακόμα και σε αρχικό στάδιο. Το γεγονός αυτό την καθιστά απαραίτητη και πρέπει να γίνεται τακτικά από κάθε γυναίκα, ανάλογα με την ηλικία και το ιατρικό ιστορικό της.

Τα πρώτα χρόνια η μαστογραφία γινόταν με τον παραδοσιακό τρόπο, ωστόσο τελευταία η ψηφιακή μαστογραφία έχει αποδείξει έμπρακτα τη σημαντική υπεροχή της, καθώς παρέχει εικόνα με πολύ μεγαλύτερη ευκρίνεια και καλή απεικόνιση ακόμα και στους πυκνούς μαστούς, ενώ μειώνεται σημαντικά ο χρόνος διάρκειας της εξέτασης αλλά και η έκθεση της γυναίκας στην ακτινοβολία. Επιπλέον, οι εικόνες που παρέχει αποθηκεύονται με ευκολία στον ηλεκτρονικό υπολογιστή.

Και στις δύο περιπτώσεις ωστόσο, την παραδοσιακή και την ψηφιακή μαστογραφία, η απεικόνιση είναι δισδιάστατη και αυτό σε ένα βαθμό περιορίζει τον εντοπισμό παθολογιών, καθώς η αποτύπωσή τους στο φιλμ ή στον ψηφιακό ανιχνευτή εξαρτάται από τη συνολική εξασθένηση της ακτινοβολίας, που προκύπτει από το σύνολο των δομών που βρίσκονται πάνω και κάτω από την παθολογία.

Η τομοσύνθεση είναι μία τρισδιάστατη (3D) τεχνολογία απεικόνισης μαστού, με υψηλότερη διαγνωστική ακρίβεια έναντι της κλασικής μαστογραφίας, καθώς έχει τη δυνατότητα να ξεχωρίζει τους φυσιολογικούς ιστούς από το πρόβλημα

Αυτό έχει συχνά ως αποτέλεσμα τη λανθασμένη διάγνωση ευρημάτων σε πυκνούς μαστούς.

Τη λύση σε αυτό το πρόβλημα έρχεται να δώσει μία νέα εξέλιξη στην ψηφιακή μαστογραφία που παρέχει ακόμα πιο ακριβή αποτελέσματα: **Η ψηφιακή μαστογραφία με τομοσύνθεση (Digital Breast Tomosynthesis).**

Η τομοσύνθεση είναι μία καινούργια τρισδιάστατη (3D) τεχνολογία απεικόνισης μαστού, με υψηλότερη διαγνωστική ακρίβεια στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού έναντι της κλασικής μαστογραφίας, καθώς έχει τη δυνατότητα να ξεχωρίζει τους φυσιολογικούς ιστούς από το πρόβλημα, διευκολύνοντας την ανίχνευση των ύποπτων από τα καλοήθη χαρακτηριστικά, ακόμα και της πλέον μικρής βλάβης. Με δυο λόγια, θα λέγαμε ότι με την απλή ψηφιακή μαστογραφία είναι σαν να βλέπεις το εξώφυλλο ενός βιβλίου, ενώ στην ψηφιακή τομοσύνθεση διαβάζεις και τις σελίδες αυτού του βιβλίου.

Η ψηφιακή μαστογραφία με τομοσύνθεση αποτελεί την κορυφαία εξέλιξη στον τομέα της ιατρικής για την έγκαιρη πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Πλέον με τη διαδικασία της τομοσύνθεσης είναι δυνατό να απεικονιστεί σε 3D μορφή το στήθος εξασφαλίζοντας υψηλότερη ανάλυση στις εικόνες και καθιστώντας την εξέταση ακόμα πιο αξιόπιστη.

Με την τεχνολογία της τομοσύνθεσης, (Digital Breast

Tomosynthesis) ο μαστός απεικονίζεται με πολλαπλές λεπτές τομές του ενός χιλιοστού, στοιχείο που δεν επιτρέπει σε τίποτα να διαφύγει του ελέγχου. Με αυτόν τον τρόπο, η μαστογραφία αποδεικνύεται η πιο αξιόπιστη εξέταση για τη γυναίκα, ακόμα και στις περιπτώσεις πολύ πυκνών μαστών, οι οποίοι «ευθύνονται» για το συχνό φαινόμενο της ψευδούς αρνητικής διάγνωσης σε πρώιμο στάδιο. Παράλληλα, το μεγάλο πρόβλημα με την κλασική μαστογραφία είναι ότι όταν πιέζεται ο μαστός κατά την εξέταση, τα διάφορα στοιχεία που περιέχει συμπιέζονται το ένα πάνω στο άλλο, με αποτέλεσμα καμιά φορά να διαφύγει, λόγω επικάλυψης κατά την εξέταση, κάποιο, ενδεχόμενα πολύ σημαντικό από αυτά.

Η όλη διαδικασία της ψηφιακής τομοσύνθεσης έχει πολύ χαμηλό επίπεδο ακτινοβολίας, το οποίο είναι περίπου ίδιο με την ακτινοβολία που δέχεται κάποιος μετά από 2ωρη ηλιοθεραπεία.

Πρόκειται για μία τρισδιάστατη τεχνολογία απεικόνισης του μαστού, που δίνει τη δυνατότητα λήψης εικόνων μεγάλης ευκρίνειας από διαφορετικές γωνίες σε μία και μόνο σάρωση. Οι εικόνες αυτές αναλύονται σε λεπτές τομές υψηλής ανάλυσης και όλες μαζί δημιουργούν την τρισδιάστατη απεικόνιση του στήθους.

Έτσι είναι σίγουρη η εξάλειψη προβλημάτων όπως επιπροβολές γειτονικών δομών ή θόρυβος και ο γιατρός είναι σε θέση να κάνει ακριβέστερη διάγνωση απ' ό,τι με τις παραδοσιακές μεθόδους μαστογραφίας. Αναφορικά με την ίδια τη διαδικασία της ψηφιακής μαστογραφίας με τομοσύνθεση, αυτή παραμένει η ίδια όπως και στη συμβατική ψηφιακή, ενώ δεν υπάρχει επιπλέον έκθεση σε ακτινοβολία.

Η ψηφιακή τομοσύνθεση συνιστάται για γυναίκες με πυκνούς μαστούς και σε νεαρές γυναίκες που μπορεί να έχουν κάποια μορφή κληρονομικότητας. Στην απλή ψηφιακή τα ποσοστά ακρίβειας είναι της τάξεως του 93-94% και στην ψηφιακή με τομοσύνθεση φτάνουν μέχρι και το 99%

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα της ψηφιακής τομοσύνθεσης;

- Ελαχιστοποιούνται οι πιθανότητες ψευδούς διάγνωσης.
- Η διαγνωστική ακρίβεια είναι μεγάλη ακόμα και σε βλάβες σε πρώιμο στάδιο.
- Απαιτεί λίγες επαναλήψεις εξετάσεων.
- Οι βιοψίες που μπορεί να χρειαστούν είναι λιγότερες.
- Ο μαστός δεν συμπιέζεται πολύ.

Ποιες γυναίκες πρέπει να κάνουν ψηφιακή τομοσύνθεση;

Η ψηφιακή τομοσύνθεση συνιστάται για γυναίκες με πυκνούς μαστούς και κατ' επέκταση και σε νεαρές γυναίκες που μπορεί να έχουν κάποια μορφή κληρονομικότητας. Επιπλέον, είναι πολύ καλή επιλογή ως συμπληρωματική εξέταση της απλής μαστογραφίας, αν βρεθεί κάποιο ύποπτο εύρημα. Εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι ιδιαίτερα σε πυκνούς μαστούς είναι συχνό το φαινόμενο της ψευδούς αρνητικής διάγνωσης ευρημάτων σε πρώιμο στάδιο, τα οποία διαγνώσκονται, αφού έχουν μεγαλώσει σε επόμενη εξέταση. Σε ό,τι αφορά λοιπόν τα ποσοστά ακρίβειας, στην απλή ψηφιακή είναι της τάξεως του 93-94% και στην ψηφιακή με τομοσύνθεση φτάνουν μέχρι και το 99%.

Ποιες είναι οι διαφορές της απλής μαστογραφίας με τη ψηφιακή τομοσύνθεση;

Στην κλασική μαστογραφία, όταν ο μαστός πιέζεται υπάρχει περίπτωση από τη συμπίεση να διαφύγει κάποιο σημείο βαρυσήμαντο από την επικάλυψη. Με την τεχνολογία της τομοσύνθεσης, ο μαστός έχει τη δυνατότητα να απεικονιστεί με πολλαπλές τομές ενός χιλιοστού.

Αυτό σημαίνει ότι είναι πολύ δύσκολο να διαφύγει κάτι, με αποτέλεσμα να αποτελεί μία πολύ σημαντική εξέταση για τη σύγχρονη γυναίκα.

Φιορίτα Πουλακάκη
Διευθύντρια Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, Ευρωκλινική Αθηνών

Σεξουαλικότητα
έπειτα από τον καρκίνο του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού, πέρα από τη βαρύτητα της διάγνωσης, συνοδεύεται συνήθως από τεράστια συναισθηματική φόρτιση, λόγω του φόβου για την επικείμενη διαταραχή της εικόνας της γυναίκας, γεγονότα που δυνητικά μπορεί να «κατατροπώσουν» την ερωτική ζωή του ανθρώπου.

Οι θεραπείες που απαιτούνται για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού -τόσο η χειρουργική όσο και οι συμπληρωματικές θεραπείες που θα ακολουθήσουν- επηρεάζουν αναμφισβήτητα τη σεξουαλικότητα της γυναίκας. Το ζητούμενο είναι να δώσουμε στην ασθενή μας τη δυνατότητα να ανακτήσει και πάλι τη θηλυκότητα που αισθάνεται ότι έχασε και να απολαύσει και πάλι το σεξ.

Οι παρενέργειες από τις θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού διαρκούν πολύ περισσότερο από την ίδια τη θεραπεία. Μελέτες έδειξαν ότι νεαρές γυναίκες που επιβίωσαν από τη νόσο ανέφεραν εμμένουσες σεξουαλικές δυσκολίες πέντε χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους.

*Οι παρενέργειες από τις θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού διαρκούν πολύ περισσότερο από την ίδια τη θεραπεία. Μελέτες έδειξαν ότι νεαρές γυναίκες που επιβίωσαν από τη νόσο ανέφεραν εμμένουσες σεξουαλικές δυσκολίες **πέντε χρόνια** μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους*

Σύμφωνα με το Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο των ΗΠΑ, περίπου μία στις δύο γυναίκες που έχει υποβληθεί σε θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού βιώνει μακροχρόνιες ερωτικές δυσλειτουργίες.

Ξεκινώντας από τη χειρουργική θεραπεία, με την εφαρμογή ογκοπλαστικών τεχνικών από τις πιο απλές έως τις πιο σύνθετες, προσφέρουμε πλέον τη δυνατότητα σε κάθε γυναίκα μιας εικόνας του μαστού της αισθητικά αποδεκτής, με ελάχιστες -αν όχι μηδαμινές- διαφορές από την προεγχειρητική εμφάνισή της, πάντα συμμετρικά και στους δύο μαστούς. Η προσπάθειά μας είναι όχι μόνο στις επεμβάσεις διατήρησης του μαστού (ογκεκτομή, τεταρτεκτομή), αλλά και στις ριζικές μαστεκτομές να προσφέρεται (εφόσον είναι ογκολογικά επιτρεπτό και δεν καθυστερούν χρονικά οι υπόλοιπες συμπληρωματικές θεραπείες που πρέπει να ακολουθήσουν) ταυτόχρονη αποκατάσταση του μαστού μαζί με τη μαστεκτομή. Εφόσον κάτι τέτοιο δεν είναι ογκολογικά εφικτό, θα πρέπει να της προσφέρεται η δυνατότητα και να ενθαρρύνεται για αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο. Κάτι τέτοιο αποτελεί το «διαβατήριο» για την απόκτηση αυτοπεποίθησης, αισιοδοξίας και φυσιολογικής σεξουαλικής ζωής.

Δυστυχώς, όμως, τις περισσότερες φορές αυτό δεν είναι αρκετό. Οι θεραπείες αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού που θα ακολουθήσουν, με την επίδραση που έχουν στο ορμονικό σύστημα της γυναίκας, είναι δυνατόν να την τοποθετήσουν σε προσωρινή ή και μόνιμη εμμηνόπαυση, ενώ μειώνουν την επιθυμία για σεξ, προκαλώντας έλλειψη διέγερσης, οργασμού και ικανοποίησης.

Η «επαναφορά» της σεξουαλικότητας σε αμιγώς τεχνικό γυναικολογικό επίπεδο ενδεχομένως να απαιτήσει ειδικά προϊόντα. Ανάλογα με τη δυσλειτουργία που έχει προκύψει συνιστώνται χρήση κολπικού διαστολέα, που θα μπορέσει να διατείνει απαλά τον κολπικό ιστό, και χρήση **κολπικών ενυδατικών υπόθετων** τα οποία δεν είναι λιπαντικά, άρα δεν χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια του σεξ. Χορηγούνται ως υπόθετα, ενυδατώνοντας τον

κόλπο και χαρίζοντάς του τη φυσική ελαστικότητα που πρέπει να έχει. Το υπόθετο απορροφάται από τον κόλπο και τον βοηθά να διατηρείται υγιής και ενυδατωμένος για αρκετές ημέρες. Συνιστάται, επιπλέον, χρήση ειδικών λιπαντικών για την αντιμετώπιση της κολπικής ξηρότητας. Επίσης, συστήνεται φυσιοθεραπεία. Ειδικές ασκήσεις, όπως οι κλασικές ασκήσεις Kegel (σύσφιξη και χαλάρωση του σφικτήρα μυός, όπως και κατά την ούρηση), μπορούν επίσης να βελτιώσουν την ερωτική επαφή. Τέλος, **χειρουργικές επεμβάσεις ανάπλασης κόλπου** (Vaginal Rejuvenation) είναι μερικές μόνο από τις τεχνικές που υπάρχουν στη «φαρέτρα» του γυναικολόγου-ογκολόγου, ο οποίος θα συντονίσει όλους τους παραπάνω τρόπους βελτίωσης της σεξουαλικής ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού που υπεβλήθησαν και υποβάλλονται σε χημειο- και ορμονοθεραπεία.

Ο ρόλος και η στήριξη του συντρόφου είναι πάρα πολύ σημαντικός, καθώς η αγάπη και η φροντίδα για τη σύντροφό του που πάσχει θα πρέπει να εξωτερικεύονται, όπως και η διεκδίκηση μιας αρμονικής σεξουαλικής ζωής

Ο ρόλος και η στήριξη του συντρόφου είναι πάρα πολύ σημαντικός, καθώς η αγάπη και η φροντίδα για τη σύντροφό του που πάσχει θα πρέπει να εξωτερικεύονται, όπως και η διεκδίκηση μιας αρμονικής σεξουαλικής ζωής. Ο τρόπος που ο σύντροφος θα κοιτάξει για πρώτη φορά την τομή είναι κάτι που θα θυμάται η ασθενής για πάντα. Αν το ζευγάρι έχει προετοιμαστεί κατάλληλα για την «επόμενη» ημέρα, τότε η έκπληξη θα είναι μικρότερη και η οικειότητα θα επιτευχθεί πιο γρήγορα. Σημαντικό θέμα αποτελεί η επικοινωνία. Συζήτηση ανάμεσα στο ζευγάρι με ποια πράγματα αισθάνονται άνετα και με ποια όχι. Αλλαγή σε προηγούμενες σεξουαλικές συνήθειες αποτελεί συχνά μια καλή λύση, προκειμένου να δοκιμάσει το ζευγάρι νέες πρακτικές. Τέλος, στην ομάδα των Σύγχρονων Κέντρων Μαστού υπάρχει πάντα και ο ψυχοογκολόγος, η βοήθεια του οποίου είναι πολύτιμη για τον αποτελεσματικό χειρισμό της κατάστασης που έχει διαμορφωθεί.

Λύσεις υπάρχουν σε όλα τα επίπεδα και πραγματικά μπορούμε να βοηθήσουμε τις ασθενείς μας να επαναφέρουν τη σεξουαλικότητα που πιθανόν προσωρινά να έχασαν. Τα μόνα που χρειάζονται είναι υπομονή από εκείνες και τους συντρόφους τους και επιμονή και κατανόηση από εμάς, τους θεράποντες ιατρούς, που καλούμαστε να λύσουμε το πρόβλημα, προκειμένου να τις βοηθήσουμε με πολλή αγάπη να πετύχουν μια υγιή και αρμονική σεξουαλική ζωή.

Γεώργιος - Μάριος Μακρής
Διευθυντής Γυναικολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ανανέωση στη σεξουαλική ζωή και αντιμετώπιση της

χαλάρωσης του κόλπου

χωρίς χειρουργείο

Η χαλάρωση του κόλπου είναι για πολλές γυναίκες κάτι αναπόφευκτο έπειτα από τη γέννα ενός μεγάλου παιδιού. Αυτό που συμβαίνει είναι ότι τα τοιχώματα του κόλπου και η περιοχή του αιδοίου διατείνονται σε τέτοιο βαθμό που δεν είναι δυνατή η επιστροφή στην προηγούμενη κατάσταση. Ως εκ τούτου, η γυναίκα έχει μια μικρή χαλάρωση. Τούτο ενδεχομένως οδηγεί σε αυτό που λέμε κήλη των κολπικών τοιχωμάτων και ανάλογα με την ανατομική τοποθέτησή τους μπορεί να είναι κυστεοκήλη, ορθοκήλη ή δουγλασσειοκήλη. Στο ίδιο αποτέλεσμα της χαλάρωσης μπορεί να οδηγήσει η βαριά χειρωνακτική εργασία, το κάπνισμα, ο χρόνιος βήχας και η παχυσαρκία, λόγω της συνεχούς αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης. Η χαλάρωση αυτή ενίοτε συνοδεύεται από μικρού βαθμού απώλεια ούρων κατά την προσπάθεια, όπως, για παράδειγμα, στον βήχα, στην άρση βάρους και στο γέλιο.

Βοηθάει στη βελτίωση της αιδοιοκολπικής ατροφίας, στη μικρού βαθμού ακράτεια και χαλάρωση και τη βελτίωση του πόνου κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής

Πέραν της χαλάρωσης, πολλές γυναίκες βιώνουν συστηματικά πόνο κατά την ερωτική συνεύρεση, τόσο κατά την είσοδο στον κόλπο όσο και καθ' όλη τη διάρκεια της επαφής. Αυτό που ονομάζεται δυσπαρεύνια. Όταν δεν συντρέχει κάποιο παθολογικό αίτιο, όπως μόλυνση, τραυματισμός ή δυσπλασία της περιοχής, το συναντάμε συχνά σε γυναίκες που μπαίνουν ή ήδη βρίσκονται στην εμμηνόπαυση και σε γυναίκες που έχουν μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων στο αίμα, π.χ., εκείνες που λαμβάνουνε ορμονοθεραπεία για καρκίνο του μαστού ή έχουν λάβει χημειοθεραπεία. Σαν πρώτης γραμμής θεραπεία χρησιμοποιούνται ενυδατικά και λιπαντικά μέσα, ενώ επί αποτυχίας τους συνήθως χρησιμοποιούνται ορμόνες τοπικά στον κόλπο ή από το στόμα. Υπάρχει όμως ένα σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού αυτού που είτε δεν επιθυμεί να λάβει ορμονοθεραπεία είτε αντενδείκνυται για ιατρικούς λόγους.

Για όλες τις παραπάνω περιπτώσεις η θεραπεία με την

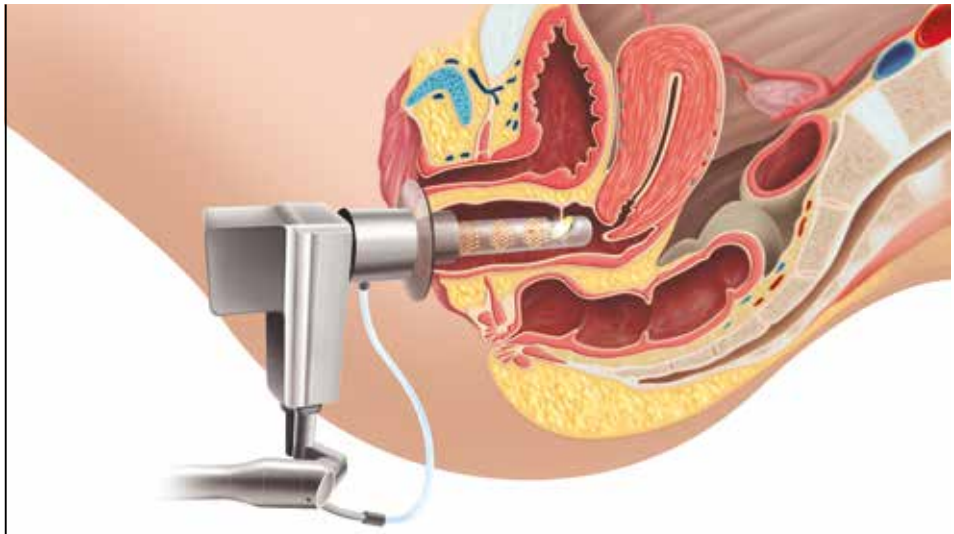
αναγέννηση του κόλπου και του αιδοίου μέσω των σύγχρονων συσκευών Laser έρχεται να προσφέρει λύση. Η σύγχρονη αυτή θεραπευτική μέθοδος προσφέρεται στην «Ευρωκλινική Αθηνών».

Σκοπός της θεραπείας είναι η σύσφιξη, η αναγέννηση και η ανάπλαση του κολπικού επιθηλίου, βελτιώνοντας την ακράτεια των ούρων, τη χαλάρωση του πυελικού εδάφους και την ατροφία του βλεννογόνου των κολπικών τοιχωμάτων.

Η τεχνολογία του laser του κόλπου χρησιμοποιεί το laser CO_2 και το Erbium - Yag fractional laser. Η ακτίνα διοχετεύεται μέσα από ειδικά σχεδιασμένες κολπικές κεφαλές και κάτοπτρα στην κολπική επιφάνεια και οδηγεί στη διάνοιξη μικρών οπών. Ως αντίδραση της μηχανικής και θερμικής επίδρασης του Laser οι βαθύτερες στιβάδες του κόλπου παράγουν κολλαγόνο και αυξάνονται η ελαστικότητα και η λίπανση του κόλπου. Η μέθοδος επαναλαμβάνεται όταν κλινικά είναι απαραίτητο και μπορεί να εφαρμοστεί επανειλημμένα.

Σημαντικό πλεονέκτημα της θεραπείας αποτελεί το γεγονός ότι είναι μια διαδικασία εξωτερικού ιατρείου που διαρκεί 20 λεπτά και με αυτόν τον τρόπο αποφεύγεται το χειρουργείο.

Η διαδικασία πραγματοποιείται χωρίς ή υπό τοπική αναισθησία στην αίθουσα εξωτερικών ιατρείων. Για τη διενέργεια του Laser κόλπου, η ασθενής θα τοποθετηθεί σε θέση γυναικολογικής εξέτασης. Χορηγείται τοπική αναισθητική κρέμα ή spray λιδοκαΐνης 2%, όταν χρειάζεται, για την περιοχή του αιδοίου. Εν συνεχεία, θα τοποθετηθεί ενδοκολπικά ο ειδικός εφαρμοστής Laser και θα ξεκινήσει η διαδικασία. Η όλη πράξη διαρκεί συνήθως 20 λεπτά. Ακολούθως, η ασθενής λαμβάνει τις οδηγίες και είναι έτοιμη να αποχωρήσει.



Στην «Ευρωκλινική Αθηνών» η θεραπεία με το Laser κολπικής ανάπλασης είναι γεγονός και διαθέσιμη έπειτα από τη σχετική ενημέρωση, τη λήψη ιστορικού και τη γυναικολογική εξέταση. Η όλη πράξη διαρκεί συνήθως 20 λεπτά. Ακολούθως, η ασθενής λαμβάνει τις οδηγίες και είναι έτοιμη να αποχωρήσει

Πριν ***Μετά***

Μετά την πράξη συστήνονται η καλή τοπική υγιεινή, η άνετη ένδυση, η αποφυγή της σεξουαλικής επαφής, της σωματικής καταπόνησης και της κολύμβησης για πέντε ημέρες. Η ασθενής σπάνια μπορεί να χρειαστεί να λάβει αναλγητική αγωγή και αντιβίωση. Ίσως να αισθανθεί μια ήπια ενόχληση την πρώτη ημέρα της εφαρμογής, κάτι το οποίο όμως υποχωρεί αυτόματα.

Αντένδειξη για την εφαρμογή της θεραπείας είναι η ενεργός φλεγμονή του κόλπου, π.χ., μυκητίαση ή έρπητας, οι δυσπλαστικές αλλοιώσεις και η αδιευκρίνιστη κολπική αιμορραγία.

Όλα τα αναλώσιμα υλικά που χρησιμοποιούνται είναι μιας χρήσεως και τα χειρουργικά εργαλεία είναι αποστειρωμένα. Τηρούνται όλες οι απαραίτητες συνθήκες ασφάλειας και υγιεινής του χειρουργικού χώρου και του εξοπλισμού που θα χρησιμοποιηθεί.

Το Laser κόλπου είναι μια επεμβατική δραστηριότητα. Οι κίνδυνοι και οι σοβαρές επιπλοκές είναι ιδιαίτερα σπάνιες. Οι συχνότερες επιπλοκές της πράξης είναι η ελάχιστη κολπική αιμόρροια, που συνήθως σταματάει αυτόματα έπειτα από μικρό χρονικό διάστημα.

Στην «Ευρωκλινική Αθηνών» η θεραπεία με το Laser κολπικής ανάπλασης είναι γεγονός και διαθέσιμη έπειτα από τη σχετική ενημέρωση, τη λήψη ιστορικού και τη γυναικολογική εξέταση.

Η μέθοδος είναι αποτελεσματική στη βελτίωση της μικρού βαθμού χαλάρωσης του κόλπου και την απώλεια ούρων, ενώ βελτιώνει τη σεξουαλική υγεία των ασθενών, μέσα από τη μείωση του πόνου κατά τη διάρκεια της επαφής λόγω ξηρότητας και ατροφίας. Συμβάλλει επίσης στην αύξηση της επιθυμίας, της διέγερσης και της ικανοποίησης.

CRYOLIPO.

Ολοκληρωμένο πρόγραμμα κρυολιπόλυσης

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

με ΜΙΑ μόνο θεραπεία.

Η επαναστατική μέθοδος της Κρυολιπόλυσης με το CRYOLIPO II:

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

ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ | ΣΗΜΕΙΟ ΔΥΟ

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

artime.gr

Ενότητα

Κάντε διατροφή με τον άνθρωπό σας ή τον φίλο σας

Τα νεότερα δεδομένα στη μεταμόσχευση μαλλιών

Τα νεότερα δεδομένα στη μεταμόσχευση μαλλιών

Μια **δημοφιλής, αξιόπιστη και ευρύτατα εφαρμοζόμενη** μέθοδος αποκατάστασης

Ανάργυρος Κουρής
Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Επιστημονικά Υπεύθυνος Τμήματος Μεταμόσχευσης Μαλλιών, Ευρωκλινική Αθηνών

Η εξέλιξη της Ιατρικής στον τομέα της Δερματοχειρουργικής προσέφερε σημαντικές λύσεις σε αυτούς που πάσχουν από τριχόπτωση με την επεμβατική διαδικασία που ονομάζεται μεταμόσχευση μαλλιών. Η μεταμόσχευση μαλλιών είναι μια δημοφιλής, αξιόπιστη και ευρύτατα εφαρμοζόμενη μέθοδος αποκατάστασης της ανδρογενετικής αλωπεκίας και αποτελεί πλέον τη συχνότερη αισθητική χειρουργική πράξη στον ανδρικό πληθυσμό. Η πρώτη καταγεγραμμένη επιτυχής μεταμόσχευση μαλλιών από μια περιοχή του τριχωτού σε άλλη πραγματοποιήθηκε το 1822 από τον Γερμανό Dieffenbach. Το 1959 ο πατέρας της σύγχρονης μεταμόσχευσης, Dr Orentreich (ΗΠΑ), εισήγαγε πρώτος τη θεωρία της δότριας και της λήπτριας χώρας και της λήψης των τριχοθυλακίων από το πίσω μέρος της κεφαλής. Σήμερα, διεθνώς αλλά

και στη χώρα μας, η μεταμόσχευση των θυλακικών μονάδων (follicular unit transplantation) αποτελεί τη μέθοδο εκλογής. Η θυλακική μονάδα αποτελεί ανατομικό σχηματισμό ο οποίος περιλαμβάνει από 1 έως 4 τελικές τρίχες, τον συνοδό σμηγματογόνο αδένα, την πρόσφυση του ορθωτήρα μυός της τρίχας και μια λεπτή στιβάδα κολλαγόνου, που περιβάλλει και καθορίζει τον σχηματισμό.

Έως σήμερα έχουμε δύο διαθέσιμες τεχνικές: Τη FUT (Follicular Unit Transplantation), τη FUE (Follicular Unit Extraction) και συνδυασμό και των δύο.

Στην τεχνική **FUT** πραγματοποιείται μαζική εξαγωγή τριχοθυλακίων από τη ζώνη σταθερής τριχοφυΐας στο πίσω και πλάγιο τμήμα της κεφαλής (δότρια περιοχή) και εμφύτευση αυτών στη λήπτρια περιοχή. Για τη συρραφή της δότριας περιοχής διεξάγεται τριχοφυτική σύγκλιση. Με την τεχνική FUE τριχοθυλάκια αφαιρούνται ένα προς ένα από την ινιακή περιοχή του τριχωτού της κεφαλής, όπου θεωρείται περιοχή σταθερής τριχοφυΐας, και τοποθετούνται στη λήπτρια περιοχή, όπου παρατηρείται αραίωση . Έτσι, μετά τη μεταμόσχευση μπορούμε να επιτύχουμε ένα σταθερό και μόνιμο αποτέλεσμα.

Η **FUE** είναι η πιο σύγχρονη μέθοδος εμφύτευσης μαλλιών και τείνει να επικρατήσει διεθνώς, καθώς είναι ελάχιστα επεμβατική. Οι ενδείξεις για να υποβληθεί κάποιος σε μεταμόσχευση μαλλιών με την τεχνική FUE είναι: Όταν υπάρχει μειωμένη ελαστικότητα δέρματος και δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί η τεχνική FUT, όταν ο υποψήφιος δεν επιθυμεί να έχει ράμματα και γραμμική ουλή, όταν η δότρια περιοχή είναι περιορισμένη λόγω προηγούμενων επεμβάσεων, σε διορθωτικές επεμβάσεις, όταν θέλουμε να διορθώσουμε ουλές, όταν θέλουμε να κάνουμε μεταμόσχευση τριχών σε φρύδια και γένια και όταν έχουμε μικρής έκτασης περιστατικά όπου απαιτείται μικρός αριθμός τριχοθυλακίων.

Η χρονική διάρκεια της μεταμόσχευσης μαλλιών καθορίζεται από δύο παράγοντες: Πρώτον, από τις εκάστοτε ανάγκες του υποψηφίου (έκταση αλωπεκίας) και, δεύτερον, από τη μέθοδο που ακολουθείται. Για παράδειγμα, η επέμβαση με την τεχνική FUE διαρκεί περισσότερες ώρες, λόγω της μεμονωμένης διαδικασίας λήψης των τριχοθυλακίων, ενώ η τεχνική FUT διαρκεί λιγότερες ώρες, λόγω μαζικής λήψης. Συνήθως, η μέση διάρκεια ενός χειρουργείου κυμαίνεται από 4-5 ώρες. Καθ' όλη τη διάρκεια του χειρουργείου, ο ενδιαφερόμενος μπορεί να επικοινωνεί με το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Τα **στάδια της μεταμόσχευσης** μαλλιών με τη FUE είναι:

- Ο προσδιορισμός της δότριας περιοχής και εφαρμογή τοπικής αναισθησίας πριν από τη διενέργεια της μεθόδου.
- Η εξαγωγή ένα προς ένα των τριχοθυλακίων από τη δότρια περιοχή.
- Η φύλαξη το πολύ έως 6 ώρες των μοσχευμάτων σε υγρό και ψυχρό περιβάλλον.
- Ο σχεδιασμός της περιοχής εμφύτευσης (λήπτρια περιοχή).
- Η τοποθέτηση των τριχοθυλακίων στη λήπτρια περιοχή.
- Ο έλεγχος της λήπτριας περιοχής. Μετά την τοποθέτηση των μοσχευμάτων εξετάζουμε τη λήπτρια περιοχή για να βεβαιωθούμε ότι όλα τα τριχοθυλάκια έχουν τοποθετηθεί σωστά.

Η τεχνική FUE θεωρείται ελάχιστα επεμβατική, απουσιάζει η γραμμική ουλή, παρουσιάζει ελάχιστη ή καθόλου αιμορραγία και η μετεγχειρητική επάνοδος είναι άμεση. Οι επεμβάσεις διενεργούνται από εξειδικευμένο ιατρικό (δερματολόγο, αναισθησιολόγο) και νοσηλευτικό προσωπικό. Το χειρουργείο πραγματοποιείται με τοπική αναισθησία στη δότρια και τη λήπτρια περιοχή του τριχωτού της κεφαλής. Οι περιπτώσεις για τις οποίες αντενδείκνυται η τεχνική FUE είναι οι εξής: Πολύ σγουρά μαλλιά (αφρικανική φυλή), διάχυτη αλωπεκία, γυροειδής αλωπεκία και περιοχές με εκτεταμένη αλωπεκία.

Η χρονική διάρκεια της μεταμόσχευσης μαλλιών καθορίζεται από δύο παράγοντες: Πρώτον,. από τις εκάστοτε ανάγκες του υποψηφίου (έκταση αλωπεκίας) και, δεύτερον, από τη μέθοδο που ακολουθείται

Τα μαλλιά που έχουν μεταμοσχευθεί αρχίζουν να αναπτύσσονται κανονικά μετά το πέρας του χειρουργείου, αλλά γίνεται αντιληπτό από τον ενδιαφερόμενο περίπου 3-4 μήνες μετά, ενώ το αποτέλεσμα ολοκληρώνεται έπειτα από 12 μήνες

Συνδυασμός STRIP - FUE στην ίδια συνεδρία

Ο συνδυασμός και των δύο τεχνικών στην ίδια συνεδρία εφαρμόζεται σε δύσκολες περιπτώσεις, όπως στην περίπτωση υποψηφίων με ανδρογενετική αλωπεκία Norwood class VI-VII. Τα πλεονεκτήματα του συνδυασμού και των δύο τεχνικών είναι η μεγιστοποίηση του συνολικού αριθμού των τριχοθυλακίων ανά συνεδρία συγκριτικά με το STRIP και τη FUE, η ελαχιστοποίηση του κινδύνου εμφάνισης μετεγχειρητικής ουλής σε σχέση με το STRIP, διότι οι οπές δημιουργούνται μετά τη λήψη των τριχοθυλακίων στη FUE και λειτουργούν σαν ανακουφιστικές τομές, ελαττώνοντας την τάση στο άνω χείλος της τομής.

Μετά το πέρας κάθε χειρουργείου διενεργείται επανέλεγχος τις επόμενες ημέρες, ενώ η αξιολόγηση του αισθητικού αποτελέσματος γίνεται στους 3, 6, 9 και 12 μήνες. Τα μαλλιά που έχουν μεταμοσχευθεί αρχίζουν να αναπτύσσονται κανονικά μετά το πέρας του χειρουργείου, αλλά γίνεται αντιληπτό από τον ενδιαφερόμενο περίπου 3-4 μήνες μετά, ενώ το αποτέλεσμα ολοκληρώνεται έπειτα από 12 μήνες.

Κάντε διατροφή με τον άνθρωπό σας ή τον φίλο σας για καλύτερα αποτελέσματα

Σκέφτεστε ακόμα να μπείτε σε πρόγραμμα διατροφής; Είναι κάτι που σας κρατάει διστακτικούς ή θεωρείτε ότι θα είναι άλλη μια προσπάθεια που δεν θα έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα; Αν θεωρείτε την περίοδο αυτή ιδανική για δίαιτα, αλλά κάτι σας λείπει, η λύση πιθανόν να βρίσκεται δίπλα σας! Πώς θα σας φαινόταν να κάνετε μια κοινή προσπάθεια με τον άνθρωπό σας ή τον κολλητό σας φίλο;

Με τον άνθρωπό σας

Προσπαθήστε μαζί! Έρευνα έδειξε ότι τα άτομα που είχαν ενταχθεί σε πρόγραμμα απώλειας βάρους αλλά για διάφορους λόγους ήταν έτοιμοι να διακόψουν αυτή τους την προσπάθεια ανέφεραν ότι αν είχαν «συμπαραστάτη» τον άνθρωπό τους σίγουρα θα έμπαιναν σε δεύτερες σκέψεις. Βρείτε με τον άνθρωπό σας τις κοινές αλλά και τις διαφορετικές προτιμήσεις και αποστροφές σας. Βρείτε τα αγαπημένα σας τρόφιμα που θα τα καταναλώνετε μαζί και περιορίστε αυτά που μπορεί να σαμποτάρουν την προσπάθειά σας με επιβάρυνση εξτρά θερμίδων. Θέστε σαν στόχο την κατανάλωση ενός αγαπημένου σας τροφίμου που έχει παραπάνω θερμίδες σε μία φορά την εβδομάδα. Όσον αφορά τα τρόφιμα που αρέσουν στον έναν από τους δύο, οργανώστε έτσι την εβδομάδα σας ωστε να μπορεί να καταναλωθεί με κάποιον άλλο τρόπο (π.χ., όσπριο από τη μητέρα σας, ψάρι από κάπου έξω κ.λπ.). Ξεκινήστε, λοιπόν, μαζί και οι δύο τις συνεδρίες σας με έναν πτυχιούχο διαιτολόγο. Μην ξεχνάτε ότι η απώλεια βάρους επέρχεται όταν δημιουργείται αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο ενέργειας, δηλαδή όταν η πρόσληψη θερμίδων είναι λιγότερη απο αυτές που καίμε. Επομένως, και τα προγράμματα διατροφής δεν θα είναι κοινά, διότι θα πρέπει να είναι εξατομικευμένα, σύμφωνα με τις ανάγκες του καθενός, αλλά η προσπάθεια θα είναι κοινή!

Οι επαναληπτικές συνεδρίες θα αναδείξουν τον υποστηρικτικό ρόλο που παίζει ο ένας για τον άλλον, όχι μόνο στην κοινή σας ζωή ως ζευγάρι, αλλά και στη ζυγαριά. Βέβαια, είναι πιθανό τα αποτελέσματα μεταξύ του ζευγαριού να διαφέρουν, όμως πρόκειται για κάτι φυσιολογικό. Οι άνδρες έχουν την ιδιότητα να χάνουν πιο εύκολα βάρος απ' ό,τι οι γυναίκες. Αυτό συμβαίνει διότι έχουν μεγαλύτερη μυϊκή μάζα, επομένως και καλύτερο μεταβολισμό. Το ζευγάρι, λοιπόν, θα πρέπει να αποδεχτεί ότι το πιθανότερο είναι η απώλεια βάρους να είναι διαφορετική, αλλά εξίσου σημαντική για τον καθένα ξεχωριστά. Άλλωστε, αυτή η κοινή προσπάθεια γίνεται για να υπάρχει υποστήριξη από τον έναν στον άλλο και όχι για να προκαλέσει εντάσεις στο ζευγάρι. Δείτε το σαν έναν τρόπο να γνωρίσετε ακόμα περισσότερο τον άνθρωπό σας, να έχετε όμοια κίνητρα, να φτιάχνετε μαζί τη λίστα του σούπερ μάρκετ, να ασκήστε παρέα και να αποκτήσετε καλύτερες διατροφικές συνήθειες. Δοκιμάστε το έχοντας τον άνθρωπό σας δίπλα και όχι απέναντι.

Χρήστος Παξιμαδάς
Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, M.Sc.

Ξεκινήστε μαζί με τον άνθρωπό σας ένα πρόγραμμα διατροφής με έναν πτυχιούχο διαιτολόγο .Οι συνεδρίες θα αποκτήσουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, ενώ ένας μικρός συναγωνισμός, που ίσως υπάρχει μεταξύ σας, πιθανότατα να λειτουργήσει θετικά στην όλη προσπάθεια

Στον διαιτολόγο με τον κολλητό σας:

Ο σύχρονος τρόπος ζωής, οι εντατικοί και απαιτητικοί ρυθμοί της καθημερινότητας, οι κακές διατροφικές επιλογές και η καθιστική ζωή είχαν σαν αποτέλεσμα την αύξηση του βάρους σας; Επισκεφθείτε έναν διαιτολόγο παρέα με τον καλύτερό σας φίλο. Οι συνεδρίες θα αποκτήσουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, ενώ ένας μικρός συναγωνισμός, που ίσως υπάρχει μεταξύ σας, πιθανότατα να λειτουργήσει θετικά στην όλη προσπάθεια. Βάλτε στόχους από κοινού, επιβραβεύστε ο ένας τον άλλο και κάντε συνδρομή στο ίδιο γυμναστήριο προκειμένου να παρακινείστε.

Συνοψίζοντας, πλέον φαίνεται ότι μια κοινή προσπάθεια σε ζευγάρια, σε φίλους, σε γκρουπ της ίδιας ηλικιακής ομάδας και σε αθλητές του ίδιου αγωνίσματος λειτουργεί και δίνει πολύ καλά αποτελέσματα, καθώς αποδίδει στη μείωση του σωματικού βάρους και βοηθά στο να αποκτήσετε καλύτερες διατροφικές συνήθειες. Τι θα λέγατε να το δοκιμάσετε; ***Καλή επιτυχία!***

νοσηλευτική

Νοσηλευτική αξιολόγηση

Σύγχρονες μέθοδοι για τη μείωση του προεγχειρητικού άγχους στα παιδιά

Νοσηλευτική αξιολόγηση

Απαραίτητο στοιχείο της φροντίδας του αρρώστου

Μαρία Μαρούδα
Αναπληρώτρια Διευθύντρια Νοσηλευτικής Διεύθυνσης

Η νοσηλευτική αξιολόγηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας και ορίζεται ως η συστηματική και συνεχής εκτίμηση και παρατήρηση του επιπέδου υγείας του ασθενούς. Δεν αναπαράγει την ιατρική αξιολόγηση, η οποία επικεντρώνεται στα σχετικά με την παθολογία δεδομένα, αλλά εστιάζεται κυρίως στις απαντήσεις των ασθενών.

Η αξιολόγηση απαιτεί συγκεκριμένες δεξιότητες, προκειμένου ο νοσηλευτής αφενός να μπορεί να εκτιμά τις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειας, αφετέρου να μπορεί να λαμβάνει ορθές κλινικές αποφάσεις ώστε να θέτει τις σωστές νοσηλευτικές διαγνώσεις και να επιλέγει τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Στις δεξιότητες αυτές περιλαμβάνονται η λεπτομερής παρατήρηση, η κλινική αιτιολόγηση και η ανάλογη θεωρητική γνώση. Η επιτυχημένη αξιολόγηση του αρρώστου προάγει την ασφάλεια, τη συνέχεια και την ποιότητα της φροντίδας υγείας, τη διαχείριση των συμπτωμάτων και έρ-

χεται σε απόλυτη συμφωνία με τις νομικές και επαγγελματικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών. Θεμελιώδες στοιχείο της αξιολόγησης είναι η συλλογή δεδομένων, που διακρίνονται σε δύο τύπους: Τα αντικειμενικά και τα υποκειμενικά. Τα αντικειμενικά δεδομένα είναι πληροφορίες που γίνονται αντιληπτές με τις αισθήσεις και την παρατήρηση και μπορούν να επαληθευτούν από ένα άλλο πρόσωπο ή προέρχονται από τα εργαστηριακά ευρήματα. Τα υποκειμενικά δεδομένα είναι πληροφορίες που γίνονται αντιληπτές μόνο από το πρόσωπο που πάσχει. Βασίζονται στο «τι ο ασθενής αναφέρει» και περιλαμβάνουν τις ανησυχίες του, την πληροφόρησή του, τις ικανότητές του, τις αδυναμίες του και τη γνώση του σχετικά με την πρόοδο-πρόγνωση της ασθένειάς του, τη θεραπεία που ακολουθεί και τις παρενέργειες αυτής. Είναι πολύ σημαντικό τα δεδομένα που συλλέγονται να είναι πλήρη, ακριβή, τεκμηριωμένα και να έχουν άμεση σχέση με τον ασθενή.

Διαδικασία αξιολόγησης

Η διαδικασία της αξιολόγησης έχει τα εξής **χαρακτηριστικά**:

1 Ως κεντρικό άξονα έχει τις πραγματικές αλλά και τις δυνητικές ανάγκες του αρρώστου, της οικογένειάς του και των φίλων του.

2 Είναι δυναμική διαδικασία και χαρακτηρίζεται από την εξατομίκευση στη φροντίδα, σε κάθε στάδιο της νόσου ή σε κάθε στάδιο της θεραπείας του αρρώστου.

3 Οφείλει να παρέχει πληροφόρηση πάνω στην οποία πρέπει να σχεδιάζονται οι παρεμβάσεις και να οριοθετούνται οι στόχοι.

Η αξιολόγηση απαιτεί συγκεκριμένες δεξιότητες, προκειμένου ο νοσηλευτής, αφενός να μπορεί να εκτιμά τις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειας, αφετέρου να μπορεί να λαμβάνει ορθές κλινικές αποφάσεις ώστε να θέτει τις σωστές νοσηλευτικές διαγνώσεις και να επιλέγει τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Στις δεξιότητες αυτές περιλαμβάνεται η λεπτομερής παρατήρηση, η κλινική αιτιολόγηση και η ανάλογη θεωρητική γνώση

4 Είναι μια διαδικασία στην οποία ο ασθενής έχει ενεργητικό ρόλο.

5 Συνδέεται άμεσα με την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

6 Προάγει τη μέγιστη λειτουργικότητα και την ανεξαρτησία του ατόμου.

7 Επηρεάζει άμεσα το αποτέλεσμα της θεραπείας και την επιβίωση.

8 Οι τεχνικές αξιολόγησης και τεκμηρίωσης ποικίλλουν και εξαρτώνται από το υπάρχον σύστημα υγείας.

Τύποι αξιολόγησης

Υπάρχουν διάφοροι τύποι αξιολόγησης, ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών και τις προτεραιότητες στο σχέδιο φροντίδας τους.

Πρώτος τύπος είναι η **σύντομη αξιολόγηση** (mini assessment), που περιλαμβάνει τη γρήγορη οπτική και φυσική εξέταση του αρρώστου.

Δεύτερος τύπος είναι η **ολοκληρωμένη αξιολόγηση** (comprehensive assessment), που περιλαμβάνει τη φυσική εξέταση του επιπέδου υγείας του αρρώστου, των παραγόντων κινδύνου και των ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων της ασθένειας.

Τρίτος τύπος είναι η **εστιασμένη-στοχευμένη αξιολόγηση** (focused assessment), που περιλαμβάνει την εκτίμηση ενός συγκεκριμένου προβλήματος ή μιας συγκεκριμένης κατάστασης, όπως είναι και η περιφερική νευροπάθεια.

Τελευταίος τύπος είναι η **συνεχής αξιολόγηση** (ongoing assessment), που περιλαμβάνει τη διαρκή εκτίμηση του αρρώστου, του επιπέδου υγείας του και την παρακολούθηση όλων των προβλημάτων που ανιχνεύτηκαν από τους προηγούμενους τρεις τύπους αξιολογήσεων.Η αξιολόγηση για να είναι περιεκτική θα πρέπει να αναγνωρίζει άμεσα τις ανάγκες του αρρώστου, ώστε και οι παρεμβάσεις να είναι έγκαιρες. Η συλλογή των απαραίτητων δεδομένων από τους ασθενείς σχετίζεται με τη διαγνωστική ακρίβεια και τις επιτυχημένες παρεμβάσεις. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων στηρίζεται στα δεδομένα που έχουν συλλεγεί, αναλυθεί και ερμηνευτεί. Οι νοσηλευτές αρκετές φορές λαμβάνουν αποφάσεις με κριτήριο τη διαίσθηση και την εμπειρία τους. Ο τύπος αξιολόγησης που χρησιμοποιείται πρέπει να έχει ευαισθησία, να αναγνωρίζει τις διαφορετικές κλινικές ανάγκες του κάθε αρρώστου και να είναι ευέλικτος, έτσι ώστε να αναπροσαρμόζεται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Η εκτίμηση των συμπτωμάτων είναι ένα μέρος της ολοκληρωμένης αξιολόγησης του αρρώστου. Μελέτες έχουν δείξει ότι σε ασθενείς με δύσπνοια, η ολοκληρωμένη και περιεκτική αξιολόγηση του συμπτώματος βελτίωσε την υγεία των αρρώστων, κυρίως λόγω της συνεχούς παρακολουθήσεως και των κατάλληλων παρεμβάσεων. Οι θεωρητικές γνώσεις είναι απαραίτητες, προκειμένου ο νοσηλευτής να κατανοεί τη φύση των κλινικών σημείων, την ίδια τη νόσο, καθώς και τις φυσικές

- ψυχολογικές επιπτώσεις της νόσου και των θεραπειών της. Οι κυριότερες περιοχές που απαιτούν ενδελεχή αξιολόγηση είναι: Το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό, το γαστρεντερικό, το γεννητικό, το μυοσκελετικό, το νευρικό σύστημα, το διανοητικό, ψυχολογικό, κοινωνικό, πνευματικό, πολιτισμικό επίπεδο, το οικογενειακό ιστορικό και οι παράγοντες κινδύνου του αρρώστου.

Κλινική αξιολόγηση

Η κλινική αξιολόγηση είναι αρκετά πολύπλοκη και δύσκολη, κυρίως λόγω του γεγονότος ότι ο κάθε άνθρωπος περιγράφει την ασθένεια και τα συμπτώματα με διαφορετικό τρόπο. Υπάρχουν τρία κοινά βασικά σημεία, η κατανόηση των οποίων βοηθάει στη σωστή κλινική αξιολόγηση.

1 Όλα τα συμπτώματα εκφράζουν έναν κοινό πυρήνα δυσάρεστων συμβάντων που συμβαίνουν στον άνθρωπο, οπότε μπορεί να χρησιμοποιηθούν οι ίδιες ή παρόμοιες μέθοδοι για τη μέτρηση διαφορετικών συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, μέσα από την προσωπική του εμπειρία γνωρίζει κάποιος πότε έχει κρύο, πώς αισθάνεται γι' αυτό και αξιολογεί την έντασή του και το κατά πόσο επηρεάζεται η ζωή του. Οι ασθενείς με καρκίνο χρησιμοποιούν την ίδια μέθοδο. Χρησιμοποιώντας τη δική τους κρίση και αντίληψη μπορεί επιτυχώς να εφαρμοστεί η αυτοαξιολόγηση ως μέθοδος κατανόησης των συμπτωμάτων τους.

Η Νοσηλευτική αξιολόγηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας και ορίζεται ως η συστηματική και συνεχής εκτίμηση και παρατήρηση του επιπέδου υγείας του ασθενή. Αποτελεί ουσιαστικό, πολύτιμο και μοναδικό στοιχείο και συστατικό της τεκμηριωμένης παρεχόμενης φροντίδας υγείας

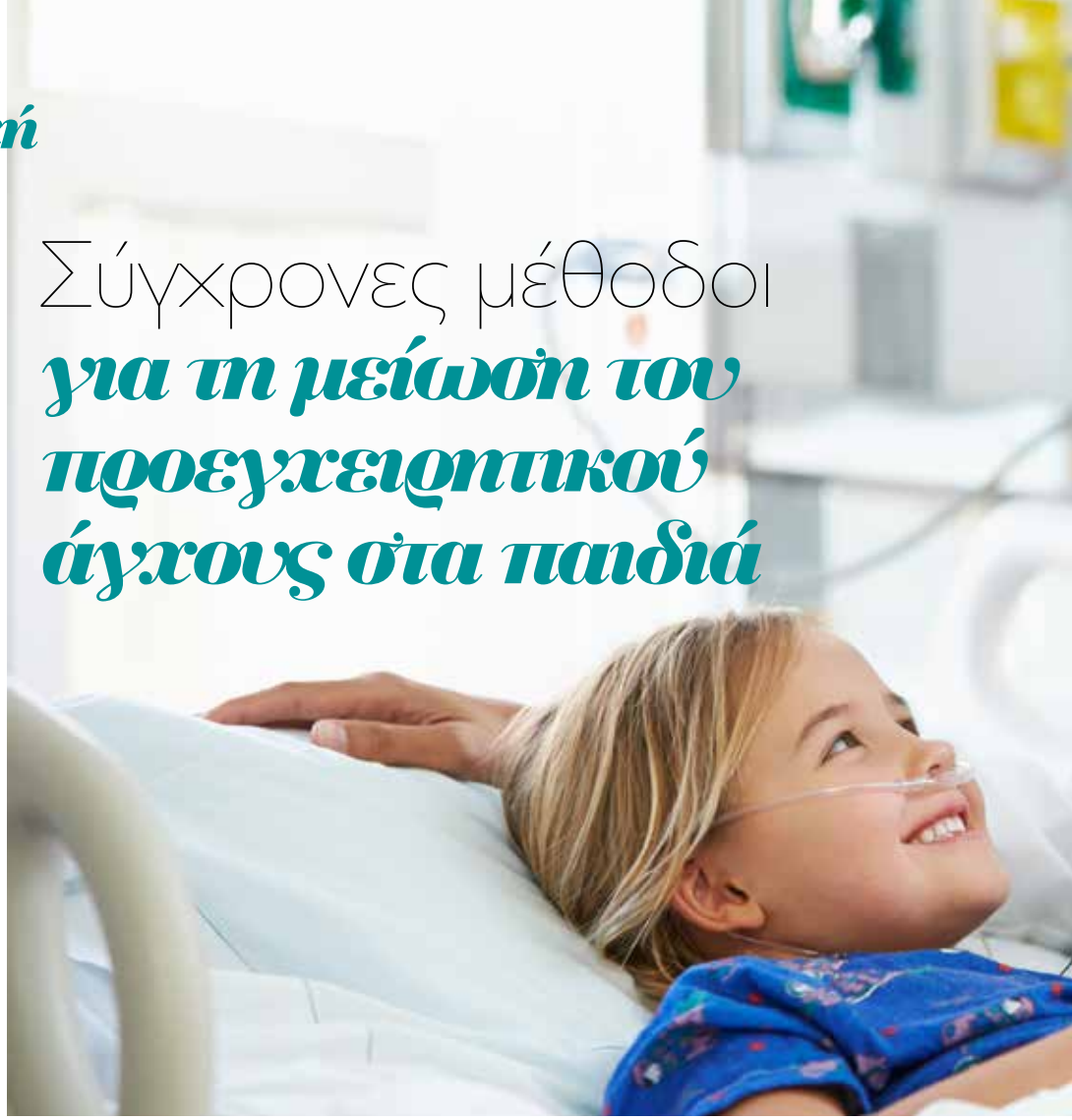
Η Νοσηλευτική αξιολόγηση απαιτεί θεωρητική κατάρτιση, κλινική εμπειρία και κριτική σκέψη. Δεν πρέπει να αποτελεί μεμονωμένη και τυχαία νοσηλευτική πράξη, αλλά πρέπει να ενσωματωθεί στην καθημερινή κλινική νοσηλευτική πρακτική.

2 Θα πρέπει να υπάρχει εστίαση και προσοχή στο «τι οι ασθενείς αναφέρουν». Η αναγνώριση των συμπτωμάτων είναι το πρώτο βήμα για την κατανόηση των επιπτώσεων της ασθένειας. Η άποψη των ασθενών για το τι είναι δύσκολο και δυσβάσταχτο γι' αυτούς μπορεί να διαφέρει από αυτό που αντιλαμβάνονται οι ιατροί και οι λοιποί επιστήμονες υγείας.

3 Θα πρέπει να σχεδιαστούν και να χρησιμοποιηθούν κατάλληλα συστήματα αξιολόγησης. Οι προκαθορισμένες ερωτήσεις και η χρησιμοποίηση εργαλείων αξιολόγησης μπορούν να μειώσουν σημαντικά τις διαφορές ανάμεσα στις τεχνικές αξιολόγησης.

Συνοψίζοντας, η νοσηλευτική αξιολόγηση παραμένει ουσιαστικό, πολύτιμο και μοναδικό στοιχείο και συστατικό της τεκμηριωμένης παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Διαφοροποιείται από την ιατρική αξιολόγηση, που κυρίως δίνει έμφαση στα σωματικά συμπτώματα, αδυνατώντας να προσεγγίσει τον άρρωστο ολιστικά και ψυχοσωματικά. Η νοσηλευτική αξιολόγηση απαιτεί θεωρητική κατάρτιση, κλινική εμπειρία και κριτική σκέψη και φυσικά δεν πρέπει να αποτελεί μεμονωμένη και τυχαία νοσηλευτική πράξη. Στην Ευρωκλινική η νοσηλευτική αξιολόγηση έχει ενσωματωθεί εδώ και πολλά χρόνια στην καθημερινή κλινική νοσηλευτική πρακτική. Με αυτόν τον τρόπο υπάρχει έγκαιρη διάγνωση πιθανών επιπλοκών, ορθότερη διαχείριση των συμπτωμάτων και καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Σύγχρονες μέθοδοι για τη μείωση του προεγχειρητικού άγχους στα παιδιά



Η χειρουργική επέμβαση στην παιδική ηλικία είναι μια στρεσογόνος εμπειρία για τους παιδιατρικούς ασθενείς, καθώς συχνά συνοδεύεται από επώδυνες εμπειρίες. Στη διεθνή βιβλιογραφία είναι σαφώς αποτυπωμένη η εμφάνιση άγχους στα νοσηλευόμενα παιδιά, ιδίως κατά την προεγχειρητική και τη μετεγχειρητική περίοδο. Ειδικότερα αναφέρεται ότι η χειρουργική επέμβαση είναι ένα από τα πιο στρεσογόνα γεγονότα που ένα παιδί μπορεί να βιώσει. Η ένταση του προεγχειρητικού άγχους, που μπορεί να βιώσει ένα παιδί, ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία, την ωριμότητα, τον χαρακτήρα και τις προηγούμενες εμπειρίες αναισθησίας ή νοσηλείας του.

Ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι το 50%-60% των παιδιών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση βιώνουν σημαντικά επίπεδα άγχους. Ο αποχωρισμός από την οικογένεια, τα μη οικεία πρόσωπα, το ψυχρό περιβάλλον, οι άγνωστες παρεμβάσεις, η ανασφάλεια για την αναισθησία ή το χειρουργείο ή ακόμη και ο φόβος του «αγνώστου» λειτουργούν επιβαρυντικά στο παιδί, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Νυχτερινή ενούρηση, δυσκολίες στην πρόσληψη τροφής, συναισθηματικός αποκλεισμός, εσωστρέφεια και διαταραχές ύπνου, συνοδευόμενες συχνά από εφιάλτες, είναι μερικές από τις πιο συχνές εκδηλώσεις σχετιζόμενες με το προεγχειρητικό άγχος.

Στην κλινική πράξη σήμερα χρησιμοποιούνται τεχνικές πρόληψης, εργαλεία αξιολόγησης και φαρμακευτικές ή μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις για τη διαχείριση του προεγχειρητικού άγχους. Οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν κυρίως αναλγητική αγωγή και φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού παραληρήματος (delirium), κατά το οποίο το παιδί ανανήπτει με ανεπαίσθητη και ανήσυχη συμπεριφορά. Ειδικότερα, η εμφάνιση παραληρήματος συνδέεται με υψηλό προεγχειρητικό άγχος.

Αγορή Καντζιά
Αναπληρώτρια Διευθύντρια Νοσηλευτικής Διεύθυνσης

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν σημαντικές μελέτες που περιλαμβάνουν τη χρήση ειδικών εργαλείων αλλά και κλινικών παραμέτρων για την εκτίμηση του προεγχειρητικού άγχους στην παιδική ηλικία. Κλίμακες, όπως η Yale Preoperative Anxiety Scale (YPAS) ή η τροποποιημένη μορφή της (mYPAS) ή ακόμη και πιο σύντομες εκδοχές της, έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως. Παράλληλα, έχει αναπτυχθεί σημαντικός αριθμός άλλων κλιμάκων για την άμεση ή έμμεση εκτίμηση του προεγχειρητικού άγχους, ενώ έχουν χρησιμοποιηθεί ακόμη και εργαστηριακά μετρήσιμοι βιολογικοί δείκτες για την έμμεση εκτίμηση του προεγχειρητικού άγχους, όπως τα επίπεδα κορτιζόλης στον ορό.

Σήμερα έχουν αναγνωριστεί οι αρνητικές συνέπειες των υψηλών επιπέδων άγχους και δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην εκτίμηση του άγχους κατά την προεγχειρητική περίοδο και τη λήψη μέτρων για την αποτελεσματική διαχείρισή του. Τα μέσα αυτά εμπεριέχουν φαρμακευτικές παρεμβάσεις, συμπεριφορικές παρεμβάσεις και τεχνικές απόσπασης. Οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις στην παιδική ηλικία περιορίζονται σε πολύ συγκεκριμένες περιπτώσεις, εξαιτίας των ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Συγκριτικές μελέτες υποδει-

κνύουν ότι τα παιδιά τα οποία βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους καταναλώνουν και μεγαλύτερες ποσότητες αναλγητικών τόσο κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο όσο και μετεγχειρητικά στο σπίτι. Βασικοί στόχοι είναι η ανακούφιση από τον πόνο, η ανάπτυξη του αισθήματος ασφάλειας και η διαμόρφωση ενός φιλικού προς το παιδί περιβάλλοντος.

Στην καθημερινή πρακτική έχουν εφαρμοστεί πολλές μη **φαρμακευτικές παρεμβάσεις** για την αντιμετώπιση του άγχους με ή χωρίς τη χρήση της τεχνολογία. Για παράδειγμα, η παραμονή των γονιών σε όλη τη διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου (συχνά μέχρι την προνάρκωση ή κατά την ανάνηψη) με το παιδί τους. Αυτή η στρατηγική συνδέθηκε με βελτίωση των επιπέδων άγχους τόσο των παιδιών όσο και των γονιών τους. Μια άλλη σειρά μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων περιλάμβανε τη μουσικοθεραπεία, συμπεριφορικά προγράμματα, ακόμη και τον βελονισμό. Χαρακτηριστικά σε διάφορες μελέτες χρησιμοποιήθηκαν στολές κλόουν, διαδραστικά παιχνίδια και ταχυδακτυλουργικά τεχνάσματα για να επιτύχουν μείωση των επιπέδων άγχους των παιδιών κατά την προεγχειρητική περίοδο και να κάνουν την παραμονή τους στο νοσοκομείο πιο ευχάριστη. Όταν αυτή συνοδευόταν και από αποτελεσματική διαχείριση του πόνου και περιορισμού των επώδυνων παρεμβάσεων, τα αποτελέσματα ήταν ακόμη καλύτερα.

Η **χρήση της τεχνολογίας** έχει δώσει μερικώς λύση στον περιορισμό του διαθέσιμου χρόνου και των πόρων, καθώς νέες τεχνολογίες χρησιμοποιούνται ευρέως για τη δημιουργική ενασχόλησή τους κατά την παραμονή στο νοσοκομείο, ως τεχνική απόσπασης, για τη συναισθηματική τους υποστήριξη και την ενημέρωσή τους, που οδηγεί σε περιορισμό του προεγχειρητικού άγχους, με τρόπο που να είναι οικονομικά και χρονικά ωφέλιμος. Η χρήση των smartphones και των tablets είναι ένας προσιτός, απλός, αποδοτικός και οικονομικός τρόπος, με τον οποίο στην κλινική πράξη οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προετοιμάσουν τα παιδιά και την οικογένεια για την επέμβαση. Οι **οπτικοακουστικές παρεμβάσεις** (βίντεο, ηλεκτρονικά παιχνίδια και ηλεκτρονικές συσκευές) είναι πιο αποτελεσματικές ως τεχνικές μείωσης του προεγχειρητικού άγχους σε σύγκριση με τις κλασικές μεθόδους προσέγγισης, όπως είναι η ενημέρωση (προφορική ή γραπτή), η γονεϊκή παρουσία και η χορήγηση αγχολυτικών.

Η χειρουργική επέμβαση είναι ένα από τα πιο στρεσογόνα γεγονότα που ένα παιδί μπορεί να βιώσει. Ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι το 50-60% των παιδιών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση βιώνουν σημαντικά επίπεδα άγχους

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αναζητούν και να περιορίζουν παράγοντες που ευθύνονται ή επηρεάζουν την εμφάνιση προεγχειρητικού άγχους στην παιδική ηλικία. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει η αντιμετώπιση των παιδιών προεγχειρητικά να γίνεται ολιστικά, στο πλαίσιο και τις αρχές της σύγχρονης οικογενειοκεντρικής φροντίδας και με την επιλογή κατάλληλων μεθόδων, που είναι προσαρμοσμένες στο αναπτυξιακό στάδιο των παιδιών, τις προτιμήσεις παιδιών και οικογένειας και είναι σύμφωνες με τις δυνατότητες του νοσοκομείου φροντίδας. Η διεπιστημονική συνεργασία είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική διαχείριση του προεγχειρητικού άγχους, καθώς οι συνδυασμοί τεχνικών και μεθόδων φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικοί από μεμονωμένες παρεμβάσεις.

novalac

παιδί

Υποσπαδίας

Αύξηση της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας

Αντιμετώπιση της αναπτυξιακής δυσπλασίας του ισχίου

Παιδικός σταθμός & ωτίτιδες

Ρινίτιδα

Υπερηχογράφημα ισχίου με τη μέθοδο Graf

Γαστρεντερίτιδες στα παιδιά

Νικόλαος Πέττας
Διευθυντής Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Παίδων

Αντιμετώπιση της αναπτυξιακής δυσπλασίας του ισχίου

Κριτήρια θεραπείας

Η αναπτυξιακή δυσπλασία του ισχίου ορίζεται ως φάσμα ανωμαλιών της ανάπτυξης του ισχίου που παρουσιάζεται με διαφορετικές μορφές σε διαφορετικές ηλικίες. Ιστορικά πρώτος ο Ιπποκράτης το 390 π.Χ. αναφέρεται στην πάθηση και στη συνέχεια ο Ambroise Paré τον 17ο αιώνα αναφέρεται στην ανεπαρκή ανάπτυξη του ισχίου. Εν συνεχεία, ο Wilhelm Roser με τον καθορισμό της λαγονοϊσχιακής γραμμής, ο Roentgen με την ακτινογραφία, ο Ortolani το 1937 με το ομώνυμο τεστ και ο Barlow το 1962 με παρόμοιο τεστ και τελευταία ο Graf το 1980 με το υπερηχογράφημα ως διαγνωστική μέθοδο συνετέλεσαν στην έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου. Σύμφωνα με τον Klisic (1989), η αναπτυξιακή δυσπλασία του ισχίου θεωρείται μια δυναμική διαταραχή, δυνητικά ικανή για βελτίωση ή επιδείνωση όσο το παιδί μεγαλώνει και αυτό εξαρτάται από τη φροντίδα που του παρέχεται από παιδιάτρους ή παιδοορθοπαιδικούς.

Αίτια

Τα αίτια της νόσου είναι πολυπαραγοντικά. Η συνδεσμική χαλαρότητα, η ισχιακή προβολή, η θέση του παιδιού μετά τη γέννηση, το φάσκιωμα μετά τη γέννηση με τα ισχία σε έκταση και τα φυλετικά αίτια θεωρούνται υπεύθυνα για τη νόσο. Η συνήθεια του φασκιώματος των μωρών με τα ισχία σε έκταση αυξάνει σε μεγαλύτερο ποσοστό την αναπτυξιακή δυσπλασία του

ισχίου. Τα προγράμματα αλλαγής αυτής της συνήθειας, με τα ισχία σε βατραχοειδή θέση, έδειξαν υποχώρηση της επίπτωσης της νόσου έως και 65%. Σε ό,τι αφορά τα φυλετικά αίτια, παρατηρείται αυξημένη επίπτωση σε λευκούς και ιθαγενείς Αμερικανούς, ενώ χαμηλή είναι η επίπτωση στη μαύρη φυλή και στους Ασιάτες.

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

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

Στο νεογέννητο η εξέλιξη ενός «ασταθούς» ισχίου παραμένει ένα αίνιγμα για το πώς ανατάσσεται αυτόματα ή προχωρά προς το υπεξάρθρημα ή το εξάρθρημα. Τα νέα υπερηχογραφικά δεδομένα καθορίζουν την έννοια του «ασταθούς» ισχίου πάντα έπειτα από τη σωστή φυσική εξέταση (σημείο Ortolani – Barlow) και ορίζουν τη συντηρητική θεραπεία.

Θεραπεία

Η συντηρητική θεραπεία είναι επιτυχής επί πρώιμης διάγνωσης και εφόσον δεν έχουν εγκατασταθεί δευτεροπαθείς αλλοιώσεις των ανατομικών στοιχείων του ισχίου, που καθιστούν αδύνατη την ανάταξη. Σκοπός της θεραπείας είναι να υπάρχει, κατά το δυνατόν, ανατομικά φυσιολογικό ισχίο στο τέλος της σκελετικής ωρίμανσης, για να αποφευχθεί η μελλοντική

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

εκφυλιστική αρθροπάθεια του ισχίου. Όσο πιο νωρίς αρχίσει η θεραπεία τόσο καλύτερα αποτελέσματα έχουμε. Η φυσιολογική ανάπτυξη της αρθρώσεως εξαρτάται σημαντικά από τον χρόνο που γίνεται η επικέντρωση της μηριαίας κεφαλής στην κοτύλη. Στη συντηρητική θεραπεία πρωτεύοντα ρόλο έχουν οι διάφοροι τύπου νάρθηκες απαγωγής των ισχίων, αρχίζοντας από τις απλές πάνες απαγωγής, και τα διάφορα τύπου μαξιλαράκια απαγωγής. Οι κηδεμόνες σταθερής απαγωγής και οι μεταβλητοί κηδεμόνες περιλαμβάνονται στη θεραπευτική μας φαρέτρα όλο και περισσότερο.

Σε νεογέννητα με μειωμένη απαγωγή των ισχίων, ανισοπτύχωση και φυσιολογικό υπερηχογράφημα, οι πάνες απαγωγής των ισχίων συνιστούν θεραπεία εκλογής. Η επανεξέταση πρέπει να γίνεται σε 3 με 4 εβδομάδες, οπότε συνήθως τα κλινικά ευρήματα εξαφανίζονται. Σε νεογέννητα με μειωμένη απαγωγή, ανισοπτύχωση, click και δυσπλασία κοτύλης στο υπερηχογράφημα, οι πάνες ή τα μαξιλαράκια απαγωγής αποτελούν θεραπεία εκλογής, με συνήθη εξέλιξη τα κλινικά και υπερηχογραφικά ευρήματα να εξαφανίζονται σε 8 με 12 εβδομάδες. Οπωσδήποτε η επανεξέταση πρέπει να γίνεται κάθε 4 εβδομάδες.

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

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

Ενδείξεις ανοικτής ανάταξης

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

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

Υποσπαδίας, διόρθωση με ένα χειρουργείο, μικρή νοσηλεία και άριστα αποτελέσματα

Παναγιώτης Πετρόπουλος
Διευθυντής Παιδοχειρουργός, Ευρωκλινική Παίδων

Υποσπαδίας είναι η κατάσταση εκείνη κατά την οποία δεν δημιουργείται κατά την εμβρυϊκή ζωή το τελικό τμήμα της ουρήθρας (κανάλι-σωλήνας που αρχίζει από την ουροδόχο κύστη και φυσιολογικά καταλήγει στην άκρη της κεφαλής-βαλάνου του πέους). Με αυτόν τον τρόπο, το στόμιο της ουρήθρας από το οποίο ουρεί το παιδί δεν ευρίσκεται στην κορυφή του πέους, αλλά στην κάτω επιφάνειά του. Μαζί με το τελικό τμήμα της ουρήθρας, σχεδόν πάντα δεν δημιουργείται και το κάτω μέρος της ακροποσθίας, με αποτέλεσμα η βάλανος να καλύπτεται μόνο στο άνω μέρος αυτής. Η ακροποσθία στις περιπτώσεις αυτές είναι σαν μια κουκούλα ενός μπουφάν. Τέλος, πολλές φορές συνυπάρχει και κάμψη του πέους, η οποία χρειάζεται διόρθωση.

Τα είδη του υποσπαδία

Όσο πιο χαμηλά ευρίσκεται το στόμιο της ουρήθρας τόσο πιο σοβαρός είναι ο υποσπαδίας και τόσο πιο δύσκολη είναι η χειρουργική του διόρθωση.

Α. Βαλανικός υποσπαδίας. Το στόμιο της ουρήθρας ευρίσκεται λίγο πιο κάτω από τη φυσιολογική του θέση, μέχρι τη βάση της βαλάνου.

Β. Πεϊκός υποσπαδίας. Το στόμιο της ουρήθρας ευρίσκεται στον κορμό του πέους, σε άνω-μέση ή κάτω πεϊκή θέση.

Γ. Πεο-οσχεϊκός υποσπαδίας. Το ουρηθρικό στόμιο ευρίσκεται στα όρια πέους-οσχέου (του σάκου που περιέχει τους όρχεις).

Δ. Οσχεϊκός υποσπαδίας. Η θέση του στομίου ευρίσκεται στο όσχεο, κάτωθεν του κορμού του πέους.

Ε. Περινεϊκός υποσπαδίας. Εδώ το στόμιο της ουρήθρας ευρίσκεται κάτωθεν του οσχέου και προ του πρωκτού. Σπανίως, η ακροποσθία είναι ολόκληρη και η ατέλεια φαίνεται μόνο όταν το παιδί αρχίζει να αποκαλύπτει τη βάλανό του, κατεβάζοντας την πόσθη.

Όσο πιο χαμηλός είναι ο υποσπαδίας τόσο πιο μικρό είναι το πέος του παιδιού και τόσο περισσότερο υπάρχει πιθανότητα συνύπαρξης κάμψης. Σε αυτήν την περίπτωση, υπάρχει κύρτωση του κορμού του πέους προς τα κάτω. Όσο πιο σοβαρή είναι η κάμψη του πέους τόσο πιο δύσκολη γίνεται η χειρουργική επέμβαση αποκατάστασης.

Χειρουργική διόρθωση

Η επέμβαση για τη διόρθωση του υποσπαδία λέγεται ουρηθροπλαστική και γίνεται υπό γενική αναισθησία, γύρω ή μετά τα πρώτα γενέθλια του παιδιού. Το παιδί κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής του μεγαλώνει με εκρηκτικούς ρυθμούς. Μέχρι τα πρώτα γενέθλιά του, το παιδί τριπλασιάζει το μέγεθός του. Είναι, λοιπόν, λάθος να χειρουργείται ο υποσπαδίας πριν από τα πρώτα γενέθλια, διότι το πέος θα πρέπει να αποκτήσει ένα ικανοποιητικό μέγεθος, ούτως ώστε τα ποσοστά επιτυχίας της επέμβασης να είναι τα μεγαλύτερα δυνατά. Τα τελευταία χρόνια μάλιστα, συχνά πριν από τη διόρθωση του υποσπαδία γίνεται κάποιες φορές μια ορμονοδιέγερση του πέους με 1 έως 3 ενέσεις τεστοστερόνης (ανδρική ορμόνη). Η τεστοστερόνη μεγαλώνει επιπλέον το πέος, αλλά και δημιουργεί μια καλύτερη τοπική θρέψη των ιστών. Η ορμονοδιέγερση απευθύνεται κυρίως στους σοβαρούς υποσπαδίες. Με την ορμονοδιέγερση έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια πολύ τα ποσοστά επιτυχίας των επεμβάσεων αυτών. Τεράστια σημασία έχει στα ποσοστά επιτυχίας των επεμβάσεων η εμπειρία του χειρουργού. Οι υποσπαδίες πρέπει να χειρουργούνται από χειρουργούς με υψηλού βαθμού εξειδίκευση στις επεμβάσεις αυτές, ειδάλλως τα ποσοστά επιτυχίας τους είναι πολύ πιο χαμηλά. Το 28% των παιδιών με υποσπαδία που χειρουργούνται στην Ευρωκλινική Παίδων είναι ξαναχειρουργημένα αλλού, χωρίς να έχει επιτευχθεί ο σκοπός της επέμβασης. Σκοπός της επέμβασης είναι να έρθει το στόμιο της ουρήθρας στην κορυφή του πέους και να διορθωθεί η κάμψη, όταν αυτή είναι τόσο σοβαρή που να δυσκολεύει σε μεγαλύτερη ηλικία τη διείσδυση στον κόλπο της γυναίκας.

Τεράστια σημασία έχει στα ποσοστά επιτυχίας των επεμβάσεων η εμπειρία του χειρουργού. Οι υποσπαδίες πρέπει να χειρουργούνται από χειρουργούς με υψηλού βαθμού εξειδίκευση στις επεμβάσεις αυτές, ειδάλλως τα ποσοστά επιτυχίας τους είναι πολύ πιο χαμηλά. Το 28% των παιδιών με υποσπαδία που χειρουργούνται στην Ευρωκλινική Παίδων είναι ξαναχειρουργημένα αλλού, χωρίς να έχει επιτευχθεί ο σκοπός της επέμβασης

Σε ό,τι αφορά την ακροποσθία, η οποία είναι μισή, στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται πλήρης αποκατάσταση αυτής στον ίδιο χειρουργικό χρόνο, με αποτέλεσμα και εξωτερικά η μορφολογία του πέους να είναι εντελώς φυσιολογική. Στις περιπτώσεις των χαμηλών-σοβαρών υποσπαδιών, σχετικά συχνά η ημιακροποσθία του πέους «θυσιάζεται», διότι από τους ιστούς της κατασκευάζεται το κομμάτι της ουρήθρας που λείπει, με αποτέλεσμα μετά την επέμβαση η βάλανος του πέους να είναι στον εξωτερικό χώρο, όπως είναι σε έναν άνθρωπο που είχε φίμωση και έκανε περιτομή.

Διάρκεια νοσηλείας - ποσοστά επιτυχίας

Η διάρκεια νοσηλείας του παιδιού εξαρτάται από τη σοβαρότητα του υποσπαδία.

Α. Οι βαλανικοί υποσπαδίες χειρουργούνται χωρίς καθετήρα και χωρίς νοσηλεία. Το παιδί παραμένει μόνο τρεις ώρες στο νοσοκομείο και τα ποσοστά επιτυχίας των επεμβάσεων αυτών ανέρχονται στο 97%.

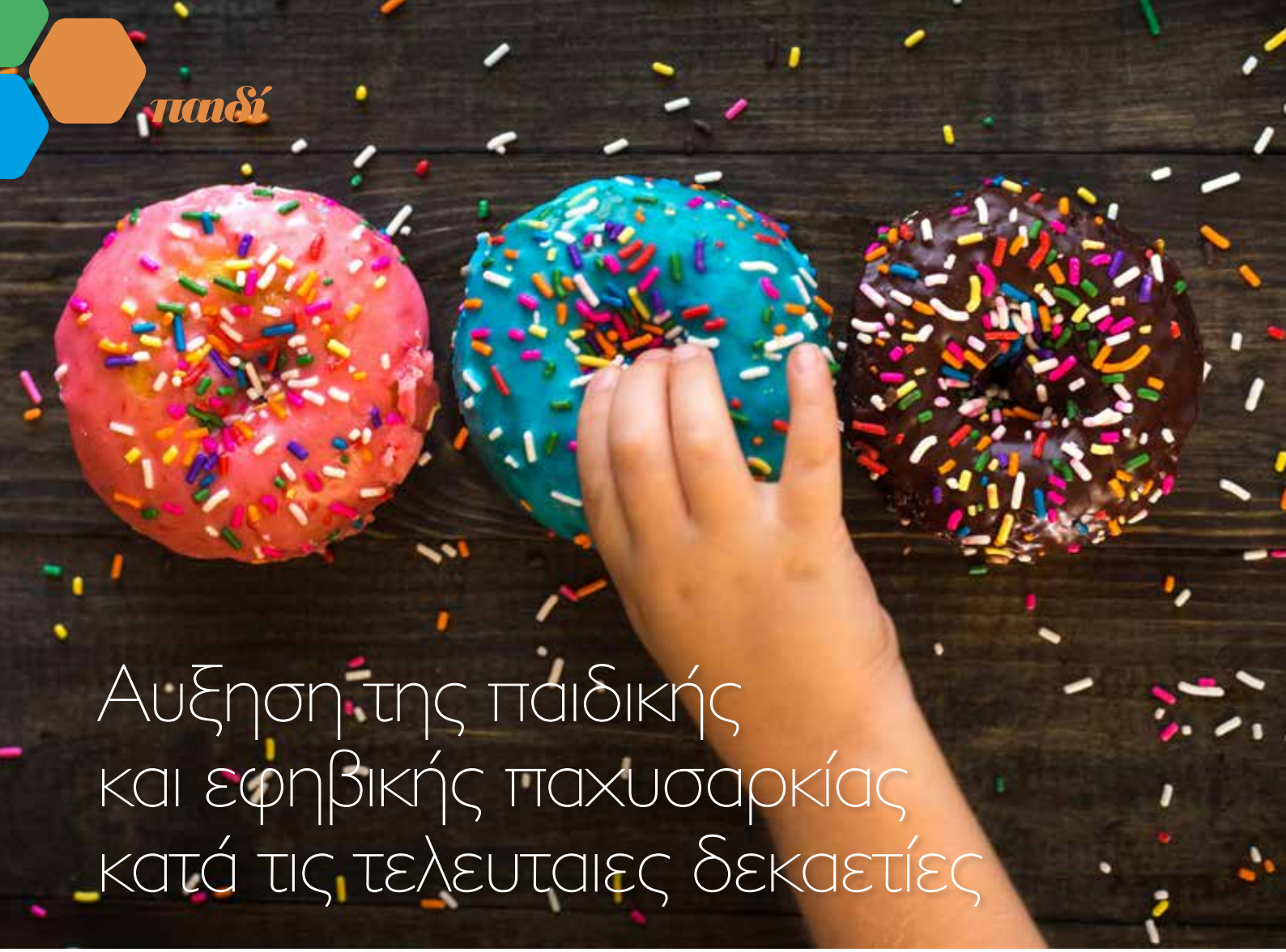
Β. Οι άνω έως μέσοι πεϊκοί υποσπαδίες χειρουργούνται με μόνο μια νύχτα παραμονής του παιδιού στο νοσοκομείο με καθετήρα που αφαιρείται 20 ώρες μετά το χειρουργείο. Την επομένη της επέμβασης ο καθετήρας αφαιρείται και το παιδί γυρίζει σπίτι του. Τα ποσοστά επιτυχίας των επεμβάσεων αυτών ανέρχονται στο 96%.

Γ. Οι κάτω πεϊκοί και οσχεϊκοί υποσπαδίες χειρουργούνται με 4-6 ημέρες παραμονής του παιδιού στο νοσοκομείο με καθετήρα. Το ποσοστό επιτυχίας των επεμβάσεων αυτών ξεπερνά κατά τι το 90%.

Σε περίπτωση αποτυχίας, χρειάζεται επανεπέμβαση, η οποία γίνεται τουλάχιστον 8 μήνες μετά την πρώτη επέμβαση και η οποία, ευτυχώς στις περισσότερες των περιπτώσεων, είναι σαφώς μικρότερης διάρκειας από την πρώτη επέμβαση. Συχνότερες επιπλοκές είναι η δημιουργία συριγγίου (τα ούρα εξέρχονται και από μια δεύτερη τρύπα κατά μήκος της ουρηθροπλαστικής), η διάσπαση της κοιλιακής συρραφής της ακροποσθίας και η στένωση της νέας ουρήθρας. Τα συρίγγια συρράπτονται-κλείνονται συνήθως χωρίς νοσηλεία και χωρίς καθετήρα μετεγχειρητικώς.

Απώτερη ζωή

Τα παιδιά που έχουν χειρουργηθεί για υποσπαδία πρέπει να έχουν έναν έλεγχο στην ηλικία των 14 ετών. Ευτυχώς, η παθολογία του υποσπαδία δεν επηρεάζει τη λειτουργία της στύσης, με αποτέλεσμα τα παιδιά αυτά να έχουν μια φυσιολογική ενήλικη ζωή. Μόνο πρόβλημα μπορεί να είναι το μέγεθος του πέους, για το οποίο, επίσης, μπορεί να υπάρξει βελτίωση με τη συνεργασία των παιδο-ενδοκρινολόγων.



Αυξηση της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας κατά τις τελευταιες δεκαετίες

Ένα παγκόσμιο πρόβλημα

Θάλεια Παπάζογλου

Παιδίατρος - Παιδοενδοκρινολόγος - Διαβητολόγος
Διευθύντρια Παιδοενδοκρινολογικού & Υπεύθυνη Διαβητολογικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων

Ο αριθμός των παχύσαρκων παιδιών και εφήβων παγκοσμίως έχει δεκαπλασιαστεί τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, σύμφωνα με μια νέα μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το Imperial College of London και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Η μελέτη δημοσιεύτηκε στο Lancet ακριβώς πριν από την Παγκόσμια Ημέρα Παχυσαρκίας (11 Οκτωβρίου 2017). Αναλύθηκαν δεδομένα μετρήσεων ύψους και βάρους σχεδόν 130 εκατομμυρίων ατόμων ηλικίας 5 ετών και άνω (31,5 εκατομμύρια άτομα 5 έως 19 ετών και 97,4 εκατομμύρια άτομα 20 ετών και άνω). **Ο αριθμός των συμμετεχόντων είναι ο μεγαλύτερος που έχει υπάρξει ποτέ σε επιδημιολογική μελέτη.** Τα ποσοστά παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους παγκοσμίως αυξήθηκαν από λιγότερο από 1% (ισοδύναμο με 5 εκατομμύρια κορίτσια και 6 εκατομμύρια αγόρια) το 1975 σε σχεδόν 6% στα κορίτσια (50 εκατομμύρια) και 8% στα αγόρια (74 εκατομμύρια) το 2016. Συνδυαστικά, ο αριθμός των παχύσαρκων ατόμων 5 έως 19 ετών υπερδεκαπλασιάστηκε παγκοσμίως, από 11 εκατομμύρια το 1975 σε 124 εκατομμύρια το 2016. Οι τάσεις αυτές προμηνύουν μια γενιά παιδιών και εφήβων που θα μεγαλώνουν ως παχύσαρκα άτομα με κακή κατάσταση θρέψης. Χρειαζόμαστε τρόπους για να αυξήσουμε τη διαθεσιμότητα των υγιεινών και θρεπτικών τροφών στο σπίτι και το σχολείο,

ιδιαιτέρως για οικονομικά αδύναμες οικογένειες και κοινότητες, καθώς και κανονισμούς για να προστατεύσουμε τα παιδιά από το μη υγιεινό φαγητό. Τα παιδιά και οι έφηβοι μετατοπίστηκαν ταχέως από -κατά το μεγαλύτερο μέρος- λιποβαρείς σε κυρίως υπέρβαρους σε πολλές χώρες μεσαίου εισοδήματος, συμπεριλαμβανομένης της Ανατολικής Ασίας και της Λατινικής Αμερικής. Αυτό θα μπορούσε να αντανακλά την αύξηση της κατανάλωσης ενεργειακά πυκνών τροφών, ιδιαίτερα των επεξεργασμένων υδατανθράκων, που οδηγούν σε αύξηση βάρους και επιπτώσεις στην υγεία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Η Δρ Bull, συντονίστρια προγράμματος για την παρακολούθηση και την πρόληψη των μη μεταδοτικών ασθενειών στον ΠΟΥ, δήλωσε: *«Τα στοιχεία αυτά υπογραμμίζουν, υπενθυμίζουν και ενισχύουν ότι το υπέρβαρο και η παχυσαρκία αποτελούν σήμερα παγκόσμια κρίση για την υγεία και απειλούν να επιδεινωθεί τα επόμενα χρόνια, εκτός αν ξεκινήσουμε και λαμβάνουμε δραστικά μέτρα»*. Το 2016 υπήρχαν 50 εκατομμύρια κορίτσια και 74 εκατομμύρια αγόρια με παχυσαρκία στον κόσμο, ενώ ο παγκόσμιος αριθμός κοριτσιών και αγοριών που είναι μέτρια ή σοβαρά λιποβαρή ήταν 75 εκατομμύρια και 117 εκατομμύρια, αντίστοιχα. Στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, ειδικά στην Ασία, έχει επιταχυνθεί από το 1975. Αντιθέτως, στις χώρες με υψηλό εισόδημα έχει επιβραδυνθεί και σταθεροποιηθεί. Η μεγαλύτερη αύξηση στον αριθμό των παχύσαρκων παιδιών και εφήβων παρατηρήθηκε στην Ανατολική Ασία, σε αγγλόφωνες περιοχές με υψηλό εισόδημα (ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία, Ιρλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο), στη Μέση Ανατολή και τη Βόρεια Αφρική. Στην Ευρώπη, τα κορίτσια στη Μάλτα και τα αγόρια στην Ελλάδα είχαν τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας, στο 1,3% και16,7% του πληθυσμού, αντίστοιχα. Τα κορίτσια και τα αγόρια στη Μολδαβία είχα τα χαμηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας, στο 3,2% και 5% του πληθυσμού, αντίστοιχα. Το Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου του Γεωπονικού Πανεπιστημίου Αθηνών συμμετείχε σε αυτήν την παγκόσμια μελέτη μέσω των στοιχείων που έδωσε από τη μελέτη GRECO.

Τα ποσοστά παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους παγκοσμίως αυξήθηκαν από λιγότερο από 1% (ισοδύναμο με 5 εκατομμύρια κορίτσια και 6 εκατομμύρια αγόρια) το 1975 σε σχεδόν

6%

στα κορίτσια (50 εκατομμύρια) και

8%

στα αγόρια (74 εκατομμύρια) το 2016

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος αυτής της μελέτης, καθηγητής διατροφής του ανθρώπου Αντώνης Ζαμπέλας, δήλωσε: *«Η παιδική παχυσαρκία είναι πλέον ένα μεγάλο πρόβλημα παγκοσμίως. Λόγω του γεγονότος ότι ο κίνδυνος εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων στην ενήλικη ζωή αυξάνεται με την παρουσία παιδικής παχυσαρκίας, πρέπει να ληφθούν μέτρα άμεσα σε επίπεδο χώρας για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, που είναι πλέον πρόβλημα δημόσιας υγείας»*. Τα κορίτσια στο Ηνωμένο Βασίλειο είχαν το 73ο υψηλότερο ποσοστό παχυσαρκίας παγκοσμίως (6ο στην Ευρώπη) και τα αγόρια στο Ηνωμένο Βασίλειο είχαν την 84η υψηλότερη θέση παχυσαρκίας παγκοσμίως (18η στην Ευρώπη). Τα κορίτσια στις ΗΠΑ είχαν το 15ο υψηλότερο ποσοστό παχυσαρκίας παγκοσμίως και τα αγόρια είχαν τη 12η υψηλότερη θέση παχυσαρκίας παγκοσμίως. Μεταξύ των χωρών υψηλού εισοδήματος, οι ΗΠΑ είχαν τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας για τα κορίτσια και τα αγόρια. Η μεγαλύτερη αύξηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) των παιδιών και των εφήβων από το 1975 ήταν στην Πολυνησία και στη Μικρονησία και για τα δύο φύλα και στην κεντρική Λατινική Αμερική για τα κορίτσια. Η μικρότερη αύξηση του ΔΜΣ των παιδιών και των εφήβων κατά τη διάρκεια των τεσσάρων δεκαετιών που κάλυψε η μελέτη παρατηρήθηκε στην Ανατολική Ευρώπη.

Υπάρχουν λύσεις για να μειώσουν την παιδική και εφηβική παχυσαρκία;

Σε συνδυασμό με τη δημοσίευση των νέων εκτιμήσεων παχυσαρκίας, ο ΠΟΥ δημοσιεύει μια περίληψη της Εφαρμογής Σχεδίου για τη Λήξη της Παιδικής Παχυσαρκίας (ECHO). Το πρόγραμμα δίνει στις χώρες σαφείς οδηγίες για αποτελεσματικές δράσεις προκειμένου να καταπολεμηθούν η παιδική και η εφηβική παχυσαρκία. Ο ΠΟΥ έχει δημοσιεύσει, επίσης, κατευθυντήριες οδηγίες στους εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη για να εντοπίσουν και να διαχειριστούν παιδιά που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Ο ΠΟΥ ενθαρρύνει τις χώρες να υλοποιήσουν τις προσπάθειες που απευθύνονται στα περιβάλλοντα που σήμερα αυξάνουν τις πιθανότητες παιδικής παχυσαρκίας. Οι χώρες θα πρέπει να στοχεύσουν ιδιαίτερα στη μείωση της κατανάλωσης φθηνών, εξαιρετικά επεξεργασμένων, πυκνών θερμίδων, φτωχών σε θρεπτικά συστατικά τροφίμων. Επίσης, θα πρέπει να μειώσουν τον χρόνο που δαπανούν τα παιδιά σε δραστηριότητες με βάση την οθόνη και σε καθιστικές δραστηριότητες αναψυχής, με το να προωθούν μεγαλύτερη συμμετοχή σε σωματική δραστηριότητα μέσω δραστήριας αναψυχής και αθλημάτων.

Παιδικός σταθμός & ωτίτιδες

Στα παιδιά που παρακολουθούν τις δραστηριότητες του παιδικού σταθμού αυξάνεται η νοσηρότητα από ιογενείς και μικροβιακές λοιμώξεις. Το πρόβλημα γίνεται πιο έντονο στην πρώτη χρονιά του παιδικού σταθμού και όσο πιο μικρά είναι τα παιδιά.

Η άμυνα των παιδιών βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου. Σε μικρότερη ηλικία (βρέφος-νήπιο) δεν υπάρχουν επαρκή αντισώματα έναντι των διαφόρων λοιμογόνων παραγόντων με συνέπεια οι ιοί και τα μικρόβια να προκαλούν νόσο.

Από τις συχνότερες λοιμώξεις της παιδικής ηλικίας είναι η οξεία μέση ωτίτιδα και η εκκριτική ωτίτιδα.

Τι είναι η μέση ωτίτιδα;

Ονομάζουμε την φλεγμονή του μέσου ωτός με συνέπεια τη συλλογή υγρού ή πυώδους εκκρίματος στο τμήμα του αυτιού πίσω από την τυμπανική μεμβράνη.

Μέχρι την ηλικία των 3 ετών πάνω από το 70%-80% των παιδιών θα έχουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο ωτίτιδας. Τα μισά από αυτά τα παιδιά θα έχουν πάνω από 3 επεισόδια, ιδιαίτερα τη χειμερινή περίοδο. Είναι η συχνότερη αιτία επίσκεψης στον γιατρό.

Τι είναι εκκριτική ωτίτιδα;

Ονομάζουμε τη συλλογή υγρού στο μέσο αυτί που προκαλεί βαρηκοΐα χωρίς άλλα συμπτώματα.

Συμπτώματα μέσης ωτίτιδας

Το παιδί εμφανίζει πόνο στο αυτί ενώ το μικρότερο παιδί μπορεί να κλαίει, να πιάνει τα αυτιά του, να είναι ανήσυχο και να εμφανίζει και άλλα συμπτώματα όπως πυρετό, ρινίτιδα, βαρηκοΐα, ανορεξία και εμέτους.

Αλέξανδρος Κορδάς

Επιμελητής Ωτορινολαρυγγολόγος, Ευρωκλινική Παίδων

Αίτια μέσης ωτίτιδας

Η οριζόντια θέση της ευσταχιανής σάλπιγγος και το μικρότερο μήκος της σε σχέση με του ενήλικα προδιαθέτει για λοιμώξεις του μέσου ωτός. Οι εκκρίσεις και οι βλέννες του ρινοφάρυγγα απομακρύνονται δυσκολότερα με αποτέλεσμα την ωτίτιδα.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας των συχνών λοιμώξεων του ανωτέρου αναπνευστικού και κατά συνέπεια της υποτροπιάζουσας ωτίτιδας είναι ο παιδικός σταθμός. Τα παιδιά έρχονται σε επαφή με άλλα παιδιά που νοσούν και σε συνδυασμό με την χαμηλή ανοσία έναντι των παθογόνων μικροοργανισμών εμφανίζουν υποτροπιάζουσες λοιμώξεις και ωτίτιδες. Ένα φυσιολογικό παιδί μπορεί να αρρωσταίνει 8-10 φορές τον χρόνο που σημαίνει ότι στην Ελλάδα με την μικρή χειμερινή περίοδο, το παιδί θα αρρωσταίνει κάθε 15ήμερο.

Άλλος σημαντικός παράγο-

ντας είναι η παρουσία υπερτροφικών αδενοειδών εκβλαστήσεων στην περιοχή του ρινοφάρυγγα (κρεατάκια). Η φλεγμονή και η υπερτροφία τους προκαλούν ωτίτιδα, ρινίτιδα, ιγμορίτιδα όπως και ροχαλητό και υπνική άπνοια που επηρεάζουν την ανάπτυξη του παιδιού. Μπορεί να συνυπάρχει και υπερτροφία αμυγδαλών.

Διάγνωση μέσης ωτίτιδας

Γίνεται κυρίως με την ωτοσκόπηση και εργαστηριακό έλεγχο όπως τυμπανομετρία και παιχνιδοακοομετρία. Στα πλαίσια της διερεύνησης των αιτιών, γίνονται επιπλέον εξετάσεις όπως η ενδοσκόπηση της μύτης και του ρινοφάρυγγα.

Μέχρι την ηλικία των 3 ετών πάνω από το 70%-80% των παιδιών θα έχουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο ωτίτιδας. Τα μισά από αυτά τα παιδιά θα έχουν πάνω από 3 επεισόδια, ιδιαίτερα τη χειμερινή περίοδο. Είναι η συχνότερη αιτία επίσκεψης στον γιατρό

Η ωτίτιδα προκαλεί προβλήματα ακοής

Κατά τη διάρκεια της λοίμωξης, παρατηρείται μείωση της ακοής στο πάσχον αυτί που μπορεί να παραμείνει για αρκετό διάστημα μετά και χαρακτηρίζεται ως εκκριτική ή καταρροϊκή ωτίτιδα. Το καταλαβαίνουμε όταν το παιδί:

- Ρωτάει πως και τι συχνότερα
- Δυσκολεύεται να καταλάβει τι του λέμε ιδίως όταν στον χώρο έχει θόρυβο
- Δεν αντιδρά σε ήχους χαμηλής ή μέτριας έντασης
- Όταν βλέπει τηλεόραση ή ακούει μουσική δυναμώνει την ένταση
- Παρουσιάζει καθυστέρηση ανάπτυξης λόγου.

Θεραπεία μέσης ωτίτιδας

Συνήθως χορηγούμε αντιβιοτική αγωγή για 10 ημέρες με ή χωρίς ωτικές σταγόνες, παυσίπονα, πλύσεις με φυσιολογικό ορό στη μύτη και ρινική αποσυμφόρηση. Στην επιμένουσα εκκριτική ωτίτιδα συνιστάται ρινική αποσυμφόρηση και παρακολούθηση συνήθως για ένα-ένα τρίμηνο με αρκετές πιθανότητες ιδίως τους καλοκαιρινούς μήνες για αυτοΐαση.

Διαφορετικά συνιστάται χειρουργική αντιμετώπιση με μυριγγοτομή, αφαίρεση του υγρού από το μέσο αυτί που μπορεί να συνοδεύεται από τοποθέτηση σωληνίσκου αερισμού, αδενοειδεκτομή ή και αμυγδαλεκτομή, όπου υπάρχουν ενδείξεις.

Πρόληψη για αποφυγή υποτροπής

Πρέπει να προφυλάξουμε το παιδί σε υποτροπιάζουσες ωτίτιδες.

- Διατηρούμε καθαρή την αναπνευστική οδό και κυρίως τις ρινικές κοιλότητες
- Μαθαίνουμε το παιδί να αναπνέει από τη μύτη και να την φυσάει συχνά
- Περιορίζουμε την χρήση της πιπίλας και του μπιμπερό σε ξαπλωμένη στάση
- Ανανεώνουμε την ατμόσφαιρα του χώρου του παιδιού και δεν καπνίζουμε μέσα στο σπίτι.

Μετά από πόσες ωτίτιδες ανησυχούμε;

Συνιστάται περαιτέρω έλεγχος από ειδικό χειρουργό παιδοωτορινολαρυγγολόγο όταν το παιδί εμφανίσει περισσότερες από τρεις ωτίτιδες σε μικρό χρονικό διάστημα ή μέσα σε έναν χρόνο.

Είναι καλύτερα να διακόψουμε τον παιδικό σταθμό;

Το παιδί που δεν πηγαίνει στον παιδικό σταθμό αρρωσταίνει λιγότερο συχνά. Αν πάσχει από υποτροπιάζουσες ωτίτιδες και επιμένουσα εκκριτική ωτίτιδα σε συνδυασμό με κάποιες βαριές λοιμώξεις όπως πνευμονία, δεν αναπτύσσεται καλά, δεν παίζει με κέφι και διάθεση και δείχνει κουρασμένο, τότε συνιστάται λεπτομερής κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος και πιθανή διακοπή από τον παιδικό σταθμό για κάποιο χρονικό διάστημα.

Παρά τις αυξημένες λοιμώξεις των πρώτων χρόνων, το θετικό μήνυμα παραμένει ότι ο παιδικός σταθμός συμβάλλει στην πρώιμη κοινωνικοποίηση των παιδιών και στην ψυχοκινητική τους εξέλιξη.

Ρινίτιδα στην παιδική ηλικία

Αποτελεί το συνηθέστερο από τα νοσήματα της παιδικής ηλικίας. Τις περισσότερες φορές, όμως, η συχνότητα και η σοβαρότητά της υποεκτιμώνται. Και ενώ αποτελεί ένα ήπιο νόσημα, επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα του παιδιού, την ποιότητα του ύπνου, την επίδοση στο σχολείο, καθώς και τη συναισθηματική υγεία του, με αντίκτυπο και στην οικογένεια. Το οικονομικό κόστος είναι, επίσης, σημαντικό σε παγκόσμιο επίπεδο (φαρμακευτική αγωγή, απώλεια ωρών εργασίας κ.λπ.). Τα παραπάνω καθιστούν τη ρινίτιδα ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ως ρινίτιδα ορίζεται η φλεγμονή του ρινικού επιθηλίου και χαρακτηρίζεται από την παρουσία τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα συμπτώματα: Ρινόρροια (καταρροή), συμφόρηση (μπούκωμα), πταρμοί (φτερνίσματα) και κνησμός (φαγούρα).

Η σωστή διάγνωση είναι σημαντικότατη. Οι συνηθέστερες αιτίες είναι η λοιμώδης και η αλλεργική ρινίτιδα. Σε πολύ μικρότερο ποσοστό η ρινίτιδα είναι μη αλλεργική, μη λοιμώδης και θα πρέπει να αναζητούνται οι αιτίες. Για παράδειγμα, όταν τα συμπτώματα είναι ετερόπλευρα, θα πρέπει να αναζητούνται ανατομικά αίτια ή ξένο σώμα. Στον πίνακα φαίνονται συνοπτικά οι αιτίες σε σχέση με την ηλικία. Η σωστή διάγνωση είναι πρωταρχικής σημασίας για τη σωστή αντιμετώπιση.

Στην προσχολική ηλικία συνηθέστερη μορφή είναι η λοιμώδης ρινίτιδα. Αιτία συνήθως είναι οι ιογενείς λοιμώξεις. Παρ' όλα αυτά, αλλεργική και λοιμώδης ρινίτιδα στα ατοπικά παιδιά μπορεί να συνυπάρχουν. Τα ατοπικά παιδιά παρουσιάζουν εντονότερη κλινική εικόνα της λοίμωξης και πιο παρατεταμένη ανάρρωση, γι' αυτό μοιάζουν να είναι «μόνιμα άρρωστα». Η λοιμώδης ρινίτιδα συνήθως είναι οξεία, μπορεί, όμως, να είναι και χρόνια, οφειλόμενη σε βακτήρια. Ένα παιδί προσχολικής ηλικίας συνήθως εμφανίζει 7-8 λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού τον χρόνο. Η συμπτωματολογία που θα μας οδηγήσει σε αυτή τη σκέψη είναι η παρουσία επίμονης βλεννοπυώδους έκκρισης (πράσινες - κίτρινες παχύρευστες εκκρίσεις) και η μη ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή της ρινίτιδας.

Κωνσταντίνα Πίσκου

Αλλεργιολόγος, Ευρωκλινική Παίδων

Κλασικά συμπτώματα αλλεργικής ρινίτιδας

- Η διαλείπουσα ή επίμονη ρινική συμφόρηση (μπούκωμα)
- Η καταρροή -πρόσθια ή οπίσθια-, με τον χαρακτηριστικό βήχα σαν καθάρισμα λαιμού
- Οι πταρμοί (φτερνίσματα)
- Ο ρινικός κνησμός (φαγούρα)

Όλα αυτά εμφανίζονται χαρακτηριστικά μετά την έκθεση σε ένα αλλεργιογόνο. Κλασικό σημείο αλλεργικής ρινίτιδας αποτελούν, επίσης, οι μαύροι κύκλοι στα κάτω βλέφαρα και η έντασή τους συσχετίζεται με τη χρονιότη-

Κατάταξη των αιτιών ρινίτιδας στα παιδιά

	ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ	ΣΧΟΛΙΚΗ	ΕΦΗΒΕΙΑ
ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ	**Συμπτώματα ρινίτιδας που συσχετίζονται με την έκθεση σε αλλεργιογόνο**		
ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΡΙΝΙΤΙΔΑ	**Παρουσία λοίμωξης**		
ΜΗ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ, ΜΗ ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΡΙΝΙΤΙΔΑ	**Έκθεση σε ερεθιστικές ουσίες (π.χ., καπνός), ΓΟΠ, ανατομικά (αδενοειδείς εκβλαστήσεις), ανοσοανεπάρκειες, σε μεγαλύτερα παιδιά ορμονικοί παράγοντες (υποθυρεοειδισμός), φαρμακευτική (π.χ., β –αποκλειστές, ΜΣΑΦ), αγγειοκινητική**		

τα και τη σοβαρότητα της νόσου. Μπορεί να συνοδεύεται και από επιπεφυκίτιδα. Τα συμπτώματα, ωστόσο, εκδηλώνονται λιγότερο χαρακτηριστικά στην προσχολική ηλικία. Η αλλεργική ρινίτιδα μπορεί να είναι ολοετής ή εποχική. Στην περίπτωση της ολοετούς ρινίτιδας, το παιδί μοιάζει «συνέχεια κρυολογημένο».

Συνοδά νοσήματα

Πολλές φορές στα παιδιά με ρινίτιδα συνυπάρχουν και άλλα νοσήματα, όπως η επιπεφυκίτιδα, το άσθμα, η ελαττωμένη ακοή, η παραρρινοκολπίτιδα, οι διαταραχές ύπνου (ροχαλητό, άπνοιες, κόπωση και δυσκολία πρωινού ξυπνήματος), η υπερτροφία αδενοειδών και η χρόνια καταρροϊκή ωτίτιδα, τα οποία θα πρέπει να αναζητούνται. Η αλλεργική επιπεφυκίτιδα είναι το συχνότερο συνοδό νόσημα που σχετίζεται με την αλλεργική ρινίτιδα. Εμφανίζεται με ερυθρότητα (κόκκινο μάτι), κνησμό (φαγούρα) των οφθαλμών και δακρύρροια. Επίσης, το ένα τρίτο έως και τα μισά των παιδιών με ρινίτιδα έχουν και άσθμα, το οποίο θα πρέπει με ανάλογες ερωτήσεις να αναζητείται. Η υπερτροφία αδενοειδών προσβάλλει το 1/3 του παιδιατρικού πληθυσμού. Αποτελεί τη συχνότερη αιτία χειρουργικής επέμβασης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Είναι απαραίτητη η εκτίμηση παιδιών με ρινίτιδα από ΩΡΛ για την ύπαρξη υπερτροφίας αδενοειδών εκβλαστήσεων. Αρκετά συχνά η ρινίτιδα συσχετίζεται με τη χρόνια καταρροϊκή ωτίτιδα (υγρό στο αυτί), προκαλώντας ελαττωμένη ακοή. Γι' αυτό πρέπει πάντα να γίνονται ερωτήσεις σχετικά με: Καθυστέρηση ομιλίας ή προβλήματα στον λόγο, αύξηση της έντασης της τηλεόρασης και αυξημένη ένταση της φωνής.

Ως ρινίτιδα ορίζεται η φλεγμονή του ρινικού επιθηλίου και χαρακτηρίζεται από την παρουσία τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα συμπτώματα: Ρινόρροια (καταρροή), συμφόρηση (μπούκωμα), πταρμοί (φτερνίσματα) και κνησμός (φαγούρα).

Διάγνωση - αντιμετώπιση

Η διάγνωση βασίζεται πρωτίστως στο αναλυτικό ιστορικό. Ερωτήσεις που σχετίζονται με τη διάρκεια των συμπτωμάτων, τη συχνότητα, την εποχικότητα, τον χαρακτήρα τους, καθώς και τους πιθανούς παράγοντες έξαρσης αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για τη σωστή διάγνωση.

Κατόπιν, γίνονται οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις (δερματικές δοκιμασίες, αιματολογικός έλεγχος, ρινοσκόπηση κ.ά.). Τις περισσότερες φορές για τη σωστή διάγνωση χρειάζεται συνεργασία γιατρών διάφορων ειδικοτήτων (παιδιάτρων, αλλεργιολόγων και ΩΡΛ).

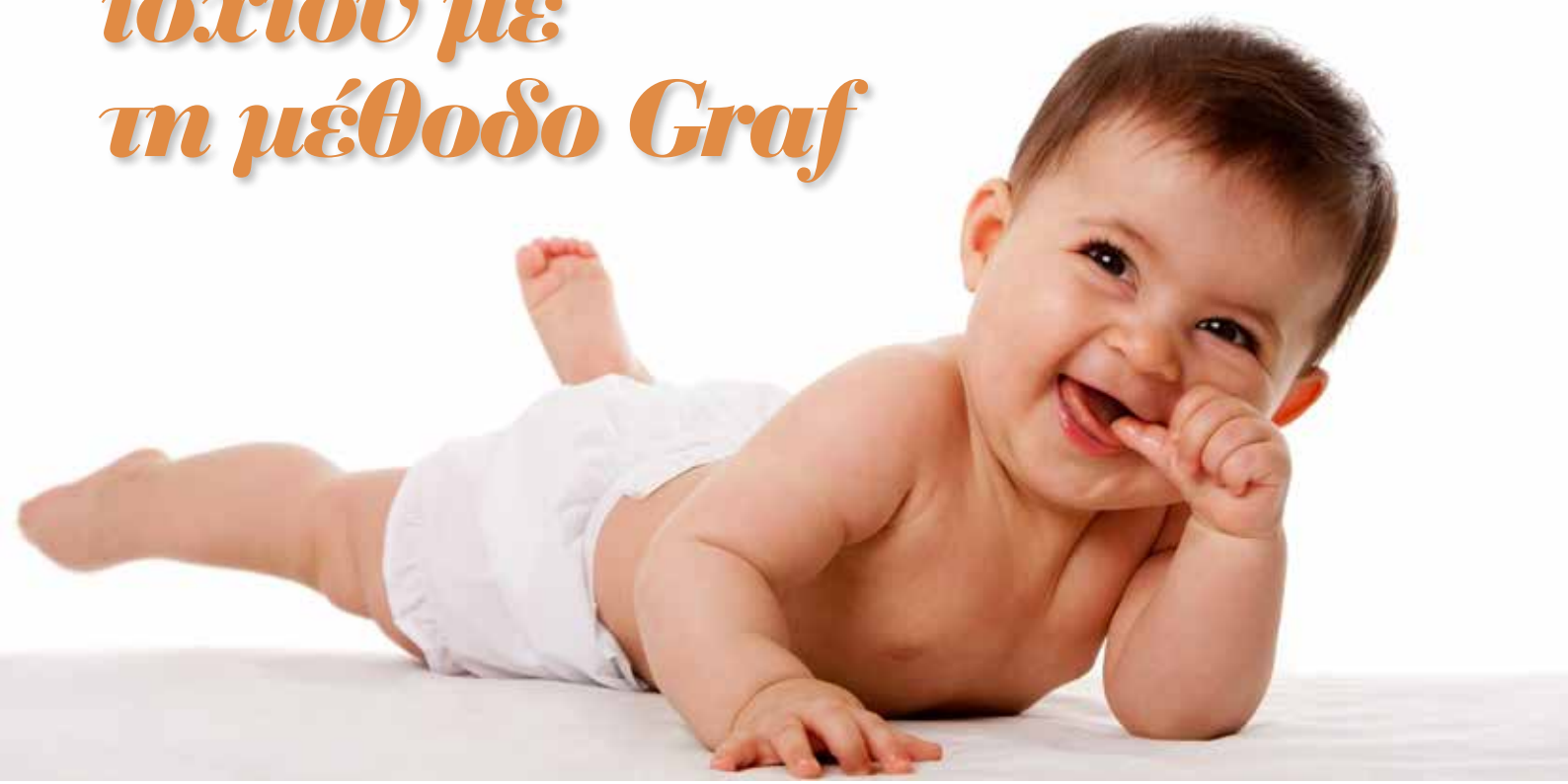
Θεραπεία

Η θεραπεία φυσικά καθορίζεται από τη σωστή διάγνωση. Ρινοπλύσεις, φαρμακευτική θεραπεία αλλεργικής ρινίτιδας, θεραπεία απευαισθητοποίησης, ακόμη και χειρουργική θεραπεία (σε αδενοειδείς εκβλαστήσεις) είναι λύσεις για εξατομικευμένη αντιμετώπιση του παιδιού με ρινίτιδα.

Γλωσσάριο

Ατοπία: Κληρονομική προδιάθεση για ανάπτυξη διάφορων μορφών αλλεργίας.

Υπερηχογράφημα ισχίου με τη μέθοδο Graf



Είναι απαραίτητος ο υπερηχογραφικός έλεγχος ισχίων σε όλα τα νεογνά;

Χρυστάλλα Φαρκωνή
Επιμελήτρια Ακτινοδιαγνώστης, Ευρωκλινική Παίδων

Στην καθημερινή πράξη παιδίατροι, ορθοπαιδικοί και ακτινολόγοι έρχονται αντιμέτωποι με την εκτίμηση του νεογνικού ισχίου και τη διερεύνηση για αποκλεισμό του συγγενούς εξαρθρήματος ισχίου ή, αλλιώς, της αναπτυξιακής δυσπλασίας του ισχίου.

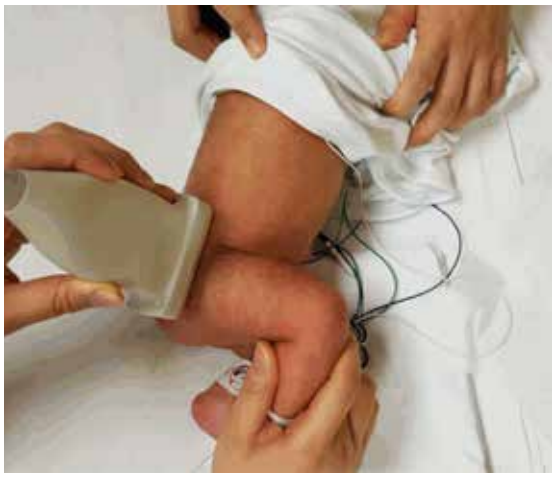
Το συγγενές εξάρθρημα ισχίου ή αναπτυξιακή δυσπλασία του ισχίου αποτελεί μια συγγενή κατάσταση που αφορά το παιδί από τη στιγμή της γέννησής του. Το ισχίο στην περίπτωση αυτή είναι ασταθές λόγω μη φυσιολογικού σχηματισμού της άρθρωσης κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη. Ο όρος συγγενές εξάρθρημα ισχίου αφορά το ένα άκρο του φάσματος αυτής της παθολογικής κατάστασης και το πιο σοβαρό. Υπάρχουν, όμως, και ηπιότερες εκφάνσεις αυτής της οντότητας, εξού και ο όρος αναπτυξιακή δυσπλασία του ισχίου, που «προδιαθέτουν» στη μετέπειτα δημιουργία μιας μόνιμα προβληματικής άρθρωσης και αν αφεθούν χωρίς αντιμετώπιση, στο μέλλον θα χρειαστεί χειρουργική διόρθωση. Γι' αυτό τον λόγο, οφείλουμε να διαπιστώσουμε εγκαίρως την ύπαρξη αυτής της πάθησης για περαιτέρω διερεύνηση και συντηρητική αντιμετώπιση.

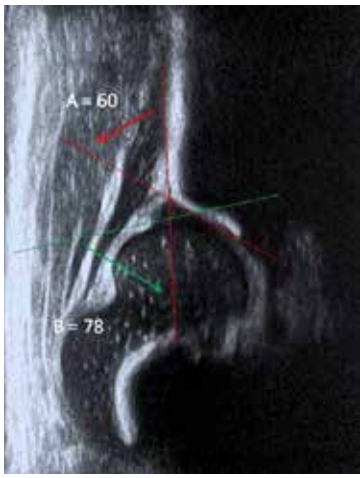
Τα αίτια είναι άγνωστα στις πιο πολλές περιπτώσεις. Επιβαρυντικοί παράγοντες που φαίνεται να ενοχοποιούνται είναι η ισχιακή προβολή του εμβρύου κατά

την ενδομήτριο ζωή, η μειωμένη ποσότητα αμνιακού υγρού και το βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό. Το συγγενές εξάρθρημα του ισχίου είναι πιο συχνό στα κορίτσια, παρά στα αγόρια.

Πρώτη διαγνωστική προσέγγιση αποτελεί η κλινική εξέταση του παιδιού αμέσως μετά τη γέννησή του για την εκτίμηση της συμμετρίας των κάτω άκρων και την αναζήτηση κάποιων παθογνωμονικών σημείων με τη δοκιμασία Barlow και τον χειρισμό Ortolani. Με αυτούς τους χειρισμούς διαπιστώνεται αν η κεφαλή του μηριαίου παρεκτοπίζεται από την κοτύλη και στη συνέχεια ανατάσσεται. Όταν υπάρχουν, βγάζουν σαφώς τη διάγνωση, δεν παύουν όμως να υπάρχουν και οι υποκλινικές μορφές παθολογικών ισχίων, που διαλανθάνουν της κλινικής προσοχής και είναι και οι πιο συχνές. Εδώ ακριβώς έχει νόημα να ακολουθήσει η υπερηχογραφική απεικόνιση του νεογνικού ισχίου, η οποία τείνει να καθιερωθεί και στην Ελλάδα σαν ρουτίνα πλέον.

Ο πρωτοπόρος της μεθόδου, καθηγητής Reinhard Graf, έπειτα από πολλά χρόνια έρευνας και εμπειρίας, συνιστά τη μέθοδο αυτή ως αξιόπιστη και ασφαλή, με παγκόσμια αποδοχή, θεσπίζοντας τους βασικούς κανόνες στην τεχνική της υπερηχογραφικής απεικόνισης του ισχίου. Ακολουθώντας τους κανόνες αυτούς εξασφαλίζεται η επαναληψιμότητα της εξέτασης και περιορίζονται αφενός οι λανθασμένες διαγνώσεις και αφετέρου οι παθολογικές περιπτώσεις που διαλανθάνουν της κλινικής προσοχής. Η μέθοδος απαιτεί βασικό εξοπλισμό, με απαραίτητο ένα μηχάνημα υπερήχων και γραμμικό ηχοβολέα συχνότητας 7,5 MHz και το σημαντικότερο ένα σωστά εκπαιδευμένο και έμπειρο εξεταστή.





Ο πρωτοπόρος της μεθόδου, καθηγητής Reinhard Graf, έπειτα από πολλά χρόνια έρευνας και εμπειρίας, συνιστά τη μέθοδο αυτή ως αξιόπιστη και ασφαλή, με παγκόσμια αποδοχή, θεσπίζοντας τους βασικούς κανόνες στην τεχνική της υπερηχογραφικής απεικόνισης του ισχίου

Η υπερηχογραφική εικόνα του νεογνικού ισχίου αλλάζει ραγδαία τις πρώτες εβδομάδες ζωής, γι' αυτό και έχει νόημα ο υπέρηχος να πραγματοποιηθεί σε ένα συγκεκριμένο χρονικό παράθυρο, όσο ακόμα η άρθρωση έχει χόνδρινη σύσταση, που επιτρέπει τη διέλευση της δέσμης των υπερήχων και την απεικόνισή της. Ιδανικά είναι κοντά στις 4-6 εβδομάδες ζωής και όχι μετά τον 3ο μήνα γέννησης. Αυτό γιατί το αποτέλεσμα της εξέτασης που θα έχουμε θα είναι πιο αξιόπιστο και ταυτόχρονα μας επιτρέπει την έγκαιρη παρέμβαση και θεαματική διόρθωση τυχόν παθολογικών ευρημάτων με συντηρητικό και μη επεμβατικό τρόπο.

Η εξέταση δεν απαιτεί προετοιμασία, ιδανικά όμως πρέπει να γίνεται σε ένα ήρεμο περιβάλλον, το βρέφος να έχει φάει και να μην υπάρχει άλλος παράγοντας που να του προκαλεί ανησυχία. Λαμβάνεται τουλάχιστον μια υπερηχογραφική εικόνα από το κάθε ισχίο, στην οποία είναι απαραίτητο να απεικονίζονται συγκεκριμένες ανατομικές δομές και στην οποία θα γίνουν κάποιες μετρήσεις και θα καθοριστεί η γωνία α και β. Με βάση τις γωνίες αυτές, καθορίζεται και ο τύπος του ισχίου. Ο τύπος I, όταν η γωνία α ≥60°, αφορά ένα φυσιολογικό ώριμο ισχίο. Ο τύπος IIa, με γωνία α=50-59°, αφορά ένα φυσιολογικό ανώριμο ισχίο και η εξέταση χρήζει επανάληψης μόλις συμπληρωθούν οι 12 εβδομάδες από τη γέννηση. Ο τύπος IIb, με γωνία α=50-59°, αφορά ηλικίες μεγαλύτερες των 3 μηνών και η άρθρωση είναι δυσπλαστική. Ο τύπος IIc αφορά γωνία α=43-49° και γωνία β < 77 °και το ισχίο είναι βαρέως δυσπλαστικό και σχεδόν εξαρθρωμένο, ενώ ο τύπος D, επίσης με γωνία α=43-49° και γωνία β > 77 °, αποτελεί το πρώτο στάδιο του εξαρθρήματος. Οι τύποι III και IV αφορούν γωνία α <43° και το ισχίο είναι εξαρθρωμένο. Οι παθολογικοί τύποι ισχίων παραπέμπονται στη συνέχεια σε Παιδοορθοπαιδικό.

Ο υπέρηχος ισχίων είναι μια εξέταση απλή, γρήγορη, ανώδυνη, άνευ κινδύνων και χαμηλού κόστους και οφείλει να πραγματοποιείται σαν εξέταση ρουτίνας σε όλα τα νεογνά για έγκαιρη διάγνωση και εξάλειψη των παθολογικών ισχίων που οδηγούν σε σοβαρή δυσλειτουργία της άρθρωσης στη μετέπειτα ζωή του παιδιού.

Πρόληψη & Θεραπεία

Γαστρεντερίτιδες στα παιδιά

Η γαστρεντερίτιδα είναι μια νόσος που ταλαιπωρεί συχνά τα παιδιά. Πρόκειται για λοίμωξη του γαστρεντερικού συστήματος, τόσο του στομάχου όσο και του λεπτού εντέρου. Κάθε ηλικιακή ομάδα μπορεί να νοσήσει από γαστρεντερίτιδα, κυρίως από ιογενή. Γενικά, ο κίνδυνος μετάδοσης της νόσου είναι μεγαλύτερος όπου υπάρχει συγχρωτισμός μεγάλου αριθμού ατόμων και κακές συνθήκες υγιεινής κατά την προετοιμασία και την κατανάλωση τροφίμων.

Η γαστρεντερίτιδα μπορεί να οφείλεται σε ιούς (νοροϊοί, ροταϊοί, αδενοϊοί, αστροϊοί και σαποϊοί), σε βακτήρια (σαλμονέλα, καμπυλοβακτηρίδιο, κολοβακτηρίδιο, κλωστηρίδιο difficile, σιγκέλλα και δονάκιο χολέρας), σε παράσιτα (αμοιβάδα, κρυπτοσπορίδιο, λάμβλια και ασκαρίδα) και στην παρουσία τοξινών στα τρόφιμα που παράγονται από μικροοργανισμούς (S Aureus, Clostridium perfringens, Clostridium botulinum και Bacillus cereus). Γενικά, οι ιογενείς γαστρεντερίτιδες αποτελούν τη συχνότερη μορφή της λοιμώδους διάρροιας στην παιδική ηλικία.

Μαρία Νεοκλή

Επιμελήτρια Παιδίατρος, Ευρωκλινική Παίδων

Τα κύρια συμπτώματα είναι οι διάρροιες (κυρίως υδαρείς) και οι έμετοι. Οι ασθενείς μπορεί, επίσης, να παρουσιάσουν ναυτία, πόνο και κράμπες στην κοιλιά, απώλεια όρεξης, μυϊκούς πόνους, κόπωση, πονοκέφαλο, πυρετό και ρίγος. Στη βακτηριακή γαστρεντερίτιδα οι διαρροϊκές κενώσεις μπορεί να περιέχουν αίμα και βλέννα.

Τι πρέπει να προσέχουν οι γονείς σε περίπτωση που το παιδί πάσχει από γαστρεντερίτιδα;

Αν ένα παιδί έχει αρκετές διάρροιες και εμέτους, το σώμα του χάνει πολλά υγρά και ηλεκτρολύτες, με αποτέλεσμα την αφυδάτωση. Τα βρέφη και τα νήπια κινδυνεύουν να αφυδατωθούν πιο εύκολα. Οι κλινικές εκδηλώσεις αφυδάτωσης εμφανίζονται όταν υπάρχει αδυναμία πρόσλη-

ψης υγρών και αυξημένες απώλειες λόγω των εμέτων και των διαρροιών. Τα σημεία που πρέπει να προσέχουν οι γονείς είναι η έντονη δίψα (ξηρό στόμα), το ποσό των ούρων (για τα βρέφη πόσο συχνά γίνεται η αλλαγή της πάνας και για τα μεγαλύτερα παιδιά το χρώμα των ούρων το οποίο θα είναι σκούρο κίτρινο), το ποσό των δακρύων, η ζάλη και η κόπωση.

Μπορούν οι γονείς να κάνουν κάτι για να βοηθήσουν το παιδί;

Έπειτα από έναν εμετό δεν πρέπει να δώσουμε αμέσως νερό, αφήνουμε να περάσει περίπου μία ώρα. Αρχίζουμε τη σταδιακή έναρξη υγρών (ένα κουταλάκι του γλυκού κάθε πέντε λεπτά αρχικά) και τη σταδιακή σίτιση (άπαχο κρέας, μπανάνα, μήλο, ρύζι και κράκερ). Αποφεύγουμε χυμούς, αναψυκτικά και γενικά λιπαρά φαγητά, γιατί χειροτερεύουν τη διάρροια. Μπορούμε να δώσουμε κάποιο σκεύασμα ηλεκτρολυτών για αναπλήρωση των απωλειών. Θηλάζοντα βρέφη συνεχίζουν κανονικά τον θηλασμό.

Πότε καλούμε τον ιατρό;

Καλούμε τον ιατρό όταν το παιδί παρουσιάζει συμπτώματα αφυδάτωσης, όταν η διάρροια ή οι έμετοι διαρκούν περισσότερες από δύο ημέρες, όταν δούμε αίμα στον έμετο ή τα κόπρανα, όταν το παιδί έχει να πιει νερό μερικές ώρες και όταν το βρέφος ή το νήπιο δεν έχει ουρήσει για 4 με 6 ώρες.

Χρειάζεται στη γαστρεντερίτιδα εργαστηριακός έλεγχος;

Συνήθως στην ιογενή γαστρεντερίτιδα δεν χρειάζεται εργαστηριακός έλεγχος, παρά μόνο αν το παιδί παρουσιάζει συμπτώματα αφυδάτωσης. Στη βακτηριακή γαστρεντερίτιδα, αντιθέτως, θα χρειαστεί μικροσκοπική / μακροσκοπική εξέταση και καλλιέργεια κοπράνων.

Η γαστρεντερίτιδα και κυρίως η ιογενής, δεν αποτελεί σοβαρό νόσημα. Οι μικροί ασθενείς αναρρώνουν πλήρως χωρίς περαιτέρω προβλήματα, παρόλα αυτά, όμως, οι γονείς πρέπει να θυμούνται τα συμπτώματα της αφυδάτωσης, έτσι ώστε αν χρειαστεί να συμβουλεύονται τον παιδίατρό τους

Ποια είναι τα μέτρα προφύλαξης από τη γαστρεντερίτιδα;

- Πλένουμε τα χέρια μας συχνά με σαπούνι και νερό πριν από την κατανάλωση και την προετοιμασία φαγητού, μετά τη χρήση τουαλέτας/αλλαγή πάνας, τον χειρισμό τροφίμων, καθώς και μετά την επαφή μας με άτομα που έχουν συμπτώματα γαστρεντερίτιδας.
- Καθαρίζουμε σχολαστικά τις επιφάνειες που χρησιμοποιούνται για την προετοιμασία των τροφίμων, καθώς και τα οικιακά σκεύη.
- Αποφεύγουμε τη χρήση από κοινού με άλλα άτομα σκευών όπως πιάτα και ποτήρια.
- Καταναλώνουμε όσο το δυνατό ασφαλή τρόφιμα και νερό.
- Καλό πλύσιμο των τροφίμων πριν από την κατανάλωση τους.
- Εμβολιασμός έναντι του ροταϊού που προκαλεί ιογενή γαστρεντερίτιδα κυρίως σε βρέφη και παιδιά. Ο εμβολιασμός πρέπει να ολοκληρώνεται έως την ηλικία των 6 μηνών το αργότερο. Σημειώνεται βέβαια ότι δεν υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο έναντι των υπόλοιπων ιών που προκαλούν γαστρεντερίτιδα.

Ποια είναι η θεραπεία;

Στην ιογενή γαστρεντερίτιδα δεν χρειάζεται αγωγή, παρά μόνο σε περίπτωση αφυδάτωσης, όπου πρέπει να χορηγηθούν ενδοφλεβίως υγρά και ηλεκτρολύτες. Στη βακτηριακή, αφού διαγνωσθεί το βακτήριο, χορηγείται η ανάλογη αντιβιοτική αγωγή, με βάση το αντιβιόγραμμα.

Ποιες προφυλάξεις πρέπει να λαμβάνονται από τους νοσούντες για την αποφυγή μετάδοσης στα άτομα του περιβάλλοντός τους;

Τα άτομα που πάσχουν από ιογενή γαστρεντερίτιδα μπορούν να μεταδώσουν τη νόσο για όσο διαρκούν τα συμπτώματα και 48 ώρες μετά την υποχώρησή τους. Έτσι πρέπει:

- Να μη συμμετέχουν στην προετοιμασία του φαγητού και να περιορίσουν την άμεση επαφή με τους οικείους τους, ειδικά με ευπαθείς ομάδες ατόμων.
- Να απέχουν από τον παιδικό σταθμό ή το σχολείο.
- Να μη συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες, όπως, για παράδειγμα, κολύμβηση σε πισίνα ή άλλα ομαδικά αθλήματα.

Για τα περισσότερα άτομα η γαστρεντερίτιδα, και κυρίως η ιογενής, δεν αποτελεί σοβαρό νόσημα. Οι μικροί ασθενείς αναρρώνουν πλήρως χωρίς περαιτέρω προβλήματα, παρ' όλα αυτά, όμως, οι γονείς πρέπει να θυμούνται τα συμπτώματα της αφυδάτωσης, έτσι ώστε, αν χρειαστεί, να συμβουλεύονται τον παιδίατρό τους.

Προσοχή στην τήρηση κανόνων υγιεινής!

ΚΤΧ
ΡΕΗ ΠΑΙΔΩΝ

Παραγωγή Ασφαλίστρων: **183,6 εκ. €**
αυξημένη κατά 6,6%

Ενοποιημένα προ φόρων κέρδη: **22,8 εκ. €**
αυξημένα κατά 8,4%

Καθαρή θέση: **115,4 εκ. €**
αυξημένη κατά 21,4%

Ενεργητικό: **417,5 εκ. €**
αυξημένο κατά 7,7%

610.000 ασφαλιστήρια συμβόλαια

5400 Συνεργάτες

***Στοιχεία 31/12/2017**

Πίσω από τους αριθμούς, υπάρχει **μια Εταιρία με ανθρώπινο πρόσωπο!**

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ
Πρωτάκι αμέσως!

Λ. Κηφισίας 274, 152 32, Χαλάνδρι
210 68 29 601
www.europaikipisti.gr
info@europisti.gr

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