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

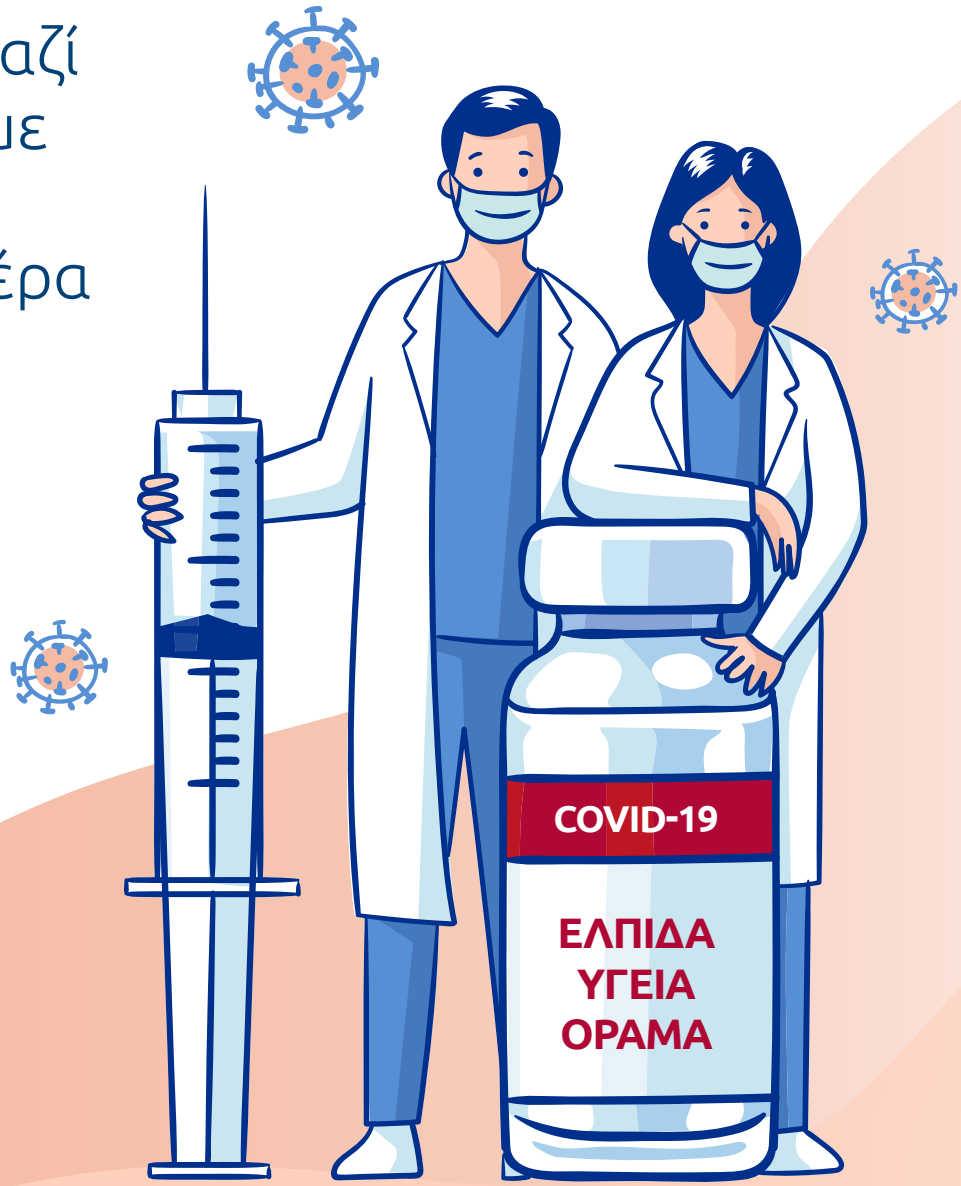
ΔΩΡΕΑΝ

Medilife

ΤΕΥΧΟΣ 28, ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ-ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ 2021
ISSN: 2459-4032

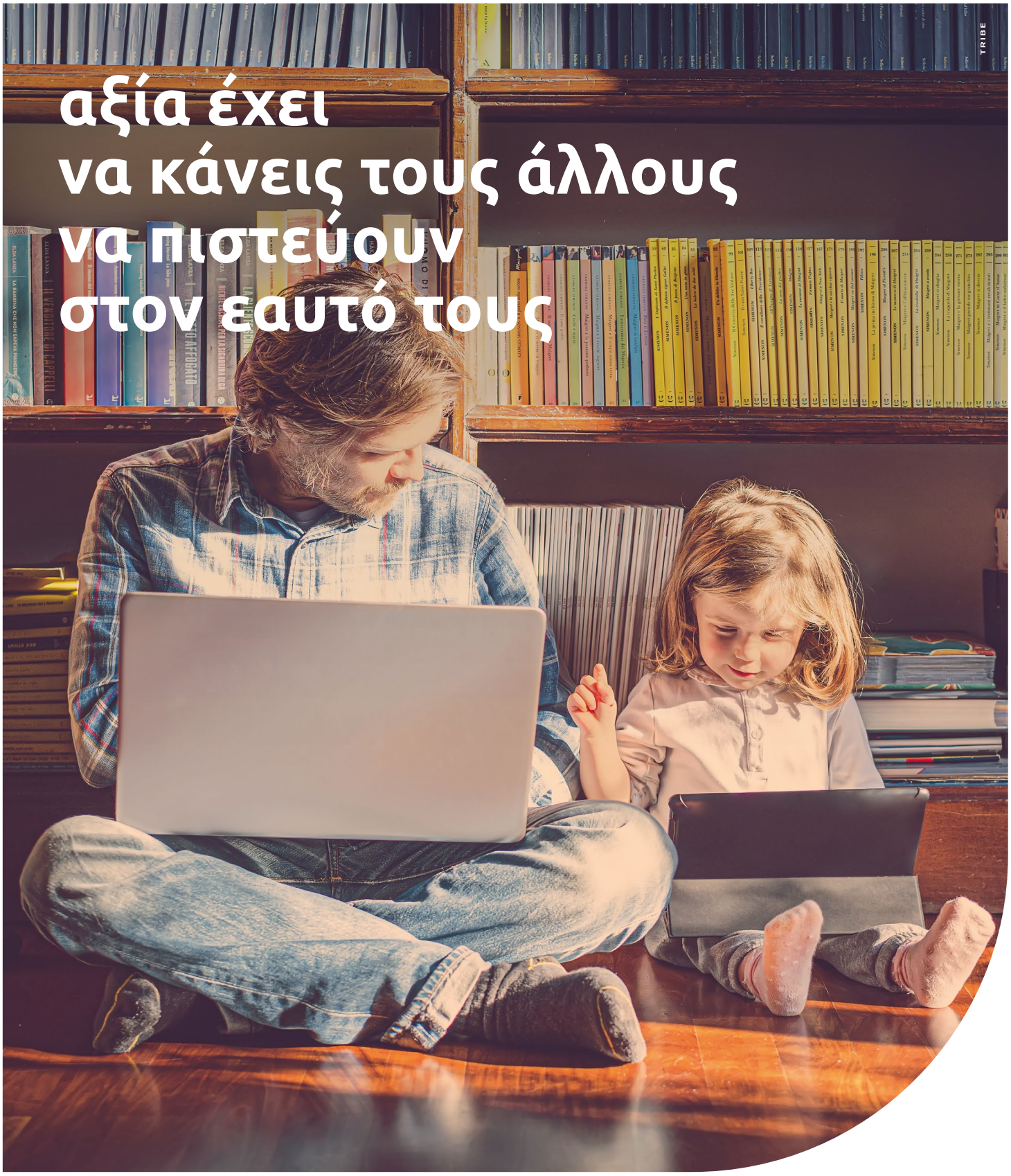
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ

Συνεχίζουμε μαζί κοιτάζοντας με αισιοδοξία την επόμενη μέρα



υγεία για όλους | παιδί

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ **ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ** ΚΑΙ **ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ** Medilife
ΤΕΥΧΟΣ 28, ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ-ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ 2021
ISSN: 2459-4032



Πίσω από ό,τι έχει αξία για σένα
βλέπουμε όλα όσα μπορείς να καταφέρεις.

Eurolife FFH. Τι έχει αξία για σένα;

EUROLIFE FFH

A FAIRFAX Company

Medilife Editorial
ΤΕΥΧΟΣ 28, ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ-ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ 2021

Ένα μεγάλο Μπράβο και ένα τεράστιο Ευχαριστώ

Διανύουμε αδιαμφισβήτητα μία πολύ δύσκολη εποχή, όπου δοκιμαζόμαστε όλοι μας - άνθρωποι και επιχειρήσεις. Σίγουρα η πανδημία έχει αφήσει ανεξίτηλο το αποτύπωμά της στην κοινωνία, στις επιχειρήσεις και στον καθένα μας ξεχωριστά, όμως έχουμε την υποχρέωση κυρίως απέναντι στους ασθενείς μας αλλά και στους εαυτούς μας να προχωρήσουμε μπροστά, με σιγουριά και ασφάλεια για να μας βρει η επόμενη μέρα δυνατούς και έτοιμους για τις προκλήσεις που δημιούργησε αυτή η πρωτόγνωρη κατάσταση.

Σε κάθε δυσκολία το σημαντικότερο είναι να στηριχθείς στις βασικές αρχές και τις αξίες σου, σε αυτό που σε κάνει ξεχωριστό. Η Ευρωκλινική από την ίδρυσή της έως και σήμερα έχει ως κύτταρο και κινητήρια δύναμή της τους ανθρώπους της. Έτσι, και σε αυτή τη δύσκολη συγκυρία οι άνθρωποί μας είναι αυτοί που δίνουν τη δύναμη να πάμε μπροστά, γιατί στην Ευρωκλινική πιστεύουμε ότι τη διαφορά την κάνουν οι άνθρωποι και οι ομάδες.

Είμαστε περήφανοι για το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό μας προσωπικό, που από την 1η μέρα της πανδημίας βρέθηκε στην πρώτη γραμμή της μάχης με γενναιότητα, υπευθυνότητα και σθένος. Ήταν και είναι οι άνθρωποί μας που μέσα στις αντιξοότητες κατάφεραν και καταφέρνουν να μην σταματήσουμε -ούτε μέρα- να παρέχουμε ασφάλεια, ποιότητα και ανθρωπιά στους ασθενείς που μας εμπιστεύονται την υγεία τους.

Όλο αυτό το διάστημα υποστηρίξαμε και υποστηρίζουμε σταθερά και με συνέπεια το Εθνικό Σύστημα Υγείας, προσφέροντας 60 κλίνες για COVID περιστατικά, 10 κλίνες στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), 16 κλίνες για non COVID-19 περιστατικά, καθώς και το τμήμα Επειγόντων Περιστατικών για όλους τους ασθενείς με μη λοιμώδη νοσήματα. Οι δυσκολίες που προέκυψαν και προκύπτουν είναι πολλές, καθώς καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε ταυτόχρονα και αυξημένους όγκους ασθενών που συνεχίζουν να εμπιστεύονται την ποιότητα και την αξιοπιστία μας.

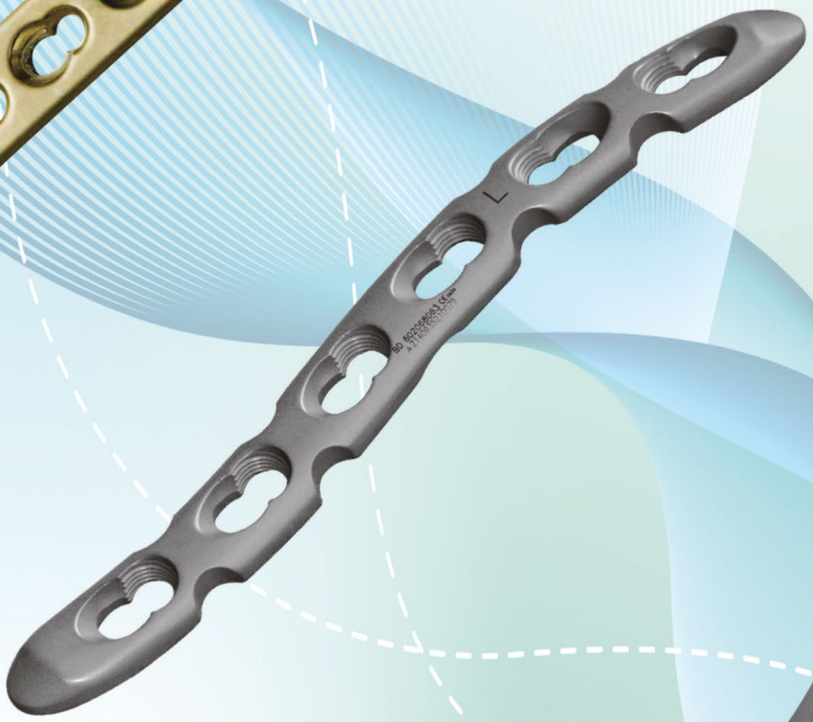
Από αριστερά ο κος Νικόλαος Πλακόπητας, Αντιπρόεδρος Ομίλου Ευρωκλινικής και ο κος Αντώνης Βουκλαρής, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής

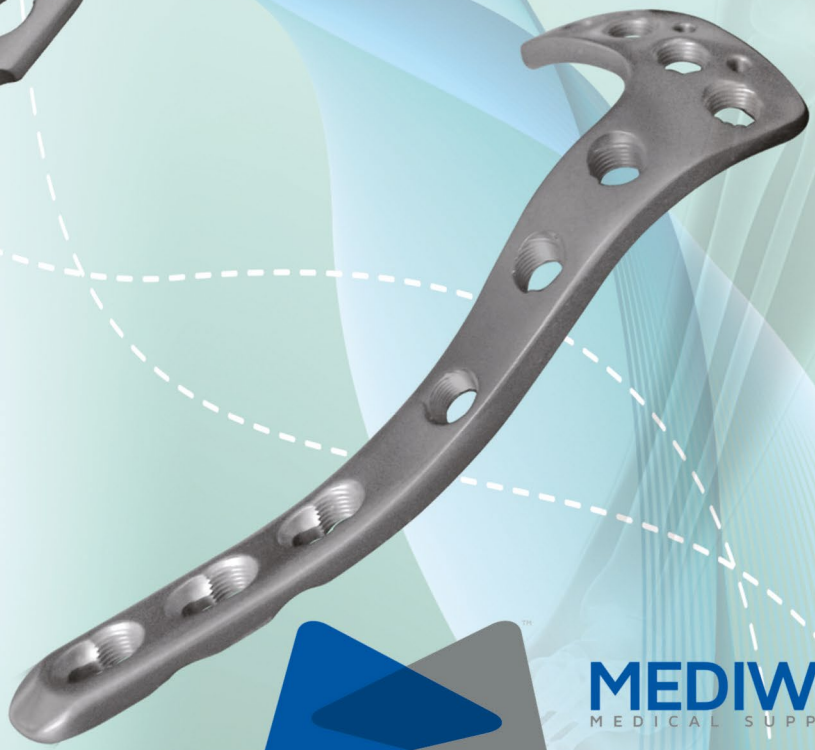
Παρόλο που κανείς δεν μπορεί να προβλέψει πόσο θα διαρκέσει αυτή η κρίση, όλα δείχνουν ότι πλησιάζουμε προς το τέλος. Με τη μέχρι τώρα εικόνα που δείξαμε όλοι μαζί -τα μέλη της Ευρωκλινικής οικογένειας- είμαστε σίγουροι ότι βγαίνουμε πιο δυνατοί και πάνω απ' όλα «ενωμένοι», συνεχίζοντας να κάνουμε αυτό που ξέρουμε καλύτερα, να λειτουργούμε σαν οικογένεια, ακόμα και μέσα στα δύσκολα.

Το μόνο σίγουρο σε αυτούς τους αβέβαιους καιρούς, είναι ότι θα συνεχίσουμε να στηρίζουμε τους ανθρώπους μας, βάζοντας πάντα σε προτεραιότητα την υγεία, την υποστήριξη και την ασφάλειά τους, εκφράζοντας με ένα μεγάλο Μπράβο και ένα τεράστιο Ευχαριστώ αυτό που όλοι αισθάνονται γι' αυτούς που συνεχίζουν να τοποθετούν τους ασθενείς και την Ευρωκλινική στο κέντρο!

CO-LOCK

CO-LOCK Locking Plate System



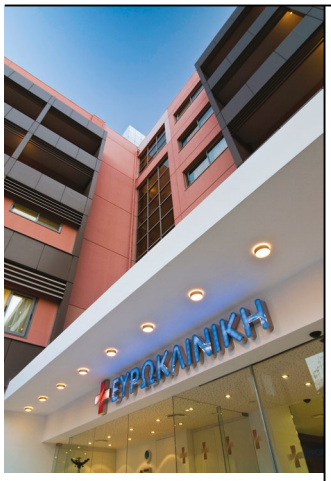


MEDIWAY
MEDICAL SUPPLIES

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

Medilife Contents

ΤΕΥΧΟΣ 28, ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ-ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ 2021



ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο Κέντρο!

ΤΑ ΝΕΑ ΜΑΣ

5 Ιατρικά νέα - Οι ιατροί μας εν δράσει!
8 Τα νέα μας - Ένα βήμα μπροστά στην τεχνολογία
12 16η Επιστημονική Η μερίδα Ευρωκλινικής Παίδων
14 Τα νέα μας - Κοινωνία
21 Τα νέα μας - Στηρίζουμε τον ελληνικό αθλητισμό

ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

26 Ρομποτική μερική νεφρεκτομή με την χρήση τεχνητής νοημοσύνης και επαυξημένης πραγματικότητας
28 TEVAR. Διαδερμική Ενδοαγγειακή Αντιμετώπιση Παθήσεων της Θωρακικής Αορτής
31 Πρωτοποριακές τεχνικές αντιμετώπισης επιπλοκών γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης
34 Η επόμενη ημέρα μετά το έμφραγμα. 7 συμβουλές για καλή υγεία!
36 Ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (EVAR)
38 Επηρεάζεται η στυτική λειτουργία στις επεμβάσεις προστάτη;
40 Ολική αρθροπλαστική γόνατος με το ρομποτικό σύστημα ROSA
42 Ψηλαφητά ογκίδια στο μαστό. Είναι πάντοτε ύποπτα;
44 Η κολποσκόπηση σβήνει την ανησυχία για τα κονδυλώματα και τον ιό HPV
46 Καρκίνος του πνεύμονα
49 12 μύθοι για την οστεοαρθρίτιδα που δεν πρέπει να πιστεύουμε
52 Ημικρανία
54 Ινοαδενώματα μαστού
56 Ενδοσκοπική χειρουργική
60 Χαλάζιο
62 Εκκολπωματική νόσος & Εκκολπωματίτιδα
64 Πολυπαραμετρική μαγνητική τομογραφία προστάτη
66 Η χειρουργική του παχέος εντέρου σήμερα
68 Χρόνια φλεβική ανεπάρκεια - Κιρσοί κάτω άκρων
70 Μύθοι & Αλήθειες γύρω από την τριχόπτωση
72 Οργάνωσε τα ψώνια σου

ΠΑΙΔΙ

76 Εγκαύματα στα βρέφη και στα παιδιά
78 Η Παιδοχειρουργική πρακτική στην εποχή του κορωνοϊού
80 Ο ρόλος του παιδιάτρου στην πανδημία COVID-19
82 COVID-19 στα παιδιά. Ο ρόλος της απεικόνισης
84 Ο μητρικός θηλασμός
86 Προεγχειρητικό άγχος

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
@euroclinic_group

Επιτροπή Επιστημονικού Συμβουλίου Ηθικής και Δεοντολογίας

Πρόεδρος
Αναπλ. Καθηγητής Αριστείδης Καραγιάννης
Διευθυντής Ουρολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Μέλη
Νικόλαος Πλακόπητας
Αντιπρόεδρος Ομίλου Ευρωκλινικής
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
Δημήτρης Ρίχτερ
Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής

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

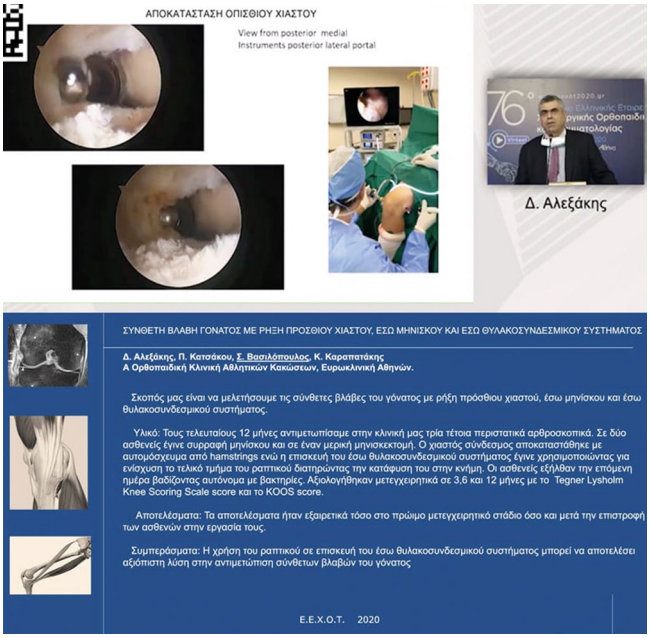
Μέλη
Μιχαήλ Σούτης
Τομεάρχης Παιδιατρικού Τομέα και Διευθυντής Παιδοχειρουργικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
Ελένη Τσάπρα
Διευθύντρια Παιδιατρικού Τομέα, Ευρωκλινική Παίδων
Νικόλαος Πέττας
Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
Παναγιώτης Μισυρλής
Διευθυντής ΩΡΛ Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων
Νικόλαος Γκούμας
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

Σχεδιασμός - Επιμέλεια: **Ar_Di_ Design**
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



Ένα βήμα μπροστά στις ιατρικές εξελίξεις και μέσα στην πανδημία!

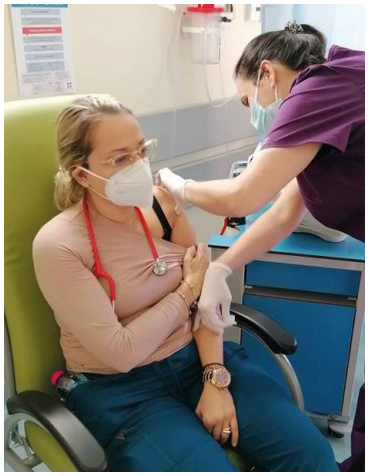
Ο κος **Δημήτριος Αλεξάκης**, Δ/ντης Ορθοπαιδικού Τμήματος & Αθλητικών Κακώσεων, Ευρωκλινική Αθηνών και η ιατρική του ομάδα, κα **Πηνελόπη Κατσάκου**, **Σάββας Βασιλόπουλος** και **Κων/νος Καραπατάκης**, συμμετείχαν στο 76ο Virtual Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας, στις 14-17 Οκτωβρίου 2020, στο Divani Caravel Hotel.

Ο κος Αλεξάκης είχε πολλαπλή παρουσία με ομιλίες τόσο για την αναθεώρηση του πρόσθιου χιαστού όσο και την αποκατάσταση του οπίσθιου χιαστού στην αρθροσκοπική χειρουργική γόνατος, ενώ παράλληλα προήδρευσε στην στρογγυλή τράπεζα των αρθροσκοπικών τεχνικών.

Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου όλη η ορθοπαιδική ομάδα της Ευρωκλινικής παρουσίασε τα αποτελέσματα μιας νέας τεχνικής τενοντόδεσης του δικεφάλου στην αρθροσκόπηση ώμου και μία χειρουργική τεχνική για τις σύνθετες συνδεσμικές βλάβες γόνατος, παρουσία διακεκριμένων ιατρών απ' όλη την Ελλάδα.

COVID-19 Vaccinated

Στον Όμιλο Ευρωκλινικής η ασφάλεια και η υγεία των ασθενών και του προσωπικού μας αποτελεί βασική μας προτεραιότητα. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές μας έκαναν την αρχή για τη σταδιακή επιστροφή στην κανονικότητα και εμβολιάστηκαν ενάντια στην COVID-19, φροντίζοντας για την ασφάλεια όλων μας. Η Ευρωκλινική από την 1η μέρα της πανδημίας έχει λάβει πολλαπλά και αυστηρά μέτρα προστασίας, αποτελώντας τον πιο ασφαλή ιατρικό προορισμό στο κέντρο της Αθήνας.



ΟΜΙΛΟΣ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο κέντρο!

COVID-19 TEST

Εύκολα, γρήγορα και αξιόπιστα

1

Μοριακός έλεγχος (PCR)

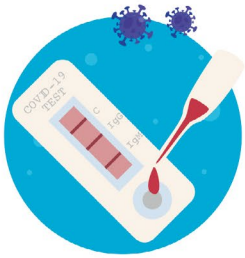
2

Drive Through Τεστ

3

Κατ' οίκον Τεστ

4



Τεστ ανίχνευσης αντισωμάτων
(μετά τον εμβολιασμό)

- ✔ Πιστοποιημένα Εργαστήρια
- ✔ Δειγματοληψίες καθημερινά, χωρίς αναμονή
- ✔ Αποτελέσματα εντός 24ώρου, μέσω email

Κλείστε ραντεβού στο 210 6416600
ή www.euroclinic.gr

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

Ογκολογικό συνέδριο με πρόεδρο τον κ. Χρήστο Πανόπουλο

Το Ελληνικό Ογκολογικό Ινστιτούτο διοργάνωσε για ακόμη μια χρονιά το ετήσιο ογκολογικό του συνέδριο με τίτλο "Σύγχρονη Ογκολογία, Guidelines, Ιατρική Ακριβείας ή Ιατρική Τέχνη;", το οποίο διεξήχθη ως Web Scientific Event λόγω της πανδημίας από COVID-19, στις 2-3 Απριλίου 2021 με πρόεδρο της οργανωτικής επιτροπής τον κο **Χρήστο Πανόπουλο**, Δ/ντη Παθολόγο-Ογκολόγο, Ευρωκλινική Αθηνών. Η αντιμετώπιση του καρκίνου στην πανδημία του COVID-19, ο Καρκίνος προστάτη, οι Νεότερες χειρουργικές τεχνικές στην αντιμετώπιση της πρώιμης νόσου, η Αντιμετώπιση των περιτοναϊκών μεταστάσεων από καρκίνο παχέος εντέρου, οι Καρδιολογικές επιπτώσεις των ογκολογικών φαρμάκων είναι μόνο μερικά από τα θέματα που συζητήθηκαν κατά τη διάρκεια του συνεδρίου.

Στόχος του συνεδρίου ήταν η ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών με στόχο την καλύτερη κατανόηση της σύγχρονης πραγματικότητας και τον εμπλουτισμό των γνώσεών μας για τον τομέα της ογκολογίας.

Στο συνέδριο συμμετείχαν διακεκριμένοι ιατροί της Ευρωκλινικής, συμβάλλοντας με τη γνώση και την εμπειρία τους στην καλύτερη και πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου.

ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ

Το πρώτο «ψηφιακό» Νοσοκομείο που αντικαθιστά το χαρτί με ηλεκτρονικά tablets

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής πραγματοποιεί ένα ακόμα σημαντικό βήμα στο πλαίσιο του ψηφιακού μετασχηματισμού καταργώντας από τα σημεία υποδοχής των Κλινικών του τα έντυπα σε φυσική μορφή και αντικαθιστώντας τα με **ηλεκτρονικά tablets**.

Πλέον τα έγγραφα στα σημεία εξυπηρέτησης ασθενών προβάλλονται και υπογράφονται μέσω ειδικών tablets, τα οποία αυτοματοποιημένα αποθηκεύουν και αρχειοθετούν τα έγγραφα, ακολουθώντας ειδικά πρωτόκολλα προστασίας προσωπικών δεδομένων. Η Ευρωκλινική γίνεται έτσι το **πρώτο ελληνικό Νοσοκομείο** που **καταργεί το χαρτί** και κάνει το επόμενο βήμα στην εποχή των ψηφιακών μέσων, βελτιώνοντας σημαντικά τις λειτουργίες του αλλά και τις προσφερόμενες υπηρεσίες προς ασθενείς και επισκέπτες.

Η αποκλειστική χρήση ηλεκτρονικών μέσων έχει σημαντικά οφέλη καθώς αυξάνει την ταχύτητα εξυπηρέτησης ασθενών λόγω της εξάλειψης των χρόνων εκτύπωσης και μεταφοράς - διαχείρισης εγγράφων, επιτυγχάνει **μεγαλύτερα επίπεδα ασφάλειας προσωπικών δεδομένων** και ταυτόχρονα **μειώνει τις πιθανότητες μετάδοσης λοιμώξεων** με την ελαχιστοποίηση των επαφών μεταξύ προσωπικού και ασθενών.

Ταυτόχρονα επιτυγχάνεται **σημαντική μείωση του περιβαλλοντικού αποτυπώματος** από την κατάργηση εκτύπωσης ενός πολύ μεγάλου αριθμού εντύπων και εξοικονομείται ένα αξιοσημείωτο κόστος που μπορεί να διατεθεί σε άλλες λειτουργείες με σκοπό την καλύτερη και ποιοτικότερη εξυπηρέτηση του ασθενή. Επιπλέον μέσω της 360ο επικοινωνίας των ψηφιακών συστημάτων παρέχεται η δυνατότητα αναπαραγωγής των εγγράφων απομακρυσμένα με ταχύτητα και ακρίβεια.

Ο κος **Αντώνης Βουκλαρής**, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής ανέφερε: *«Η κατάργηση των έντυπων εγγράφων και η χρήση των tablets είναι άλλη μία υλοποίηση ενός πλάνου ψηφιακού μετασχηματισμού της Ευρωκλινικής στο οποίο επενδύουμε συστηματικά τα τελευταία χρόνια και περιλαμβάνει εφαρμογές όπως η ψηφιακή υπογραφή, το Data Management System, τα ηλεκτρονικά αποτελέσματα κ.ά. με στόχο να δημιουργήσουμε ένα σύγχρονο Νοσοκομείο που θα χαρακτηρίζεται από ποιότητα σε όλες τις λειτουργίες του.».*

Επενδύουμε σε εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας

Το μέλλον στη Γαστρεντερολογία!

01

Το πρώτο νοσοκομείο με τη Νέα Πλατφόρμα Video Ενδοσκόπησης EVIS X1

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής αποτελεί το πρώτο νοσοκομείο στην Ελλάδα που απέκτησε τη Νέα Πλατφόρμα **Video Ενδοσκόπησης EVIS X1**, του οίκου OLYMPUS Medical Systems Corp.

Η σειρά EVIS X1 που διαθέτει πλέον η Ευρωκλινική αποτελεί ό,τι πιο σύγχρονο και πρωτοποριακό έχει να επιδείξει σήμερα ο τομέας της Ενδοσκόπησης, ενσωματώνοντας μοναδικές τεχνικές και δυνατότητες προς όφελος του ασθενή και ικανοποιώντας τρία βασικά και δομικά στοιχεία της Ενδοσκόπησης σήμερα: τον εντοπισμό της βλάβης, τον χαρακτηρισμό της, την θεραπεία και αντιμετώπισή της.

Το νέο εξελιγμένο σύστημα αποδίδει βελτιωμένη, πιο φωτεινή εικόνα, ακόμα και σε δύσκολες περιοχές του βλεννογόνου βοηθώντας τους χρήστες να διαχωρίσουν, να αξιολογήσουν και να ταξινομήσουν παθογένειες του βλεννογόνου με αξιοπιστία.

Η νέας Τεχνολογίας **Πλατφόρμα Video Ενδοσκόπησης EVIS X1**, παρέχει στον χρήστη Τεχνικές Απεικόνισης του ιστού, με τις οποίες παράγονται **ακριβή αποτελέσματα**, σε **σύντομο χρόνο** ταυτόχρονα με την ανάδειξη βλαβών που δύσκολα διακρίνει κανείς κάτω από λευκό φωτισμό.

02

Νέο, υπερσύγχρονο ρομποτικό σύστημα ROSA® KNEE SYSTEM για την αρθροπλαστική γόνατος

Μέγιστη ακρίβεια, άριστο αποτέλεσμα, προσαρμοσμένο στις ανάγκες κάθε ασθενή

Η Ευρωκλινική, φέρνει το μέλλον στην ρομποτική χειρουργική γόνατος με το νέο υπερσύγχρονο ρομποτικό σύστημα, **ROSA® KNEE SYSTEM** για τις επεμβάσεις αρθροπλαστικής γόνατος.

Το νέο ρομποτικό σύστημα, που διαθέτει πλέον η Ευρωκλινική αποτελεί τον καλύτερο σύμμαχο για τον ορθοπαιδικό χειρουργό, καθοδηγώντας τον μέσω υπολογιστή σε όλα τα στάδια της επέμβασης, εξασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο ένα άριστο αποτέλεσμα για τον ασθενή. Πιο αναλυτικά, το **ROSA® KNEE SYSTEM** αποτελεί ένα από τα πιο ισχυρά «όπλα» για τις παθήσεις του γόνατος, αφού αποτελεί μία ελάχιστα επεμβατική μέθοδο με ακρίβεια χιλιοστού, η οποία εμφανίζει πολλαπλά οφέλη για κάθε ασθενή, ανάμεσα στα οποία είναι:

- Ο λιγότερος μετεγχειρητικός πόνος
- Μικρότερος κίνδυνος επιπλοκών
- Μικρότερη απώλεια αίματος
- Ελάχιστος χρόνος νοσηλείας
- Ταχύτερη ανάρρωση
- 'Αμεση αποκατάσταση και επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες
- Δυνατότητα επέμβασης σε σύνθετες περιπτώσεις και σε ασθενείς με υλικά οστεοσύνθεσης ή προϋπάρχοντα εμφυτεύματα
- Καθώς και ένα μακροπρόθεσμο μετεγχειρητικό αποτέλεσμα.

Το νέο ρομποτικό σύστημα αρθροπλαστικής γόνατος ενισχύει το ήδη πολύ υψηλό επίπεδο του ορθοπαιδικού τμήματος της Ευρωκλινικής Αθηνών το οποίο είναι στελεχωμένο από ορθοπαιδικούς με πολυετή εμπειρία και εξειδίκευση, ενώ διαθέτει παράλληλα το πιο σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό για την αντιμετώπιση όλου του φάσματος των ορθοπαιδικών παθήσεων.

03

Το νέο λογισμικό τεχνητής νοημοσύνης «e-Stroke Suite» για τη διάγνωση και τη θεραπεία του εγκεφαλικού

Αποκλειστικά
στην Ευρωκλινική
το λογισμικό
«e-Stroke Suite»

50%
περισσότεροι ασθενείς
με ισχαιμικό εγκεφαλικό
μπορούν να λάβουν θεραπεία

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής επενδύει σε πρωτοποριακό και καινοτόμο ιατρικό εξοπλισμό, φέρνοντας για πρώτη φορά στην Ελλάδα το καινοτόμο λογισμικό τεχνητής νοημοσύνης **«e-Stroke Suite»** της εταιρείας Brainomix, για την καλύτερη και πιο αποτελεσματική διάγνωση και θεραπεία των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο.

Το **«e-Stroke Suite»** αποτελεί ένα υπερσύγχρονο διαγνωστικό λογισμικό Τεχνητής Νοημοσύνης (Artificial Intelligence), το οποίο παρέχει μεγαλύτερη αξιοπιστία και ταχύτητα στη διαγνωστική προσπέλαση των απεικονιστικών εξετάσεων του εγκεφάλου, προσδιορίζοντας με ακρίβεια το μέγεθος και την περιοχή του εγκεφάλου που πάσχει από εγκεφαλικό. Με αυτό τον τρόπο και σε συνδυασμό με την εξειδικευμένη ιατρική προσέγγιση, επιταχύνεται η διαδικασία αποφάσεων για παροχή της κατάλληλης θεραπείας, δίνοντας τη δυνατότητα για χορήγηση θεραπείας σε 50% περισσότερους ασθενείς με ισχαιμικό εγκεφαλικό.

Το λογισμικό έχει χρησιμοποιηθεί σε πληθώρα κλινικών μελετών, που επικυρώνουν τη διαγνωστική ανωτερότητα του συστήματος, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι μπορεί να παρέχει υψηλού επιπέδου αποτελέσματα με λιγότερη επιβάρυνση για τον ασθενή σε ακτινοβολία και χορήγηση σκιαγραφικών ουσιών, συγκριτικά με παρόμοια λογισμικά παγκοσμίως.

Η Επικεφαλής της Μονάδας Αντιμετώπισης Εγκεφαλικών της Ευρωκλινικής Αθηνών, κα **Βάσω Ζησιμοπούλου** δήλωσε: «Το πρώτο και μέγιστο μέλημά μας είναι να παρέχουμε τις κορυφαίες θεραπευτικές επιλογές στους ασθενείς μας. Η χρήση νέων τεχνολογιών και συγκεκριμένα τεχνητής νοημοσύνης μας δίνει τη δυνατότητα να έχουμε πρόσβαση σε καίριες κλινικές πληροφορίες εντός λίγων λεπτών για τους ασθενείς με ισχαιμικό εγκεφαλικό και συνακόλουθα να προσφέρουμε θεραπεία με μεγαλύτερη ακρίβεια και αποτελεσματικότητα. Στο εγκεφαλικό όπου κάθε λεπτό μετράει, φροντίζουμε να μη χάσουμε ούτε δευτερόλεπτο»

Ο Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής, κ. **Αντώνης Βουκλαρής** δήλωσε: «Η Ευρωκλινική επενδύει στην τεχνητή νοημοσύνη, θέτοντας πολύ ψηλά τον πήχη στην αντιμετώπιση και τη θεραπεία των ασθενών με εγκεφαλικό. Ακολουθούμε τις πιο σύγχρονες ιατρικές τάσεις και τεχνολογίες του εξωτερικού, δημιουργώντας μία πρότυπη Μονάδα Αντιμετώπισης Εγκεφαλικών στο κέντρο της Αθήνας».

WEBINAR #21.11.2020

16η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ Ευρωκλινικής Παίδων

360 παιδίατροι παρακολούθησαν το live webinar της Ευρωκλινικής Παίδων

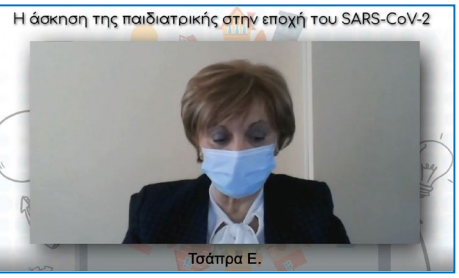
Πλήρης ενημέρωση για τον COVID-19 και την υγεία του παιδιού

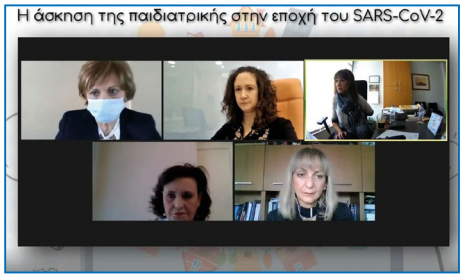
Με μεγάλη επιτυχία ολοκληρώθηκε η 16η Επιστημονική Ημερίδα της Ευρωκλινικής Παίδων. Παρά τη δύσκολη περίοδο που διανύουμε λόγω της πανδημίας, η εκδήλωση θεσμός για την παιδιατρική κοινότητα, συνεχίστηκε και φέτος με βασικό στόχο να ενημερώσει έγκυρα και εμπεριστατωμένα τον ιατρικό κόσμο για τις τελευταίες εξελίξεις γύρω από τον COVID-19, καθώς και σύγχρονα παιδιατρικά θέματα, πάντα με κέντρο την υγεία του παιδιού.

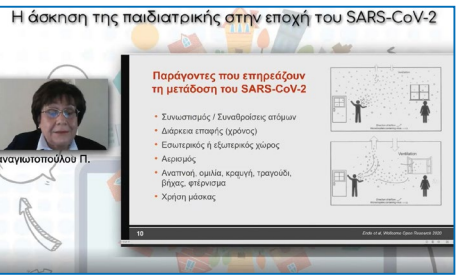
Περισσότεροι από 360 παιδίατροι και λοιποί επιστήμονες παρακολούθησαν live το webinar, με απομακρυσμένη διαδικτυακή σύνδεση το Σάββατο 21 Νοεμβρίου 2020 και ενημερώθηκαν για το φλέγον ζήτημα του κορωνοϊού και την επίδρασή του στα παιδιά, καθώς και για σύγχρονα θέματα της παιδιατρικής, τα οποία εμφανίζουν μεγάλο ενδιαφέρον τόσο για την παιδιατρική επιστήμη όσο και για την καθημερινή κλινική πράξη.

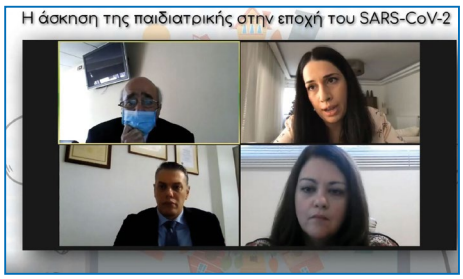
Μερικά από τα θέματα που αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια της ημερίδας ήταν «η Παιδοχειρουργική πρακτική στην εποχή του κορωνοϊού», «ο ρόλος του παιδιάτρου στην εποχή της Πανδημίας Covid-19», «ο ρόλος της μάσκας στην πρόληψη της λοίμωξης από την νόσο COVID-19», «COVID-19 στα παιδιά: Ο ρόλος της απεικόνισης», «τα νεότερα για την άνοση θρομβοπενία στα παιδιά» και πολλά ακόμα παιδιατρικά θέματα.

Το Webinar τίμησαν με τις ενδιαφέρουσες επιστημονικές τους παρουσιάσεις, καταξι-









ωμένοι ιατροί της Ευρωκλινικής Παίδων, καθώς και διακεκριμένοι παιδίατροι από το Νοσοκομείο Παίδων «η Αγία Σοφία».

Η κα **Ελένη Τσάπρα**, Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής Συνεδρίου και Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων δήλωσε: *«Σήμερα είχαμε τη χαρά να παρουσιάσουμε στον παιδιατρικό κόσμο, όπως κάθε χρόνο, πολλά και ενδιαφέροντα θέματα που έχουν σχέση τόσο με τον κορωνοϊό, όσο και με τη σύγχρονη παιδιατρική. Παρά τη δύσκολη συγκυρία λόγω της πανδημίας, νιώθουμε ιδιαίτερα υπερήφανοι για το πολύ υψηλό επιστημονικό επίπεδο όλων των ομιλιών και ανανεώνουμε το ραντεβού μας με την παιδιατρική κοινότητα για την επόμενη χρονιά με ακόμα πιο πλούσια και ενδιαφέρουσα θεματολογία».*

Δράσεις με κέντρο το παιδί

Στηρίζουμε έμπρακτα **«Το Χαμόγελο του Παιδιού»** και μέσα στην πανδημία

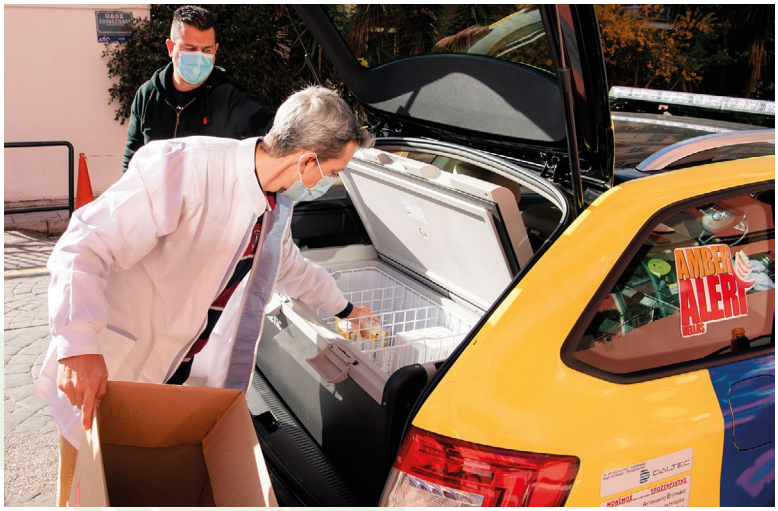
Η **Ευρωκλινική Παίδων**, έχοντας σταθερά ως επίκεντρο το παιδί, ακόμα και εν μέσω πανδημίας, συνεχίζει να στηρίζει τον Οργανισμό **«Το Χαμόγελο του Παιδιού»**, δωρίζοντας **περισσότερα από 120 εμβόλια** σε όσα παιδιά το έχουν ανάγκη.

Στο πλαίσιο του ειδικά σχεδιασμένου προγράμματος **Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης** που υλοποιεί από τον Ιούλιο του 2018 σε **παιδιά** που φιλοξενούνται στις Δομές του Οργανισμού **«Το Χαμόγελο του Παιδιού»**, της **«Κιβωτού του Κόσμου»** και της Ένωσης **«Μαζί για το Παιδί»** στην Αττική, η Ευρωκλινική Παίδων παραμένει πιστή στη δέσμευσή της, στηρίζοντας έμπρακτα την άμεση ανάγκη για εμβολιασμό των παιδιών που φροντίζει **«Το Χαμόγελο του Παιδιού»**.

Τα εμβόλια αυτά στην πλειοψηφία τους κάλυψαν **παιδιά σε ανάγκη έως 2 ετών**, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο την **πρόληψη της υγείας** τους για δεκάδες σοβαρά και δυνητικά θανατηφόρα λοιμώδη νοσήματα. Σύμφωνα με εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας αναφορικά με τον εμβολιασμό παιδιών και ενηλίκων κατά την 2η έξαρση της πανδημίας και λαμβάνοντας υπόψη τις συστάσεις της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών, **δεν πρέπει να παραμένει ανεμβολίαστος πληθυσμός για κοινές λοιμώξεις** που προλαμβάνονται με εμβόλια.

Η συγκεκριμένη δωρεά εμβολίων ήταν η δεύτερη που πραγματοποιήθηκε μέσα στο 2020 για **«Το Χαμόγελο του Παιδιού»**.

«Η Ευρωκλινική Παίδων στο πλαίσιο της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης που υλοποιεί, συμμετέχει ενεργά στον αγώνα κατά της πανδημίας του κορωνοϊού, με τη δωρεάν χορήγηση των εμβολίων προς «Το Χαμόγελο του Παιδιού». Ο εμβολιασμός είναι ασφαλής κατά την επιδημία όταν τηρούνται όλες οι οδηγίες που έχουν εκδοθεί για την αντιμετώπισή του και πρέπει να γίνεται έγκαιρα. Η διακοπή του εμβολιασμού μπορεί να μας οδηγήσει σε πιθανές επιδημίες άλλων νοσημάτων που έχουν εξαλειφθεί από τον κόσμο λόγω της χρήσης του εμβολίου. Και αυτό βέβαια, στην επιδημία του κορωνοϊού, επιδεινώνει ακόμη περισσότερο το Σύστημα Υγείας», δήλωσε η **Διευθύντρια του Παιδιατρικού Τμήματος της Ευρωκλινικής Παίδων κα Ελένη Τσάπρα**.



Πρόκειται για τη **δεύτερη δωρεά εμβολίων** μέσα στο 2020

Η κα **Μητρογιώργου Μαρίνα**, Παιδίατρος του Οργανισμού **«Το Χαμόγελο του Παιδιού»** δήλωσε: *«Η Ευρωκλινική, διαχρονικά, βρίσκεται δίπλα στις δράσεις του Οργανισμού μας και στηρίζει έμπρακτα τα σπίτια που φιλοξενούνται τα παιδιά μας καθώς επίσης και τα παιδιά από «Το Χαμόγελο του Παιδιού» που παρακολουθούνται στο πολυιατρείο μας στο κέντρο της Αθήνας. Ευχαριστούμε ένθερμα την Ευρωκλινική Παίδων για τη στήριξη που έχουμε όλα αυτά τα χρόνια στο κομμάτι της εμβολιαστικής κάλυψης όπως επίσης και σε ό,τι άλλο ιατρονοσηλευτικό χρειαστεί».*

Ο **πρόεδρος του Δ.Σ. του Οργανισμού «Το Χαμόγελο του Παιδιού» κ. Κώστας Γιαννόπουλος** δήλωσε: *«Για μία ακόμα φορά ευχαριστούμε θερμά την Ευρωκλινική για την υποστήριξή της. Η Ευρωκλινική στηρίζει με συνέπεια τα παιδιά που μεγαλώνουν στα σπίτια μας στην Αττική καλύπτοντας τις ιατρικές ανάγκες τους καθώς και τα παιδιά με σοβαρά προβλήματα υγείας που στηρίζουμε. Ιατρικές εξετάσεις, εμβόλια και πολλά άλλα, καλύπτονται χάρη στη σημαντική προσφορά της, πάντα άμεσα. Εν προκειμένω η Ευρωκλινική για μία ακόμα φορά, ανταποκρίθηκε στο αίτημά μας, και μας διέθεσε 120 εμβόλια για τον βασικό εμβολιασμό παιδιών, που παρακολουθούμε ιατρικά και απολύτως δωρεάν στο Πολυϊατρείο του Οργανισμού μας. Με την Ευρωκλινική ενώνουμε δυνάμεις και μαζί επιτυγχάνουμε να παρέχουμε στα παιδιά όλα όσα έχουν ανάγκη και δικαιούνται. Σας ευχαριστούμε!».*

Δράσεις με κέντρο τη Δημόσια Υγεία

Αποστολή τεσσάρων (4) ιατρών εθελοντών για την ενίσχυση των Νοσοκομείων του ΕΣΥ, Βορείου Ελλάδος

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής με υψηλό αίσθημα ευθύνης και ανταποκρινόμενος στην πρόσκληση της Πολιτείας, συνέβαλε στην εθνική προσπάθεια αντιμετώπισης της COVID-19 αποστέλλοντας εθελοντές έμπειρους ιατρούς παθολόγους και λοιμωξιολόγους με στόχο να συνδράμουν το δοκιμαζόμενο ιατρικό προσωπικό του ΕΣΥ των Νοσοκομείων στη Βόρεια Ελλάδα.

Η υψηλής κατάρτισης και έμπειρη ιατρική ομάδα της Ευρωκλινικής απαρτιζόμενη από τους:

- Ανδρέα Κωνσταντίνου, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής - Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Αθηνών
- Ιωάννη Ζελενίτσα, Διευθυντής Παθολογικής κλινικής
- Πολύδωρο Τόφα, Αν. Διευθυντής Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος
- Βάνα Καλογερή, Παθολόγος, Υπεύθυνη ΤΕΠ

Μετέβη άμεσα στην Βόρειο Ελλάδα, τον Δεκέμβριο του 2020, **ενισχύοντας τα δημόσια νοσοκομεία της περιοχής (Φλώρινας, Δράμας και Ξάνθης)**, δίνοντας το «παρών» στην πρώτη γραμμή για την αντιμετώπιση του κορωνοϊού.

Ο κος Αντώνης Βουκλαρής, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής ανέφερε σχετικά *«Στις δύσκολες συνθήκες αυτό που μετράει είναι οι πράξεις και ως Ευρωκλινική δεν θα μπορούσαμε να μην συμμετέχουμε ενεργά στην εθνική προσπάθεια που γίνεται για την αντιμετώπιση του κορωνοϊού»* .

ΔΗΜΟΣ ΑΘΗΝΑΙΩΝ | ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΒΡΕΦΟΚΟΜΕΙΟ

Είμαστε δίπλα στο Δημοτικό Βρεφοκομείο Αθηνών

Προσφέρουμε δωρεάν παροχές υγείας σε περισσότερους από 1.000 υπαλλήλους του Δημοτικού Βρεφοκομείου Αθηνών

Στο πλαίσιο του προγράμματος Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης που υλοποιεί, ο Όμιλος Ευρωκλινικής στέκεται δίπλα στο **Δημοτικό Βρεφοκομείο Αθηνών, προσφέροντας δωρεάν ιατρικές εξετάσεις** για το σύνολο των εργαζομένων του.

Πιο συγκεκριμένα, **η Ευρωκλινική προσφέρει ΔΩΡΕΑΝ** σε όλους τους υπαλλήλους των βρεφονηπιακών σταθμών του Δήμου Αθηναίων, όλων των ειδικοτήτων και κλάδων, τις εξής παροχές υγείας:

- Πλήρη αιματολογικό έλεγχο
- Τεστ PAP για τις γυναίκες
- Έλεγχο PSA για τους άνδρες
- Επισκέψεις σε δερματολόγο, ΩΡΛ και οφθαλμίατρο.

Η ενέργεια αυτή θα έχει αρχική **διάρκεια ενός έτους** με προοπτική ετήσιας ανανέωσης και διεύρυνσης των προσφερομένων ιατρικών εξετάσεων.

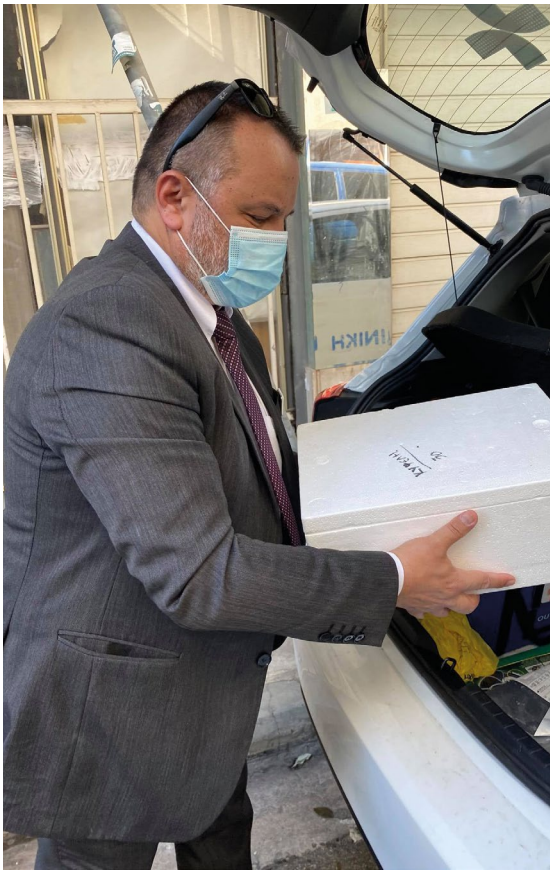
Το σύνολο των εξετάσεων θα διεξαχθεί με τη χρήση του πλέον **σύγχρονου και άρτιου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού της Ευρωκλινικής** από ιατρούς με υψηλό επιστημονικό επίπεδο και νοσηλευτικό προσωπικό με εξειδίκευση και πολυετή εμπειρία. Στο πλαίσιο της προσφοράς της, η Ευρωκλινική εγγυάται και διασφαλίζει εξετάσεις με **αξιοπιστία** και **υψηλή ποιότητα αποτελεσμάτων** καθώς τηρεί μια πιστοποιημένη και αυτοματοποιημένη διαδικασία υψηλών προδιαγραφών.

Ο κος **Αντώνης Βουκλαρής**, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής δήλωσε: *«Η προσφορά στο κοινωνικό σύνολο οφείλει να είναι έμπρακτη, γι'αυτό και στον Όμιλο Ευρωκλινικής είμαστε ιδιαίτερα χαρούμενοι που θα προσφέρουμε στους εργαζομένους του Δημοτικού Βρεφοκομείου Αθηνών σημαντικές παροχές, ανταποκρινόμενοι στις ανάγκες του σε μια πολύ δύσκολη συγκυρία ενισχύοντας παράλληλα την εταιρική μας υπευθυνότητα».*

Αποστολή μας και μέσα στην πανδημία παραμένει ο άνθρωπος!

Προσφέραμε αντιγριπικά εμβόλια στον Φιλανθρωπικό Οργανισμό της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών, την «Αποστολή», συμβάλλοντας στην προσπάθεια του οργανισμού να κρατήσει υγιείς και ασφαλείς όσους ανθρώπους το έχουν ανάγκη.

Συγκεκριμένα, με την δράση μας υποστηρίξαμε το Οικοτροφείο Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων στην Κυψέλη και το Καρέλλειο Πρότυπο Κέντρο Alzheimer στο Χαλάνδρι, αποδεικνύοντας με πράξεις ότι στην Ευρωκλινική η προστασία και η διαφύλαξη της ανθρώπινης ζωής αποτελεί βασική μας προτεραιότητα και μέσα στην πανδημία.



Δίνουμε **αίμα**, χαρίζουμε **Ζωή**!

Το προσωπικό ασφαλείας της Ευρωκλινικής, έδωσε ένα πολύ ηχηρό μήνυμα για την αξία του εθελοντισμού και της προσφοράς, προχωρώντας σε εθελοντική αιμοδοσία, τον Απρίλιο και τον Δεκέμβριο του 2020. Στόχος της ενέργειας ήταν η ενίσχυση της τράπεζας αίματος του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου, αποτελώντας φωτεινό παράδειγμα και θυμίζοντας σε όλους μας πόσο μεγάλη αξία έχει η ανθρώπινη ζωή.

Στην αιμοδοσία συμμετείχαν οι κ.κ. Γιάνναρης, Ζαφειρόπουλος, Κυριακούδης, Τριαντάρης, Δημάκης, Πιπεριάς & Κλεφτογεώργος, ενώ δίπλα τους σε όλη τη διαδικασία ήταν η Υπεύθυνη Αιμοδοσίας της Ευρωκλινικής, κα Μαρία Χολέβα.

Μία προσφορά αγάπης από τους νοσηλευτές μας

Το 2021, παρά τη δύσκολη συγκυρία που διανύουμε λόγω της πανδημίας, ξεκίνησε θετικά με όμορφες και ξεχωριστές ενέργειες. Οι εργαζόμενοι της Ευρωκλινικής, απέδειξαν για ακόμη μια φορά ότι πάνω απ' όλα είναι οι Άνθρωποι, με μια σημαντική και ελπιδοφόρα προσφορά αγάπης. Το προσωπικό του πέμπτου Νοσηλευτικού ορόφου της Ευρωκλινικής Αθηνών, προχώρησε με δική του πρωτοβουλία στην αγορά τροφίμων για το Κοινωνικό Μαγειρείο «Ο Άλλος Άνθρωπος»,ενισχύοντας την προσπάθεια του οργανισμού για προσφορά φαγητού σε ανθρώπους που στερούνται της πρόσβασης σε βασικά αγαθά.

Από αριστερά ο κ. ***Σπύρος Καπράλος****, Πρόεδρος της ΕΟΕ και Πρόεδρος του ΔΣ της Ευρωκλινικής Αθηνών, ο κ.* ***Τόμας Μπαχ****, Πρόεδρος της Διεθνούς Ολυμπιακής Επιτροπής, ο κ.* ***Αντώνης Βουκλαρής****, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής και ο κ.* ***Νικόλαος Πλακόπητας*** *Αντιπρόεδρος Ομίλου Ευρωκλινικής*

Την Ευρωκλινική εμπιστεύτηκε ο πρόεδρος της Διεθνούς Ολυμπιακής Επιτροπής κύριος Τόμας Μπαχ για προληπτικό μοριακό έλεγχο COVID-19

Ο πρόεδρος της Διεθνούς Ολυμπιακής Επιτροπής (ΔΟΕ), κύριος Τόμας Μπαχ, ξεκίνησε τη διήμερη επίσκεψή του στην Ελλάδα με προληπτικό μοριακό έλεγχο COVID-19 στην Ευρωκλινική Αθηνών, τη Δευτέρα 29 Μαρτίου 2021.

Ο κύριος Μπαχ προσήλθε στην Ευρωκλινική Αθηνών, συνοδευόμενος από τον πρόεδρο της Ελληνικής Ολυμπιακής Επιτροπής (ΕΟΕ), κύριο Σπύρο Καπράλο και υποβλήθηκε σε μοριακό έλεγχο COVID-19, κάτω από αυστηρά πρωτόκολλα ασφαλείας, παρουσία του εξειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της Ευρωκλινικής.

Στόχος της επίσκεψης του κυρίου Μπαχ στην Ελλάδα, ήταν να τιμήσει τη χώρα που γέννησε τους Ολυμπιακούς Αγώνες, ενώ κατά τη διάρκεια της παραμονής του στη χώρα μας εγκαινίασε την ψηφιακή έκθεση με όλους τους σύγχρονους Ολυμπιονίκες στο κτήριο της Ελληνικής Ολυμπιακής Επιτροπής και παρέστη στην εκδήλωση για τα εγκαίνια του ανανεωμένου φωτισμού του Παναθηναϊκού Σταδίου, παρουσία της Προέδρου της Δημοκρατίας.

Ο κύριος Σπύρος Καπράλος, Πρόεδρος της ΕΟΕ και Πρόεδρος του ΔΣ της Ευρωκλινικής Αθηνών, δήλωσε: «Είμαστε πολύ υπερήφανοι, που το πρώτο ταξίδι του κυρίου Μπαχ μετά την επανεκλογή του στην προεδρία της ΔΟΕ, πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας και που επέλεξε την Ευρωκλινική για τον προληπτικό του έλεγχο για COVID-19».

Την Ευρωκλινική επέλεξε ο διεθνής σέντερ Nikola Milutinov για αρθροσκόπηση του ώμου του

Ο διεθνής καλαθοσφαιριστής Nikola Milutinov, με πολυετή θητεία στον Ολυμπιακό και νυν παίκτης στην CSKA Moscow, επέλεξε την Ορθοπαιδική Κλινική Ώμου της Ευρωκλινικής Αθηνών και τον διευθυντή Ορθοπαιδικό κ. **Δημήτρη Αλεξάκη** με την ομάδα του, για την χειρουργική αποκατάσταση του ώμου του μετά το σημαντικό τραυματισμό που αποκόμισε από τον αγώνα της CSKA στην Euroleague.

Ο αθλητής υποβλήθηκε σε αρθροσκόπηση ώμου το Σάββατο 6 Φεβρουαρίου 2021 και την επόμενη μέρα έλαβε εξιτήριο, με την επέμβαση να στέφεται από απόλυτη επιτυχία. Ο αθλητής έχει ξεκινήσει πρόγραμμα αποθεραπείας και αναμένεται να επανέλθει στην ενεργό δράση το συντομότερο δυνατό.

Ο Milutinov επέλεξε την Ελλάδα και την Κλινική Ώμου του κου Αλεξάκη, η οποία αποτελεί ένα από τα ελάχιστα εξειδικευμένα Κέντρα Αθλητικών Κακώσεων στην Ευρώπη που διαθέτουν την απαιτούμενη εξειδίκευση και εμπειρία για την πλήρη αντιμετώπιση αντίστοιχων τραυματισμών.

Σταθερά δίπλα στην ΑΕΚ Athletic Club

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής ανανέωσε τη συνεργασίας του με την ΑΕΚ Athletic Club

Ως ο επίσημος χορηγός και ιατρικός υποστηρικτής όλων των τμημάτων του Συλλόγου για την αγωνιστική περίοδο 2020-2021. Για άλλη μία χρονιά ο κος **Γεώργιος Κελάλης**, Διευθυντής Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών είναι δίπλα στις προσπάθειες των αθλητών της ΑΕΚ για την επίτευξη των αγωνιστικών τους στόχων.

Μάλιστα σε αυτή τη δύσκολη και πρωτόγνωρη περίοδο λόγω κορωνοϊού, η Ευρωκλινική εξασφαλίζει στις αθλήτριες και τους αθλητές της ΑΕΚ, πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, πραγματοποιώντας εβδομαδιαίους ελέγχους COVID-19 test στο «σπίτι της Βασίλισσας», γήπεδο ΟΑΚΑ, διασφαλίζοντας την υγεία των παικτών από τον κορωνοϊό.

Είμαστε υπερήφανοι χορηγοί της Πρωταθλήτριας ομάδας Handball της ΑΕΚ

Η ομάδα Handball της ΑΕΚ, παρέλαβε από την ομοσπονδία το τρόπαιο του πρωταθλήματος για το έτος 2019-2020. Δίπλα στους αθλητές ήταν, ο κος **Γιώργος Κελάλης**, υπεύθυνος ιατρός της ομάδας και Διευθυντής Ορθοπαιδικός στην Ευρωκλινική Αθηνών.

Καλωσορίζουμε στην αθλητική «οικογένεια» του Ομίλου Ευρωκλινικής την Πανερυθραϊκός Β.C

Καλωσορίζουμε στην αθλητική μας «οικογένεια» την ομάδα μπάσκετ του Πανερυθραϊκού για την αγωνιστική περίοδο 2020-2021. Επίσημος ιατρός της ομάδας θα είναι ο κος **Φώτιος Τσούκας**, Διευθυντής Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών. Η συνεργασία μας επεκτείνεται σε όλον τον Οργανισμό και ιδιαίτερα στα παιδιά της Ακαδημίας του Πανερυθραϊκού, τα οποία θα έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στην Ευρωκλινική Παίδων, μέσω της «Κάρτας Προνομίων Kids», που θα παρέχει μοναδικά προνόμια στους μικρούς αθλητές.

90 ΧΡΟΝΙΑ

..κι ama

..κι ama

..κι ama

..κι ama

..κι ama

Εδώ και 90 χρόνια, είμαστε Σίγουρα δίπλα σας, χωρίς "ίσως", "μπορεί", "κι ama"!

Με εννέα δεκαετίες παρουσίας στην ελληνική αγορά και με τη δύναμη και αξιοπιστία του διεθνούς Ομίλου Groupama, είμαστε Σίγουρα δίπλα σας, με μια πλήρη σειρά προϊόντων, μέσω ενός εκτεταμένου δικτύου συμβούλων, με εξατομικευμένες λύσεις και με επιπρόσθετες δωρεάν παροχές ή υπηρεσίες, ασφαλίζοντας εσάς και όλα όσα αγαπάτε περισσότερο.

Groupama ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Best Workplaces Great Place To Work. HELLAS 2020

Superbrands GREECE'S CHOICE

TÜV AUSTRIA ISO 19600:2014 No.: 20021200003243

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

υγεία για όλους

- Ρομποτική μερική νεφρεκτομή με την χρήση τεχνητής νοημοσύνης και επαυξημένης πραγματικότητας
- TEVAR. Διαδερμική Ενδοαγγειακή Αντιμετώπιση Παθήσεων της θωρακικής Αορτής
- Πρωτοποριακές τεχνικές αντιμετώπισης επιπλοκών γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης
- Η επόμενη ημέρα μετά το έμφραγμα. 7 συμβουλές για καλή υγεία!
- Ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (EVAR)
- Επηρεάζεται η στυτική λειτουργία στις επεμβάσεις προστάτη;
- Ολική αρθροπλαστική γόνατος με το ρομποτικό σύστημα ROSA
- Ψηλαφητά ογκίδια στο μαστό. Είναι πάντοτε ύποπτα;
- Η κολποσκόπηση σβήνει την ανησυχία για τα κονδυλώματα και τον ιό HPV
- Καρκίνος του πνεύμονα
- 12 μύθοι για την οστεοαρθρίτιδα που δεν πρέπει να πιστεύουμε
- Ημικρανία
- Ινοαδενώματα μαστού
- Ενδοσκοπική χειρουργική
- Χαλάζιο
- Εκκολπωματική νόσος & Εκκολπωματίτιδα
- Πολυπαραμετρική μαγνητική τομογραφία προστάτη
- Η χειρουργική του παχέος εντέρου σήμερα
- Χρόνια φλεβική ανεπάρκεια - Κιρσοί κάτω άκρων
- Μύθοι & Αλήθειες γύρω από την τριχόπτωση
- Οργάνωσε τα ψώνια σου

Αριστείδης Καραγιάννης
Διευθυντής Ουρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ανδρέας Καραγιάννης
Επιμελητής Ουρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ρομποτική μερική νεφρεκτομή με την χρήση τεχνητής νοημοσύνης και επαυξημένης πραγματικότητας

Ο καρκίνος του νεφρού είναι ο **3ος πιο συχνός** ουρολογικός καρκίνος και προσβάλλει πιο πολύ τους **άνδρες** σε σχέση με τις γυναίκες και εμφανίζεται συνήθως **μετά την ηλικία των 60 ετών**. Ενοχοποιητικοί παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου είναι το **κάπνισμα, η παχυσαρκία, η υπέρταση**, ο διαβήτης, η νεφρική ανεπάρκεια, η κακή ποιότητα διατροφής και η κληρονομικότητα. Στα αρχικά του στάδια ο νεφροκυτταρικός καρκίνος είναι ασυμπτωματικός, ενώ ακόμα και σε προχωρημένες περιπτώσεις, ο ασθενής μπορεί να μην έχει **κανένα σύμπτωμα** και η διάγνωση να γίνει τυχαία σε απεικονιστικές εξετάσεις όπως π.χ. check up υπερηχογράφημα.

Το **αίμα στα ούρα**, ο **πόνος στην οσφύ**, και η **ψηλαφητή μάζα στην κοιλία** αποτελούν τα πιο συχνά συμπτώματα, ενώ ενδέχεται να συνοδεύεται από απότομη απώλεια βάρους, υπέρταση, πυρετό ή αναιμία.

Μεγαλύτερες πιθανότητες ίασης έχουμε όταν γίνει **έγκαιρη διάγνωση**, που σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα είναι από 80% εως 100% στα πρώιμα στάδια. Οι ετήσιες εξετάσεις όπως το **υπερηχογράφημα** είναι κομβικές για την αρχική διάγνωση νεφρικών όγκων, και η μετέπειτα αξιολόγηση γίνεται με αξονική ή/και μαγνητική τομογραφία, όπου διερευνάται, το μέγεθος, η θέση, καθώς και η πιθανή ύπαρξη μεταστάσεων. Έτσι γίνεται η σταδιοποίηση προκειμένου να αποφασιστεί η ανάλογη θεραπεία.

Ριζική ή μερική νεφρεκτομή

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του νεφρού γίνεται με τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου (ογκεκτομή/μερική νεφρεκτομή) ή ολόκληρου του οργάνου (ριζική νεφρεκτομή). Όταν ο όγκος περιορίζεται μόνο μέσα στο νεφρό και διαπιστώνεται ότι μπορεί να εξαιρεθεί με ασφάλεια, πραγματοποιείται **μερική νεφρεκτομή**, προκειμένου να σωθεί όσο περισσότερο λειτουργικό τμήμα του νεφρού και να ελαττωθεί η πιθανότητα μελλοντικής **νεφρικής ανεπάρκειας** η οποία με την σειρά της προδιαθέτει σε **καρδιαγγειακή νοσηρότητα** και **αυξημένη θνητότητα.** Επίσης αποτελεί επιλογή σε ασθενείς με ένα νεφρό ή αμφοτερόπλευρους όγκους ή κληρονομικούς όγκους. Όταν ο όγκος είναι μεγάλος (πάνω από 7 εκ.), γενικά πιο εκτεταμένος ή είναι τεχνικά δύσκολη η αφαίρεσή του τότε συνιστάται η **ριζική αφαίρεση του νεφρού**.

Η ρομποτική νεφρεκτομή, μερική ή ριζική, είναι πλέον καθιερωμένη μέθοδος για την αντιμετώπιση του καρκίνου του νεφρού και προσφέρει στον ασθενή, σημαντικά λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο, ελάχιστη παραμονή στο νοσοκομείο, λιγότερη απώλεια αίματος και άμεση επάνοδο στη φυσιολογική δραστηριότητα

Σε κάθε περίπτωση πρόκειται για απαιτητικά χειρουργεία που χρήζουν ιδιαίτερα λεπτούς χειρισμούς γι' αυτό και τα τελευταία χρόνια κερδίζουν έδαφος οι ρομποτικές επεμβάσεις, οι οποίες εμφανίζουν **σημαντικά**

πλεονεκτήματα έναντι των πιο παραδοσιακών, ανοικτών ή λαπαροσκοπικών επεμβάσεων. Βέβαια δυστυχώς δεν γίνεται να αντιμετωπιστούν όλες οι περιπτώσεις ελάχιστα επεμβατικά, και γι'αυτό η χειρουργική ομάδα θα πρέπει να είναι ικανή και έμπειρη για να φέρει εις πέρας και τις πιο δύσκολες περιπτώσεις και με την ανοιχτή μέθοδο.

Η ρομποτική νεφρεκτομή, μερική ή ριζική, είναι πλέον καθιερωμένη μέθοδος για την αντιμετώπιση του καρκίνου του νεφρού και προσφέρει στον ασθενή, σημαντικά **λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο, ελάχιστη παραμονή στο νοσοκομείο, λιγότερη απώλεια αίματος** και **άμεση επάνοδο στη φυσιολογική δραστηριότητα**.

Augmented Reality & Artificial Intelligence

Στο οπλοστάσιο της ρομποτικής χειρουργικής για την μερική νεφρεκτομή έχουμε πλέον την εφαρμογή της **επαυξημένης πραγματικότητας** *(Augmented Reality)* αλλά και της **τεχνητής νοημοσύνης** *(Aritificial Intelligence)*.

Σε **ενδοφυτικούς νεφρικούς όγκους** η πρόκληση για τον ρομποτικό χειρουργό είναι το να μπορέσει να εντοπίσει τον όγκο στο εσωτερικό του νεφρού για να τον αφαιρέσει. Πλέον στην ρομποτική κονσόλα με τα προγράμματα Tilepro™ και Iris™ του ρομποτικού συστήματος DaVinci™ και τις προεγχειρητικές απεικονιστικές εξετάσεις του ασθενούς (μαγνητική/αξονική) **αναγνωρίζονται αυτόματα** ο νεφρός, ο όγκος, και τα αγγεία μέσω τεχνητής νοημοσύνης ενώ ταυτόχρονα γίνεται προβολή **3D εικονικών μοντέλων** πάνω από την αληθινή ανατομία των ασθενών (επαυξημένη πραγματικότητα) τα οποία είναι υψηλής ευκρίνειας και καθοδηγούνται διεγχειρητικά από τον χειρουργό στην ρομποτική κονσόλα. Παράλληλα με την χρήση του Firefly™, ένα ειδικό φίλτρο της ρομποτικής κάμερας που αναγνωρίζει μια ενδοφλέβια φθορίζουσα ουσία την ICG, εκτιμούμε την αιμάτωση του νεφρού κατά την ισχαιμία και αναγνωρίζουμε καλύτερα τα χειρουργικά όρια κατά την ογκεκτομή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να **εντοπίσουμε γρήγορα** και **με ακρίβεια** τον όγκο, να **μειωθεί ο χρόνος ισχαιμίας**, και έτσι να **επιτυγχάνεται καλύτερη διατήρηση του νεφρού**, έχοντας ταυτόχρονα **λιγότερες επιπλοκές** και **καλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα**.

Η εφαρμογή των νέων τεχνολογιών στην ρομποτική χειρουργική και απεικόνιση, προσφέρουν μέγιστο ογκολογικό αποτέλεσμα με ελάχιστη επίπτωση στα λειτουργικά αποτελέσματα αλλά και στην ποιότητα ζωής των ασθενών

Η εφαρμογή αυτών των νέων τεχνολογιών στην ρομποτική χειρουργική και απεικόνιση, προσφέρουν μέγιστο ογκολογικό αποτέλεσμα με ελάχιστη επίπτωση στα λειτουργικά αποτελέσματα αλλά και στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Ιωάννης Χλωρογιάννης
MD, PhD
Διευθυντής Καρδιοχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

TEVAR

Διαδερμική Ενδοαγγειακή Αντιμετώπιση Παθήσεων της Θωρακικής Αορτής

Ιστορική Αναδρομή

Η διαδερμική αντιμετώπιση των παθήσεων της θωρακικής αορτής (**T**horacic **E**ndo**V**ascular **A**ortic **R**epair; TEVAR) αποτελεί ένα απαιτητικό πεδίο χειρουργικής πρόκλησης επειδή πρέπει να εφαρμοσθούν ιδιαίτερα πολύπλοκες καρδιοχειρουργικές μέθοδοι και τεχνικές. Αρχικά, από το 1951 η ανοικτή θωρακοτομή με εκτομή και αντικατάσταση των ανευρυσμάτων όπως προτάθηκε από τους Denton Cooley και Michael DeBakey αποτελούσε την θεραπευτική προσέγγιση εκλογής. Ορόσημο στη χειρουργική αντιμετώπιση των αορτικών παθήσεων αποτέλεσε η εισαγωγή νέων, λιγότερο επεμβατικών μεθόδων, που περιλάμβαναν την ενδοαγγειακή τοποθέτηση αορτικών προθέσεων δια μέσω καθετήρων, από τον Dr. Nikolay Volodos και την ομάδα του το 1984 στην πρώην Σοβιετική Ένωση. Οι μελέτες που ακολούθησαν έδειξαν ότι η ενδοαγγειακή αορτική επιδιόρθωση (TEVAR) μπορούσε να πραγματοποιηθεί επιτυγχάνοντας ιδιαίτερα καλά αποτελέσματα.

Ζώνες Πρόσφυσης

Ιδιαίτερη σημασία για την καλύτερη αποτελεσματικότητα της τεχνικής έχει η ενδελεχής προεγχειρητική μελέτη της ανατομίας και αρχιτεκτονικής των αρτηριών εισόδου των καθετήρων αλλά και της πάσχουσας αορτής.

Με βάση τις «ζώνες πρόσφυσης» διακρίνονται πέντε ανατομικά επίπεδα στην θωρακική αορτή *(Ζώνη 0-4, Εικόνα 1)*.

Τοποθέτηση του Ενδοαυλικού μοσχεύματος

Η τοποθέτηση του ενδοαγγειακού μοσχεύματος γίνεται μέσω ενός εξειδικευμένου καθετήρα *(Εικόνα 2)* ο οποίος εισάγεται συνήθως από την κοινή μηριαία αρτηρία είτε με ανοιχτή τομή είτε διαδερμικά με παράλληλη χρήση συσκευών διαδερμικής σύγκλισης του σημείου της παρακέντησής της.

Η διαδερμική αντιμετώπιση των παθήσεων της θωρακικής αορτής (Thoracic EndoVascular Aortic Repair; TEVAR) αποτελεί ένα απαιτητικό πεδίο χειρουργικής πρόκλησης επειδή πρέπει να εφαρμοσθούν ιδιαίτερα πολύπλοκες καρδιοχειρουργικές μέθοδοι και τεχνικές

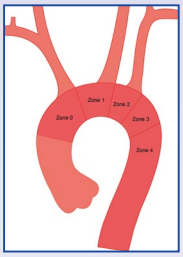
Ενδείξεις Θωρακικής Ενδοαγγειακής Αντιμετώπισης (TEVAR)

Η ενδοαγγειακή μέθοδος TEVAR μπορεί να έχει εφαρμογή με συγκεκριμένες ενδείξεις σε διάφορες παθήσεις της θωρακικής αορτής σύμφωνα με την Αμερικανική Καρδιοχειρουργική Εταιρεία.

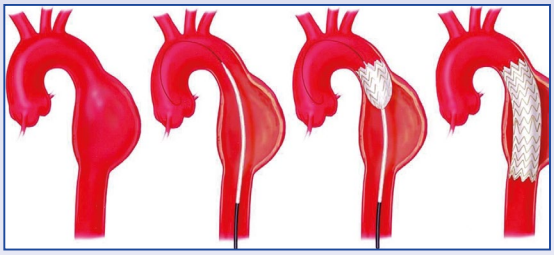
1. *Τα ανευρύσματα της κατιούσας θωρακικής αορτής αποτελούν μία από τις κυριότερες και συχνότερες ενδείξεις TEVAR*

Στην παρακάτω εικόνα *(Εικόνα 4)* φαίνεται ενδεικτικά η αγγειογραφία ενός ανευρύσματος κατιούσας θωρακικής αορτής πριν και αμέσως μετά την έκπτυξη της ενδοπρόθεσης σε άνδρα ασθενή, 61 ετών που αντιμετωπίσθηκε ενδοαγγειακά με τη μέθοδο TEVAR στην κλινική μας, στην Ευρωκλινική Αθηνών.

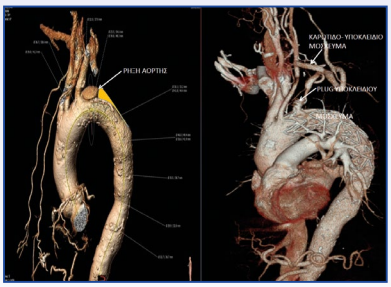
Αξιοσημείωτα είναι και τα αποτελέσματα μίας πρόσφατης (2019) αναδρομικής μελέτης του περιοδικού *Journal*



Εικόνα 1. *Οι ζώνες πρόσφυσης της θωρακικής αορτής*



Εικόνα 2. *Τα στάδια της TEVAR, η εισαγωγή του καθετήρα και η ελευθέρωση του ενδομοσχεύματος*



Εικόνα 3. *Διαχωρισμός τύπου Β πριν και μετά την διαδερμική αποκατάστασή του με ταυτόχρονη παράκαμψη της αριστερής καρωτίδας με την αριστερή υποκλείδιο με ευθύ σωληνωτό συνθετικό μόσχευμα και παράλληλη ιατρογενή απόφραξη της έκφυσης της αριστερής υποκλειδίου*

of the American College of the Cardiology, κατά την οποία η μέση επιβίωση ασθενών που υποβλήθηκαν σε TEVAR ξεπερνούσε το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ανοικτό χειρουργείο, καταδεικνύοντας την υπεροχή της τεχνικής αυτής σε περιπτώσεις ανευρυσμάτων της κατιούσας θωρακικής αορτής αλλά και προτείνοντας ως ένδειξη πρώτης επιλογής την τεχνική TEVAR στους Αμερικανούς ασφαλισμένους *(Medicare beneficiaries)* με ανεύρυσμα κατιούσας θωρακικής αορτής.

2. *Επιπλεγμένος Αορτικός Διαχωρισμός Τύπου Β (cTBAD)*

Ο διαχωρισμός τύπου Β κατά Stanford περιλαμβάνει τις περιπτώσεις διαχωρισμών όπου η αρχική ρήξη του αορτικού ενδοθηλίου *(intimal tear)* εντοπίζεται ανατομικά μετά την έκφυση της αριστεράς υποκλειδίου αρτηρίας. Ο διαχωρισμός όπως επεκτείνεται περιφερικά μπορεί να είναι είτε μη επιπλεγμένος είτε επιπλεγμένος. Συνήθως στις «μη επιπλεγμένες» περιπτώσεις διαχωρισμών τύπου Β προτιμάται η συντηρητική αντιμετώπιση επειδή οι ασθενείς αυτοί όταν υποβάλλονται σε ανοικτή χειρουργική επέμβαση εμφανίζουν υψηλό ποσοστό επιπλοκών.

Τα προτερήματα της διαδερμικής αναίμακτης μεθόδου είναι προφανή: Αποφυγή γενικής νάρκωσης, ελαχιστοποίηση χειρουργικών τομών, επιπλοκών, θνητότητας και μετεγχειρητικού πόνου, ταχύτερη ανάρρωση και έξοδο από το νοσοκομείο

Όμως σήμερα και οι ασθενείς με μη επιπλεγμένο διαχωρισμό Τύπου Β μπορούν να αντιμετωπιστούν επιτυχώς στην κλινική μας με τοποθέτηση του μοσχεύματος στη Ζώνη 2 με ταυτόχρονη παράκαμψη *(By Pass)* της αριστερής καρωτίδας με την αριστερή υποκλείδιο, με ευθύ σωληνωτό συνθετικό μόσχευμα και παράλληλη ιατρογενή απόφραξη της έκφυσης της αριστερής υποκλειδίου.

Επίσης και από μία πρόσφατη (2019) πολυκεντρική μελέτη από τη Γερμανία φαίνεται ότι σε περιπτώσεις διαχωρισμών τύπου Β η ενδοαγγειακή θεραπεία με TEVAR πλεονεκτεί έναντι του ανοικτού χειρουργείου.

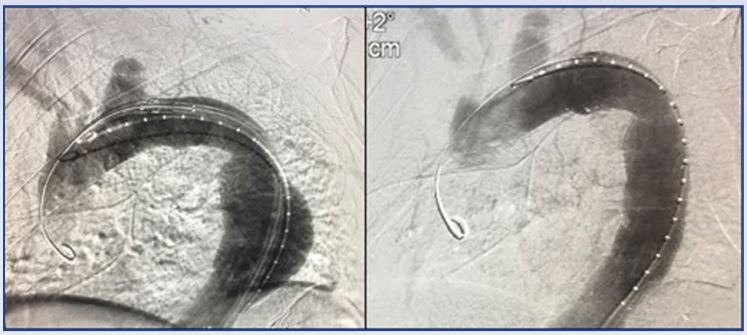
Στην παρακάτω εικόνα *(Εικόνα 5)* φαίνεται ενδεικτικά η αξονική αγγειογραφία ασθενούς με οξύ αορτικό διαχωρισμό τύπου Β επιπλεγμένο με αριστερό αιμοθώρακα, πριν και μετά την επιτυχή ενδοαγγειακή αντιμετώπιση με τη μέθοδο TEVAR στη κλινική μας, στην Ευρωκλινική Αθηνών.

3. *Εστιακό Μονήρες Έλκος της Αορτής -Ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα*

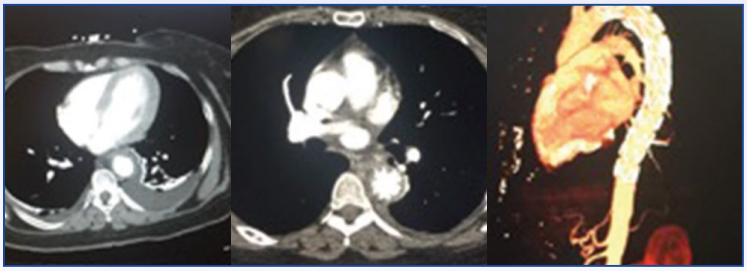
4. *Αορτικό Τραύμα*
Η TEVAR έχει καθιερωθεί για την αντιμετώπιση ασθενών μετά από τραύματα που περιλαμβάνουν και την κατιούσα θωρακική αορτή.

5. *Αντιμετώπιση Παθήσεων Αορτικού Τόξου*

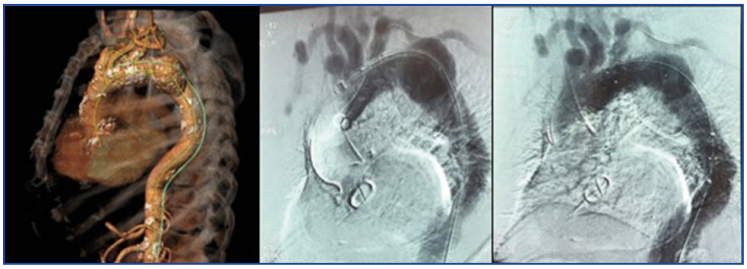
Στις περιπτώσεις ανευρυσμάτων αορτικού τόξου χωρίς συνυποσηρότητες οι τεχνικές ανοιχτής ολικής αντικατάστασης παραμένουν θεραπεία εκλογής, ενώ η χρήση της υβριδικής θεραπείας περιορίζεται για συγκεκριμένες ομάδες ασθενών.



Εικόνα 4. *Αποκατάσταση ανευρύσματος κατιούσας θωρακικής αορτής με τη χρήση TEVAR (Αρχείο Καρδιοχειρουργικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών)*



Εικόνα 5. *Αξονική τομογραφία ασθενούς με οξύ αορτικό διαχωρισμό τύπου Β επιπλεγμένο με αριστερό αιμοθώρακα, πριν και μετά την αντιμετώπιση με TEVAR στην κλινική μας*



Εικόνα 6. *TEVAR ανευρύσματος κατιούσας θωρακικής αορτής σε ασθενή που είχε υποβληθεί σε επιτυχή αντικατάσταση ανευρύσματος ανιούσας αορτής και αορτικής βαλβίδας (εγχείρηση κατά Bentall προ 15 ετών) στην Καρδιοχειρουργική Κλινική μας στην Ευρωκλινική Αθηνών. (CT και αγγειογραφία, αντίστοιχα)*

6. *Θωρακοκοιλιακά ανευρύσματα*

Τα θωρακοκοιλιακά ανευρύσματα με συννοσηρότητες δύναται να αντιμετωπιστούν ενδαγγειακά (τάξη IIb) ενώ όταν δεν υπάρχουν συννοσηρότητες μπορούν να αντιμετωπισθούν και με ανοικτή χειρουργική θεραπεία. Στη σύγχρονη εποχή, καταστρώνονται ιδιαίτερες έρευνες έτσι ώστε να καταστεί τελικά εφικτό κάθε μόσχευμα να παρασκευάζεται με τρισδιάστατο εκτυπωτή.

Αντενδείξεις για Θωρακική Ενδοαγγειακή Αντιμετώπιση

Κατά τις προεγχειρητικές εξετάσεις του ασθενούς θα πρέπει να πραγματοποιηθεί και έλεγχος όλων των ανατομικών και παθολογοανατομιών παραμέτρων της αορτής ώστε να τεθεί η ένδειξη ή η απόρριψη υποψηφιότητας ενδοαγγειακής θεραπείας (TEVAR).

Οι ασθενείς που πάσχουν από ανεύρυσμα θωρακικής αορτής πρέπει να απευθύνονται σε Καρδιοαγγειοχειρουργούς σε εξειδικευμένα κέντρα με εμπειρία τόσο στην ανοιχτή όσο και στη διαδερμική μέθοδο, ώστε να εφαρμόζεται εξατομικευμένα για τον κάθε ασθενή η ιδανικότερη θεραπεία

Επιπλοκές της Θωρακικής Ενδοαγγειακής Αντιμετώπισης

Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση των αορτικών παθήσεων μπορεί να συνοδεύεται και από επιπλοκές οι σημαντικότερες από τις οποίες είναι: Αποφρακτικό εγκεφαλικό επεισόδιο παραπάρεση ή παραπληγία (2%-15%), περιφερική ισχαιμία, ενδοδιαρροές και πρόωρος θάνατο.

Εξετάσεις παρακολούθησης

Για την έγκαιρη ανίχνευση μετεγχερητικών προβλημάτων μετά από θεραπεία αορτικών παθήσεων, η αξονική τομογραφία θώρακα και κοιλιακής χώρας θεωρείται μέθοδος εκλογής όπως αναδεικνύεται και στην *Εικόνα 6.*

Συμπεράσματα

Τα πλεονεκτήματα της Θωρακικής Ενδοαγγειακής Αορτικής Επιδιόρθωσης (TEVAR) στην επιβίωση των ασθενών με παθήσεις της αορτής, έχουν οδηγήσει στην καθιέρωσή της στη σύγχρονη θεραπευτική φαρέτρα, σε σύγκριση με τις παλαιότερες μεθόδους του ανοικτού χειρουργείου. Ακόμη, συνεχίζει να εξελίσσεται και με την πάροδο του χρόνου, κερδίζοντας ολοένα και περισσότερο έδαφος στη θεραπεία των ανευρυσμάτων της κατιούσης θωρακικής αορτής, αλλά και επιλεγμένων αορτικών διαχωρισμών τύπου Β, διαβρωτικών αορτικών ελκών και τραυμάτων της αορτής παρουσιάζοντας σημαντική μείωση στη νοσηρότητα και θνητότητα συγκριτικά με τις επεμβάσεις ανοικτού χειρουργείου.

Πέτρος Τζαφέστας
Αναπληρωτής διευθυντής Γαστρεντερολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Κωνσταντίνα Κασαμπαλή
Αναπληρώτρια διευθύντρια Γαστρεντερολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Αθανάσιος Μαστρογιάννης
Συνεργάτης Ιατρός

Νικόλαος Νασιακόπουλος
Διευθυντής Γαστρεντερολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Πρωτοποριακές τεχνικές αντιμετώπισης επιπλοκών γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης

Η γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος (ΓΟΠΝ) είναι μια κοινή πάθηση με διαρκώς αυξανόμενη συχνότητα. Εκτός της συμπτωματολογίας από τον οισοφάγο και τα εξωοισοφαγικά συμπτώματα η χρόνια γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και ειδικά αυτή που δεν αντιμετωπίζεται παρουσιάζει μακροχρόνιες επιπτώσεις με κύριο χαρακτηριστικό τον οισοφάγο Barrett.

Η χρήση φαρμακευτικής αγωγής (αναστολείς αντλίας πρωτονίων PPI) είναι αποτελεσματική τόσο στην πρόληψη των συμπτωμάτων όσο και στην πρόληψη των επιπλοκών εντούτοις περίπου ένα 40% των ασθενών έχουν επίμονα συμπτώματα παλινδρόμησης παρά τη θεραπεία καθώς επίσης υπάρχει και αυξανόμενη ευαισθητοποίηση σχετικά με τις παρενέργειες της δια βίου χρήσης της φαρμακευτικής αντιπαλινδρομικής αγωγής.

Η λαπαροσκοπική χειρουργική (LARS)

Η λαπαροσκοπική χειρουργική (LARS) παραμένει η καλύτερη θεραπεία *(gold standard)* για την ανθεκτική γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση όμως η ανάγκη για λιγότερες παρεμβατικές μεθόδους δημιούργησε μια νέα πρωτοποριακή ενδοσκοπική θεραπευτική επιλογή.

Η μέθοδος αυτή που είναι γνωστή ως ARMA *(Anti-reflux mucosal ablation)* αντιπαλινδρομικός βλεννογονικός καυτηριασμός έρχεται να καλύψει το κενό μεταξύ της φαρμακευτικής αγωγής και της χειρουργικής αποκατάστασης. Ουσιαστικά με τον καυτηριασμό αυτό επιτυγχάνεται η ανακατασκευή της γαστροοισοφαγικής βαλβίδας η οποία δεν επαρκεί και επιτρέπει την παλινδρόμηση του γαστρικού οξέος στον οισοφάγο.

Ο οισοφάγος Barrett είναι μια καλά αναγνωρισμένη προκαρκινωματώδης κατάσταση αφού αποτελεί έδαφος για την ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου

Κατά την εφαρμογή της μεθόδου στον ασθενή χορηγείται φαρμακευτική καταστολή (μέθη) σαν να κάνει μια γαστροσκόπηση. Ενίοτε μπορεί να γίνει και υπό γενική αναισθησία. Γίνεται υποβλεννογόνια έγχυση μιας χρωστικής ουσίας στην περιοχή που θα γίνει ο καυτηριασμός έτσι ώστε να διαχωριστεί ο βλεννογόνος του στομάχου από τα υποκείμενα στρώματα. Κατόπιν εφαρμόζεται ο καυτηριασμός σε σχήμα πεταλούδας.

Ο ασθενής μετά τη μέθοδο μπορεί να παραμείνει ένα 24ωρο στο νοσοκομείο για παρακολούθηση ή ακόμη να πάει και σπίτι σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντος γαστρεντερολόγου. Για περίπου ένα μήνα λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή με αναστολέα της αντλίας πρωτονίων και μετά επαναλαμβάνεται η γαστροσκόπηση για να ελεγχθεί η επιτυχία της μεθόδου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσμα-

τα από τη διεθνή βιβλιογραφία αλλά και την εμπειρία μας η νέα αυτή μέθοδος αντιμετώπισης της ανθεκτικής γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης είναι καλά ανεκτή από τους ασθενείς χωρίς ουσιαστικές επιπλοκές όταν εφαρμόζεται από έμπειρο ενδοσκόπο.

Επιπλέον φαίνεται ότι είναι αποτελεσματική αφού ανακατασκευάζει τη γαστροοισοφαγική βαλβίδα και διορθώνει την ανεπάρκειά της. Κλινικά οι ασθενείς παρουσιάζουν κλινική ανταπόκριση με μείωση των συμπτωμάτων τους και απαλλαγή από την αντιπαλινδρομική αγωγή.

Στα πλεονεκτήματά της θα πρέπει να αναφερθεί ότι η μέθοδος μπορεί να επαναληφθεί ανεξάρτητα από το βαθμό της ίνωσης της περιοχής και ότι δεν χρειάζεται ειδικά υλικά που πρέπει να μείνουν στον οισοφάγο του ασθενούς.

Ο οισοφάγος Barrett

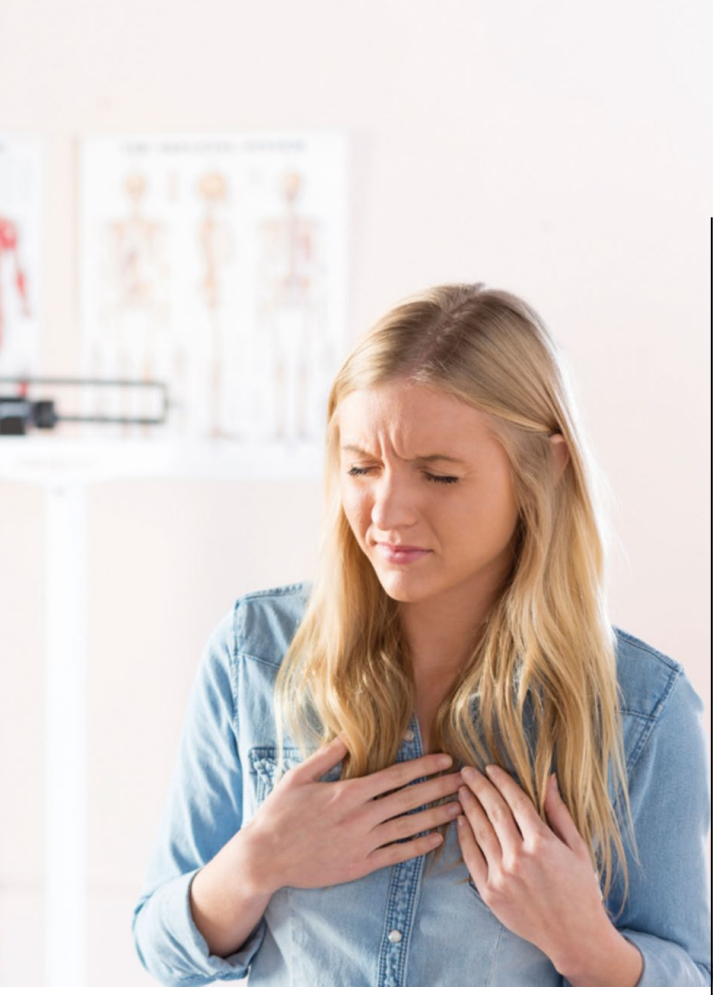
Ο οισοφάγος Barrett αποτελεί μία παθολογική αλλαγή (μεταπλασία) των κυττάρων που σχηματίζουν την εσωτερική επικάλυψη (επιθήλιο) του κατώτερου οισοφάγου. Η αιτία αυτής της βλάβης είναι η χρόνια έκθεση στο οξύ του στομάχου. Αυτό συμβαίνει συνήθως λόγω της παλινδρόμησης οξέος από το στομάχι προς τον οισοφάγο.

Όταν υπάρχει χρόνια έκθεση του κατώτερου οισοφάγου στο οξύ, έχουμε επέκταση του κυλινδρικού επιθηλίου του στομάχου προς τα επάνω (στον οισοφάγο, όπου φυσιολογικά υπάρχει πλακώδες επιθήλιο) με αποτέλεσμα η γαστροοισοφαγική συμβολή να αναγνωρίζεται πλέον πιο ψηλά στον οισοφάγο. Όμως το κυλινδρικό επιθήλιο δεν είναι φυσιολογικό αλλά υφίσταται μια μεταλλαγή που ονομάζεται εντερική μεταπλασία. Αυτό επιβεβαιώνεται με βιοψία και τίθεται η διάγνωση του «Οισοφάγου Barrett».

Οι αναγκαίες τεχνικές τόσο για την πρώιμη διάγνωση του οισοφάγου Barrett (γαστροσκόπηση με NBI, ιστολογική διάγνωση) όσο και για την εξάλειψη της μεταπλασίας (καυτηριασμός με ραδιοσυχνότητες HALO-BARXX) είναι διαθέσιμες ως μέθοδοι ρουτίνας στην Ευρωκλινική Αθηνών

Ο οισοφάγος Barrett είναι μια καλά αναγνωρισμένη προκαρκινωματώδης κατάσταση αφού αποτελεί έδαφος για την ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου. Αυτό ωστόσο δε γίνεται από τη μια στιγμή στην άλλη, αλλά περνάει από στάδια προκαρκινικών καταστάσεων. Αρχικά εμφανίζεται χαμηλόβαθμη δυσπλασία, στη συνέχεια υψηλόβαθμη δυσπλασία για να εξελιχθεί με τη σειρά της σε αδενοκαρκίνωμα. Η διάγνωση τόσο του οισοφάγου Barrett όσο και του βαθμού δυσπλασίας που μπορεί να παρουσιάζει γίνεται μόνο με τη γαστροσκόπηση και λήψη βιοψιών.

Προδιαθεσικοί παράγοντες για ανάπτυξη οισοφάγου Barrett είναι το άρρεν φύλο, η ηλικία άνω των 45ετών, η λευκή φυλή και όσοι έχουν χρόνια συμπτώματα πα-



λινδρόμησης, κυρίως οπισθοστερνικό καύσο.

Μετά τη διάγνωση οι ασθενείς πρέπει να βρίσκονται υπό τακτικό ενδοσκοπικό έλεγχο με λήψη πολλαπλών βιοψιών ώστε να γίνει έγκαιρα αντιληπτή η τυχόν ανάπτυξη δυσπλασίας ή πρώιμου καρκίνου. Έτσι μπορούμε να παρέμβουμε άμεσα και να σταματήσουμε την μετεξέλιξη σε διηθητικό καρκίνο. Μέχρι πρόσφατα η μόνη θεραπευτική παρέμβαση γινόταν μόνο με χειρουργική επέμβαση και μόνο αφού η δυσπλασία ήταν στο στάδιο της υψηλόβαθμης ή αν είχε ήδη μεταπέσει σε καρκίνο.

Οι δύο πρωτοποριακές αυτές τεχνικές εμπλουτίζουν τη θεραπευτική μας φαρέτρα προσφέροντας νέες θεραπευτικές δυνατότητες για τους ασθενείς μας, και εφαρμόζονται με μεγάλη επιτυχία στην κλινική μας

Ραδιοσυχνότητες (HALO- BARXX)

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται μια νέα μέθοδος κατά την οποία γίνεται ενδοσκοπικά καυτηρίαση όλης της έκτασης του βλεννογόνου Barrett με ραδιοσυχνότητες (HALO-BARXX). Η μέθοδος αυτή αποτελεί μία μη χειρουργική, χωρίς τομές, ενδοσκοπική θεραπεία για τον οισοφάγο Barrett.Ο στόχος της θεραπείας είναι να καταστρέψει το παθολογικό επιθήλιο Barrett σε ικανό βάθος ώστε να εξαλείψει την εντερική μεταπλασία και να επιτρέψει την αναγέννηση του φυσιολογικού πλακώδους επιθηλίου του οισοφάγου.

Οι θεραπείες RFA ενδείκνυνται για την εκρίζωση της υψηλόβαθμης δυσπλασίας στον οισοφάγο Barrett, ενώ ενδεχομένως, αποτελούν θεραπευτική επιλογή και για οισοφάγο Barrett με χαμηλόβαθμη δυσπλασία, αφού προηγουμένως σταθμιστούν τα οφέλη έναντι του κινδύνου.

Το σύστημα HALO λειτουργεί με διοχέτευση ελεγχόμενης θερμότητας εντοπισμένα και με επακόλουθη απομάκρυνση του πάσχοντος ιστού χρησιμοποιώντας ραδιοσυχνότητες. Η τεχνική HALO στοχεύει ειδικά μόνο στον παθολογικό ιστό χωρίς να βλάπτει τις υγιείς δομές κάτω από αυτόν. Συνδυαζόμενη με αντιεκκριτικές θεραπείες, η τεχνική αυτή επιτρέπει την αντικατάσταση της εντερικής μετάπλασης από φυσιολογικό οισοφαγικό ιστό.

Η θεραπεία γίνεται μέσω του ενδοσκοπίου με μέθη όπως και στην απλή γαστροσκόπηση, είτε σε εξωτερική βάση ή με εισαγωγή μιας ημέρας. Ανάλογα με την έκταση του οισοφάγου Barrett χρησιμοποιούνται δύο τύποι ηλεκτροδίων με τα οποία επιτυγχάνεται η καταστροφή του παθολογικού επιθηλίου. Ένα με τη μορφή μπαλονιού 360 μοιρών επιλέγεται για βλάβες μεγάλου μεγέθους (Halo® 360) που καταλαμβάνουν κυκλοτερώς τον αυλό ενώ για μικρής έκτασης βλάβες όπως «νησίδες ή γλωσσίδες» Barrett χρησιμοποιείται ένας καθετήρας που καταλήγει σε πλακέτα 90 μοιρών, η οποία προσαρμόζεται στην άκρη του γαστροσκοπίου. Η διάρκεια της εφαρμογής είναι 1-2 sec. Συνήθως μετά από 2-3 συνεδρίες (με μεσοδιάστημα 2μηνών) έχει επιτευχθεί πλήρης εξαφάνιση του μεταπλαστικού επιθηλίου και η αντικατάστασή του από το φυσιολογικό πλακώδες. Παράλληλα είναι μια ασφαλής μέθοδος αφού το βάθος της καυτηρίασης περιορίζεται στην επιφανειακή στοιβάδα (επιθήλιο) που είναι και η παθολογική, χωρίς τις επιπλοκές της διάτρησης και της δημιουργίας οισοφαγικών στενώσεων που παρατηρούνταν σε παλαιότερες τεχνικές (όπως π.χ. φωτοδυναμική θεραπεία).

Τα αποτελέσματα των κλινικών μελετών που έχουν γίνει σε ασθενείς με Barrett χωρίς ή με χαμηλόβαθμη δυσπλασία είναι πολλά υποσχόμενα καθώς >95% παραμένουν ελεύθεροι νόσου στην πενταετία και τριετία αντίστοιχα. Με τη νέα ενδοσκοπική μέθοδο ηλεκτροκαυτηρίασης του οισοφάγου Barrett με ραδιοσυχνότητες μπορούμε πρώιμα να παρέμβουμε θεραπευτικά, σχεδόν προληπτικά, διακόπτοντας την πορεία μιας προκαρκινωματώδους κατάστασης να εξελιχθεί σε κακοήθεια.

Οι αναγκαίες τεχνικές τόσο για την πρώιμη διάγνωση του οισοφάγου Barrett (γαστροσκόπηση με NBI, ιστολογική διάγνωση) όσο και για την εξάλειψη της μεταπλασίας (καυτηριασμός με ραδιοσυχνότητες HALO-BARXX) είναι διαθέσιμες ως μέθοδοι ρουτίνας στην Ευρωκλινική Αθηνών.

Δημήτρης Ρίχτερ
MD, FESC, FAHA
Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Η ΕΠΟΜΕΝΗ ΗΜΕΡΑ ΜΕΤΑ ΤΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ

7 Συμβουλές για καλή υγεία!

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου προκαλείται από την αιφνίδια απόφραξη μιας στεφανιαίας αρτηρίας η οποία προκαλείται από την ταχεία δημιουργία θρόμβου πάνω σε μία αθηρωματική πλάκα που προϋπάρχει. Η κατάργηση της στεφανιαίας κυκλοφορίας στο τμήμα του μυοκαρδίου που άρδευε η φραγμένη αρτηρία, καταλήγει σε διάστημα λίγων ωρών στη νέκρωση τμήματος του καρδιακού μυ.

Η ιδανική θεραπεία του εμφράγματος είναι η πρωτογενής Αγγειοπλαστική και το σημαντικότερο είναι η νωρίτερη δυνατή διενέργειά της. Το αιμοδυναμικό εργαστήριο της Ευρωκλινικής λειτουργεί 24 ώρες το 24ωρο, 365 μέρες το χρόνο και μέσα σε 60' από την άφιξη του ασθενούς και τη διάγνωση του εμφράγματος ο ασθενής βρίσκεται στο εργαστήριο για τη διένεργεια μηχανικής διάσωσης του μυοκαρδίου.

Στις περισσότερες περιπτώσεις το έμφραγμα εισβάλλει εν αιθρία με έντονο πόνο στο στήθος χωρίς την παραμικρή προειδοποίηση και χωρίς να υπάρχει κανένα προηγούμενο ιστορικό. Ο πόνος μπορεί να έχει τα χαρακτηριστικά σφιξίματος ή καψίματος και να αντανακλά στη ρίζα του λαιμού, στο αριστερό άνω άκρο και στους ώμους. Άλλοτε ο πόνος μπορεί να εντοπίζεται κυρίως στο επιγάστριο.

Η τελική διάγνωση θα γίνει με τα χαρακτηριστικά ευρήματα του ηλεκτροκαρδιογραφήματος και με την ανύψωση των καρδιακών ενζύμων στο αίμα.

Πώς είναι όμως η επόμενη ημέρα; Τι πρέπει να αλλάξεις; (Εκτός φυσικά από το να λαμβάνει τα φάρμακα που του σύστησε ο γιατρός του, ο ασθενής πρέπει να ρυθμίσει τη χοληστερίνη και την πίεση και να κάνει τις εξετάσεις του στα χρονικά διαστήματα που θα του καθοριστούν).

Αυτά είναι τα κλασσικά ερωτήματα κάθε εμφραγματία που ετοιμάζεται να επιστρέψει στην καθημερινότητα του. Το σοκ του εμφράγματος απομακρύνθηκε, η ανάσα του θανάτου έφυγε από κοντά του και πρέπει να επιστρέψει στην προηγούμενη ζωή του.

Ας δούμε λίγο τους **βασικούς κανόνες επαναφοράς ενός εμφραγματία**. Ακόμη έχει σημασία να θυμόμαστε ότι η πιο κρίσιμη μετά το έμφραγμα περίοδος όπου εμφανίζεται η πλειοψηφία των επιπλοκών είναι ο πρώτος μήνας, η εποχή όπου η μυοκαρδιακή ουλή επουλώνεται και είναι ακόμα επιρρεπής σε αρρυθμίες και επιπλοκές.

Η επόμενη ημέρα του εμφραγματία μπορεί να είναι πολύ όμορφη εάν προσέξει και δεν αδιαφορήσει γι' αυτό που του συνέβη και θα έχει μία καλύτερη και πιο υγιεινή ποιότητα ζωής χωρίς ουσιαστικά να στερηθεί κάτι από τις χαρές της ζωής (εκτός από το κάπνισμα αν το θεωρήσει κανείς χαρά).

1 **Κάπνισμα:** Είναι η ιδανική ψυχολογικά εποχή για να το διακόψετε όσοι καπνίζετε. Έχει φανεί ότι ενώ τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος είναι πολύ χαμηλά στο γενικό πληθυσμό, στους εμφραγματίες το ποσοστό αυτό γίνεται αρκετά υψηλό λόγω της έντονης επιθυμίας του εμφραγματία να αλλάξει ζωή και να μην το ξαναπάθει. Το κάπνισμα είναι ο σημαντικότερος παράγοντας εμφράγματος σε νεαρές ηλικίες. Από τη στιγμή που διακόπτουμε το κάπνισμα ο κίνδυνος εμφάνισης εμφράγματος μειώνεται μετά από περίπου ένα έτος και μηδενίζεται σχεδόν, φτάνοντας το κίνδυνο του μη καπνιστή στα πέντε χρόνια από τη διακοπή του καπνίσματος.

2 **Άσκηση:** Η άσκηση είναι μία διαδικασία που αν μπορούσαμε οι καρδιολόγοι θα την συνταγογραφούσαμε ως φάρμακο. Πέρα από τα έμμεσα ευεργετικά της αποτελέσματα με τη μείωση της πίεσης, την απώλεια βάρους, την αύξηση της καλής χοληστερόλης (HDL), τη μείωση των τριγλυκεριδίων έχει και άμεσα ευεργετικά αποτελέσματα στο καρδιακό μυ μειώνοντας σημαντικά τις επιπλοκές και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής. Στόχος μας είναι η διάρκεια και όχι η ένταση της άσκησης. Ο καρδιολόγος θα πρέπει να συγκεκριμενοποιήσει την ένταση της επιτρεπόμενης άσκησης στην άμεση μετεμφραγματική περίοδο, σαν γενικό κανόνα πάντως επιθυμούμε το 50%-80% της μεγίστης ανά ηλικία συχνότητας (Αυτή βρίσκεται αφαιρώντας από το 220 την ηλικία μας).

3 **Επιστροφή στην εργασία:** Έχει μεγάλη σημασία κατά πόσον η εργασία είναι χειρωνακτική ή όχι. Σε ασθενείς με έντονη χειρωνακτική εργασία είναι προτιμότερο να απέχουν ολόκληρο τον πρώτο μήνα από την εργασία τους. Σε όσους ασκούν εργασία γραφείου μπορούν να επιστρέψουν νωρίτερα αλλά πρέπει να είναι σε θέση να εισέλθουν σταδιακά στο εργασιακό άγχος και να μην καταπονήσουν ιδιαίτερα τον εαυτό τους. Είναι ενδιαφέρον πως ασθενείς με δική τους επιχείρηση αισθάνονται ιδιαίτερα αυξημένο άγχος όταν βρίσκονται εκτός εργασίας παρά εάν έχουν τη δυνατότητα να επιστρέψουν σε αυτήν.

4 **Ανάπαυση:** Δε γνωρίζουμε ποιος είναι ο ιδανικός αριθμός ωρών ύπνου διότι αυτό διαφέρει πολύ ανάμεσα στους ανθρώπους. Πάντως λιγότερες από έξι ώρες ημερησίως φαίνεται να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο και μισή με μία ώρα ανάπαυση το μεσημέρι απομακρύνει τον κίνδυνο νέου εμφράγματος.

5 **Σεξ:** Ένα άλλο πολύ συνηθισμένο ερώτημα είναι πότε μπορεί κανείς να ξαναρχίσει να έχει ερωτική επαφή. Για όσους είναι παντρεμένοι ή διατηρούν μόνιμη σχέση είναι πιο εύκολο διότι φαίνεται ότι δεν υπάρχει αρνητική επίδραση της σεξουαλικής επαφής αρκεί να είναι ήπια αρχικά, όπως συστήνεται για την άσκηση. Για όσους έχουν εφήμερες ερωτικές σχέσεις είναι καλό να είναι πιο επιφυλακτικοί χρονικά και να περιμένουν να περάσει ο μήνας διότι ο κίνδυνος είναι θεωρητικά μεγαλύτερος.

6 **Διατροφή:** Η διατροφή είναι ένα κεφάλαιο που απαιτεί μακροχρόνια αλλαγή για να επιφέρει αρνητικές ή θετικές επιδράσεις. Αυτό που έχει σημασία πάντως άμεσα μετά το έμφραγμα είναι η εξομάλυνση των ωρών του φαγητού, η δυνατότητα να υπάρχουν μικρά και σταθερά γεύματα με όσο το δυνατόν περισσότερη μεσογειακή επιρροή στην κουζίνα.

7 **Στρες:** Μολονότι είναι αδύνατο να το εξαλείψουμε από τη ζωή μας σίγουρα μπορούμε να κάνουμε πολλά πράγματα για να το μειώσουμε. Τόσο ενδοεργασιακά όσο και ενδοοικογενειακά η ένταση δημιουργεί μακροπρόθεσμο κίνδυνο εμφράγματος.

Αντώνιος Ψαρουδάκης
Διευθυντής Αγγειοχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Σωτήριος Μακρής
Αναπληρωτής Διευθυντής Αγγειοχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Ενδαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (EVAR):

μία σύγχρονη προσέγγιση σε μία σοβαρή αγγειακή πάθηση

Τι είναι το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ)

Η αορτή είναι η μεγαλύτερη και κυριότερη αρτηρία του ανθρώπινου σώματος. Ξεκινά από την αριστερή κοιλία της καρδιάς, διασχίζει τον θώρακα δίνοντας κλάδους που αιματώνουν την κεφαλή, τον τράχηλο και τα άνω άκρα, διέρχεται το διάφραγμα και πλέον ως κοιλιακή αορτή δίνει σπλαχνικούς κλάδους για τα κοιλιακά όργανα και τους νεφρούς και τελικά διχάζεται δίνοντας τις λαγόνιες αρτηρίες που αιματώνουν τα κάτω άκρα.

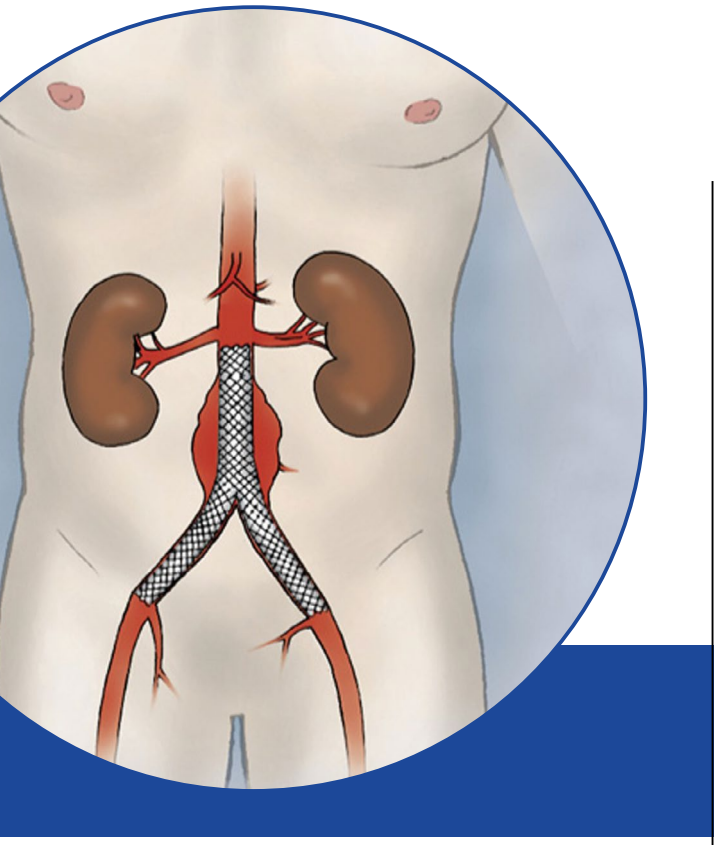
Ως ανεύρυσμα θεωρείται μία μόνιμη εντοπισμένη διάταση ενός αγγείου, η οποία είναι τουλάχιστον 50% μεγαλύτερη από την αναμενόμενη φυσιολογική διάμετρό του. Αν και η διάμετρος της φυσιολογικής κοιλιακής αορτής κάτωθεν των νεφρικών αρτηριών εξαρτάται από την ηλικία, το φύλο, τη φυλή και τα σωματομετρικά στοιχεία, η μέση διάμετρός της είναι περίπου 2 εκ. Έτσι για πρακτικούς λόγους και με βάση τον ορισμό, ως ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής θεωρείται όταν η διάμετρός της υπερβεί τα 3 εκ.

Πώς μπορώ να μάθω αν έχω ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και πότε απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση;

Τα ανευρύσματα είναι συνήθως ασυμπτωματικά και αποτελούν τυχαίο εύρημα κατά την κλινική εξέταση όταν ο γιατρός ψηλαφεί σφύζουσα μάζα στην κοιλιακή χώρα ή ανακαλύπτονται επίσης τυχαία σε απεικονιστικό έλεγχο, δηλαδή προκύπτουν σε έλεγχο ρουτίνας με υπερηχογράφημα ή αξονική τομογραφία κοιλίας . Τα ανευρύσματα από πλευράς προέλευσης ταξινομούνται σε συγγενή και επίκτητα Στους άνδρες εμφανίζονται συνήθως μετά τα 50-55 έτη ενώ στις γυναίκες η εμφάνιση καθυστερεί περίπου μία δεκαετία. Έτσι κρίνεται ίσως σκόπιμος ο προληπτικός έλεγχος με υπερηχογράφημα κοιλιακής αορτής στην ηλικία περίπου των 55 ετών, εκτός και αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ανευρύσματος, οπότε ο έλεγχος πρέπει να άρχεται νωρίτερα. Ως παράγοντας κινδύνου θεωρείται η ύπαρξη ενός συγγενή πρώτου βαθμού με την νόσο,την προχωρημένη ηλικία, το ανδρικό φύλο,την αθηρωματική νόσο και το κάπνισμα.

Ως ανεύρυσμα θεωρείται μία μόνιμη εντοπισμένη διάταση ενός αγγείου, η οποία είναι τουλάχιστον **50%** *μεγαλύτερη από την αναμενόμενη φυσιολογική διάμετρό του*

Εφόσον λοιπόν διαπιστωθεί η παρουσία ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής, η περαιτέρω αντιμετώπιση εξαρτάται από τη διάμετρο. Για ανευρύσματα διαμέτρου έως 4 εκ., αρκεί συνήθως η ετήσια παρακολούθηση με triplex κοιλιακής αορτής. Μεγαλύτερα όμως ανευρύσματα απαιτούν συχνότερη παρακολούθηση καθώς αυξάνεται ο κίνδυνος ρήξης, που είναι η συχνότερη επιπλοκή, με μεγάλη συνήθως θνητότητα χωρίς την έγκαιρη αντιμετώπιση. Το όριο διαμέτρου πάνω από το οποίο συνιστάται χειρουργική αντιμετώπιση είναι περίπου τα 5 εκ., διάμετρος πάνω από την οποία ο κίνδυνος ρήξης αγγίζει το 3% ανά έτος, ενώ προοδευτική ή ταχεία αύξηση της



διαμέτρου του ανευρύσματος αυξάνει εκθετικά και τον κίνδυνο ρήξης. Συνιστάται έτσι και η αντιμετώπιση ανευρυσμάτων μικρότερης διαμέτρου εφόσον υπάρχει αύξηση της διαμέτρου >1 εκ. σε διαδοχικούς ελέγχους σε διάστημα ενός έτους ή όταν εμφανίζουν συμπτωματολογία οξείας διάτασης.

Πώς αντιμετωπίζεται χειρουργικά το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής;

Η ανοικτή χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί κλασικό τρόπο αντιμετώπισης που έχει δώσει αξιόπιστα και καλά μακροχρόνια αποτελέσματα καθώς περιλαμβάνει εκτομή του ανευρυσματικού σάκκου, και τοποθέτηση ενός συνθετικού μοσχεύματος, συνήθως από πολυτετραφθοροαιθυλαίνιο (PTFE). Η επέμβαση όμως είναι εργώδης, πολύωρη, καθώς διενεργείται διακοιλιακά και ο ασθενής έχει ανάγκη κατά κανόνα μακρά νοσηλεία, ενώ χρήζει συνήθως μετεγχειρητικής παρακολούθησης τις πρώτες ημέρες στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Στην Ευρωκλινική Αθηνών αντιμετωπίζονται καθημερινά ασθενείς με ανευρύσματα κοιλιακής αορτής καθώς υπάρχει εμπειρία σε όλες τις μεθόδους αντιμετώπισης. Η κλινική διαθέτει έμπειρο και κατάλληλο ακτινοδιαγνωστικό πλήρως εξοπλισμένο με τελευταίας τεχνολογίας μηχανήματα

Τα τελευταία 20 χρόνια όμως με την αλματώδη ανάπτυξη της τεχνολογίας στην ιατρική αναπτύχθηκε μία σύγχρονη μέθοδος, η ενδαγγειακή, η οποία είναι ελάχιστα επεμβατική, κερδίζει συνέχεια έδαφος στην καθημερινή αγγειοχειρουργική πράξη και τείνει να θεωρείται gold standard στην θεραπεία του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής. Με την ενδαγγειακή αποκατάσταση (EVAR) δια μέσου μικρών αρτηριοτομών στις μηριαίες αρτηρίες τοποθετείται στο εσωτερικό του ανευρύσματος ένας ενδονάρθηκας (stent) δια μέσω του οποίου αποκαθίσταται η ροή του αίματος, με αποτέλεσμα το ανεύρυσμα να απομονώνεται από την κυκλοφορία, να συρρικνώνεται και έτσι ο ασθενής δεν διατρέχει πλέον κίνδυνο ρήξης.

Τεχνική Ενδαγγειακής Αποκατάστασης

Η επιλογή της ενδαγγειακής μεθόδου εξαρτάται από το ιστορικό του ασθενούς και τα ανατομικά στοιχεία της κοιλιακής αορτής, των λαγονίων και των μηριαίων αρτηριών που προσδιορίζονται κατόπιν προεγχειρητικού ελέγχου με αξονική αγγειογραφία (CTA).

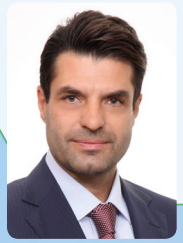
Η ενδαγγειακή αποκατάσταση του ανευρύσματος κοιλιακής αορτής γίνεται τις περισσότερες φορές με τοπική αναισθησία. Ο ασθενής δεν καταναλώνει παυσίπονα παρά μόνο προληπτικά αντιβίωση από του στόματος, κινητοποιείται άμεσα μετά την επέμβαση και η διάρκεια της νοσηλείας είναι 48 ώρες.

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση περιλαμβάνει υπερηχογραφικό έλεγχο μετά από 3 μήνες και έλεγχο με CT αγγειογραφία στους 6 και 12 μήνες.

Πλεονεκτήματα

Η ευκολία της προσπέλασης σε συνδυασμό με την ελάχιστα επεμβατική τεχνική καθιστά την ενδαγγειακή μέθοδο εφικτή σε ασθενείς με επιβαρυμένο καρδιολογικό ή αναπνευστικό ιστορικό, οι οποίοι λόγω υψηλού εγχειρητικού κινδύνου δεν θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με την ανοικτή μέθοδο.Επίσης μειώνει τη βαρύτητα της επέμβασης (διάρκεια νοσηλείας, ανάγκη νοσηλείας σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), απώλεια αίματος, αναπνευστικές - καρδιολογικές επιπλοκές). Λόγω των πλεονεκτημάτων της, η ενδαγγειακή μέθοδος αποτελεί ήδη σήμερα τη μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής ενώ στο άμεσο μέλλον η πρόοδος της τεχνολογίας των ενδομοσχευμάτων *(stents)* θα καταστήσει τη μέθοδο εφικτή για το σύνολο των ασθενών παρακάμπτοντας τους ανατομικούς περιορισμούς που υπάρχουν σήμερα.

Στην Ευρωκλινική Αθηνών αντιμετωπίζονται καθημερινά ασθενείς με ανευρύσματα κοιλιακής αορτής καθώς υπάρχει εμπειρία σε όλες τις μεθόδους αντιμετώπισης. Η κλινική διαθέτει έμπειρο και κατάλληλο ακτινοδιαγνωστικό πλήρως εξοπλισμένο με τελευταίας τεχνολογίας μηχανήματα, τμήμα υπερήχων, πολυτομικό τομογράφο όπου γίνεται ο σχεδιασμός και οι απαιτούμενες μετρήσεις ανευρυσμάτων,έμπειρο τμήμα check up και έτσι συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση όσο και στην αντιμετώπιση ασθενών με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής. Επίσης τα τελευταία χρόνια διαθέτει υβριδική χειρουργική αίθουσα όπου διεξάγονται απαιτητικές σύνθετες ενδαγγειακές όσο και κλασικές αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις.



Αθανάσιος Ρήγας
Διευθυντής Ουρολόγος, Πρόεδρος Επιτροπής Χειρουργείου - Χειρουργικού Τομέα, Ευρωκλινική Αθηνών

Επηρεάζεται η **στυτική λειτουργία** στις επεμβάσεις προστάτη;

Μια πολύ συχνή ερώτηση που απασχολεί τα ζευγάρια και τους άντρες ειδικότερα όταν πρέπει να υποβληθούν σε κάποια επέμβαση για τον προστάτη είναι εάν το χειρουργείο θα επηρεάσει τη στυτική τους ικανότητα. Ένας από τους γνωστούς και καλά εγκατεστημένους «μύθους» στις συζητήσεις και στο μυαλό των ανδρών είναι ότι κάθε χειρουργείο στον προστάτη θα επηρεάσει αρνητικά τη στύση τους, κάτι που στην πραγματικότητα δεν ισχύει και μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις ισχύει ακριβώς το αντίθετο. Η αγωνία αυτή πολλές φορές αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για να προχωρήσουν στην επέμβαση, που εάν είναι αναγκαία, η αναβολή της λόγω του ανωτέρω λανθασμένου σκεπτικού μπορεί να βάλει τον ασθενή σε περιπέτειες ή και κινδύνους, λ.χ επίσχεσης και τοποθέτησης καθετήρα, λιθίασης, ουρολοιμώξεων, άτονης κύστης ή και νεφρικής ανεπάρκειας.

Ο προστάτης βρίσκεται στην έξοδο της ουροδόχου κύστεως, δουλεύει στην εκσπερμάτιση παράγοντας το απαραίτητο για τη γονιμότητα προστατικό υγρό, και μπορεί να επηρεάσει την ούρηση καθώς μπορεί να γίνει αποφρακτικός όταν μεγαλώσει σε μέγεθος με την ηλικία. Στην οπίσθια επιφάνεια του προστάτη και στην περιοχή ανάμεσα στον προστάτη και το έντερο, έξω από την κάψα, την εξωτερική επιφάνεια του αδένα δηλαδή, βρίσκεται το αγγειονευρώδες δεμάτιο. Αυτό αποτελείται από ένα σύνολο διαπλεκόμενων νευρικών ινών και αγγείων που περνώντας πίσω και έξω από τον προστάτη κατευθύνονται προς τη βάση του πέους και είναι υπεύθυνα για τη λειτουργία της στύσης. Λόγω αυτής ακριβώς της εντόπισης και γειτνίασης με τον προστάτη παθήσεις του οργάνου, όπως η Καλοήθης υπερπλασία, οι φλεγμονές (προστατίτιδες) και ο καρκίνος ή οι χειρουργικές επεμβάσεις στον προστάτη μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία των νεύρων και αγγείων της στύσης, έχοντας επιπτώσεις στη στυτική λειτουργία.

Αυτός είναι και ο λόγος που στις παλαιότερες επεμβάσεις προστάτη είτε για Υπερπλασία, είτε για Καρκίνο, που γίνονταν με ανοιχτή τομή και με αδρές χειρουργικές παρασκευές του οργάνου, με τα χέρια ή με ευμεγέθη χειρουργικά εργαλεία, χωρίς καλή πρόσβαση και ορατότητα στην

περιοχή λόγω της εντόπισης του προστάτη βαθιά στα κόκκαλα της λεκάνης μας, συχνά τραυματίζονταν τα συγκεκριμένα νεύρα και αγγεία της στύσης με επιπτώσεις στην τόσο σημαντική αυτή λειτουργία.

Με τις σύγχρονες μεθόδους της Ρομποτικής προστατεκτομής για τον καρκίνο προστάτη και της διουρηθρικής - ενδοσκοπικής προστατεκτομής για την Καλοήθη Υπερπλασία του προστάτη προστατεύουμε και διαφυλάσσουμε το αγγειονευρώδες δεμάτιο της στύσης διατηρώντας αναλλοίωτη τη στυτική λειτουργία.

Να τονίσουμε, όπως προανέφερα, ότι η επέμβαση στην υπερπλασία και τον καρκίνο είναι διαφορετική. Έτσι στον μεγάλο, αλλά καλοήθη προστάτη, που πρέπει να τον μικρύνουμε σε μέγεθος ώστε να απελευθερωθεί η ούρηση κάνουμε τη διουρηθρική προστατεκτομή TURIS. Μέσω της ουρήθρας, αναίμακτα και ανώδυνα αφαιρούμε το εσωτερικό του προστάτη και ο ασθενής σε μια ημέρα επιστρέφει σπίτι. Είναι προφανές ότι σε αυτήν την επέμβαση κινούμαστε μέσα στον προστάτη, χωρίς να βγαίνουμε έξω από την κάψα του όπου βρίσκονται τα αγγεία και νεύρα της στύσης. Άρα είναι πλήρως προστατευμένα και μάλιστα, καθώς ο προστάτης μειώνεται σε μέγεθος, συχνά απελευθερώνονται από την πίεση που τους εξασκούσε ο υπερμεγέθης προστάτης, η αγγείωση και η νεύρωση βελτιώνονται μετεγχειρητικά και όχι μόνο διατηρείται αλλά βελτιώνεται η στύση.

Στη Ριζική Προστατεκτομή για Καρκίνο, όπου γίνεται πλήρης αφαίρεση του προστάτη και της κάψας του, τα πράγματα είναι πιο πολύπλοκα, αφού κινούμαστε στην περιοχή των νεύρων και αγγείων και όπως ανασηκώνουμε τον προστάτη από το έντερο, για την πλήρη αφαίρεσή του, αυτό είναι το σημείο που μπορεί να προκληθεί μόνιμη βλάβη στα αγγεία και νεύρα της στύσης. Το Ρομποτικό σύστημα **Da Vinci** αποτελεί έναν πολύτιμο σύμμαχο, διότι λόγω της τρισδιάστατης και μεγεθυμένης όρασης, της ακρίβειας χειρισμών και της πρόσβασης των λεπτών και εύκαμπτων χειρουργικών εργαλείων κάνει δυνατή την αναγνώριση, την παρασκευή και διαφύλαξη των τόσο σημαντικών νεύρων και αγγείων της στύσης, που ο τραυματισμός τους θα οδηγούσε σε μόνιμη απώλεια αυτής, όπως συνέβαινε στο παρελθόν με τις παλαιότερες χειρουργικές μεθόδους. Επίσης ο καλύτερος χειρουργικός καθαρισμός που γίνεται με το ρομπότ επιτυγχάνει καλύτερα ογκολογικά αποτελέσματα και κατά συνέπεια αποφεύγονται συμπληρωματικές αγωγές όπως η ακτινοβολία και η ορμονοθεραπεία που και αυτές θα επηρέαζαν αρνητικά τη στύση. Αυτοί, καθώς και η αποφυγή της ακράτειας ούρων, είναι και οι λόγοι που η Ρομποτική Ριζική Προστατεκτομή αποτελεί τη μέθοδο εκλογής στην αντιμετώπιση του καρκίνου του προστάτη και η πρώτη επιλογή των ασθενών και γιατρών σε όλο τον κόσμο.

Στην καθημερινή μας κλινική πρακτική πολλοί άντρες πρέπει να προχωρήσουν σε κάποια επέμβαση προστάτη και μάλιστα η διάγνωση αφορά μεγαλύτερους αλλά και όλο και συχνότερα αρκετά νεότερους ασθενείς. Η χρήση της τελευταίας τεχνολογίας μας επιτρέπει τη χειρουργική παρέμβαση προς πλήρη ίαση των παθήσεων του προστάτη με τη διατήρηση σημαντικών λειτουργιών για την ποιότητα ζωής του ασθενούς όπως η φυσιολογική στύση.

Η αγωνία κάποιων ανδρών για το εάν το χειρουργείο θα επηρεάσει τη στυτική τους ικανότητα πολλές φορές αποτελεί λανθασμένα ανασταλτικό παράγοντα για να προχωρήσουν στην επέμβαση

Η χρήση της τελευταίας τεχνολογίας μας επιτρέπει τη χειρουργική παρέμβαση προς πλήρη ίαση των παθήσεων του προστάτη με τη διατήρηση σημαντικών λειτουργιών για την ποιότητα ζωής του ασθενούς όπως η φυσιολογική στύση

Στέφανος Αναστασόπουλος
Διευθυντής Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών

Ολική αρθροπλαστική γόνατος με το **ρομποτικό σύστημα ROSA**

Τι είναι η ρομποτική αρθροπλαστική

Η αρθροπλαστική του γόνατος γενικά είναι η επέμβαση εκλογής για την αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας, όταν αυτή βρίσκεται σε τελικό στάδιο και η συντηρητική θεραπεία κρίνεται αναποτελεσματική. Κατά την ολική αρθροπλαστική αντικαθιστούμε τα φθαρμένα τμήματα της άρθρωσης με ειδικές προθέσεις (εμφυτεύματα).

Η ρομποτική αρθροπλαστική αποτελεί μια νέα τεχνική που χρησιμοποιεί την σύγχρονη ρομποτική τεχνολογία αιχμής, για την εκτέλεση της επέμβασης. Η χρήση του ρομπότ εξασφαλίζει απόλυτη ακρίβεια, άριστο αποτέλεσμα, επαναληψιμότητα (σταθερό αποτέλεσμα όσες φορές και να εκτελεστεί το χειρουργείο).

Ο συνδυασμός της ρομποτικής τεχνολογίας, με τεχνικές ελάχιστης επεμβατικότητας και με πρωτόκολλα ταχείας αποκατάστασης (Fast track), έχουν αλλάξει τα δεδομένα στη χειρουργική του γόνατος.

Γιατί προέκυψε η ανάγκη της χρήσης της ρομποτικής τεχνολογίας

- Αυξήθηκε το προσδόκιμο επιβίωσης και συνεπώς οι ασθενείς που θα χρειαστούν ολική αρθροπλαστική
- Ετησίως εκτελούνται στις ΗΠΑ περίπου ένα εκατομμύριο ολικές αρθροπλαστικές γόνατος
- Το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών μετά από συμβατικές αρθροπλαστικές φτάνει το 80%.Το ποσοστό αυτό αυξάνεται με τις νεότερες μεθόδους, αλλά με τη ρομποτική τεχνολογία μεγιστοποιείται.
- Ο μέσος όρος της ηλικίας των ασθενών που υποβάλλονται σε ολική αρθροπλαστική ολοένα και μειώνεται, καθώς οι νεότεροι ασθενείς αρνούνται να δεχτούν τον περιορισμό των δραστηριοτήτων που προκύπτει από το πρόβλημά τους.
- Οι ασθενείς μετεγχειρητικά έχουν την προσδοκία να ανακτήσουν την ποιότητα ζωής που είχαν πριν την εκδήλωση της οστεοαρθρίτιδας, χωρίς περιορισμούς.

Η πορεία προς τη ρομποτική τεχνολογία

Η αρθροπλαστική του γόνατος έχει εξελιχθεί τα τελευταία 15 περίπου χρόνια, αρχικά με τις τεχνικές M.I.S *(minimal invasive techniques)*,στη συνέχεια με τις εξατομικευμένες προθέσεις *(PSI knee)*, την ψηφιακή υποβοήθηση (CAS) και σήμερα με τη ρομποτική αρθροπλαστική.

Το ρομποτικό σύστημα ROSA *(RObotized Surgery Assisting)* έλαβε έγκριση λειτουργίας από τον Αμερικανικό Οργανισμό FDA *(food and drug administration)* τον Ιανουάριο του 2019 και αποτελεί το τελευταίο ρομποτικό σύστημα που δημιουργήθηκε, ως εξέλιξη των προηγουμένων.

Κατασκευάστηκε από την εταιρεία Zimmer-Biomet, παγκόσμιο ηγέτη στο χώρο των ορθοπαιδικών υλικών.

Στην Ευρωκλινική Αθηνών εγκαταστάθηκε πρόσφατα το τελευταίας γενιάς ρομποτικό σύστημα ROSA.

Τα πλεονεκτήματα της ρομποτικής αρθροπλαστικής με το ROSA

Η ρομποτική αρθροπλαστική γόνατος εξασφαλίζει:

- Εξαιρετική ακρίβεια στην εκτέλεση της επέμβασης, που εγγυάται άριστο λειτουργικό αποτέλεσμα και μακροβιότητα της πρόθεσης
- Μέγιστη ασφάλεια και ελαχιστοποίηση των επιπλοκών
- Απόλυτη εξατομίκευση της επέμβασης
- Μικρότερο χειρουργικό τραύμα
- Μικρή απώλεια αίματος (δεν απαιτείται μετάγγιση) και ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου
- Σύντομη νοσηλεία 1-2 ημερών
- Ταχύτατη αποκατάσταση και επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες
- Δυνατότητα επέμβασης σε σύνθετες και δύσκολες περιπτώσεις με

προϋπάρχοντα υλικά οστεοσύνθεσης ή εμφυτεύματα.

- Και τελικά μεγιστοποίηση του βαθμού ικανοποίησης του ασθενούς.

Προεγχειρητικός σχεδιασμός

Για τη ρομποτική αρθροπλαστική με το σύστημα ROSA, δεν απαιτείται αξονική η μαγνητική τομογραφία πριν την επέμβαση.

Η «χαρτογράφηση» της άρθρωσης γίνεται από το ρομπότ κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Σε σύνθετες περιπτώσεις κι εφόσον το κρίνει ο χειρουργός μπορεί να προηγηθεί μία ειδική ακτινογραφία όλου του σκέλους (αξονομετρική), η οποία αποστέλλεται στο εξωτερικό για τις αρχικές μετρήσεις.

Εκπαίδευση και εμπειρία του χειρουργού

Ο χειρουργός εκτελεί την επέμβαση έχοντας τον απόλυτο έλεγχο του χειρουργείου και το ρομπότ αποτελεί άριστο βοήθημα για την επιτυχία του βέλτιστου αποτελέσματος.

Απαιτείται εκπαίδευση και πιστοποίηση του χειρουργού σε εξειδικευμένο κέντρο και κατάλληλη εκπαίδευση όλης της χειρουργικής ομάδας.

Απαιτείται επιπλέον μεγάλη εμπειρία του χειρουργού σε συμβατικές αρθροπλαστικές, σε περίπτωση που απαιτηθεί η τροποποίηση του αρχικού σχεδιασμού.

Αναισθησία κατά τη χειρουργική επέμβαση

Η ολική αρθροπλαστική γόνατος με το ρομποτικό σύστημα ROSA, εκτελείται με περιοχική αναισθησία (ραχιαία ή επισκληρίδιο ή συνδυασμό των δύο). Ο ασθενής μπορεί να λάβει επιπλέον και μέθη για να παραμείνει απόλυτα ήρεμος κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Η επέμβαση

Η επέμβαση διαρκεί περίπου 1 ώρα. Αρχικά γίνεται η χαρτογράφηση του γόνατος από το ρομπότ.

Στη συνέχεια ο χειρουργός εκτελεί την επέμβαση χρησιμοποιώντας το βραχίονα του ρομποτικού συστήματος. Το συγκεκριμένο σύστημα δίνει απόλυτη ελευθερία στον χειρουργό, επιτρέποντάς του να τροποποιεί τις επιλογές σε κάθε βήμα.

Στο τέλος της επέμβασης ελέγχεται το αποτέλεσμα με απόλυτα μετρήσιμες παραμέτρους και η ταύτιση του αποτελέσματος με τον αρχικό σχεδιασμό.

Μετεγχειρητική αποκατάσταση

Η ρομποτική αρθροπλαστική γόνατος, εξασφαλίζει άριστο λειτουργικό αποτέλεσμα, άμεση αποκατάσταση και γρήγορη επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες.

Οι ασθενείς σηκώνονται να περπατήσουν λίγες ώρες μετά την επέμβαση, με τη βοήθεια φυσιοθεραπευτών και τη χρήση κάποιου υποστηρικτικού βοηθήματος (συνήθως περιπατητήρα τύπου Π).

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (1-2 ημέρες) ακολουθούν μετεγχειρητικό πρόγραμμα αποκατάστασης, κινητοποίησης και ενδυνάμωσης, το οποίο εφαρμόζουν και κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Στην εργασία τους -και ανάλογα των απαιτήσεων- επιστρέφουν σε 3-4 εβδομάδες.

Μετά από 3 μήνες μπορούν να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες χαμηλής έντασης και χωρίς επαφή, όπως κολύμβηση, τένις, ήπιο τρέξιμο, ποδηλασία, χορός κ.λπ.

Προϊόντος του χρόνου μπορούν να δραστηριοποιούνται με μεγαλύτερη ένταση και μεγαλύτερες απαιτήσεις.

Ποιος ο κίνδυνος επιπλοκών με τη ρομποτική αρθροπλαστική;

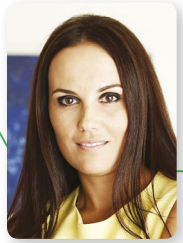
Δεν υπάρχει χειρουργική επέμβαση με μηδενική πιθανότητα επιπλοκών. Από τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι η χρήση της ρομποτικής τεχνολογίας μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών και αυξάνει τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και πιθανόν το χρόνο ζωής της πρόθεσης, στοιχεία που είχαν παρουσιάσει βελτίωση και με τη χρήση των πρόδρομων της ρομποτικής μεθόδων.

Στο κέντρο μας, οι επιπλοκές βρίσκονται στα επίπεδα των πλέον εξειδικευμένων κέντρων του εξωτερικού.

Μπορεί να εκτελεστεί η επέμβαση ταυτόχρονα στα δύο γόνατα;

Οι ασθενείς που πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα γόνατος στην πλειοψηφία τους εμφανίζουν το πρόβλημα και στα δύο άκρα. Η συνήθης τακτική είναι να χειρουργούνται στο ένα και λίγους μήνες αργότερα στο άλλο. Είναι αυτονόητα βολικό να χειρουργηθούν ταυτόχρονα και στα δύο γόνατα, είναι όμως ασφαλές;

Με το ρομποτικό σύστημα ROSA και με δεδομένη την ελαχιστοποίηση των επιπλοκών και της συνολικής επιβάρυνσης του οργανισμού (πόνος, αιμορραγία, πνευμονική εμβολή, φλεγμονές) η επέμβαση μπορεί να εκτελεστεί σε επιλεγμένους ασθενείς, με ασφάλεια ταυτόχρονα και στα δύο γόνατα, κάτι που είχε σαφώς καταδειχθεί με τη χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας -πρόδρομης της ρομποτικής- την οποία το κέντρο μας χρησιμοποίησε για διάστημα μεγαλύτερο της δεκαετίας.



Φιορίτα Πουλακάκη
Ph.D, FEBS
Διευθύντρια Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, Ευρωκλινική Αθηνών

Ψηλαφητά ογκίδια στο μαστό

Είναι πάντοτε ύποπτα;

Τα τελευταία χρόνια γίνεται μεγάλη προσπάθεια από την ιατρική κοινότητα και τις οργανώσεις των ασθενών, ευαισθητοποίησης για θέματα πρόληψης του καρκίνου του μαστού. Σε αυτό το πλαίσιο οι γυναίκες κάθε ηλικίας ενθαρρύνονται να εκπαιδευτούν στην αυτοεξέταση των μαστών τους και στην διενέργεια τακτικού προληπτικού ελέγχου με απεικονιστικές εξετάσεις. Δεν είναι βέβαια πάντοτε εύκολο για μια γυναίκα να εκτιμήσει την κλινική εικόνα των μαστών της με αποτέλεσμα συχνά η ψηλάφηση να δημιουργεί άγχος.

Υπάρχουν πολλά κλινικά ευρήματα στον μαστό μιας γυναίκας τα οποία δεν είναι απαραίτητο να σχετίζονται με μια υποκείμενη κακοήθεια αλλά μπορεί να αποτελούν μέρος της φυσιολογικής εικόνας της. Τα σαφή ψηλαφητά ευρήματα, τα ογκίδια δηλαδή που είναι συγκεκριμένα στο σχήμα τους, ομαλά και συνήθως κινητά, τις περισσότερες φορές αφορούν καλοήθεις καταστάσεις. Τα πιο συχνά καλοήθη μορφώματα στον μαστό είναι τα ινοαδενώματα και οι κύστεις. Λιγότερο συχνά αλλά πάλι καλοήθη ογκίδια είναι τα θηλώματα, τα ινοαδενολιπώματα και τα αμαρτώματα. Αναλυτικά λοιπόν τα ψηλαφητά μορφώματα τα οποία δεν συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού είναι τα ακόλουθα:

Κύστεις μαστού

Μονήρεις ή πολλαπλές, οι κύστεις μαστού συναντώνται συχνότερα σε γυναίκες ηλικίας από 30 έως 40 ετών και μάλιστα καπνίστριες αλλά ενδέχεται να προκληθούν και από άλλες αιτίες, όπως τραυματισμούς ή ορμονικές μεταβολές. Η τυχόν απότομη αύξηση στο μέγεθός τους μπορεί να προκαλέσει αιφνίδιο, εντοπισμένο πόνο. Εάν οι κύστεις «επικοινωνούν» με τους γαλακτοφόρους πόρους, κάτι που συναντάται σχετικά συχνά, συνήθως ο πόνος συνοδεύεται και με έκκριση υγρού από τη θηλή, χρώματος ανοιχτού πράσινου ή σκούρου καφέ. Η αντιμετώπιση των κύστεων ποικίλλει ανάλογα με το μέγεθος και το περιεχόμενό τους. Σε κύστεις που το υπερηχογράφημα έχει δείξει πως δεν ξεπερνούν το 1.5 εκατοστό και δεν έχουν υπερηχογενές περιεχόμενο στο εσωτερικό τους συστήνεται απλή παρακολούθηση, ενώ όταν οι διαστάσεις των κύστεων αυξάνουν συνιστάται παρακέντηση και αποστολή του δείγματος για κυτταρολογική διερεύνηση. Όταν οι κύστεις υποτροπιάζουν συνεχώς έπειτα από επανειλημμένες παρακεντήσεις ή όταν το υπερηχογράφημα, η μαστογραφία ή η κλινική εξέταση γενούν υποψίες για το περιεχόμενό τους, τότε απαιτείται χειρουργική εκτομή και ιστολογική ταυτοποίηση.

Υπάρχουν πολλά κλινικά ευρήματα στον μαστό μιας γυναίκας τα οποία δεν είναι απαραίτητο να σχετίζονται με μια υποκείμενη κακοήθεια αλλά μπορεί να αποτελούν μέρος της φυσιολογικής εικόνας της

Ινοαδένωμα μαστού

Πρόκειται για καλοήθεις συμπαγείς όγκους, όπου σε υπερηχογράφημα εμφανίζονται ως καλά περιγεγραμμένη κινητή μάζα. Εμφανίζονται κυρίως στην αναπαραγωγική ηλικία, ενώ το μέγεθός τους αυξάνεται τόσο στην εγκυμοσύνη όσο και κατά τη λήψη οιστρογόνων και υποχωρούν σε συχνότητα κατά την εμμηνόπαυση. Γι' αυτό το λόγο είναι πιθανόν η εμφάνισή τους να σχετίζεται με ορμονικούς πα-

ράγοντες. Εάν το μέγεθος του ινοαδενώματος δεν ξεπερνά τα 2 εκατοστά και η κλινική και απεικονιστική τους εικόνα δεν εγείρει καμία υποψία για πιθανή κακοήθεια, τότε συστήνεται η 6μηνη παρακολούθηση με κλινική και απεικονιστική εξέταση. Για τον ασφαλή αποκλεισμό πιθανής κακοήθειας συστήνεται να γίνεται παρακέντηση με τη χρήση λεπτής βελόνας (FNA) και περαιτέρω κυτταρολογικός έλεγχος. Σε περίπτωση όπου κατά τον έλεγχο με συνεχή υπερηχογραφήματα διαφαίνεται ότι το μέγεθος του ινοαδενώματος αυξάνει ή το σχήμα αλλάζει τότε απαιτείται χειρουργική αφαίρεσή του. Η επεμβατική αντιμετώπιση με λήψη τμήματος ιστού από το ογκίδιο *(core biopsy)* ή χειρουργική αφαίρεση, συστήνεται και σε περιπτώσεις όπου τα ινοαδενώματα κατά την πρώτη εξέταση βρέθηκαν να ξεπερνούν τα 2 εκατοστά ή το σχήμα τους εμφανίστηκε πολυλοβωτό.

Θηλώματα πόρων

Μονήρη ή πολλαπλά, τα θηλώματα εμφανίζονται με συχνότερο σύμπτωμα την έκκριση από τη θηλή αιματηρού ή κιτρινωπού υγρού, είτε αυτόματα είτε με πρόκληση (πίεση της θηλής). Το μέγεθος των θηλωμάτων συνήθως παραμένει μικρό ενώ σπάνια μπορεί να γίνει αντιληπτό κάτω από τη θηλή με ψηλάφηση. Τα θηλώματα των πόρων δεν απαιτούν θεραπεία όμως συστήνεται παρακολούθησή τους σε τακτά χρονικά διαστήματα. Όταν πρωτοεμφανίζεται το έκκριμα θα πρέπει να διερευνάται με κυτταρολογική εξέταση, ενώ εφόσον συνεχίζεται να εκκρίνεται υγρό, οι κυτταρολογικές εξετάσεις θα πρέπει να διενεργούνται συχνά. Σε περίπτωση όπου ο υπερηχογραφικός έλεγχος δείξει αύξηση του μεγέθους του θηλώματος προτείνεται χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεσή του (μικροπορεκτομή) και εν συνεχεία ιστολογική ταυτοποίηση (βιοψία).

Ενθαρρύνουμε όλες τις γυναίκες να εξασκηθούν στην αυτοεξέταση έτσι ώστε σε όλες τις περιπτώσεις αλλά και σε οποιαδήποτε κλινική συμπτωματολογία προκύψει να απευθυνθούν στον εξειδικευμένο ιατρό που τις παρακολουθεί για περαιτέρω διερεύνηση

Φλεγμονές

Φλεγμονές, όπως η μαστίτιδα και τα αποστήματα του μαστού, εμφανίζονται πιο συχνά στις θηλάζουσες μητέρες, είναι όμως πιθανόν να εμφανιστούν και στον υπόλοιπο πληθυσμό. Τα μικρόβια που ευθύνονται συχνότερα για τις φλεγμονές του στήθους είναι ο Χρυσίζων Σταφυλόκοκκος και ο Στρεπτόκοκκος και η αντιμετώπισή τους θα πρέπει να γίνεται εγκαίρως με τη λήψη αντιβιοτικών, τα οποία συντελούν στην προφύλαξη του στήθους από το σχηματισμό αποστήματος. Αντιβιοτικά πρώτης εκλογής αποτελούν ο συνδυασμός αμοξυκιλλίνης και κλαβουλανικού οξέος ή κεφαλοσπορίνες 2ης γενιάς. Εφόσον δημιουργηθεί απόστημα, τότε θα πρέπει να λαμβάνεται δείγμα από την αποστηματική κοιλότητα με παρακέντηση με λεπτή βελόνα (FNA). Εάν η φλεγμονή δεν υποχωρεί και έχει εγκατασταθεί, τότε προτείνεται χειρουργική διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος.

Γαλακτοκήλη

Κατάσταση που παρουσιάζεται συνήθως μετά τη διακοπή του θηλασμού όπου κύστεις περιέχουν γάλα. Για την αντιμετώπισή της συστήνεται παρακέντηση για την εκκένωση της κύστης από τη συλλογή του γάλακτος, γεγονός που επιβεβαιώνει και την αρχική διάγνωση.

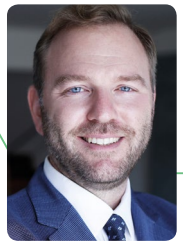
Νέκρωση λίπους

Πρόκειται για μια ευαίσθητη σκληρή μάζα που προκαλείται συνήθως από τραυματισμό ή προηγούμενη χειρουργική επέμβαση και δεν χρήζει αντιμετώπισης. Στον απεικονιστικό έλεγχο και συγκεκριμένα στη μαστογραφία εμφανίζεται ως αποτιτανωμένη (λευκή) μάζα.

Αμάρτωμα

Πρόκειται για μια καλοήθη αλλοίωση που εμφανίζεται αρκετά σπάνια ενώ διαγιγνώσκεται απεικονιστικά με μαστογραφία. Συστήνεται η παρακολούθησή του, ενώ στην περίπτωση όπου παρουσιαστεί αλλαγή στο μέγεθός του ή στην ακτινολογική του εικόνα συνιστάται χειρουργική εκτομή.

Συνηθίζουμε να λέμε ότι η κάθε ασθενής γνωρίζει την κλινική εικόνα του μαστού της καλύτερα από τον καθένα. Με τον τρόπο αυτό, ενθαρρύνουμε όλες τις γυναίκες να εξασκηθούν στην αυτοεξέταση έτσι ώστε σε όλες τις ανωτέρω περιπτώσεις αλλά και σε οποιαδήποτε άλλη κλινική συμπτωματολογία προκύψει να απευθυνθούν στον εξειδικευμένο ιατρό που τις παρακολουθεί για περαιτέρω διερεύνηση.



Γιώργος-Μάριος Μακρής
MD, Ph.D., M.Sc.
Διευθυντής Γυναικολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Η κολποσκόπηση

σβήνει την ανησυχία για τα κονδυλώματα και τον ιό HPV

Ο ιός των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων ή *Human Papilloma Virus* ή συντομογραφικά HPV είναι το ευρύτερα διαδεδομένο Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενο Νόσημα στον κόσμο. Όταν μολυνθεί κάποιος από τον HPV θα περάσει καιρός μέχρι να φανούν αλλοιώσεις. Εξαιρετικά σπάνια ενδέχεται να οδηγήσει στην εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και σπανιότερα του στοματοφάρυγγα, του πρωκτού, του αιδοίου και του κόλπου στις γυναίκες.

Ευτυχώς όμως ο ιός αυτός και η δράση του είναι γνωστή εδώ και πολλά χρόνια. Σε αντίθεση με την πανδημία που διανύουμε λόγω του COVID- 19 εδώ υπάρχει γνωστή μέθοδος πρόληψης. Εδώ και πάνω από μια δεκαετία υπάρχει **δυνατότητα πρωτογενούς πρόληψης με εμβόλιο** και μάλιστα εδώ και μια πενταετία υπάρχει το δεύτερης γενιάς εμβόλιο με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Το τεστ ΠΑΠ όμως πρωταγωνιστεί και προϋπήρχε του εμβολίου εδώ και πολλές δεκαετίες. Η εξέταση που εφηύρε ο δικός μας Γεώργιος Παπανικολάου εντοπίζει μολυσμένα κύτταρα και γυναίκες που πρόκειται να νοσήσουν ή έχουνε ήδη αλλοιώσεις που προκαλεί ο HPV. Η δευτερογενής αυτή πρόληψη έχει σώσει εκατομμύρια γυναίκες και περιλαμβάνεται στα παγκόσμια προγράμματα προληπτικής ιατρικής.

Η **δευτερογενής πρόληψη** ενάντια στον ιό των κονδυλωμάτων έχει πολλά ακόμα όπλα. Η σύγχρονη βιολογία μας έχει δώσει τη δυνατότητα να ανιχνεύουμε το DNA και τις πρωτεΐνες του ιού HPV, να ταυτοποιούμε το στέλεχος που έχει προσβάλει τον ασθενή, να τον κατατάσσουμε σε χαμηλού ή υψηλού κινδύνου και να προσδιορίζουμε τη βαρύτητα και την ταχύτητα της εξέλιξης των αλλοιώσεων.

Το «βαρύ όπλο» όμως στον τομέα αυτό είναι η κολποσκόπηση και ενδεχόμενα η βιοψία των αλλοιώσεων του κατώτερου γενετικού συστήματος της γυναίκας. Η κολποσκόπηση αναδεικνύει καταρχάς εάν ο ιός HPV έχει προκαλέσει αλλοιώσεις ή όχι. Εντοπίζει με ακρίβεια τη θέση της βλάβης, την έκτασή της και τη βαρύτητά της. Επίσης συγκριτικά μπορεί να αξιολογηθεί η πορεία μιας βλάβης, εάν υποχωρεί, προχωράει ή μένει στάσιμη. Όταν κριθεί αυτό απαραίτητο τότε κολποσκοπικά γίνεται βιοψία της βλάβης με εξαιρετική ακρίβεια και με ελάχιστο τραυματισμό των ιστών. Το τεμάχιο αυτό ακολούθως αναλύεται ιστολογικά και μοριακά και δίνει πολύτιμες πληροφορίες για τον καθορισμό των επόμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων ή το πλάνο της παρακολούθησης της κάθε γυναίκας.

Η Ευρωκλινική Αθηνών διαθέτει τους κατάλληλους και έμπειρους γυναικολόγους για να αναδείξουνε και να αξιολογήσουνε όλες τις αλλοιώσεις που προκαλεί ο HPV

Η κολποσκόπηση δεν είναι μια εξέταση ρουτίνας. Απαιτεί **ειδικές γνώσεις, εκπαίδευση και εμπειρία από τον γυναικολόγο** που θα την πραγματοποιήσει. Διενεργείται όταν κάποιο τεστ ΠΑΠ ή τεστ μοριακού ελέγχου δείξει πρόβλημα. Για παράδειγμα εάν φανεί η παρουσία HPV, άγνωστης βαρύτητας αλλοιώσεις ASCUS, χαμηλόβαθμες αλ-

Η εξέταση

Η κολποσκόπηση γίνεται στα εξωτερικά ιατρεία και **δεν χρειάζεται σχεδόν ποτέ αναισθησία**. Η γυναίκα τοποθετείται στη θέση της γυναικολογικής εξέτασης και ο γιατρός χρησιμοποιεί μια ειδική συσκευή που λέγεται **κολποσκόπιο**. Αυτό είναι ένας μεγάλος μεγεθυντικός φακός, με εστίαση που μπορεί να μεταβληθεί και είναι συνδεδεμένος με μια ισχυρή φωτεινή πηγή. Υπάρχουν επίσης τα ψηφιακά μικροσκόπια που δίνουν τη δυνατότητα ηλεκτρονικής εστίασης και καταγραφής. Η όλη εξέταση **διαρκεί λίγα λεπτά** και ο γιατρός εξετάζει με λεπτομέρεια και με τη χρήση δύο ειδικών διαλυμάτων διαδοχικά την περιοχή του αιδοίου, του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας. Το εσωτερικό της μήτρας και οι ωοθήκες δεν γίνεται να εξεταστούν με την κολποσκόπηση. Στη συνέχεια εντοπίζονται, φωτογραφίζονται και αξιολογούνται οι βλάβες της περιοχής. Εάν χρειαστεί λαμβάνεται δείγμα από τη βλάβη ή εξαιρείται ολόκληρη η αλλοίωση μέσα από το μικροσκόπιο με τη βοήθεια laser ή άλλων πηγών ενέργειας. Αυτό όμως συχνά απαιτεί να γίνει αναισθησία σε αίθουσα χειρουργείου. Είναι μια εξέταση που δεν πονάει ή η όλη ενόχληση είναι αυτή ενός ήπιου πόνου περιόδου. Δεν υπάρχουν ιδιαίτερες επιπλοκές ακόμα και εάν παρθούν βιοψίες. Σίγουρα η όποια ενόχληση προκαλεί η κολποσκόπηση, δεν συγκρίνεται με το μεγάλο όφελος της εντόπισης και θεραπείας μιας βλάβης που εάν αφεθεί ανεξέλεγκτη ενδέχεται να απειλήσει τη ζωή της γυναίκας.

Illustration by Emily Roberts, Verywell

λοιώσεις του τραχήλου LGSIL, υψηλόβαθμες αλλοιώσεις HGSIL ή καρκίνος. Επίσης πραγματοποιείται όταν εντοπίσει κάτι ύποπτο ο γυναικολόγος κατά την εξέταση και όταν η γυναίκα αναφέρει ύποπτη συμπτωματολογία, π.χ ματώνει μετά την επαφή. Τέλος κολποσκοπικά διενεργούνται πολλές χειρουργικές επεμβάσεις της περιοχής του κατώτερου γενετικού συστήματος, όταν απαιτείται υψηλή ακρίβεια, π.χ. laser εξάχνωση κονδυλωμάτων της πρωκτογενετικής περιοχής και του κόλπου και οι εξετάσεις παρακολούθησης πολλών γυναικών που έχουν νοσήσει από γυναικολογικό καρκίνο.

Η Ευρωκλινική Αθηνών διαθέτει τους κατάλληλους και έμπειρους γυναικολόγους για να αναδείξουνε και να αξιολογήσουνε όλες τις αλλοιώσεις που προκαλεί ο HPV. Τα εξωτερικά γυναικολογικά ιατρεία και οι χειρουργικές αίθουσες της κλινικής είναι εξοπλισμένες με σύγχρονα μηχανήματα κολποσκόπησης και laser προκειμένου να πραγματοποιούνται τα σχετικά χειρουργεία με τεχνικές χειρουργικής ακρίβειας *precision surgery*. Διενεργούνται όλες οι σχετικές επεμβάσεις, από μια απλή laser εξάχνωση κονδυλωμάτων έως τις πιο απαιτητικές επανεπεμβάσεις κωνοειδούς εκτομής τραχήλου της μήτρας. Τα εργαστήρια της κλινικής υποστηρίζουν όλες τις εξετάσεις κυτταρολογίας, παθολογοανατομίας και μοριακής βιολογίας που υπαγορεύει η σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση του ιού. Ο HPV, ο COVID 19 όπως και ο κάθε ιός για τον οποίο δεν έχουμε αποτελεσματική θεραπεία απαιτεί εντατική μελέτη, σωστή προσέγγιση, σύγχρονη γνώση και τη συνεργασία έμπειρης ιατρικής ομάδας, που θα οδηγήσει στην καταπολέμησή του.

Νικόλαος Κατιρτζόγλου
Αναπληρωτής Διευθυντής Ογκολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

ΝΕΑ ΕΠΟΧΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Καρκίνου του πνεύμονα

Πότε πρέπει να προστεθεί η χημειοθεραπεία στην ανοσοθεραπεία; - Νεότερα δεδομένα από το ASCO 2020

Οι θεραπευτικές δυνατότητες έναντι του καρκίνου του Πνεύμονα (ΚΠ) εξελίσσονται ταχύτατα, προσδίδοντας μέγιστο όφελος στη συνολική επιβίωση των ασθενών. Ήδη από το 2018, ο Αμερικανικός Οργανισμός Φαρμάκων (FDA) ενέκρινε 21 διαφορετικά φάρμακα ή συνδυασμό παραγόντων για τη θεραπεία των διαφόρων μορφών του ΚΠ, με μόλις 6 από αυτά να έχουν εγκριθεί μέσα στον Μάιο 2020.

Ας δούμε πρώτα τα αποτελέσματα της κλινικής μελέτης (φάσεως 3) ADAURA, που ανακοινώθηκαν στο φετινό συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρείας Κλινικής Ογκολογίας (ASCO): Η χορήγηση του *Osimertinib* (αναστολέας της τυροσινικής κινάσης TKI, δηλαδή αναστολέας των υποδοχέων του Επιδερμικού Αυξητικού Παράγοντα που φέρουν τις μεταλλάξεις ευαισθητοποίησης EGFRm και TKI-ανθεκτική μετάλλαξη T790M) σε ασθενείς με πλήρως εξαιρεθέν ΚΠ, θα αλλάξει σίγουρα το σκηνικό της αντιμετώπισης του Μη Μικροκυτταρικού ΚΠ (ΜΜΚΠ), αφού οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν ακόμα με τα ισχύοντα δεδομένα ένδειξη για τέτοιου είδους προληπτική θεραπεία ή έχουν ένδειξη μόνο για προληπτική χημειοθεραπεία μετά το χειρουργείο τους. Τέλος, έχει γίνει πια καθημερινή πρακτική να ελέγχονται όλοι οι ασθενείς μετά απο χειρουργείο για καρκίνο του Πνεύμονα για ανεύρεση πιθανών μεταλλάξεων, έναντι των οποίων υπάρχουν διαθέσιμοι εγκεκριμένοι φαρμακευτικοί παράγοντες παγκοσμίως και οι οποίοι

δυνητικά θα μπορούσαν να χορηγηθούν σε περίπτωση μελλοντικής υποτροπής της νόσου. Είναι πάντως γεγονός ότι όσο περισσότερο κατανοούμε τη μοριακή βιολογία του ΚΠ, τόσο πιο εύκολα και αποτελεσματικά θα μπορούμε να προσφέρουμε στους ασθενείς αυτούς, από άποψη διάρκειας της ύφεσης της νόσου, αλλά και της ποιότητας της ζωής τους.

Εάν δει κανείς τα αποτελέσματα των κλινικών μελετών σε ασθενείς με σταδίου IV μεταστατικό ΚΠ, που έλαβαν ανοσοθεραπευτικούς παράγοντες, θα συνειδητοποιήσει ότι σε ένα μη αμελητέο ποσοστό ασθενών δεν παρατηρήθηκε υποτροπή της νόσου, ακόμα και 5 έτη μετά τη διάγνωση του καρκίνου. Και εδώ είναι ακριβώς το επιστημονικό πεδίο στο οποίο διεξάγονται οι περισσότερες και μεγαλύτερες κλινικές μελέτες και που περιμένουμε ίσως τα θεαματικότερα αποτελέσματα: «Τρέχουν» ή και έχουν ολοκληρωθεί ήδη κλινικές μελέτες, στις οποίες χορηγείται ανοσοθεραπεία προ- ή και μετεγχειρητικά, με σκοπό να βελτιωθεί η συνολική επιβίωση των ασθενών μετά από ριζικό χειρουργείο ή μετά από συνδυασμό διαδοχικά χειρουργείου και συστηματικής χημειοθεραπείας. Όπως

Οι θεραπευτικές δυνατότητες έναντι του καρκίνου του Πνεύμονα (ΚΠ) εξελίσσονται ταχύτατα, προσδίδοντας μέγιστο όφελος στη συνολική επιβίωση των ασθενών

για παράδειγμα, η ήδη δημοσιευμένη μελέτη του *Durvalumab*: Δεκαετίες ολόκληρες πέρασαν χωρίς κανένα απολύτως θετικό μήνυμα για τους ασθενείς με τοπικά προχωρημένο ΚΠ, που ελάμβαναν χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία, αλλά που η νόσος τους δυστυχώς δεν έμενε σταθερή και εξελισσόταν. Είχαν δοκιμαστεί όλοι οι πιθανοί συνδυασμοί, η νόσος παρέμενε ανεγχείρητη, ενώ αντίθετα η ποιότητα ζωής χειροτέρευε. Και ξαφνικά, μετά τα αποτελέσματα της μελέτης του *Durvalumab*, με τη χορήγησή του (ως συντήρηση, βασικά) για ένα έτος σε αυτούς που είχαν λάβει χημειο- και ακτινοθεραπεία και είχαν ανταποκριθεί, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών δεν υποτροπίασε και ένα ακόμα σημαντικό ποσοστό ιάθηκε.

Και ο κατάλογος των νέων μοριακών στόχων - μεταλλάξεων και των αντίστοιχων φαρμάκων τους συνεχίζεται. Μεταλλάξεις MET, HER2, BRAF: Φάρμακα για αυτές αρχίζουν να εγκρίνονται παγκοσμίως, *Capmatinib* για μετάλλαξη του MET (εξώνιο 14), *Entrectinib* για το ROS1. Παράγοντες που, ναι μεν δεν προσφέρουν ίαση και στοχεύουν αποκλειστικά στο να μειώσουν την κύρια χωροκατακτητική εξεργασία, αλλά που η μείωση αυτή (στόχος μας είναι) να διαρκέσει για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, φτάνοντας κάποτε και στην πλήρη ίαση.

Ανά τον κόσμο, με βάση τις τρέχουσες Κατευθυντήριες Οδηγίες *(Practice Guidelines)* ισχύουν τα κάτωθι: Εάν ένας ασθενής πάσχει από ΚΠ, ο οποίος δεν φέρει καμία απολύτως οδηγό μετάλλαξη-μοριακό στόχο, τότε λαμβάνει ανοσοθεραπεία με τους λεγόμενους

αναστολείς σημείων ελέγχου ή CheckPoint Inhibitors (CPI), δηλαδή anti-PD-1 ή anti-PD-L1 παράγοντα, ανεξαρτήτως ιστολογικού τύπου του καρκινώματος (αδενοκαρκίνωμα, πλακώδες καρκίνωμα ή ακόμα και Μικροκυτταρικό Καρκίνωμα Πνεύμονα). Αρκετές κλινικές μελέτες, τα αποτελέσματα των οποίων παρουσιάσθηκαν και φέτος στο ASCO 2020 δίδουν επιπρόσθετες σημαντικές πληροφορίες, χρήσιμες για τις θεραπευτικές μας αποφάσεις.

Ο Ramalingham και οι συνεργάτες ανακοίνωσαν αποτελέσματα απο τη μελέτη συνδυασμού *Ipilimumab* με *Nivolumab* έναντι απλής χημειοθεραπείας, σε *upfront setting*: Παρατηρήθηκε όφελος στην ομάδα των ασθενών που έλαβαν το συνδυασμό, και μάλιστα το όφελος από τη χορήγηση αυτών των παραγόντων διήρκεσε έως και 3 χρόνια, κάτι που όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό ανοίγει νέους θεραπευτικούς δρόμους, ακόμα και για την ίαση! Σε έτερη κλινική μελέτη των Reck και συνεργατών χορηγήθηκε συνδυασμός *Ipilimumab* και *Nivolumab* μαζί με χημειοθεραπεία, όπου και εδώ το αποτέλεσμα ήταν ενθαρρυντικό: Διαπιστωθηκε όφελος στη συνολική επιβίωση αυτών των ασθενών έναντι εκείνων που έλαβαν μόνο χημειοθεραπεία, με το κόστος φυσικά της αυξημένης μεν, διαχειρίσιμης δε τοξικότητας. Τρίτη κατά σειρά ανάλογη φετινή μελέτη των *Leighl* και συνεργατών ήταν αρνητική, παρά το ότι φάνηκε πως η ομάδα των ασθενών που εκτός από το συνδυασμό *Durvalumab* με *Tremelimumab* έλαβε ταυτόχρονα και χημειοθεραπεία οφελήθηκε περισσότερο συγκριτικά με εκείνους, που έλαβαν μόνο χημειοθεραπεία. Τέλος, μία ακόμα μελέτη των Rodriguez-Abreu και συνεργατών διερεύνησε την πιθανή θετική δράση ενός νέου αναστολέα (anti-TIGIT αντίσωμα), του *Tiragolumab*, το οποίο χορηγήθηκε μαζί με το γνωστό Atezolizumab και έδειξε υψηλότερα ποσοστά ανταπόκρισης και μεγαλύτερο διάστημα μέχρι την υποτροπή της νόσου συγκριτικά με τη λήψη μόνον *Atezolizumab*. Τέλος, νεότερη μελέτη φάσεως 3 (ORIENT-11), που ανακοινώθηκε στο παγκόσμιο συνέδριο IASLC 2020 *(International Association for the Study of Lung Cancer)* έδειξε ότι, στα πλαίσια 1ης γραμμής θεραπείας, η προσθήκη του νέου αναστολέα anti-PD-1 *Sintilimab* (ανθρώπινο IgG4 μονοκλωνικό αντίσωμα) στο χημειοθεραπευτικό συνδυασμό Πλατίνης και Πεμετρεξάτης, σε ασθενείς με προχωρημένο ή μεταστατικό αδενοκαρκίνωμα Πνεύμονα οδήγησε σε όφελος στην επιβίωση μέχρι την υποτροπή των ασθενών (9 μήνες έναντι 5 μηνών στην ομάδα των ασθενών που έλαβαν μόνο χημειοθεραπεία, σε όλες τις υποομάδες ασθενών, ανεξαρτήτως επιπέδων PD-L-1), με ενθαρρυντικά ποσοστά ανταπόκρισης και διάρκεια ανταπόκρισης, καθώς και διαχειρίσιμη τοξικότητα.

Τα τελευταία χρόνια, η έρευνα στο πεδίο του καρκίνου του Πνεύμονα αποτελεί αντιπροσωπευτικό παράδειγμα του πόσο έχει προχωρήσει η κατανόηση της μοριακής βιολογίας του καρκίνου

Τα τελευταία χρόνια, η έρευνα στο πεδίο του καρκίνου του Πνεύμονα αποτελεί αντιπροσωπευτικό παράδειγμα των θεαματικών εξελίξεων στη θεραπεία ενός από τα συχνότερα νεοπλάσματα, και ταυτόχρονα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα του πόσο έχει προχωρήσει η κατανόηση της μοριακής βιολογίας του καρκίνου.

Φώτιος Τσούκας
Διευθυντής Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Αθηνών

12 μύθοι

για την οστεοαρθρίτιδα που δεν πρέπει να πιστεύουμε

Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα - την πιο συχνή μορφή αρθρίτιδας και μία από τις κύριες αιτίες αναπηρίας στη μέση και τρίτη ηλικία.

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, το 2016 έπασχε από οστεοαρθρίτιδα στο γόνατο το 3,8% του πληθυσμού (ή 265 εκατομμύρια άνθρωποι), ενώ σχεδόν το 1% είχαν οστεοαρθρίτιδα στο ισχίο (πάνω από 68 εκατομμύρια άνθρωποι). Από τους ασθενείς αυτούς, περισσότεροι από ένας στους έξι έχουν μέτρια έως σοβαρή αναπηρία εξαιτίας της νόσου.

Παρότι όμως η οστεοαρθρίτιδα είναι πολύ συνηθισμένη, πολλοί άνθρωποι εξακολουθούν να πιστεύουν διάφορες δοξασίες γι' αυτήν. Ο Δρ. Φώτης Τσούκας, ορθοπαιδικός χειρουργός εξειδικευμένος στην ρομποτική και αρθροσκοπική χειρουργική, ξεδιαλύνει μερικούς από τους κυριότερους μύθους.

Η οστεοαρθρίτιδα αποτελεί φυσιολογική συνέπεια του γήρατος
Η αλήθεια: Οι πιθανότητες εκδήλωσης οστεοαρθρίτιδας αυξάνονται καθώς μεγαλώνουμε, αλλά αυτό δεν σημαίνει πως η νόσος είναι αναπόφευκτη, ούτε ότι την εκδηλώνουν μόνο οι ηλικιωμένοι. Στην πραγματικότητα, οι τραυματισμοί, η παχυσαρκία, το οικογενειακό ιστορικό και οι αδύναμοι μύες παίζουν ρόλο στην ανάπτυξή της, ακόμα και σε νεότερες ηλικίες απ' ό,τι θα περίμενε κανείς (και σε 20άρηδες ή 30άρηδες νέους). Αντιθέτως, η συστηματική άσκηση και το υγιές σωματικό βάρος μπορεί να μειώσουν τις πιθανότητες εκδήλωσής της.

2 Η οστεοαρθρίτιδα δεν είναι σοβαρό πρόβλημα
Η αλήθεια: Είναι γεγονός πως η οστεοαρθρίτιδα από μόνη της δεν είναι θανατηφόρος ασθένεια. Ωστόσο αν ο ασθενής αφεθεί χωρίς θεραπεία, η ζωή με τους πόνους που προκαλεί η αρθρίτιδα μπορεί τελικά να τον οδηγήσει στην ακινησία, στην απομόνωση στο σπίτι ή/και στην βαριά κατάθλιψη και κάθε μία από αυτές τις καταστάσεις μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ποιότητα και στη διάρκεια της ζωής. Επομένως, όποιος έχει επίμονα συμπτώματα στις αρθρώσεις, πρέπει να συμβουλεύεται έναν γιατρό για να κάνει την απαιτούμενη θεραπεία.

3 Η οστεοαρθρίτιδα προκαλεί δυσκαμψία που διαρκεί όλη μέρα
Η αλήθεια: Η δυσκαμψία που διαρκεί επί ώρες ή όλη την ημέρα συνήθως είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, που είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα. Στην οστεοαρθρίτιδα ο ασθενής μπορεί να ξυπνήσει με πόνους και δυσκαμψία, που όμως υποχωρούν μέσα στο πρώτο ημίωρο, καθώς χαλαρώνουν οι αρθρώσεις με την κίνηση. Στην πορεία της ημέρας ο πόνος μπορεί να επι-

στρέψει. Εξαίρεση σε αυτό αποτελεί η οστεοαρθρίτιδα στο χέρι, στα πρώτα στάδια της οποίας η δυσκαμψία μπορεί να επιμείνει όλη την ημέρα.

4 Οι ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα πρέπει να αποφεύγουν τη γυμναστική

Η αλήθεια: Ισχύει ακριβώς το αντίθετο. Πρέπει να γυμνάζονται διότι η άσκηση αυξάνει τη ροή του αίματος και έτσι αρθρώσεις και μύες αιματώνονται καλύτερα. Έχει όμως σημασία το είδος της ασκήσεως. Αν πάσχετε από οξεία οστεοαρθρίτιδα, προτιμήστε κολύμβηση, περπάτημα, ποδηλασία, ασκήσεις στο νερό, ασκήσεις με βάρη και γενικώς χαμηλής πρόσκρουσης ασκήσεις. Ειδάλλως, μπορείτε να κάνετε ό,τι σας αρέσει, ακόμα και ελαφρύ τζόκινγκ (αρκεί να είναι μη-ανταγωνιστικό).

5 Η οστεοαρθρίτιδα αντιμετωπίζεται με παυσίπονα φάρμακα

Η αλήθεια: Η θεραπεία δεν αρχίζει ούτε τελειώνει με τα φάρμακα. Η πρώτης γραμμής θεραπεία για την οστεοαρθρίτιδα μπορεί να συμπεριλαμβάνει ανάπαυση, απώλεια βάρους, ασκήσεις, ψυχρά ή θερμά επιθέματα, χρήση ορθοτικών (είναι συσκευές που ευθυγραμμίζουν τις αρθρώσεις) ή/και φάρμακα. Η θεραπεία καθορίζεται από τον γιατρό σε κάθε ασθενή ξεχωριστά.

6 Για να μειωθεί ο πόνος, ο ασθενής πρέπει να χάσει πολλά κιλά

Η αλήθεια: Δεν χρειάζεται να είναι ακραία η απώλεια βάρους για να παρατηρήσει ο ασθενής διαφορά στα συμπτώματά του. Αν είστε υπέρβαροι και χάσετε το 10% του αρχικού βάρους σας, μπορεί να μειωθεί ο πόνος της οστεοαρθρίτιδας κατά 50%. Μελέτες έχουν δείξει πως για κάθε 0,5 κιλό που χάνει κάποιος, οι πιέσεις στα γόνατά του μειώνονται κατά 2 κιλά.

7 Η οστεοαρθρίτιδα αντιμετωπίζεται με ενέσεις στις αρθρώσεις

Η αλήθεια: Υπάρχουν δύο ειδών ενδαρθρικές ενέσεις, η μία με γλυκοκορτικοειδή (κορτιζόνη) και η άλλη με υαλουρονικό οξύ, οι οποίες χρησιμοποιούνται σε επιλεγμένους ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα γόνατος. Επιπλέον, οι ενδαρθρικές ενέσεις κορτικοειδών τείνουν να εγκαταλειφθούν, επειδή νεότερα επιστημονικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι μπορεί να επιδεινώνουν την εξέλιξη της οστεοαρθρίτιδας.

8 Οι περισσότεροι ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα χρειάζονται τελικά εγχείρηση

Η αλήθεια: Η εγχείρηση δεν είναι η τυπική έκβαση για τους περισσότερους ασθενείς. Το αν θα χρειασθεί να χειρουργηθούν ή όχι εξαρτάται από το αν υιοθετούν τα απαιτούμενα μέτρα στον τρόπο ζωής (π.χ. να χάσουν τα περιττά τους κιλά, να γυμνάζονται) και από το αν ανταποκρίνονται στις συντηρητικές (δηλαδή τις μη χειρουργικές) θεραπείες.

2016

το 3,8% του πληθυσμού (ή 265 εκατομμύρια άνθρωποι) έπασχε από οστεοαρθρίτιδα στο γόνατο

2016

το 1% είχαν οστεοαρθρίτιδα στο ισχίο (πάνω από 68 εκατομμύρια άνθρωποι)

Από τους ασθενείς αυτούς, περισσότεροι από ένας στους έξι έχουν μέτρια έως σοβαρή αναπηρία εξαιτίας της νόσου

9 Για να χειρουργηθεί ο ασθενής, πρέπει να περιμένει μέχρι να μην μπορεί να περπατήσει

Η αλήθεια: Η οστεοαρθρίτιδα είναι μία εκφυλιστική νόσος. Όταν είναι ήπια έως μέτρια τα συμπτώματά της κατά κανόνα καταπραΰνονται με τις συντηρητικές θεραπείες. Αν όμως ο ασθενής αρχίσει να μην βλέπει βελτίωση, να κλείνεται στο σπίτι επειδή πονάει, να πονάει ακόμα κι όταν είναι ακίνητος ή ξαπλωμένος ή/και να μην κοιμάται από τον πόνο το βράδυ, πρέπει να εξετάσει σοβαρά το ενδεχόμενο της εγχείρησης. Το ίδιο και αν αρχίσει να παραμορφώνεται η προσβεβλημένη άρθρωση.

10 Η εγχείρηση πρέπει να καθυστερεί όσο το δυνατόν περισσότερο, γιατί τα εμφυτεύματα έχουν μικρή διάρκεια ζωής

Η αλήθεια: Με τις σύγχρονες, προηγμένες μεθόδους όπως η ρομποτικά υποβοηθούμενη αρθροπλαστική και τα καινοτόμα βιοϋλικά, η διάρκεια ζωής των νέων αρθρώσεων έχει αυξηθεί σημαντικά, εφόσον βέβαια ο ασθενής τηρεί τις μετεγχειρητικές οδηγίες του γιατρού. Αναλόγως με το υλικό και τον τρόπο ζωής του ασθενούς, ένα εμφύτευμα μπορεί πλέον να αντέξει ακόμα και 20-25 χρόνια.

11 Από μία ηλικία και μετά, δεν επιτρέπεται να γίνει εγχείρηση

Η αλήθεια: Κάθε άνθρωπος, ανεξάρτητα από το σωματικό βάρος και την ηλικία του, μπορεί να είναι υποψήφιος για κλασική ή ρομποτική ολική αρθροπλαστική, διότι το κριτήριο είναι ο πόνος και η αναπηρία του και όχι τα κιλά ή τα χρόνια του. Ειδικά η ρομποτική εγχείρηση ενδείκνυται και για ειδικές ομάδες ασθενών, όπως τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, με ενδεχόμενη μυϊκή αδυναμία και παχυσαρκία. Ωστόσο μπορεί να είναι λιγότερο κατάλληλη για όσους έχουν ήδη υποβληθεί σε άλλες χειρουργικές επεμβάσεις στις ίδιες αρθρώσεις (δεν θα μπορεί να γίνει σωστή χαρτογράφησή τους) και για όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας που μπορεί να επιβραδύνουν την επούλωση της χειρουργικής τομής.

12 Η ανάρρωση από την αρθροπλαστική διαρκεί πολλούς μήνες

Η αλήθεια: Εξαρτάται από το είδος της αρθροπλαστικής που θα κάνει ο ασθενής, την εξειδίκευση του γιατρού και το πόσο θα τηρήσει ο ασθενής τις μετεγχειρητικές οδηγίες (συμπεριλαμβάνουν φυσικοθεραπεία, ασκήσεις, διατροφή κ.λπ.). Με τις σύγχρονες, ελάχιστα επεμβατικές αρθροπλαστικές όπως η ρομποτική, οι ασθενείς συνήθως βρίσκονται σε θέση να αναλάβουν τις περισσότερες καθημερινές δραστηριότητές τους μέσα σε 3-6 εβδομάδες. Μέσα σε 6-8 εβδομάδες μπορούν και να οδηγούν, ενώ η ενασχόληση με τα σπορ μπορεί να καθυστερήσει περισσότερο (μπορεί να χρειασθούν έως και 12 εβδομάδες, αναλόγως με το είδος του αθλήματος).

Βάσω Ζησιμοπούλου
Νευρολόγος, Επικεφαλής Μονάδας Αντιμετώπισης Εγκεφαλικών, Ευρωκλινική Αθηνών

Ημικρανία

Ένα από τα συχνότερα νοσήματα που καλούνται οι νευρολόγοι να αντιμετωπίσουν είναι η κεφαλαλγία και συγκεκριμένα η ημικρανία, που αντιστοιχεί σε μία εκ των τριών πρωτοπαθών κεφαλαλγιών.

Συμπτώματα

Πρόκειται για μια επεισοδιακή νευρολογική διαταραχή στο επίκεντρο της οποίας κυριαρχούν το άλγος στο κεφάλι, η ευαισθησία σε αισθητηριακά ερεθίσματα όπως το φως, ο θόρυβος και οι οσμές και τα συνοδά δευτερεύοντα συμπτώματα της ναυτίας και του εμέτου. Η ημικρανία είναι πιο συχνή σε άτομα ηλικίας 30 έως 39 ετών, ο επιπολασμός στους άνδρες και τις γυναίκες φτάνει το 7 και το 24% αντίστοιχα και είναι μια σημαντική αιτία αναπηρίας, αφού κατέλαβε τη δεύτερη θέση παγκοσμίως το 2016 μεταξύ όλων των ασθενει-

ών σε σχέση με προκαλούμενα χρόνια ζωής με αναπηρία.

Που οφείλεται;

Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός πίσω από την ημικρανία, το «γιατί» πονάμε δηλαδή, έχει μετακινηθεί τα τελευταία χρόνια από την κάποτε δημοφιλή αγγειακή θεωρία, στην θεωρία της νευρωνικής δυσλειτουργίας. Πιο αναλυτικά, η άποψη ότι η ημικρανία προκαλείται από τη διαστολή των αιμοφόρων αγγείων και η αύρα της ημικρανίας από αγγειοσυστολή, δεν θεωρείται πλέον επαρκής.

Η τρέχουσα θεωρία είναι ότι οι πονοκέφαλοι της ημικρανίας προκαλούνται από μια πρωτογενή **νευρωνική δυσλειτουργία** που έχει ως αποτέλεσμα μια σειρά αλλαγών στον εγκέφαλο στις διαφορετικές φάσεις μιας ημικρανικής κεφαλαλγίας. Ο κεντρικός μηχανισμός που εμπλέκεται στην έναρξη μιας ημικρανίας είναι η υπερδραστηριότητα του φλοιού, ένα αυτο-πολλαπλασιαστικό κύμα νευρωνικής εκπόλωσης που εξαπλώνεται σε όλο τον εγκεφαλικό φλοιό οδηγώντας μακροπρόθεσμα στη διασπειρόμενη καταστολή του φλοιού - *Cortical spreading depression* (CSD). Αυτή η εκπόλωση του εγκεφαλικού φλοιού:

- Προκαλεί την αύρα λόγω της αυξημένης απελευθέρωσης γλουταμινικού
- Ενεργοποιεί το τρίδυμο νεύρο, το οποίο απελευθερώνει νευροδιαβιβαστές όπως η ουσία P και το CGRP *(Calcitonin Gene-Related Peptide)*.
- Μεταβάλλει τη διαπερατότητα φραγμού αίματος-εγκεφάλου.

Η ημικρανία είναι ένα από τα **συχνότερα προβλήματα υγείας** με πολλές πλέον δυνατότητες θεραπευτικής προσπέλασης. Η κατάλληλη προσέγγιση από έμπειρο νευρολόγο στα Ειδικά Ιατρεία Κεφαλαλγίας προσφέρει λύσεις και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η θεραπεία των ημικρανιών εξαρτάται από τη συχνότητα, τη σοβαρότητα και τα δευτερεύοντα συμπτώματα.

Η απελευθέρωση της ουσίας P και του CGRP προκαλεί φλεγμονή των ευαίσθητων στον πόνο μηνίγγων και διαστολή των αγγείων και δημιουργεί τον ημικρανικό πονοκέφαλο. Επιπλέον, σταδιακά επέρχεται ευαισθητοποίηση των νευρώνων με αποτέλεσμα να αποκτούν ολοένα και μεγαλύτερη ανταπόκριση στη διέγερση: μειώνονται τα όρια απόκρισης, αυξάνεται το μέγεθος της απόκρισης και αναπτύσσεται αυθόρμητη νευρωνική δραστηριότητα.

Η ευαισθητοποίηση είναι πιθανώς υπεύθυνη για πολλά από τα κλινικά συμπτώματα της ημικρανίας, συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας του πόνου, της επιδείνωσης του πόνου με βήχα, κάμψη ή ξαφνικές κινήσεις της κεφαλής, υπεραλγησία (αυξημένη ευαισθησία σε επώδυνο ερέθισμα) και αλλοδυνία (πόνος που προκαλείται από συνήθως μη επώδυνα ερεθίσματα).

Θεραπεία

Η θεραπεία των ημικρανιών εξαρτάται από τη συχνότητα, τη σοβαρότητα και τα δευτερεύοντα συμπτώματα. Πολλοί άνθρωποι που αντιμετωπίζουν τακτικές ημικρανίες χρειάζονται οξεία ή/και προληπτική θεραπεία:

- Η **οξεία θεραπεία** αναφέρεται σε φάρμακα που μπορεί να ληφθούν για άμεση ανακούφιση του πόνου.
- Η **προληπτική θεραπεία** αναφέρεται σε φάρμακα που μπορεί να ληφθούν τακτικά (συνήθως καθημερινά) για την πρόληψη των ημικρανιών στο μέλλον.

Για τους περισσότερους ασθενείς με επεισοδιακή ημικρανία (≤14 ημέρες κεφαλαλγίας ανά μήνα) που έχουν ένδειξη προληπτικής θεραπείας προτείνεται αρχική θεραπεία με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, β- αναστολείς ή τοπιραμάτη. Περίπου 50% έως 75% των ασθενών που λαμβάνουν οποιοδήποτε από αυτά τα φάρμακα θα έχουν 50% μείωση της συχνότητας του πονοκέφαλου, αλλά οι απαιτούμενες δόσεις μπορεί να οδηγήσουν σε μη ανεκτές παρενέργειες.

Η επιλογή μεταξύ προληπτικών παραγόντων παρόμοιας αποτελεσματικότητας πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, τις συννοσηρότητες, το προφίλ παρενεργειών του φαρμάκου, το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής και βέβαια τις προτιμήσεις και το προφίλ του ασθενούς.

Σε αποτυχία των ανωτέρω επιλογών προχωράμε σε πιο προωθημένες θεραπείες. Αυτές περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων ενέσιμη χορήγηση βοτουλινικής τοξίνης (π.χ. BOTOX, DYSPORT κ.ά.) σε κατάλληλες θέσεις στο τριχωτό της κεφαλής, τον αυχένα και το πρόσωπο. Τελευταία εξαιρετικά αποτελέσματα έχουμε με χορήγηση σκευασμάτων με ανθρώπινα μονοκλωνικά αντισώματα σε υποδόρια μηνιαία ή τριμηνιαία χορήγηση (π.χ. *Erenumab*, Fremanezumab, *Galcanezumab*).

Καταλήγοντας, η ημικρανία είναι ένα από τα συχνότερα προβλήματα υγείας με πολλές πλέον δυνατότητες θεραπευτικής προσπέλασης. Η κατάλληλη προσέγγιση από έμπειρο νευρολόγο στα Ειδικά Ιατρεία Κεφαλαλγίας προσφέρει λύσεις και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Ανδριάνα Κουλούρα
Διευθύντρια Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, Ευρωκλινική Αθηνών

Ινοαδενώματα μαστού

Τι είναι και πώς θεραπεύονται;

Τα ινοαδενώματα μαστού είναι οι πιο συνηθισμένοι καλοήθεις όγκοι του μαστού. Εμφανίζονται ως ψηλαφητές, κινητές, ελαστικές ή σκληρές μάζες, συνήθως ανώδυνες, ενώ μπορεί να γίνονται εντονότερα ψηλαφητά και επώδυνα πριν την έμμηνο ρύση.

Πρόκειται για ινοεπιθηλιακούς όγκους, καλά περιγεγραμμένους, με ομαλά όρια, που συνήθως εντοπίζονται σε γυναίκες ηλικίας 15 έως 35 ετών.

Μπορεί να έχουν πολλαπλή ανάπτυξη στον ίδιο μαστό ενώ μόνο στο 10-20% των περιπτώσεων εμφανίζονται και στους δύο μαστούς.

Το μεγεθός τους ποικίλλει από λίγα χιλιοστά ενώ μπορεί να φτάσουν έως

και τα 15 εκατοστά. Οι διαστάσεις τους ενδέχεται να αυξηθούν κατά την εγκυμοσύνη, τον θηλασμό και την ορμονοθεραπεία ενώ παραμένουν σταθερά στην εμμηνόπαυση όταν ελαττώνονται τα επίπεδα των ορμονών και ενίοτε εκφυλίζονται.

Τα ινοαδενώματα είναι συνήθως μικρά και αντιμετωπίζονται συντηρητικά όμως 0,5%-2% αυτών των όγκων μπορεί να εμφανίσει ταχεία ανάπτυξη.

Η παρουσία ενός ινοαδενώματος δεν αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Εξαιρετικά σπάνια ορισμένα in situ ή διηθητικά καρκινώματα μπορούν να αναπτυχθούν στο εσωτερικό ή στην περιφέρεια ενός ινοαδενώματος για τον ίδιο όμως λόγο που θα μπορούσε να αναπτυχθεί ένα καρκίνωμα σε οποιαδήποτε άλλη θέση του μαστού.

Τύποι ινοαδενωμάτων

Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά ενός ινοαδενώματος επηρεάζουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού. Ανάλογα με τον κυρίαρχο κυτταρικό τους πληθυσμό, τα ινοαδενώματα διακρίνονται σε απλά, σύνθετα και φυλλοειδείς όγκους.

Όταν οι διαστάσεις τους ξεπεράσουν τα 10 εκατοστά ονομάζονται γιγάντια ινοαδενώματα ενώ τα ινοαδενώματα που εμφανίζονται σε ηλικίες 10 εως 18 ετών, ονομάζονται νεανικά ινοαδενώματα.

Στα σύνθετα ινοαδενώματα το ενδεχόμενο εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι σχετικά πιο αυξημένο.Οι φυλλοειδείς όγκοι είναι μια ξεχωριστή πάθηση, μοιάζουν με τα ινοαδένωματα και παρόλο που είναι συνήθως καλοήθεις, σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να αφορούν σε κακοήθεια-φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα.

Ποιες είναι οι αιτίες του ινοαδενώματος;

Οι αιτίες εμφάνισης αυτού του καλοήθους όγκου είναι άγνωστες ωστόσο θεωρείται ότι για τη δημιουργία του παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο οι ορμόνες φύλου και ιδιαίτερα η ευαισθησία του μαστού στα οιστρογόνα.

Ο μαστός είναι ένας αδένας που αποτελείται από τα λόβια (τους αδένες που παράγουν γάλα) και τους γαλακτοφόρους πόρους (τους σωλήνες που φέρνουν το γάλα στη θηλή).Αυτά περιβάλλονται από αδενικό, ινώδη και λιπώδη ιστό. Τα ινοαδενώματα δημιουργούνται από τα λόβια, συγκεκριμένα ο αδενικός ιστός κι οι πόροι αναπτύσσονται πάνω στο λόβιο και δημιουργούν έναν συμπαγή όγκο.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση περιλαμβάνει:

- Κλινική εξέταση μαστού
- Υπερηχογράφημα μαστού
- Μαστογραφία
- Βιοψία με λεπτή βελόνη FNA ή κόπτουσα βελόνη-*core biopsy* (όταν υπαρχει υποψία κακοήθειας, αλλαγή στη μορφολογία ή στις διαστάσεις του)

Θεραπεία και παρακολούθηση

Στην περίπτωση που το υπερηχογράφημα και η διαδερμική βιοψία επιβεβαιώσουν την καλοήθη φύση του ογκιδίου και εφόσον αυτό δεν παρουσιάσει αύξηση του μεγέθους του ή αλλαγη της μορφολογίας του, η θεραπεία του μπορεί να είναι συντηρητική, με περιοδικούς κλινικούς και υπερηχογραφικούς ελέγχους.

Συγκεκριμένα για μικρά ινοαδενώματα, που καταγράφονται για πρώτη φορά, ακόμη και αν επιβεβαιωθεί η καλοήθης φύση τους με βιοψία, συστήνεται η παρακολούθησή τους για 4 εξάμηνα. Εάν οι διαστάσεις και η μορφολογία τους παραμένουν σταθερά συνεχίζουμε την παρακολούθηση με τον προληπτικό έλεγχο ρουτίνας που προβλέπεται για την ηλικία της ασθενούς.

Σε περίπτωση που αναδειχθεί αύξηση του μεγέθους τους, κλινική ή απεικονιστική υποψία για κακοήθεια, είναι αναγκαία η βιοψία τους με λεπτή ή κόπτουσα βελόνη.

Χειρουργική αφαίρεση ενδείκνυται στις εξής περιπτώσεις:

- Διαστάσεις μεγαλύτερες των 2-3 εκατοστών
- Όταν η βιοψία αναδείξει άτυπα κύτταρα ή παρουσία φυλλοειδούς όγκου
- Αύξηση του μεγέθους του ή ταχεία ανάπτυξη
- Στην περίπτωση που η παρουσία του ινοαδενώματος συνδυάζεται με έντονο πόνο
- Εάν το επιθυμεί η ασθενής.

Η χειρουργική επέμβαση είναι σχετικά απλή και μπορεί να γίνει με τοπική ή γενική αναισθησία. Συνήθως προτιμάται η αφαίρεση από μια μικρή τομή στη θηλή, εάν το επιτρέπει η θέση του, με στόχο το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα. Σε περίπτωση μη ψηλαφητού ινοαδενώματος γίνεται προεγχειρητικός εντοπισμός και σήμανση με συρμάτινο οδηγό.

Η ασθενής μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι της το ίδιο απόγευμα ενώ η ανάρρωσή της είναι σύντομη.

Συμπέρασμα

Τα ινοαδένωματα μαστού είναι καλοήθεις όγκοι. Οι γυναίκες με ινοαδενώματα πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικούς ελέγχους τόσο κλινικούς όσο και απεικονιστικούς ώστε να αναγνωρίζεται οποιαδήποτε αλλαγή. Σε ορισμένες περιπτώσεις ενδέχεται να εμφανιστούν νέα ινοαδενώματα στο μαστό που έχει ήδη υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα ινοαδένωμα που εντοπιζεται για πρώτη φορά σε ηλικία άνω των 40 ετών δεν είναι σύνηθες ως εκ τούτου είναι αναγκαίο να γίνεται μια σωστή διερεύνηση σε οποιονδήποτε όγκο εμφανίζεται σε αυτή την ηλικία. Το ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες στην εμμηνόπαυση. Για οποιοδήποτε νέο εύρημα στην αυτοεξέταση ή στον προληπτικό έλεγχο των μαστών πρέπει να απευθύνονται σε ειδικό χειρουργό μαστού ώστε να αποκλειστεί κάθε υποψία για κακοήθεια.

Δημήτριος Παπαγεωργίου
Διευθυντής Νευροχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Ενδοσκοπική χειρουργική

Το μέλλον στην αντιμετώπιση προβλημάτων σπονδυλικής στήλης

Η καθιστική ζωή, η κακή στάση σώματος, η πολύωρη εργασία στο γραφείο, η έλλειψη άσκησης ή και πολλές φορές η υπερβολική άσκηση, η άρση βάρους και οι τραυματισμοί δημιουργούν συχνά προβλήματα στην σπονδυλική στήλη.

Τα συχνότερα προβλήματα στην σπονδυλική στήλη είναι εκφυλιστικά με κυριότερο την κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου και δευτερευόντως τη στένωση σπονδυλικού σωλήνα, η οποία παρατηρείται όμως κυρίως σε ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας.

Ποια είναι τα βασικά χαρακτηριστικά της κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου;

Οι κήλες μεσοσπονδυλίων δίσκων είναι ένας πολύ συχνός λόγος για τον οποίο οι ασθενείς έρχονται στον γιατρό αναζητώντας βοήθεια στο πρόβλημά τους. Οι κήλες δεν έχουν «ηλικιακό περιορισμό» καθώς μπορούν να εμφανιστούν από εφήβους μέχρι και ηλικιωμένους. Εμφανίζονται σε οποιαδήποτε μοίρα της σπονδυλικής στήλης, συχνότερα στην οσφυϊκή και την αυχενική, προκαλώντας αντίστοιχα πόνο στην μέση, στο πόδι, στον αυχένα ή στο χέρι.

Πώς μεταβάλλονται οι κήλες μεσοσπονδύλιου δίσκου με τον χρόνο;

Το σημαντικότερο λάθος που γίνεται σήμερα είναι πως οι άνθρωποι με προβλήματα σπονδυλικής στήλης αφήνουν το πρόβλημα να χρονίσει, θεωρώντας δεδομένο και φυσιολογικό πώς θα πρέπει να πονάνε για μεγάλο χρονικό εφόσον το πρόβλημά τους είναι στην σπονδυλική τους στήλη. Αποτέλεσμα αυτής της καθυστέρησης είναι να διαταράσσεται η ποιότητα ζωής τους, να ζουν με χρόνιο πόνο και συχνά να φτάνουν στον γιατρό όταν πλέον έχει προκληθεί βλάβη σε κάποια από τα νεύρα της σπονδυλικής τους στήλης. Αυτό έχει ως συνέπεια να εκδηλώνεται μια βαρεία δυσλειτουργία του νεύρου και κατ' επέκταση δυσλειτουργία του άκρου που ελέγχει βλάβες μη αναστρέψιμες. Είναι εξαιρετικά σημαντικό τέτοιου είδους προβλήματα, να διαγνωσθούν έγκαιρα, να διερευνηθούν με εξετάσεις απεικονιστικές ή εργαστηριακές και να οργανωθεί ένα θεραπευτικό

Η ενδοσκοπική χειρουργική είναι η πλέον σύγχρονη και παράλληλα ο ορισμός της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής της σπονδυλικής στήλης. Η επέμβαση πραγματοποιείται από μία δερματική τομή διαστάσεων μόλις 8 χιλιοστών, με την χρήση ενός ενδοσκοπίου υψηλής ευκρίνειας

πλάνο με τη συνεργασία γιατρού και ασθενούς.

Τι είναι η ενδοσκοπική χειρουργική;

Έως και πριν από κάποια χρόνια οι ασθενείς με κήλη μεσοσπονδύλιων δίσκων υποβάλλονταν σε βαριά χειρουργεία, με σημαντική απώλεια αίματος, μετεγχειρητικό πόνο και χρόνο αποκατάστασης περισσότερο από ένα μήνα.

Τα τελευταία χρόνια έχουμε στην διάθεσή μας την ενδοσκοπική χειρουργική, ένα καινούργιο, ελάχιστα επεμβατικό και κυρίως ανατομικό τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων της σπονδυλικής στήλης. Η ενδοσκοπική χειρουργική είναι η πλέον σύγχρονη και παράλληλα ο ορισμός της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής της σπονδυλικής στήλης. Η επέμβαση πραγματοποιείται από μία δερματική τομή διαστάσεων μόλις 8 χιλιοστών, με την χρήση ενός ενδοσκοπίου υψηλής ευκρίνειας το οποίο προβάλλει την εικόνα σε μια οθόνη (4K). Μέσα από αυτό το ενδοσκόπιο πραγματοποιείται ολόκληρο το χειρουργείο.

Η εξειδικευμένη ομάδα μας στην Ευρωκλινική Αθηνών έχει αντιμετωπίσει περισσότερους από τριακόσιους ασθενείς με αυτή την τεχνική, με εξαιρετικά αποτελέσματα

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα της νέας μεθόδου;

Η ενδοσκοπική χειρουργική πέραν του πραγματικά αναίμακτου χαρακτήρα της, έχει ως σημαντικότερο πλεονέκτημά της την αληθινά ανατομική προσέγγιση του προβλήματος που αντιμετωπίζεται. Αυτό σημαίνει πως η επέμβαση γίνεται στοχευμένα αποκλειστικά στο σημείο που εντοπίζεται το πρόβλημα και δεν επηρεάζεται η φυσιολογική ανατομία της σπονδυλικής στήλης.

Λόγω της προσέγγισης αυτής ο ασθενής κινητοποιείται άμεσα, μόλις μία ώρα μετά το χειρουργείο και ταυτόχρονα ελαχιστοποιείται ο μετεγχειρητικός πόνος, σε σημείο που δεν χρειάζεται καν συστηματική αγωγή παυσίπονων. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει άμεσα στην καθημερινότητά και τις δραστηριότητές του ενώ με τις συμβατικές τεχνικές απαιτούνταν 4 με 6 εβδομάδες με σημαντικούς περιορισμούς.

Ίσως το μεγαλύτερο πλεονέκτημα είναι ότι δεν υπάρχει κανένας απολύτως ηλικιακός περιορισμός για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της σπονδυλικής στήλης. Μπορούν να αντιμετωπισθούν από πολύ νέοι

άνθρωποι καθώς δεν επηρεάζεται η φυσιολογική ανατομία της σπονδυλικής στήλης όπως και ασθενείς μεγάλης ηλικίας, μιας και η επέμβαση είναι ελάχιστα επεμβατική και μπορεί να πραγματοποιηθεί και με την χρήση τοπικής αναισθησίας. Χαρακτηριστικά ο μεγαλύτερος ηλικιακά ασθενής μας που υποβλήθηκε σε επέμβαση ενδοσκοπικής χειρουργικής ήταν 90 ετών, ο οποίος κινητοποιήθηκε 2 ώρες μετά το χειρουργείο.

Με την ενδοσκοπική χειρουργική αντιμετωπίζουμε ένα ευρύ φάσμα της παθολογίας της σπονδυλικής στήλης δίνοντας λύση στο πρόβλημα των ασθενών χωρίς να είμαστε αναγκασμένοι να τους υποβάλλουμε σε βαριά χειρουργεία όπως για παράδειγμα η σπονδυλοδεσία.

Ποιες είναι οι απαιτήσεις της μεθόδου και που εφαρμόζεται;

Η ενδοσκοπική χειρουργική αποτελεί αυτή τη στιγμή το μέλλον και τη μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση προβλημάτων στην σπονδυλική στήλη. Εφαρμόζεται σε εξειδικευμένα κέντρα στο εξωτερικό και κάνει σιγά σιγά την εμφάνισή της και στην Ελλάδα.

Ως τεχνική είναι απαιτητικότερη των ανοιχτών μεθόδων, έχοντας μία σχετικά υψηλή καμπύλη εκμάθησης και έναν αριθμό χειρουργείων για να εξοικειωθεί ο χειρουργός. Απαιτεί έναν πολύ καλό προεγχειρητικό σχεδιασμό, μιας και όλο το χειρουργείο πραγματοποιείται μέσα από μία τομή μικρότερη του ενός εκατοστού. Το θετικό είναι πως όσο πιο έμπειρος είναι ο χειρουργός, τόσο μεγαλύτερο εύρος προβλημάτων στη σπονδυλική στήλη μπορεί να αντιμετωπίσει.

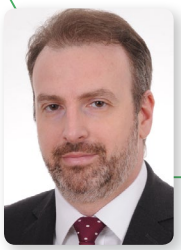
Τα τελευταία δύο χρόνια αποτελούμε κέντρο εκπαίδευσης στην ενδοσκοπική χειρουργική σπονδυλικής στήλης

Η εξειδικευμένη ομάδα μας στην Ευρωκλινική Αθηνών έχει τη χαρά να έχει αντιμετωπίσει περισσότερους από τριακόσιους ασθενείς με αυτή την τεχνική, με εξαιρετικά αποτελέσματα. Η γνώση μας και η εμπειρία μας στην εν λόγω μέθοδο έχει οδηγήσει τα τελευταία δύο χρόνια να αποτελούμε κέντρο εκπαίδευσης στην ενδοσκοπική χειρουργική σπονδυλικής στήλης, για συναδέλφους στο εξωτερικό και στην Ελλάδα, με ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον καθώς τα πλεονεκτήματα της μεθόδου για τον ασθενή είναι συντριπτικά έναντι των κλασικών μεθόδων.

Για εμάς, στην MINETTA, η ασφάλιση δεν είναι μια απλή συναλλαγή.
Είναι Ανθρώπινη Σχέση. Είναι Σεβασμός. Είναι Προσήλωση.
Είναι Διαθεσιμότητα. Είναι ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΜΟΝΟ.

www.minetta.gr

ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ
MINETTA
ασφαλίζει ό,τι αξίζει.



Βασίλειος Σκουτέρης
Χειρουργός Οφθαλμίατρος
Διευθυντής Οφθαλμολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών και Ευρωκλινική Παίδων

Q&A

Χαλάζιο

Τι είναι το χαλάζιο;
Το χαλάζιο είναι μία πολύ συχνή κατάσταση η οποία οφείλεται σε απόφραξη ενός από τους αδένες των βλεφάρων οι οποίοι ονομάζονται Μεϊβομιανοί. Αποτελεί μία διόγκωση που μπορεί να περιέχει υγρό ή ημι-στερεό περιεχόμενο (κύστη) που παρουσιάζεται στα βλέφαρα. Οι αδένες αυτοί βρίσκονται παρατεταγμένοι ο ένας δίπλα στον άλλον στο άνω και στο κάτω βλέφαρο.

Ποια είναι τα συμπτώματα;
Το αρχικό σύμπτωμα μπορεί να είναι αίσθημα ξένου σώματος, πόνος ή ερεθισμός σε κάποιο σημείο των βλεφάρων. Ακολουθεί ερυθρότητα και οίδημα (πρήξιμο) το οποίο συνοδεύεται από άλγος στην πίεση. Τις περισσότερες φορές το χαλάζιο μπορούμε να το ψηλαφίσουμε ακόμα και στα αρχικά του στάδια. Σε προχωρημένες περιπτώσεις το βλέφαρο μπορεί να επιμολυνθεί με αποτέλεσμα έντονο πρήξιμο, μερικό η πλήρες κλείσιμο του ματιού και ερυθρότητα που επεκτείνεται και στο εσωτερικό του ματιού δηλαδή στον επιπεφυκότα.

Χαλάζιο και βλεφαρίτιδα
Η βλεφαρίτιδα είναι μία πολύ συχνή και υποδιαγνωσμένη πάθηση στην εποχή μας η οποία μπορεί να οδηγήσει στην δημιουργία χαλαζίων. Αποτελεί μια χρόνια φλεγμονή των βλεφάρων η οποία δημιουργεί, δυσλειτουργία της πρόσθιας επιφάνειας του ματιού, των βλεφάρων, της δακρυϊκής στοιβάδας αλλά και των εξωτερικών στιβάδων του κερατοειδούς. Συχνά η βλεφαρίτιδα είναι δύσκολα αντιμετωπίσιμη και απαιτεί χρόνο για την βελτίωση των συμπτωμάτων.

Το χαλάζιο αποτελεί μία διόγκωση που μπορεί να περιέχει υγρό ή ημι-στερεό περιεχόμενο (κύστη) που παρουσιάζεται στα βλέφαρα. Η θεραπεία του χαλαζίου γίνεται αρχικά με τοπική αντιβιοτική αγωγή με ή χωρίς χρήση κορτιζόνης

Είναι συχνά τα χαλάζια στα παιδιά;
Τα παιδιά εμφανίζουν πολύ συχνά χαλάζια. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα παιδιά πολλές φορές τρίβουν ή ακουμπάνε τα μάτια τους μεταφέροντας μικρόβια απο τα χέρια τους κάτι που είναι απόλυτα φυσιολογικό αφού θέλουν να εξερευνήσουν τον κόσμο μας ενώ δεν έχουν συνήθως προλάβει να αναπτύξουν το αίσθημα της προσοχής. Εκεί βρίσκεται και ο δικός μας δύσκολος ρόλος ως γονείς να

Θεραπεία

Η θεραπεία του χαλαζίου γίνεται αρχικά με τοπική αντιβιοτική αγωγή με ή χωρίς χρήση κορτιζόνης.
Η αντιβιοτική δράση περιορίζει την μόλυνση που συχνά συνοδεύει τα χαλάζια αφού οι αδένες αυτοί περιέχουν αρκετά μικρόβια. Η κορτιζόνη είναι επίσης ιδιαίτερα χρήσιμη αφού μειώνει την φλεγμονή άρα και το οίδημα που υπάρχει βοηθώντας στην διάνοιξή τους.
Πολύ σημαντική είναι η εφαρμογή ζεστών κομπρεσών, οι οποίες από μόνες τους μπορεί να βοηθήσουν να απελευθερωθεί το περιεχόμενο και να μην χρειαστεί καμία επιπλέον παρέμβαση. Σε ορισμένες περιπτώσεις το χαλάζιο μπορεί να μην υποχωρήσει με την συντηρητική θεραπεία, τότε ένας χειρουργικός καθαρισμός θα δώσει οριστική λύση.

φροντίζουμε να έχουν καθαρά χέρια ή να αποφεύγουν να ακουμπήσουν τα ματάκια τους με λερωμένα χέρια.

Πότε χρειάζεται επεμβατική αντιμετώπιση;

Σε ένα μικρό ποσοστό των χαλαζίων και συνήθως όταν δεν έχει αντιμετωπιστεί σωστά στα αρχικά του στάδια τότε αυτά εγκαθίστανται ως μικρά σφαιρικά μορφώματα στο βλέφαρο τα οποία δεν υποχωρούν. Η παρουσία χαλαζίων σε αυτή την μορφή δεν είναι απαραίτητο να αντιμετωπιστεί επεμβατικά εάν δεν προκαλεί ενοχλήσεις στον άνθρωπο. Ο βασικός λόγος παρέμβασης είναι αισθητικού χαρακτήρα αφού η παραμόρφωση που προκαλεί στο βλέφαρο μπορεί να είναι σημαντική.

Σε ένα μικρό ποσοστό των χαλαζίων και συνήθως όταν δεν έχει αντιμετωπιστεί σωστά στα αρχικά του στάδια τότε αυτά εγκαθίστανται ως μικρά σφαιρικά μορφώματα στο βλέφαρο τα οποία δεν υποχωρούν

Τι αφορά η χειρουργική αντιμετώπιση

Η επέμβαση που απαιτείται σε τέτοιες περιπτώσεις είναι η ελάχιστη δυνατή. Αφορά στην διάνοιξη από την εσωτερική πλευρά του βλεφάρου με την ελάχιστη δυνατή τομή, η οποία συνήθως είναι μερικά χιλιοστά. Γίνεται με πλήρη αναισθητοποίηση του βλεφάρου και της γύρω περιοχής και είναι προτιμότερο να γίνεται σε συνθήκες αποστειρωμένου περιβάλλοντος ώστε να αποφευχθεί η πιθανότητα επιμόλυνσης. Συνεπώς είναι μία επέμβαση στην οποία δεν χρειάζονται ράμματα, διαρκεί 5 λεπτά και φυσικά ο ασθενής δεν αισθάνεται τίποτα παρά μόνο ένα «τσιμπηματάκι» από την τοπική αναισθησία. Δεν χρειάζεται μέθη η ολική νάρκωση (με εξαίρεση τα παιδιά) και το μάτι παραμένει κλειστό μόνο για λίγες ώρες (1-2) μετά την επέμβαση και αυτό προκειμένου να μην χρειαστούν ράμματα. Μετά την επέμβαση δεν υπάρχουν ιδιαίτεροι περιορισμοί παρά μόνο η αποφυγή του νερού για την ημέρα της επέμβασης και την επόμενη ενώ δίνουμε ως αγωγή μια οφθαλμική αλοιφή για λίγες ημέρες. Μετά την επέμβαση η περιοχή συνήθως είναι ελαφρώς οιδηματώδης κάτι που βελτιώνεται μέσα στις πρώτες ημέρες. Τα αποτελέσματα όσον αφορά την διόρθωση του προβλήματος είναι εξαιρετικά και το βλέφαρο επανέρχεται στην προ του χαλαζίου μορφή του μέσα σε μερικές ημέρες.

Θάλεια Πετροπούλου
Γενικός Χειρουργός, Ρομποτική Χειρουργική Παχέος Εντέρου & Ορθού, Ευρωκλινική Αθηνών

Εκκολπωματική νόσος & Εκκολπωματίτιδα

Η εκκολπωματική νόσος και η εκκολπωματίτιδα σχετίζονται με πεπτικές παθήσεις που επηρεάζουν συνηθέστερα το παχύ έντερο.

Τα εκκολπώματα είναι μικρά εξογκώματα ή «τσέπες» που μπορούν να αναπτυχθούν στο τοίχωμα του εντέρου, συνηθέστερα στο αριστερό τμήμα του αλλά και ολόκληρο το παχύ ή και το λεπτό έντερο. Είναι συνηθέστερα στους ηλικιωμένους και σε αυτούς που δεν περιλαμβάνουν αρκετές φυτικές ίνες στη διατροφή τους. Όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα, ονομάζεται **εκκολπωμάτωση**.

Όταν τα εκκολπώματα προκαλούν συμπτώματα, ονομάζεται **εκκολπωματική νόσος**.

Εάν τα εκκολπώματα μολυνθούν από μικρόβια που «παγιδεύονται» στα στόμιά τους, μπορεί να προκαλέσουν συστηματική φλεγμονή και πιο σοβαρά συμπτώματα, και ονομάζεται εκκολπωματίτιδα.

Η εκκολπωματίτιδα μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές και θνητότητα, αλλά ευτυχώς αυτό είναι σπάνιο.

Η πιο συχνή σοβαρή επιπλοκή είναι όταν ένα εκκόλπωμα υποστεί ρήξη, προκαλώντας περιτονίτιδα ή απόστημα. Αν αυτό συμβεί, χρειάζεται νοσηλεία στο νοσοκομείο επειγόντως και πιθανόν χειρουργική επέμβαση.

Αίτια

- **Ηλικία**. Καθώς μεγαλώνουμε, τα τοιχώματα του εντέρου γίνονται πιο αδύναμα και η πίεση των κοπράνων που διέρχονται από αυτό μπορεί να προκαλέσει σχηματισμό εκκολπωμάτων. Η πλειοψηφία των ανθρώπων θα έχει εκκολπώματα μέχρι την ηλικία των 80 ετών.
- **Διατροφή.** Η μη κατανάλωση αρκετών ινών και η κατανάλωση ζωικού λίπους, πιστεύεται ότι συνδέεται με την ανάπτυξη εκφυλιστικών ασθενειών και εκκολπωματίτιδας.
- **Κάπνισμα**
- **Παχυσαρκία**
- **Έλλειψη άσκησης**

Τα εκκολπώματα είναι μικρά εξογκώματα ή «τσέπες» που μπορούν να αναπτυχθούν στο τοίχωμα του εντέρου, συνηθέστερα στο αριστερό τμήμα του αλλά και ολόκληρο το παχύ ή και το λεπτό έντερο. Είναι συνηθέστερα στους ηλικιωμένους και σε αυτούς που δεν περιλαμβάνουν αρκετές φυτικές ίνες στη διατροφή τους

- **Ιστορικό δυσκοιλιότητας**
- **Μακροχρόνια τακτική χρήση φαρμάκων**, όπως τα στεροειδή, τα οπιοειδή και τα αντιφλεγμονώδη.
- **Γενετικοί λόγοι.** Είναι πιο πιθανό να αναπτύξετε εκκολπωματίτιδα εάν έχετε στενό συγγενή με εκκολπωματική νόσο, ειδικά εάν το ανέπτυξαν πριν την ηλικία των 50 ετών.

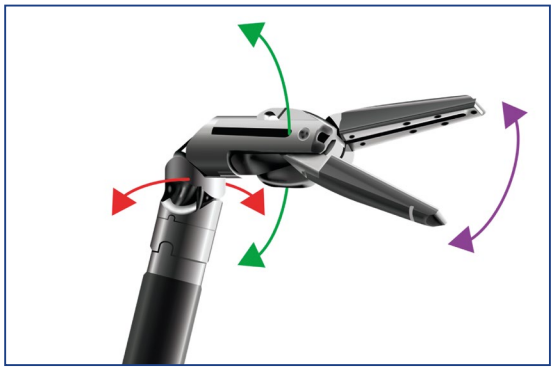
Συμπτώματα

Τα συμπτώματα της εκκολπωματικής νόσου περιλαμβάνουν:

- Πόνο στην κοιλιά, συνήθως στην κάτω αριστερή πλευρά, που τείνει να έρχεται και να φεύγει (κολικός) και επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά το φαγητό.
- Δυσκοιλιότητα, διάρροια ή και τα δύο.
- Περιστασιακά, αίμα στα κόπρανα.

Εάν η εκκολπωματική νόσος μολυνθεί και προκαλέσει φλεγμονή (εκκολπωματίτιδα), μπορεί ξαφνικά να αναπτυχθεί:

- Συνεχής, πιο σοβαρός πόνος στην κοιλιά.



- Υψηλή θερμοκρασία
- Διάρροια ή δυσκοιλιότητα
- Βλέννα ή αίμα στα κόπρανα.

Διαγνωστικές εξετάσεις για τον εντοπισμό της εκκολπωματικής νόσου και εκκολπωματίτιδας

Είναι πολύ σημαντικό πριν αποδοθεί οποιοδήποτε σύμπτωμα σε εκκολπωματική νόσο, να αποκλειστούν άλλες καταστάσεις με παρόμοια συμπτώματα, όπως σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS), κοιλιοκάκη ή καρκίνο του εντέρου, γι' αυτό το ιατρικό ιστορικό είναι απαραίτητο. Μπορεί να χρειαστούν εξετάσεις αίματος, αξονική τομογραφία κοιλίας και κολονοσκόπηση ή αξονική κολονογραφία.

Τα οφέλη της ρομποτικής πλατφόρμας στην αντιμετώπιση των ασθενών με εκκολπωματίτιδα, είναι πολλά και σημαντικά

Πρόληψη

Για να αποτρέψετε την εκκολπωματίτιδα:

- **Άσκηση**. Η άσκηση προάγει τη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου. Προσπαθήστε να ασκηθείτε τουλάχιστον 30 λεπτά τις περισσότερες ημέρες.
- **Τρώτε περισσότερες φυτικές ίνες.** Μια δίαιτα με υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες, όπως φρέσκα φρούτα και λαχανικά και δημητριακά ολικής αλέσεως, μειώνει τον κίνδυνο εκκολπωματίτιδας. Η κατανάλωση σπόρων και ξηρών καρπών δεν σχετίζεται με την ανάπτυξη εκκολπωματίτιδας.
- Πίνετε πολλά υγρά.
- Αποφύγετε το κάπνισμα. Το κάπνισμα σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εκκολπωματίτιδας.

Αντιμετώπιση

- **Συντηρητική**. Η εκκολπωματική νόσος και οι ήπιες περιπτώσεις εκκολπωματίτιδας αντιμετωπίζονται συντηρητικά, ακόμα και στο σπίτι με δίαιτα μόνο με υγρά και σούπες για μερικές μέρες μέχρι να υποχωρήσουν τα συμπτώματα, και πιθανόν και αντιβιοτικά και παυσίπονα από το στόμα. Οι πιο σοβαρές περιπτώσεις εκκολπωματίτιδας μπορεί να χρειάζονται νοσηλεία σε νοσοκομείο, αρχικά για ενδοφλέβια αντιβίωση και ενυδάτωση, ή και διαθερμική παροχέτευση αποστημάτων.
- **Χειρουργική.** Στις περιπτώσεις, όπου η συντηρητική θεραπεία δεν αποδίδει, ή όταν έχουν δημιουργηθεί χρόνιες επιπλοκές από πολλαπλές υποτροπιάζουσες κρίσεις, μπορεί να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση για τη θεραπεία σοβαρών επιπλοκών της εκκολπωματίτιδας, όπως είναι η διάτρηση και κοπρανώδης περιτονίτιδα, η απόφραξη, ο σχηματισμός συριγγίων, η στένωση του παχέος εντέρου. Η χειρουργική επέμβαση συνήθως περιλαμβάνει την αφαίρεση του προσβεβλημένου τμήματος (κολεκτομή).

Ο ρόλος της ρομποτικής στη χειρουργική αντιμετώπιση της εκκολπωματίτιδας

Τα οφέλη της ρομποτικής πλατφόρμας στην αντιμετώπιση των ασθενών με εκκολπωματίτιδα, είναι πολλά και σημαντικά. Οι ασθενείς έχουν πολύ μικρότερο μετεγχειρητικό πόνο, λιγότερες λοιμώξεις χειρουργικού τραύματος και μετεγχειρητικές επιπλοκές, μικρότερη απώλεια αίματος, μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο και ταχύτερη επιστροφή στις καθημερινές λειτουργίες και λιγότερες πιθανότητες δημιουργίας παρά φύση έδρας (κολοστομίας).

Όταν η διάτρηση συμβεί χαμηλά στο ορθό, με τη ρομποτική πλατφόρμα, μπορούμε να απεικονίσουμε και να διατηρήσουμε καλύτερα τα πυελικά νεύρα, με αποτέλεσμα καλύτερη λειτουργία του εντέρου, καλύτερο έλεγχο της ουροδόχου κύστης και καλύτερη στυτική λειτουργία.

Τέλος, η δημιουργία συμφύσεων είναι ελάχιστη, με αποτέλεσμα να αποφεύγονται οι επιπλοκές από τη χρόνια δημιουργία συμφύσεων, όπως είναι η απόφραξη του εντέρου (ειλεός) και ο χρόνιος πόνος.

Αναστάσιος Γυφτόπουλος
Διευθυντής Ακτινοδιαγνώστης, Ευρωκλινική Αθηνών και Ευρωκλινική Παίδων

Πολυπαραμετρική μαγνητική τομογραφία προστάτη

Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί την δεύτερη πιο συχνή κακοήθεια στον ανδρικό πληθυσμό σε παγκόσμια κλίμακα. Όταν η κακοήθεια περιορίζεται στον προστάτη αδένα, συνιστάται ριζική προστατεκτομή ή ακτινοθεραπεία με την προσδοκία της οριστικής θεραπείας.

Η μέτρηση του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA) έχει χαμηλή ειδικότητα και οδηγεί σε διαγνωστικά και θεραπευτικά σφάλματα, ενώ η υπερηχοτομογραφικά καθοδηγούμενη βιοψία εξαρτάται από την τυχαιότητα των δειγμάτων.

Η Μαγνητική Τομογραφία έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα ως μέσο εντοπισμού και σταδιοποίησης του καρκίνου του προστάτη. Η προσθήκη τεχνικών όπως οι ακολουθίες διάχυσης (DWI), η δυναμική μελέτη μετά την ενδοφλέβια χορήγηση παραμαγνητικής ουσίας (DCE-MRI), η φασματοσκοπία και η ποσοτικοποίηση του χρόνου T2 παρέχουν επιπρόσθετες πληροφορίες για την ανατομία και φυσιολογία του προστάτη αδένα. Με τον τρόπο αυτό βοηθούν στον διαχωρισμό του φυσιολογικού από τον παθολογικό ιστό. Ο συνδυασμός των τεχνικών δρα συνεργικά βελτιώνοντας την δυνατότητα της εξέτασης να εντοπίσει τον καρκίνο. Τα ανωτέρω συνθέτουν την πολυπαραμετρική τομογραφία προστάτη (mpMRI).

Η πολυπαραμετρική προσέγγιση περιλαμβάνει τόσο **ποιοτική** (οπτική), όσο και **ποσοτική** εκτίμηση (σχεδιασμός και αξιολόγηση πολυπαραμετρικών χαρτών).

Η εξέταση πραγματοποιείται με πηνίο κοιλίας χωρίς τη χρήση ενδοορθικού πηνίου. Διαρκεί 25-30' και είναι καλά ανεκτή από τους εξεταζόμενους.

Το πρωτόκολλο της εξέτασης περιλαμβάνει συνδυασμό μορφολογικών και λειτουργικών ακολουθιών ενώ χορηγείται ενδοφλέβια σκιαγραφικό.

Μετά αναλύσεις έχουν αναδείξει ευαισθησία 60%-96% για την πολυπαραμετρική εξέταση και αρνητική προγνωστική αξία 65%-98% στη διάγνωση της κακοήθειας στον προστάτη.

Η Μαγνητική Τομογραφία έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα ως μέσο εντοπισμού και σταδιοποίησης του καρκίνου του προστάτη. Η προσθήκη των επιμέρους τεχνικών της πολυπαραμετρικής μελέτης δρα συνεργικά βελτιώνοντας την δυνατότητα της εξέτασης να εντοπίσει τον καρκίνο

Η αναγνώριση του κύριου όγκου *«index lesion»*, φαίνεται να είναι εφικτή με την μαγνητική τομογραφία με μεγάλη ακρίβεια.

Η πολυπαραμετρική τομογραφία προστάτη σύμφωνα με πρόσφατη διεθνή βιβλιογραφία:

- Ελαττώνει τις απαιτούμενες διορθικές βιοψίες
- Μειώνει τις διαγνώσεις μη κλινικά σημαντικών όγκων
- Καθιστά εφικτή τη διάγνωση των κλινικά σημαντικών όγκων
- Παρέχει προγνωστικές πληροφορίες για την εξέλιξη της νόσου.

Ταυτόχρονα δίνει πληροφορίες που αφορούν την τοπική σταδιοποίηση της νόσου ενώ εκτιμά και την ανταπόκριση στη θεραπεία.

Στην περίπτωση εντοπισμένης νόσου η πολυπαραμετρική απεικόνιση με μαγνητική τομο-

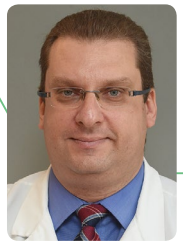
γραφία (mpMRI) παρέχει συμπληρωματικές πληροφορίες στις παραμέτρους της κλινικής σταδιοποίησης και μπορεί να βοηθήσει στην επιλογή μιας λιγότερο επιθετικής τακτικής με διατήρηση τμήματος του αδένα αντί για ριζική προστατεκτομή. Εάν η τακτική παρακολούθηση *(active surveillance)* περιλαμβάνεται στις επιλογές αντιμετώπισης, η πολυπαραμετρική απεικόνιση με μαγνητική τομογραφία (mpMRI) μπορεί να βοηθήσει στην εντόπιση εστιών όγκου υψηλού βαθμού κακοήθειας ή στην αναγνώριση πιο εκτεταμένης νόσου που υποεκτιμήθηκε από την ενδοορθική βιοψία *(TRUS-guided biopsy)*. Έτσι κάποιοι ασθενείς μπορούν να αποκλεισθούν από αυτή την θεραπευτική προσέγγιση.

Η Μαγνητική τομογραφία επηρεάζει την ακτινοθεραπεία σε μια σειρά παραμέτρων (επιλογή ασθενών, τροποποίηση στην σχεδίαση της χορηγούμενης δόσης).

Η πολυπαραμετρική μαγνητική τομογραφία μπορεί να αναδείξει την τοπική υποτροπή μετά από ακτινοθεραπεία ή βραχυθεραπεία . Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο καθώς οι μεταβολές των τιμών PSA στην πρώιμη υποτροπή είναι μη ειδικές.

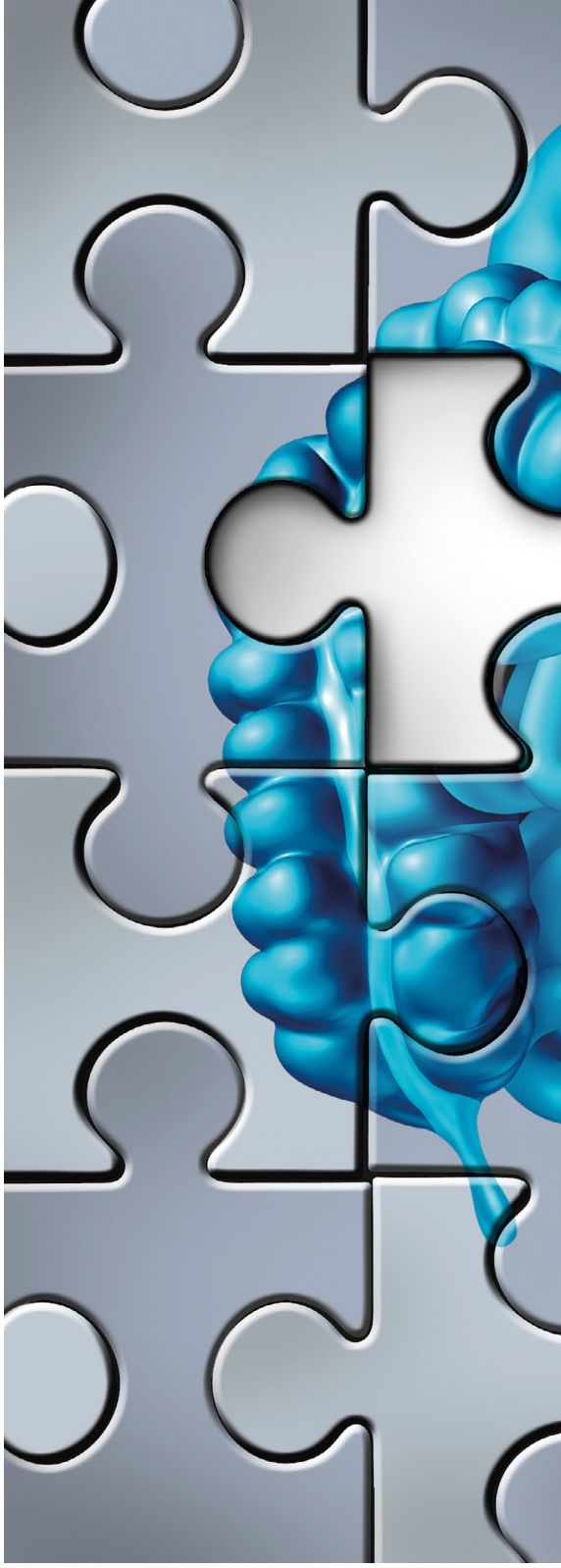
Η εξέταση πραγματοποιείται με πηνίο κοιλίας χωρίς τη χρήση ενδοορθικού πηνίου. Διαρκεί 25'-30' και είναι καλά ανεκτή από τους εξεταζόμενους

Μπορεί επίσης να αναδείξει την τοπική υποτροπή μετά απο ριζική προστατεκτομή και να καθοδηγήσει την ακτινοθεραπεία. Η κλινική χρησιμότητα της εξέτασης αποτυπώνεται στο συνεχώς αυξανόμενο αριθμό εξετάσεων που διενεργούνται παγκοσμίως. Η εξέταση πραγματοποιείται και στην Κλινική μας, όπου ο αριθμός των εξετάσεων αυξάνεται σταθερά τα τελευταία χρόνια.



Αναστάσιος Τσεχπενάκης
Διευθυντής
Γενικός Χειρουργός,
Ευρωκλινική Αθηνών

Η χειρουργική του **παχέος εντέρου** σήμερα



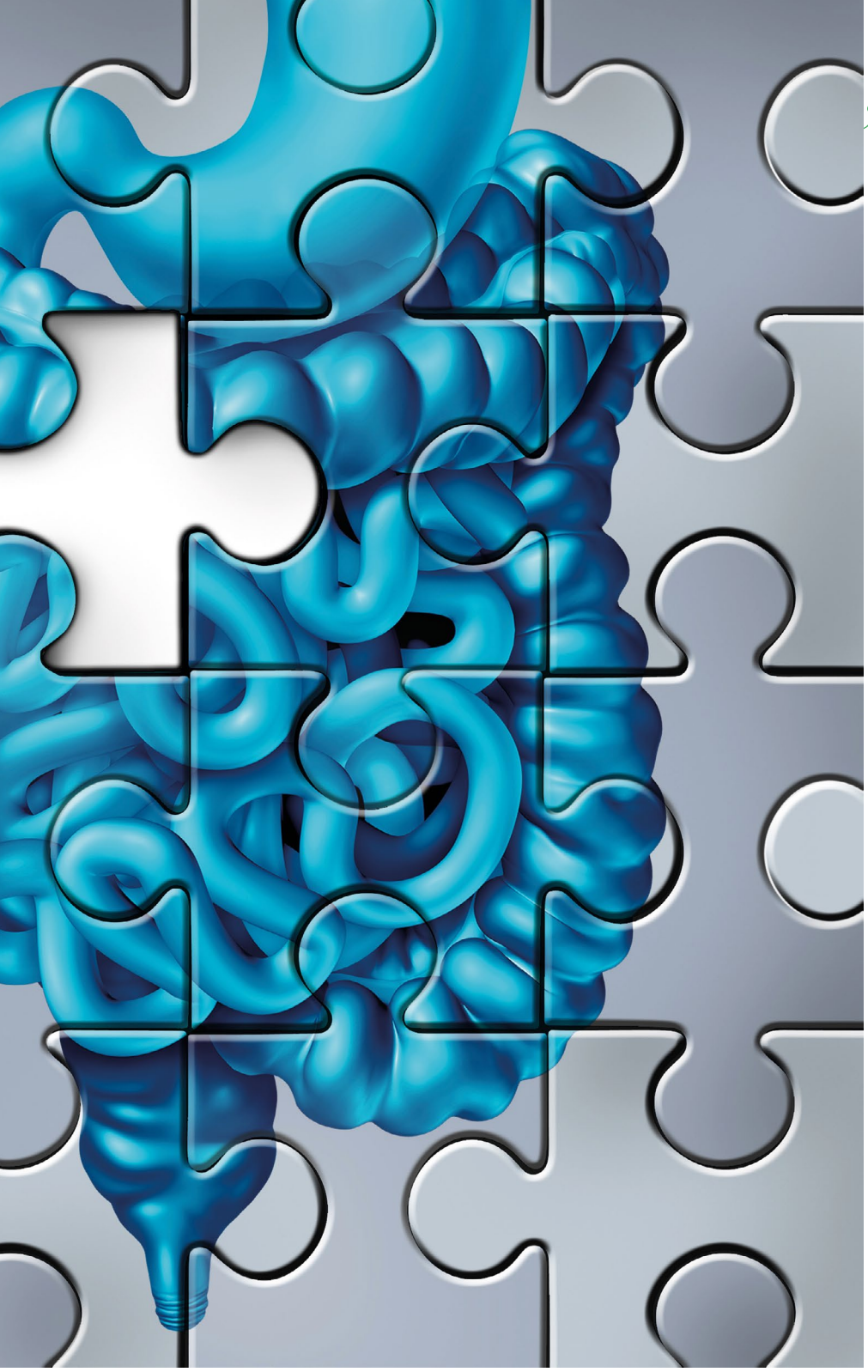
Το παχύ έντερο ή κόλον αποτελεί το τελευταίο τμήμα του πεπτικού συστήματος με κύριο ρόλο την αποβολή των υπολειμμάτων της διαδικασίας της πέψης με τον σχηματισμό κοπράνων, αφού προηγηθεί η αφυδάτωσή τους. Το τελικό τμήμα του είναι το ορθό το οποίο καταλήγει στον πρωκτό. Διάφορες **παθήσεις του οργάνου** είναι πιθανόν να απαιτήσουν χειρουργική αντιμετώπιση, οι συχνότερες των οποίων είναι:

- Αιμορραγία που δεν ελέγχεται με ενδοσκοπική παρέμβαση (κολονοσκόπηση). Η σοβαρή αιμορραγία από το παχύ έντερο μπορεί να απαιτεί χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση του προσβεβλημένου τμήματος του παχέος εντέρου (κολεκτομή).
- Απόφραξη του εντέρου. Ένα «φραγμένο» τμήμα του παχέος εντέρου αποτελεί επείγουσα κατάσταση που μπορεί να απαιτεί ολική ή τμηματική κολεκτομή.
- Καρκίνος του παχέος εντέρου. Συνήθως απαιτείται η αφαίρεση τμήματος του παχέος εντέρου με τους λεμφαδένες που το συνοδεύουν.
- Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (Ελκώδης Κολίτιδα, Νόσος του Crohn). Είναι παθήσεις που πλέον, λόγω των σύγχρονων θεραπευτικών πρωτοκόλλων με νέα φάρμακα, όλο και σπανιότερα μπορεί να απαιτήσουν χειρουργική αντιμετώπιση λόγω κάποιας επιπλοκής τους (π.χ αιμορραγία ή στένωση/απόφραξη).
- Εκκολπωματική νόσος του παχέος εντέρου, η οποία όταν προκαλέσει αιμορραγία, διάτρηση, ή πολλαπλά επεισόδια φλεγμονής (υποτροπιάζουσες εκκολοπλωματίτιδες), χρειάζεται χειρουργική αντιμετώπιση (αφαίρεση του πάσχοντος τμήματος του οργάνου).
- Προληπτική χειρουργική επέμβαση. Εάν υπάρχει πολύ υψηλός κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου λόγω σχηματισμού πολλαπλών προκαρκινικών πολυπόδων (π.χ οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση ή σύνδρομο Lynch), ίσως χρειαστεί ολική κολεκτομή για την πρόληψη του καρκίνου στο μέλλον.

Υπάρχουν διάφοροι **τύποι χειρουργικής επέμβασης** αφαίρεσης (εκτομής) του παχέος εντέρου:

- Η **ολική κολεκτομή** περιλαμβάνει την αφαίρεση ολόκληρου του παχέος εντέρου.
- Η **μερική ή τμηματική κολεκτομή** αφορά την αφαίρεση τους πάσχοντος τμήματος του παχέος εντέρου. Έτσι, μπορεί να είναι δεξιά ή αριστερή ημικολεκτομή, σιγμοειδεκτομή (πρόσθια εκτομή), ή ορθο-σιγμοειδεκτομή (χαμηλή πρόσθια εκτομή).

Μετά την αφαίρεση του πάσχοντος μέρους του παχέος εντέρου πραγμα-



τοποιείται επανασύνδεση (αναστόμωση) των παραμενόντων τμημάτων. Σπανιότερα μπορεί να χρειαστεί προσωρινή ή μόνιμη κολοστομία («παρά φύσει έδρα»). Στην προσωρινή κολοστομία, η επανασύνδεση του εντέρου γίνεται σε μεταγενέστερο χρόνο με νέα χειρουργική επέμβαση. Τόσο η εξέλιξη στις φαρμακευτικές θεραπείες πριν από την χειρουργική επέμβαση, όσο και οι νέες τεχνολογικές δυνατότητες και χειρουργικές τεχνικές, έχουν ελαχιστοποιήσει την ανάγκη για μόνιμη κολοστομία σήμερα.

Η χειρουργική επέμβαση του παχέος εντέρου μπορεί να πραγματοποιηθεί με δύο τρόπους:

Η **ανοιχτή χειρουργική επέμβαση** (ανοικτή κολεκτομή) συνήθως πραγματοποιείται με κάθετη επιμήκη τομή (10-30 εκατοτών) πάνω και κάτω από τον ομφαλό. Το μήκος της τομής εξαρτάται από τον σωματότυπο του ασθενή και πρέπει να παρέχει στον Χειρουργό πρόσβαση και ευχέρεια για χειρισμούς στο παχύ έντερο.

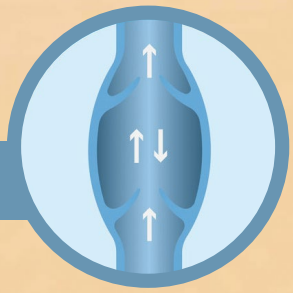
Η **λαπαροσκοπική κολεκτομή**, πραγματοποιείται από μικρές τομές (0,5-1,0 εκατοστού) σε διάφορα σημεία του κοιλιακού τοιχώματος. Από τις τομές αυτές, 3 έως 4 στον αριθμό συνήθως, πραγματοποιείται η ίδια ακριβώς με την ανοικτή μέθοδο χειρουργική επέμβαση με το ίδιο ακριβώς θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η κοιλιά «φουσκώνεται» με αδρανές αέριο (CO_2), που δημιουργεί τον απαραίτητο χώρο εργασίας. Από τη μία τομή εισέρχεται στην κοιλιά το λαπαροσκόπιο (κάμερα) και από τις υπόλοιπες τα χειρουργικά εργαλεία. Οι χειρουργοί πραγματοποιούν την επέμβαση παρακολουθώντας το εσωτερικό της κοιλιάς και τους χειρισμούς τους σε οθόνες. Με την ολοκλήρωση της επέμβασης, το πάσχον τμήμα του παχέος εντέρου αφαιρείται από την κοιλιά από τομή 3-5 εκατοστών.

Τα **πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής** είναι η ελάττωση του τραύματος των ιστών, γρηγορότερη επούλωση, μικρότερη απώλεια αίματος κατά την διάρκεια του χειρουργείου, μειωμένος μετεγχειρητικός πόνος, γρηγορότερη αποκατάσταση της λειτουργίας του παχέος εντέρου, βραχύτερος χρόνος νοσηλείας και ανάρρωσης με ταχύτερη επιστροφή στην καθημερινότητα του ασθενούς.

Οι τεχνολογικές εξελίξεις που αφορούν στα χειρουργικά εργαλεία και την βιντεοαπεικόνιση, καθώς και η νέα γενιά χειρουργών που έχουν εκπαιδευτεί στις νέες μεθόδους και τεχνικές, έχουν καθιερώσει την λαπαροσκοπική αντιμετώπιση των παθήσεων του παχέος εντέρου ως ένα σημαντικό πλεονέκτημα της σύγχρονης χειρουργικής.

Χρήστος Ρηγόπουλος
Αγγειοχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Χρόνια φλεβική ανεπάρκεια - Κιρσοί κάτω άκρων



Από τη διάγνωση στη θεραπεία

Η χρόνια φλεβική ανεπάρκεια ή φλεβίτιδα, όπως συχνά αναφέρεται από τους ασθενείς, αποτελεί μία από τις συχνότερες παθήσεις στο Δυτικό κόσμο, καθώς υπολογίζεται ότι αφορά περίπου 10%-20% των ανδρών και 30%-40% των γυναικών, ενώ ιδιαίτερα μετά την εμμηνόπαυση το πρόβλημα αφορά σχεδόν 1 στις 2 γυναίκες. Η σημασία της συχνά υποεκτιμάται καθώς πολλές φορές θεωρείται πρόβλημα απλά αισθητικό ή ενοχλητικό, με συμπτώματα όπως το οίδημα, το κάψιμο και το βάρος στα πόδια. Εάν ωστόσο δεν διαγνωσθεί και αντιμετωπισθεί εγκαίρως, μπορεί, σε προχωρημένα στάδια, να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως η θρόμβωση και τα φλεβικά έλκη.

Τι είναι η φλεβική ανεπάρκεια

Οι φλέβες είναι τα αγγεία που επιστρέφουν το αίμα στην καρδιά. Ειδικά για τις φλέβες των κάτω άκρων αυτό σημαίνει ότι πρέπει να δουλεύουν ενάντια και στη βαρύτητα. Για να το επιτύχουν αυτό αφενός χρειάζονται τη βοήθεια των μυών, οι οποίοι με την κίνηση τους πιέζουν τις φλέβες και σαν αντλία ωθούν το αίμα προς τα πάνω και αφετέρου έχουν κατά μήκος τους βαλβίδες, οι οποίες μόλις περάσει το αίμα, φυσιολογικά κλείνουν και δεν επιτρέπουν να γυρίσει προς τα κάτω, ωθώντας το έτσι σταδιακά μέχρι την καρδιά. Όταν όμως αυτές οι βαλβίδες χαλάσουν, το αίμα επιστρέφει προς τα κάτω, λιμνάζει στα πόδια, η πίεση στο εσωτερικό των φλεβών αυξάνεται κι έτσι φουσκώνουν. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια, σε πρώτο στάδιο, συμπτώματα όπως πρήξιμο, βάρος, κάψιμο, φαγούρα ή νυκτερινές κράμπες. Καθώς όμως το πρόβλημα συνεχίζεται, το τοίχωμα των φλεβών δεν αντέχει κι έτσι τελικά «ξεχειλώνουν» και δημιουργούνται οι λεγόμενοι κιρσοί, που αποτελούν το δεύτερο στάδιο της φλεβικής ανεπάρκειας αιτίες και παράγοντες κινδύνου.

Το σημαντικότερο ρόλο για την δυσλειτουργία αυτή των βαλβίδων και την εμφάνιση της φλεβικής ανεπάρκειας φαίνεται ότι παίζει η κληρονομικότητα, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που ξεκινά από νεαρή ηλικία. Άλλοι παράγοντες που προδιαθέτουν στην εμφάνιση και εξέλιξη του προβλήματος είναι η ακινησία, είτε αφορά πολύωρη ορθοστασία είτε καθιστική ζωή, η ζέστη, η παχυσαρκία και ειδικά στις γυναίκες η εγκυμοσύνη, η εμμηνόπαυση και γενικά οι ορμονικές μεταβολές. Το κάπνισμα αν και δεν φαίνεται να παίζει ρόλο στην δημιουργία των κιρσών, αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για εμφάνιση θρομβώσεων σε ασθενείς που έχουν ήδη πρόβλημα.

Διάγνωση

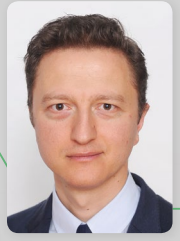
Η διάγνωση στηρίζεται καταρχάς στη λεπτομερή λήψη ιστορικού, με έμφαση στη διάρκεια και ένταση των συμπτωμάτων καθώς και την ενδελεχή κλινική εξέταση. Για την ακριβέστερη όμως εικόνα και επισήμανση των ιδιαιτεροτήτων κάθε ασθενή, ιδιαίτερα προεγχειρητικά, είναι αναγκαία η διενέργεια έγχρωμης υπερηχητικής φλεβογραφίας (triplex φλεβών). Με τη βοήθεια του triplex αποσαφηνίζεται η ακριβής προέλευση και έκταση του προβλήματος, εντοπίζονται τυχόν επιπλέον παθολογικές καταστάσεις, που δεν είναι δυνατόν να διαπιστωθούν κλινικά και το κυριότερο, καθορίζεται ο χρόνος και ο ενδεδειγμένος τρόπος αντιμετώπισης.

Θεραπεία

Η θεραπεία σε αρχικό στάδιο, όταν ο κίνδυνος επιπλοκών είναι μικρός και τα συμπτώματα δεν επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, μπορεί να είναι συντηρητική και βασίζεται κυρίως στη χρήση ελαστικής κάλτσας διαβαθμισμένης συμπίεσης. Στο στάδιο των κιρσών, ωστόσο, αφενός τα συμπτώματα γίνονται εντονότερα αφετέρου αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών με σημαντικότερη και δυστυχώς συχνότερη τη θρόμβωση, την πήξη δηλαδή του αίματος που λιμνάζει στις φλέβες, η οποία μπορεί να αποβεί επικίνδυνη για τη ζωή. Άλλες επιπλοκές είναι η αιμορραγία από ρήξη των διογκωμένων φλεβών και, σε τελικό στάδιο, η δημιουργία ελκών καθώς από την χρόνια αυξημένη πίεση εντός των φλεβών αρχίζει να αλλοιώνεται το δέρμα, το οποίο σκουραίνει, σκληραίνει και τελικά εξελκώνεται.

Σε προχωρημένες λοιπόν περιπτώσεις, η οριστική και ριζική λύση είναι η χειρουργική αντιμετώπιση. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, με την ενδοφλεβική μέθοδο αντιμετώπισης με laser, η χειρουργική θεραπεία έγινε ακόμα πιο απλή και ανώδυνη καθώς η ελαττωματική φλέβα δεν εκριζώνεται, όπως στο ανοικτό χειρουργείο, αλλά καυτηριάζεται με τη χρήση του laser. Με την ελάχιστα επεμβατική αυτή μέθοδο δεν απαιτούνται χειρουργικές τομές και ράμματα, η επέμβαση εκτελείται κυρίως υπό τοπική αναισθησία και επιτυγχάνεται πολύ πιο άμεση ανάρρωση και αποκατάσταση αφού ο ασθενής επιστρέφει στο σπίτι του την ίδια μέρα και την επόμενη μέρα στη δραστηριότητά του φορώντας απλά μία ελαστική κάλτσα. Το ποσοστό επιτυχίας της μεθόδου είναι εφάμιλλο και καλύτερο της ανοιχτής μεθόδου και φτάνει το 98%-99%, δηλαδή το ποσοστό υποτροπής είναι μόλις 1%-2%.

Τα πλεονεκτήματα της άμεσης μετεγχειρητικής αποκατάστασης, το **άριστο αισθητικό αποτέλεσμα** και η δυνατότητα διενέργειας υπό **τοπική αναισθησία**, έχουν καθιερώσει την ενδοφλεβική μέθοδο ως χρυσό κανόνα στην αντιμετώπιση των κιρσών, χωρίς ωστόσο αυτό να σημαίνει ότι αποτελεί πανάκεια, αφού και η «κλασική» ανοικτή μέθοδος εξακολουθεί να είναι απαραίτητη σε ορισμένες περιπτώσεις. Σε κάθε περίπτωση, **η ακριβής διάγνωση, ο προσεκτικός προεγχειρητικός σχεδιασμός και η εξατομικευμένη για κάθε ασθενή επιλογή της κατάλληλης μεθόδου θεραπείας αποτελεί τη σημαντικότερη προϋπόθεση για την επιτυχή χειρουργική αντιμετώπιση**.



Ανάργυρος Κουρής
Δερματολόγος,
Επιστημονικά Υπεύθυνος
Ιατρείου Παθήσεων Τριχών
και Τμήματος Μεταμόσχευσης
Μαλλιών,
Ευρωκλινική Αθηνών

Μύθοι & Αλήθειες γύρω από την τριχόπτωση

Η τριχόπτωση, ως παθολογική κατάσταση, εμφανίζεται όταν ο ρυθμός με τον οποίο εκφύονται *(παράγονται)* οι τρίχες δεν είναι ανάλογος με τον ρυθμό που πέφτουν, με αποτέλεσμα να παρατηρούμε αραίωση στα μαλλιά μας. Πρόβλημα απώλειας μαλλιών αντιμετωπίζουν και τα δυο φύλα με διαφορά μόνο στον τύπο της αλωπεκίας που παρουσιάζουν, αλλά και την ηλικία που η αλωπεκία κάνει την εμφάνισή της. Συνήθως καθημερινά χάνουμε 50-100 τρίχες, στη θέση των οποίων εκφύονται νέες. Σε περιπτώσεις που έχουμε μεγαλύτερη απώλεια και για διάστημα μεγαλύτερο των δύο μηνών, τότε θα πρέπει να επισκεφτούμε έναν δερματολόγο και να αναζητήσουμε τα πιθανά αιτία.

Οι **παράγοντες** που μπορούν να οδηγήσουν σε απώλεια μαλλιών είναι:

1. Πρόβλημα του θυρεοειδούς αδένα
2. Έλλειψη σιδήρου και πρωτεϊνών λόγω κακής διατροφής ή εξαντλητικής δίαιτας που ακολουθούμε
3. Μυκητίαση του τριχωτού της κεφαλής (τριχοφυτίαση). Σε αυτήν την περίπτωση, τα μαλλιά αδυνατίζουν υπερβολικά και σταδιακά αρχίζουν να αραιώνουν. Με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή το πρόβλημα διορθώνεται και έχουμε σταδιακή επανέκφυση τριχών.
4. Παρατεταμένος υψηλός πυρετός εξαιτίας κάποιας λοίμωξης
5. Έντονο άγχος-στρες
6. Τραυματισμός ή χειρουργική επέμβαση στο κεφάλι, εξαιτίας των οποίων ο οργανισμός υφίσταται κάποιου είδους στρες.

Πέρα όμως από τις αιτίες που έχουν αναφερθεί στην διεθνή βιβλιογραφία για τη τριχόπτωση, υπάρχουν και κάποιοι μύθοι που έχουν κυκλοφορήσει κατά καιρούς και το μόνο που κάνουν είναι να μας πανικοβάλλουν.

Μύθοι

1 Η συχνή εναλλαγή σαμπουάν προκαλεί τριχόπτωση

Δεν υπάρχουν επιστημονικές έρευνες που να αποδεικνύουν ότι η συχνή εναλλαγή σαμπουάν προκαλεί τριχόπτωση -εκτός αν η εναλλαγή αυτή σχετίζεται με την επιλογή ενός ακατάλληλου σαμπουάν. Το μόνο που θα μπορούσε να βλάψει τα μαλλιά είναι η χρήση σαμπουάν ή προϊόντων περιποίησης με επιθετικά συστατικά.

2 Η πιτυρίδα προκαλεί τριχόπτωση

Η ξηροδερμία στο τριχωτό, που έχει ως συνέπεια την εμφάνιση πιτυρίδας και κνησμού, δεν συνδέεται άμεσα με την τριχόπτωση. Ωστόσο, ο κνησμός μπορεί να αποδυναμώσει την τρίχα, κάτι που με τη σειρά του οδηγεί σε τριχόπτωση. Η τριβή λοιπόν είναι αυτή που προκαλεί τριχόπτωση και όχι η πιτυρίδα.

3 Τα καπέλα προκαλούν τριχόπτωση

Εάν έχετε πυκνά μαλλιά, το καπέλο δεν μπορεί να επηρεάσει τα μαλλιά σας. Αλλά, εάν βρίσκεστε στην αρχή ανδρικής τριχόπτωσης, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι διαφορετικά. Όταν ήδη έχετε αρχίσει να χάνετε τρίχες, τα καπέλα μπορούν να επιταχύνουν τη διαδικασία τριχόπτωσης. Αυτό μπορεί να συμβεί με πολλούς τρόπους όπως να μειώσουν την κυκλοφορία του αίματος στο τριχωτό της κεφαλής και να προκαλέσουν το σπάσιμο των μαλλιών.

4 Δεν είναι φυσιολογικό να χάνουμε μαλλιά κάθε μέρα

Η απώλεια τριχών είναι ένα φυσιολογικό στάδιο του κύκλου ανάπτυξης των μαλλιών. Υπό κανονικές συνθήκες χάνουμε περίπου 50-100 τρίχες την ημέρα, οι όποιες αντικαθίσταται από καινούργιες.

5 Το συχνό λούσιμο προκαλεί τριχόπτωση

Ίσως ένα «σκληρό» σαμπουάν να αδυνατίζει τα μαλλιά ή να προκαλεί ξηροδερμία, σίγουρα όμως δεν προκαλεί απώλεια μαλλιών. Το λούσιμο ουσιαστικά απομακρύνει το σμήγμα και τους μικροοργανισμούς που συγκεντρώνονται στο τριχωτό του κεφαλιού. Δεν υπάρχουν, μέχρι σήμερα, επιστημονικές έρευνες που να αποδεικνύουν ότι το λούσιμο επηρεάζει τη διαδικασία παραγωγής της τρίχας.

6 Με το σωστό σαμπουάν μπορώ να αντιμετωπίσω την τριχόπτωση

Κανένα σαμπουάν από μόνο του δεν μπορεί να διεγείρει την τριχοφυΐα. Μπορούν κάποια από αυτά να χαρίζουν πιο πυκνή όψη στα μαλλιά καθώς περιέχουν συστατικά που διογκώνουν προσωρινά το στέλεχος της τρίχας αλλά δεν μπορούν να ενεργοποιήσουν τον θύλακα.

7 Το συχνό κούρεμα δυναμώνει τα μαλλιά

Μπορεί τα μαλλιά να φαίνονται πιο υγιή και πυκνά όταν τα κουρεύουμε, δεν σημαίνει όμως ότι θα σταματήσουν και να πέφτουν. Το κούρεμα δεν επηρεάζει την ανάπτυξη της τρίχας. Το μόνο που κάνει είναι να απομακρύνει τα ταλαιπωρημένα μέρη του σώματός της.

Αλήθειες

1 Οι ορμονικές μεταβολές επηρεάζουν τα μαλλιά

Οι ορμονικές μεταβολές είναι μια από τις κύριες αιτίες τριχόπτωσης στις γυναίκες. Μπορεί να συμβεί μετά την εγκυμοσύνη, κατά την εμμηνόπαυση ή μετά από κάποια διαταραχή του θυρεοειδούς. Επιπλέον, οι γυναίκες με παθολογικά επίπεδα τεστοστερόνης είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν τριχόπτωση.

2 Τα φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν τριχόπτωση

Κάποια ισχυρά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν τριχόπτωση. Τις περισσότερες φορές, η τριχόπτωση σταματά μετά την ολοκλήρωση της φαρμακευτικής αγωγής.

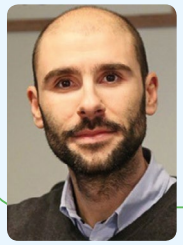
3 Η κακή διατροφή και οι εξουθενωτικές δίαιτες μπορεί να προκαλέσουν τριχόπτωση

Τα μαλλιά χρειάζονται θρεπτικά συστατικά, μέταλλα, ιχνοστοιχεία, βιταμίνες και πρωτεΐνες για να μπορέσουν να είναι δυνατά και υγιή. Η αραίωση των μαλλιών μπορεί να είναι συνέπεια της κακής διατροφής ή μακροχρόνιας δίαιτας, η οποία επηρεάζει τόσο τη δομή όσο και την ίδια την ανάπτυξη της τρίχας.

4 Το έντονο stress προκαλεί τριχόπτωση

Ο κύκλος ζωής της τρίχας είναι περίπου 5 χρόνια. Σε περιόδους έντονου stress το διάστημα αυτό μπορεί να μειωθεί και τα μαλλιά να πέφτουν πιο σύντομα απ' ό,τι υπό φυσιολογικές συνθήκες.

Είναι σημαντικό όταν αντιμετωπίζουμε κάποιο πρόβλημα τριχόπτωσης να απευθυνόμαστε σε εξειδικευμένα Ιατρεία Παθήσεων Τριχών τα οποία διαθέτουν εξειδικευμένους επιστήμονες δερματολόγους οι οποίοι είναι οι πιο κατάλληλοι και ειδικοί για να δώσουν μια ασφαλή και ολοκληρωμένη λύση στο πρόβλημα αυτών των ασθενών. Έχουν την δυνατότητα να εκτιμήσουν και να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε παρενέργεια τυχόν εμφανιστεί.



Χρήστος Παξιμαδάς
Κλινικός Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, M.Sc., Ευρωκλινική Αθηνών

Οργάνωσε τα ψώνια σου

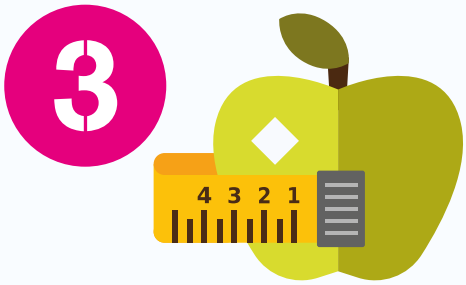
Είναι κοινά αποδεκτό ότι αγαπημένη συνήθεια αρκετών απο εμάς είναι η επίσκεψη στο σούπερ μάρκετ. Το βλέπουμε σαν βόλτα και μάλιστα το συνδυάζουμε με την υπόλοιπη οικογένεια. Πώς αυτό όμως σχετίζεται με το σωματικό μας βάρος αλλά... και την τσέπη μας; Μήπως φύγατε από το σούπερ μάρκετ και κοιτώντας το καρότσι αναρωτηθήκατε οτι αρκετά από τα ψώνια τελικά ήταν αχρείαστα; Η λέξη κλειδί είναι η «οργάνωση».

Μην ξεχάσεις την λίστα σου

Αρχικά, θα σας βοηθήσει να ξοδέψετε λιγότερα αλλά και τελικά να ψωνίσετε όσα χρειάζεστε έχοντας καλύτερη ποιότητα στο καρότσι σας. Ίσως έχετε ακούσει εμάς τους διαιτολόγους να συστήνουμε να μην πηγαίνετε με άδειο στομάχι στο σούπερ μάρκετ, καθώς αυτό είναι πιθανό να σας οδηγήσει σε λανθασμένες επιλογές. Η λίστα λοιπόν θέλει στρατηγική. Μια έξυπνη ιδέα είναι η λίστα σας να δημιουργηθεί βάσει του εβδομαδιαίου πλάνου σας το οποίο καλό είναι να βασίζεται στην μεσογειακή διατροφή. Άρα σημειώστε 1-2 φορές την εβδομάδα όσπρια ή λαδερά, 2-3 φορές λευκό κρέας όπως κοτόπουλο, ψάρι, θαλασσινά, 1 φορά την εβδομάδα κόκκινο κρέας και 1 φορά ζυμαρικά. Μετά πάμε στα σνάκς της ημέρας μας. Κυριαρχούν φρούτα, λαχανικά, γαλακτοκομικά και αμυλούχα. Τέλος, θα έχετε παρατηρήσει πως οι διάδρομοι των σούπερ μάρκετ έχουν ομαδοποιήσει τα τρόφιμα. Προσπαθήστε λοιπόν να περάσετε μόνο απο τους διαδρόμους που χρειάζεται.

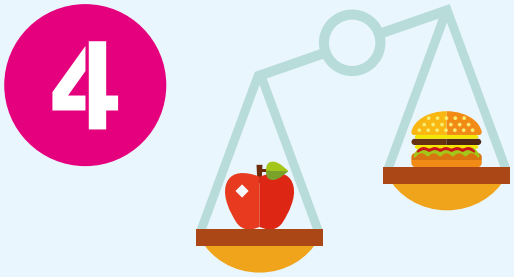
Αναρωτηθείτε αν το έχετε ανάγκη

Παρότι λοιπόν έχετε προετοιμαστεί κατάλληλα με τη λίστα σας, παρόλα αυτά, πηγαίνοντας προς το ταμείο, βλέπετε το αγαπημένο σας έδεσμα. Σταθείτε λίγα δευτερόλεπτα και αναρωτηθείτε αν το έχετε πραγματική ανάγκη ή για παράδειγμα το θέλετε γιατί είχατε μια αγχωτική μέρα στη δουλειά. Να θυμάστε πως δεν πρέπει να σχετίζουμε το συναίσθημα μας (θετικό ή αρνητικό) με το φαγητό.



Οργανώστε και την ατασθαλία σας

«ένα γλυκάκι το δικαιούμαι» ή «αν με πιάσει λιγούρα να έχω κάτι». Έχετε δίκιο αλλά τι μπορούμε να κάνουμε για να έχουμε μια όσο το δυνατόν μικρότερη θερμιδική επιβάρυνση; Επιδόρπιο γάλακτος όπως κρέμα με άνθος αραβοσίτου ή κρέμα καραμελέ ή επιδόρπιο γιαουρτιού (π.χ. με φρούτα ή μπισκότο) ή σοκολάτα με υψηλή περιεκτικότητα κακάο είναι μερικές επιλογές που θα σας καλύψουν την γλυκιά επιθυμία.



Ισορροπία

Ας συμφωνήσουμε σε κάτι. Δεν υπάρχει καλό ή κακό τρόφιμο. Κανένα δεν παχαίνει απο μόνο του... Γι' αυτό, για μια ισορροπημένη διατροφή η ποικιλία τροφίμων είναι απαραίτητη και οδηγεί στη λήψη όλων των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών, αρκεί αυτή να γίνεται με μέτρο και οργάνωση για έναν καλύτερο έλεγχο βάρους.

Για να μη μείνεις ούτε (ένα κλικ) πίσω...

Κάνε Subscribe ή follow:

ΟΜΙΛΟΣ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο Κέντρο!

www.facebook.com/euroclinicgroup
euroclinic_group
EUROCLINIC GROUP

Link για εγγραφή σε newsletter:
www.euroclinic.gr/newsletter

παιδί

Η Παιδοχειρουργική πρακτική στην εποχή του κορωνοϊού

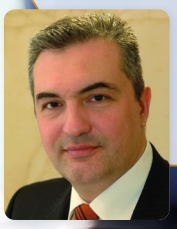
Ο ρόλος του παιδιάτρου στην πανδημία COVID-19

COVID-19 στα παιδιά. Ο ρόλος της απεικόνισης

Προεγχειρητικό άγχος

Εγκαύματα στα βρέφη και στα παιδιά

Ο μητρικός θηλασμός



Δημήτριος Εμμ. Μιχελάκης
Πλαστικός & Επανορθωτικός Χειρουργός
Διευθυντής Τμήματος Πλαστικής, Επανορθωτικής Χειρουργικής & Εγκαυμάτων Ευρωκλινική Παίδων

Εγκαύματα
στα βρέφη και στα παιδιά

Η εγκαυματική νόσος, μία από τις βαρύτερες μορφές τραυματισμού του ανθρώπινου σώματος αναφέρεται ως νόσος *(burn injury)* στην επιστημονική ορολογία διότι αφορά στο δέρμα και στους βλεννογόνους και έχει σοβαρές επιπτώσεις σε όλα τα συστήματα του οργανισμού προκαλώντας μία έντονη μεταβολική, ορμονολογική και ανοσοποιητική αντίδραση. Τα στοιχεία βαρύτητας της νόσου σχετίζονται με τα ακόλουθα:

- **Έκταση:** Υπολογίζεται σε ποσοστιαία αναλογία της ολικής επιφάνειας του σώματος σύμφωνα με το κανόνα των 9 (με μικρές τροποποιήσεις ανάλογα την ηλικία).
- **Βάθος** (της ιστικής βλάβης): Διαχωρίζεται σε 4 κατηγορίες (επιπολής, επιπολής μερικού πάχους, εν τω βάθει μερικού πάχους και ολικού πάχους έγκαυμα) αυτό συνεπάγεται διαφορετικό χρόνο επούλωσης, διαφορετική ανάπτυξη ή μη του ουλώδους ιστού και διαφορετική εμφάνιση των παραμορφωτικών και ρικνωτικών μετεγκαυματικών ουλών.
- **Ηλικία του ασθενούς:** Τα παιδιά ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου. Η περιέργεια, τα μειωμένα αντανακλαστικά και η έλλειψη της αίσθησης του κινδύνου είναι οι αιτίες που οδηγούν στο ατύχημα. Είναι οικιακά κυρίως ατυχήματα στην κουζίνα ή στο μπάνιο (βραστό νερό, λάδι).
- **Τύπος του εγκαύματος:** Ανάλογα με το αίτιο διαχωρίζονται στα θερμικά (προκαλούνται από την ηλιακή ακτινοβολία, την επαφή με θερμό υγρό, με ατμό, εκ τριβής) που αποτελούν και την πλειοψηφία (80%-90%), στα ηλεκτρικά (5%-7%), στα χημικά σε πολύ μικρότερο ποσοστό (πυκνά διαλύματα οξέων και αλκάλεων τα οποία προκαλούν εγκαύματα ολικού πάχους) και στα ακτινικά, τα οποία είναι ιατρογενούς αιτιολογίας (ογκολογία).
- **Η βαρύτητα του εγκαύματος** εξαρτάται από :
  - Εντόπιση
  - Γενική κατάσταση του ασθενούς
  - Προϋπάρχουσες ασθένειες (καρδιοπάθεια, σακχαρώδης διαβήτης)
  - Συνυπάρχουσες κακώσεις
  - Συνθήκες πρόκλησης του ατυχήματος (κλειστός ή ανοικτός χώρος)

Η εγκαυματική νόσος όσο απλή μπορεί να φαίνεται τόσο περίπλοκη μπορεί να γίνει. Η αποθεραπεία των εγκαυμάτων είναι μακρόχρονη και εξαρτάται από τις βλάβες που έχει προκαλέσει. Το πλάνο καθορίζεται από τον έμπειρο Πλαστικό χειρουργό

Το βάθος της ιστικής βλάβης διαχωρίζεται σε 4 κατηγορίες και αυτό συνεπάγεται διαφορετικό χρόνο επούλωσης, διαφορετική ανάπτυξη ή μη του ουλώδους ιστού και διαφορετική εμφάνιση των παραμορφωτικών και ρικνωτικών μετεγκαυματικών ουλών

- **Η νοσηλεία της εγκαυματικής νόσου** απαιτεί :
  - Την ύπαρξη συγκεκριμένων χώρων για την απομόνωση των περιστατικών
  - Τον περιορισμό των ατόμων που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς
  - Σύγχρονο εξειδικευμένο εξοπλισμό
  - Εξειδικευμένο και αριθμητικά επαρκές ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
  - Επάρκεια ιατρικό-φαρμακευτικού και αναλώσιμου υλικού
  - Συντονισμό δράσης των επαρχιακών κέντρων με το κέντρο εγκαυμάτων

Συχνά το έγκαυμα είναι αποτέλεσμα απροσεξίας και θα μπορούσε να αποφευχθεί (με εξαίρεση την εγκληματική ενέργεια). Υποτιμάται σαν σημασία και σαν επιπλοκές ενώ συνεπάγεται ένα ιδιαίτερα βαρύ κοινωνικό και συναισθηματικό κόστος (μόνιμη ή προσωρινή αναπηρία, θάνατος).

Θεραπεία

Οι πρώτες βοήθειες συνήθως δίνονται στον τόπο του ατυχήματος και συνίστανται στην άμεση χορήγηση οξυγόνου και παυσίπονης αγωγής. Παράλληλα πραγματοποιείται ο ήπιος καθαρισμός της επιφάνειας με χλιαρό νερό ή και φυσιολογικό ορό. Η χρήση υλικών (αφροί, κρέμες, πελτές ντομάτας, κ.λπ.) που χρωματίζουν την εγκαυματική επιφάνεια δεν προτείνονται γιατί δυσχεραίνουν την αναγνώριση του βάθους. Ανάλογα με το βάθος και τις πιθανές επιπλοκές εφαρμόζεται η ανοικτή ή κλειστή μέθοδος.

Η θεραπεία διακρίνεται σε:

- **Συντηρητική**:
  - Γενική (*αντι-shock* αγωγή, αντιτετανικός ορός, αντιβιοτικά)
  - Τοπική (χρήση αντισηπτικών, βακτηριοστατικών, χημιοστατικών)
- **Πρώιμη χειρουργική**:
  - Εσχαροτομή (σχάσεις)
  - Κατ΄ εφαπτομένη εσχαρεκτομή (με ή χωρίς κάλυψη των επιφανειών με Ε.Δ.Μ (Ελεύθερα Δερματικά Μοσχεύματα)
- **Όψιμη χειρουργική:** Ε.Δ.Μ., «Ζ» πλαστική, διατατήρες δέρματος *(tissue expander)*, απόξεση *(dermabrasion)*, για την λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση (μετά από 10 ημέρες, μήνες, χρόνια).

Η αρχική αντιμετώπιση σχετίζεται άμεσα με την εκτίμηση της βαρύτητας, τον έλεγχο των αναπνευστικών οδών και των ζωτικών λειτουργιών, την αντιμετώπιση της καταπληξίας, όταν υφίσταται, και την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Ανάλογα με τις ανάγκες, στη συντηρητική αγωγή χρησιμοποιούνται τοπικά χημειοθεραπευτικά και αντισηπτικά ή καλύπτεται η εγκαυματική επιφάνεια με ημιδιαπερατές μεμβράνες, ξενομοσχεύματα, αλλομοσχεύματα, κ.λπ.

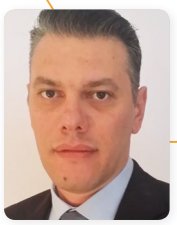
Στην περίπτωση των κυκλοτερών εγκαυμάτων η ενδεδειγμένη χειρουργική αντιμετώπιση είναι η εσχαροτομή (σχάσεις). Η εσχαρεκτομή (αφαίρεση της εσχάρας) και η κάλυψη με Ε.Δ.Μ. (αυτομοσχεύματα) ή ημισυνθετικό δέρμα μπορεί να γίνει πρώιμα *(early excision)* ή όψιμα. Η τοποθέτηση των μοσχευμάτων εμφανίζει ιδιαιτερότητες ανάλογα με το περιστατικό. Η χειρουργική κάλυψη των επιφανειών μπορεί να γίνει και μετά από την ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού αλλά πρέπει να υπολογιστεί η αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης ουλώδους ιστού και παραμόρφωσης (υπερτροφικές ουλές, χηλοειδή).

Το εισπνευστικό έγκαυμα χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση και νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας για μηχανική υποστήριξη της αναπνοής.

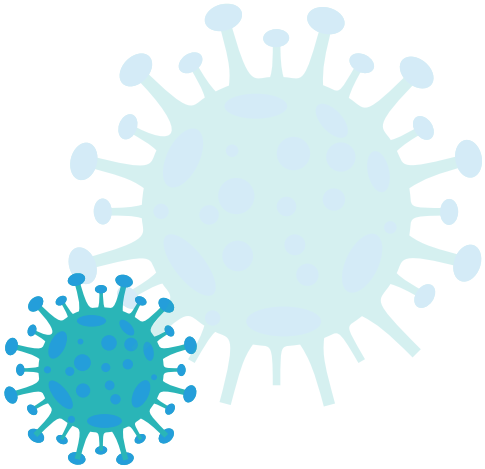
Η αποθεραπεία των εγκαυμάτων είναι μακρόχρονη και εξαρτάται από τις βλάβες που έχει προκαλέσει. Το πλάνο καθορίζεται από τον έμπειρο Πλαστικό χειρουργό και αφορά ενυδατικές κρέμες, επουλωτικές κρέμες, αντιηλιακή προστασία, ελαστικούς πιεστικούς επιδέσμους, κ.λπ.

Συμπέρασμα

Η εγκαυματική νόσος όσο απλή μπορεί να φαίνεται τόσο περίπλοκη μπορεί να γίνει. Θέλει προσοχή, συνεργασία αλλά πάνω από όλα υπομονή.



Χρήστος Καρέτσος
Διευθυντής Παιδοχειρουργός, Ευρωκλινική Παίδων



Η Παιδοχειρουργική

πρακτική στην εποχή του κορωνοϊού

Η ανακήρυξη ως πανδημία του COVID-19 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τον Μάρτιο του 2020 επέφερε σημαντικές αλλαγές στις συνηθισμένες παιδοχειρουργικές υπηρεσίες.

Μπορεί να πραγματοποιηθεί μια προγραμματισμένη επέμβαση;

Για την εκτίμηση του κινδύνου πραγματοποίησης μιας προγραμματισμένης επέμβασης υιοθετείται ένα σύστημα βασισμένο στην ακριβή επίπτωση του ιού στην κοινότητα. Το σύστημα διακρίνει τρία επίπεδα κινδύνου. Το χαμηλό (επίπτωση <0,5%), το μέτριο (επίπτωση 0,5%-2%) και το υψηλό (επίπτωση 2%). Σε περιόδους υψηλής επίπτωσης υπάρχει κάποιου βαθμού μείωση της προγραμματισμένης δραστηριότητας.

Τα παιδιά κατηγοριοποιούνται με βάση το κόκκινο (υψηλού κινδύνου), πορτοκαλί (μετρίου κινδύνου) και πράσινο (χαμηλού κινδύνου) σύστημα. Ιδιαίτερη προσοχή δίδεται στην πραγματοποίηση επεμβάσεων σε παιδιά που ανήκουν στην κόκκινη ή πορτοκαλί κατηγορία. Σε περιόδους χαμηλής έως μέτριας επίπτωσης, χαμηλού κινδύνου θεωρούνται αυτά που δεν έχουν συμπτώματα, γνωστή πρόσφατη επαφή με κρούσμα και έχουν αρνητικό test εντός 72 ωρών πριν την εισαγωγή ή έχουν αναρρώσει από τον κορωνοϊό. Σε περιόδους υψηλής επίπτωσης τα παιδιά κατατάσσονται στην πράσινη κατηγορία όταν εκτός των άλλων το test είναι αρνητικό εντός 24 ωρών πριν την εισαγωγή.

Πώς προγραμματίζονται τα περιστατικά;

Η διαχείριση των περιστατικών καθορίζεται από το πόσο επείγον είναι, τις αλλαγές που μπορεί να έχουν συμβεί στην κλινική κατάσταση του παιδιού από τη στιγμή του προγραμματισμού έως την ημέρα του χειρουργείου καθώς και την προεγχειρητική εκτίμηση. Επίσης υπολογίζεται ο επιπρόσθετος χρόνος που μπορεί να απαιτηθεί για την ασφαλή ολοκλήρωση των επεμβάσεων ιδιαίτερα σε παιδιά που ανήκουν στην κόκκινη ή πορτοκαλί κατηγορία ή όταν η συχνότητα του COVID-19 είναι υψηλή.

Οι παθήσεις κατηγοριοποιούνται ώστε να δίδεται η ανάλογη προτεραιότητα. Παθήσεις που απαιτούν επέμβαση εντός 72 ωρών ανήκουν στο πρώτο επίπεδο. Επεμβάσεις

που μπορούν να αναβληθούν έως και ένα μήνα ανήκουν στο δεύτερο, ενώ αυτές που μπορούν να αναβληθούν έως και 3 μήνες ανήκουν στο τρίτο. Στην τέταρτη κατηγορία εντάσσονται επεμβάσεις που μπορεί να αναβληθούν για περισσότερο από 3 μήνες.

Σε περιόδους χαμηλής έως μέτριας επίπτωσης περιστατικά όλων των κατηγοριών πραγματοποιούνται. Σε περιόδους υψηλής επίπτωσης καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια διεκπεραίωσης των προγραμματισμένων επεμβάσεων λαμβάνοντας υπόψιν τον σχετικό κίνδυνο, τη διαθεσιμότητα του προσωπικού και τις απαιτούμενες υπηρεσίες.

Τα παιδιά και οι γονείς υποβάλλονται σε εικονικό ή τηλεφωνικό έλεγχο 24-72 ώρες πριν την επέμβαση. Επί παρουσίας ύποπτων συμπτωμάτων το χειρουργείο αναβάλλεται. Εάν όμως η πάθηση δεν επιτρέπει αναβολή της επέμβασης, τότε συγκαλείται ιατρικό συμβούλιο ώστε να παρθεί απόφαση.

Πριν την εισαγωγή

Τα παιδιά και οι γονείς υποβάλλονται σε εικονικό ή τηλεφωνικό έλεγχο 24-72 ώρες πριν την επέμβαση. Επί παρουσίας ύποπτων συμπτωμάτων το χειρουργείο αναβάλλεται. Εάν όμως η πάθηση δεν επιτρέπει αναβολή της επέμβασης, τότε συγκαλείται ιατρικό συμβούλιο ώστε να παρθεί απόφαση. Δε συνιστάται προεγχειρητική απομόνωση των παιδιών.

Στον προεγχειρητικό έλεγχο απαραίτητη είναι η διενέργεια RT-PCR στο παιδί και στον γονέα που το συνοδεύει. Η εξέταση γίνεται εντός 72 ωρών πριν την εισαγωγή. Σε περιόδους υψηλής επίπτωσης γίνεται εντός 24 ωρών πριν την επέμβαση.

Κατά τη νοσηλεία

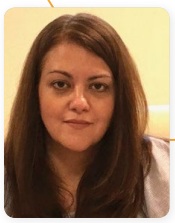
Κάθε παιδί που υποβάλλεται σε επέμβαση ημέρας συνοδεύεται από ένα γονέα. Σε περίπτωση που η νοσηλεία αναμένεται μεγαλύτερη, τότε συνοδοί από το ίδιο σπίτι μπορούν να αλλάζουν μεταξύ τους. Όλοι οι συνοδοί φορούν μάσκα κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Όταν ο αριθμός των κλινών είναι περιορισμένος δίνεται προτεραιότητα στα παιδιά και στους κηδεμόνες με συνοδά νοσήματα που χρήζουν απομόνωσης. Η απόσταση των κρεβατιών είναι ιδανικά 2 μέτρα. Ο κηδεμόνας μπορεί να παρίσταται κατά την προνάρκωση. Το προσωπικό του χειρουργείου φέρει τον απαραίτητο εξοπλισμό (μάσκα FFP3, προστατευτικά γυαλιά, γάντια). Η αφαίρεση της λαρυγγικής μάσκας ή του στοματοφαρυγγικού αεραγωγού μπορεί να γίνει στον χώρο της ανάνηψης αρκεί να τηρείται η απόσταση των 2 μέτρων μεταξύ των ασθενών.

Μπορούν να πραγματοποιούνται λαπαροσκοπικές και ενδοσκοπικές επεμβάσεις;

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ενδοσκοπικής Χειρουργικής Παίδων συστήνει τη διενέργεια λαπαροσκόπησης όταν κρίνεται αναγκαία σε ασθενείς με COVID-19, ενώ συστήνει τη συντηρητική αντιμετώπιση όπου αυτή είναι εφικτή και ασφαλής. Όταν πραγματοποιείται μια λαπαροσκοπική επέμβαση προτιμάται η χρήση εργαλείων μιας χρήσης, η εφαρμογή χαμηλών πιέσεων διοξειδίου του άνθρακα και η χρήση της διαθερμίας σε χαμηλή ένταση. Είναι σημαντική η αποφυγή διαρροών μέσω των *trocar*, ενώ προτιμώνται κλειστά συστήματα χορήγησης και απομάκρυνσης διοξειδίου του άνθρακα. Η ενδοσκόπηση παράγει αερόλυμα και ως εκ τούτου θεωρείται υψηλού κινδύνου για τη μετάδοση του κορωνοϊού. Αξίζει να σημειωθεί η αύξηση των περιστατικών κατάποσης ξένων σωμάτων αυτήν την περίοδο καθώς όλο και πιο πολλές οικογένειες μένουν στο σπίτι. Οι επεμβάσεις αυτές γίνονται σε χώρο αρνητικής πίεσης. Μόνο το αναγκαίο προσωπικό παρίσταται ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος έκθεσης στον ιό. Επιπρόσθετα συστήνεται η μείωση της χρήσης του αέρα ή του διοξειδίου του άνθρακα.

Μετά την επέμβαση

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση δε διαφέρει από τη συνήθη. Ωστόσο ενθαρρύνεται η γρήγορη έξοδος του ασθενούς μετά από χειρουργείο ημέρας. Τα παιδιά και οι γονείς μετά το εξιτήριο δε χρήζουν απομόνωσης εκτός αν έχουν διαγνωσθεί θετικοί στον κορωνοϊό. Όσον αφορά την επανεκτίμηση συστήνεται η εικονική ή η τηλεφωνική επικοινωνία ώστε να μειωθεί ο αριθμός των επισκέψεων στις υγειονομικές δομές.



Χαρίκλεια Ασημάκη
Παιδίατρος - Λοιμωξιολόγος, Ευρωκλινική Παίδων

Ο ρόλος του παιδιάτρου στην πανδημία COVID-19

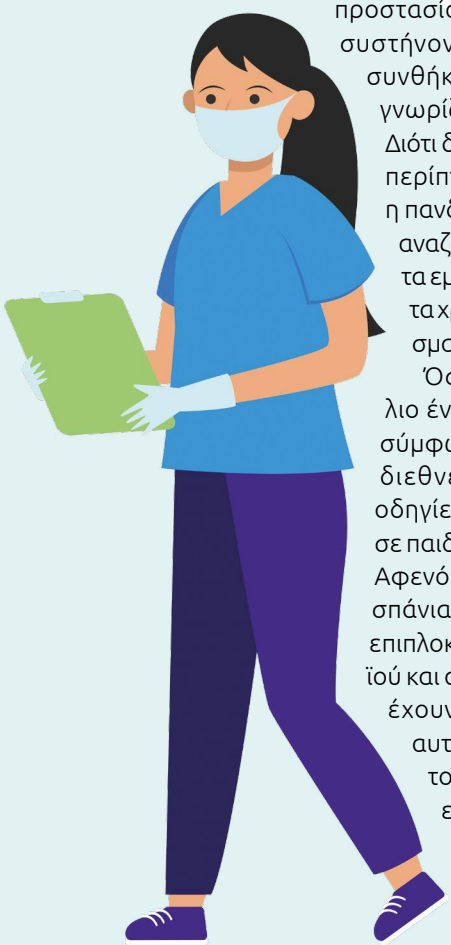
Η πανδημία από την εξάπλωση του Sars-Cov-2 η οποία επικρατεί σε ολόκληρο τον κόσμο από τις αρχές Μαρτίου του 2020, έχει επιφέρει, αναμφίβολα, τεράστιες αλλαγές στον τρόπο ζωής. Τα κρούσματα και οι απώλειες αυξάνονται καθημερινά, τα συστήματα υγείας όλων των χωρών δοκιμάζονται, τα οικονομικά δεδομένα αλλάζουν σε όλα τα επίπεδα και στη ζωή μικρών και μεγάλων επιβάλλονται περιορισμοί και μέτρα με στόχο την αποτροπή μεγαλύτερων απωλειών.

Σε αυτήν την πρωτόγνωρη κατάσταση, ο ρόλος του παιδιάτρου εξακολουθεί να είναι καθοριστικός. Είναι πλέον σαφές, από τα επιδημιολογικά δεδομένα αλλά και από μελέτες που διεξάγονται παγκοσμίως, ότι τα παιδιά ευτυχώς απειλούνται ελάχιστα από τον νέο κορωνοϊό. Εντούτοις, ο παιδίατρος καλείται, προσαρμοζόμενος στις νέες συνθήκες, να παρέχει υψηλό επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών με στόχο την σωματική υγεία, αλλά και την ψυχική ισορροπία των παιδιών που με τη σειρά τους έρχονται αντιμέτωπα με την πρωτοφανή αυτή κατάσταση. Στόχος του παιδιάτρου είναι να θέσει έγκαιρα τη διάγνωση στα παιδιά, τα οποία τις περισσότερες φορές παρουσιάζουν ήπια συμπτώματα, να παρακολουθεί την πορεία της υγείας τους και να κατευθύνει σωστά την οικογένεια ώστε να αποτραπεί η περαιτέρω εξάπλωση της νόσου στο οικογενειακό, φιλικό ή σχολικό περιβάλλον του παιδιού. Απαραίτητη προϋπόθεση γι' αυτό αποτελεί η συνεχής ενημέρωσή του για τα επιδημιολογικά στοιχεία της περιοχής όπου ζει και παρέχει τις υπηρεσίες του, τις διαγνωστικές μεθόδους που ενδείκνυνται σε κάθε περίπτωση, αλλά και τις κατευθυντήριες οδηγίες προφύλαξης. Ταυτόχρονα όμως απαιτείται και σωστή καθοδήγηση -με βάση την κλινική εμπειρία του- των λίγων παιδιών που θα χρειαστεί έγκαιρα να παραπέμψει στο νοσοκομείο για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Οι έκτακτες συνθήκες που αντιμετωπίζουμε έχουν επιβάλει η επίσκεψη στο παιδιατρικό ιατρείο να είναι διαφορετική. Ο χώρος είναι λιγότερο φιλικός προς τα

παιδιά καθώς τα παιχνίδια έχουν προσωρινά «κρυφτεί» για λόγους υγιεινής. Οι αγκαλιές έχουν αναβληθεί για αργότερα και τα χαμόγελα «κρύβονται» κάτω από τη μάσκα και τις ασπίδες προσώπου. Τα παιδιά θα γνωρίσουν το πραγματικό πρόσωπο που τα φροντίζει όταν όλα θα έχουν τελειώσει… ή όταν όλα θα αρχίσουν και πάλι να λειτουργούν κανονικά.

Κάτι όμως, που σίγουρα πρέπει να μείνει σταθερό μέσα στην ολοκληρωτική αυτή αλλαγή της πραγματικότητας του παιδιατρείου είναι η απρόσκοπτη χορήγηση των εμβολίων. Το πρόγραμμα των εμβολιασμών στα παιδιά όλων των ηλικιών, αλλά ιδιαίτερα των βρεφών και μικρών παιδιών, θα πρέπει να ακολουθείται κανονικά, τηρώντας πάντα τα μέτρα προστασίας. Μικρές αναβολές συστήνονται μόνο σε ειδικές συνθήκες και ο παιδίατρος γνωρίζει ποιες είναι αυτές. Διότι δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να αποτελέσει η πανδημία αφορμή για την αναζωπύρωση νόσων που τα εμβόλια έχουν όλα αυτά τα χρόνια ελέγξει αποτελεσματικά.



Όσον αφορά το εμβόλιο έναντι του Sars-Cov-2 , σύμφωνα με τις ισχύουσες διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, δεν θα χορηγείται σε παιδιά κάτω των 18 ετών. Αφενός μεν, διότι τα παιδιά σπάνια κινδυνεύουν από τις επιπλοκές του νέου κορωνοϊού και αφετέρου, επειδή δεν έχουν διεξαχθεί ακόμα σ' αυτά μελέτες χορήγησης του εμβολίου. Αυτό που επιβάλλει η ιατρική δεοντολογία, άλλωστε, είναι να αποδεικνύεται πρώτα η ασφάλεια ενός νέου φαρμάκου στους ενήλικες και μετά να επεκτείνεται η χρήση του και στα παιδιά.

Στην περίπτωση, λοιπόν, αυτή, ο ρόλος του παιδιάτρου είναι να ενθαρρύνει την οικογένεια του παιδιού να λάβει χωρίς δισταγμό το εμβόλιο. Ο παιδίατρος είναι ο επαγγελματίας υγείας με τη μεγαλύτερη εμπειρία σε θέματα εμβολιασμών, αλλά ταυτόχρονα είναι ο γιατρός της οικογένειας, ο σύμμαχος του γονιού σε κάθε μικρή ή μεγαλύτερη δυσκολία. Σ' αυτή, λοιπόν, την τεράστια δυσκολία για την ανθρωπότητα, οφείλει να κατευθύνει τους γονείς να ενημερωθούν από έγκυρες επιστημονικές πηγές, να λύσει απορίες και να εκλογικεύσει τους φόβους που αποτελούν εμπόδιο στο να υψώσουμε ως κοινωνία το τείχος της συλλογικής ανοσίας.

Οι μελέτες και τα επιδημιολογικά στοιχεία ξεχνούν συχνά να προσμετρήσουν τις επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία των παιδιών. Τα παιδιά όλων των ηλικιών κατακλύζονται από το άγχος για την υγεία των οικείων τους. Έχουν αναγκαστεί για πολλούς μήνες να αποκλειστούν από το σχολείο, να αποστασιοποιηθούν από τους φίλους τους, τον παππού και τη γιαγιά, τους συμμαθητές τους. Περιορίστηκαν στα σπίτια τους και απομακρύνθηκαν από τη φύση και το παιχνίδι. Υποχρεωτικά αυξήθηκε ο χρόνος έκθεσής τους στις οθόνες με σκοπό την εκπαίδευση, την επικοινωνία με συνομηλίκους και την ψυχαγωγία. Όλα αυτά έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των παιδιών και αυτό αποδεικνύεται από πρόσφατες μελέτες που μαρτυρούν την αύξηση των περιπτώσεων κατάθλιψης ιδίως σε παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους.

Ένας επιπλέον παράγοντας αποσταθεροποίησης των παιδιών είναι και η συμπεριφορά των ίδιων των γονέων, οι οποίοι λόγω προσωπικών πεποιθήσεων, κόπωσης και άγχους, εκφράζουν απερίφραστα την αμφισβήτησή τους για όλα όσα συμβαίνουν, όπως για τις οδηγίες των επιστημόνων, τα μέτρα της πολιτείας, τους κανόνες λειτουργίας των σχολείων, τις μάσκες, την καραντίνα, την τηλε-εκπαίδευση. Για όλους τους βίαιους αλλά αναγκαίους περιορισμούς που μας στερούν την ελευθερία μας. Οι αντικρουόμενες απόψεις προκαλούν αναμφισβήτητα στα παιδιά μεγαλύτερη σύγχυση και ανασφάλεια.

Ο ρόλος του παιδιάτρου και πάλι μπορεί να είναι σημαντικός, με στόχο την ενημέρωση των γονέων για τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος και την ενθάρρυνσή τους να εναρμονιστούν σε θέματα συμπεριφοράς και ευθύνης με τους ειδικούς. Σημαντικές μπορεί να φανούν και πρακτικές συμβουλές σε συνθήκες καραντίνας που αφορούν τη διατροφή, την άσκηση, τη διατήρηση καθημερινής ρουτίνας, την τήρηση ορίων όσον αφορά την έκθεση σε οθόνες, αλλά και τη δημιουργική απασχόληση των παιδιών.

Η πανδημία θα υποχωρήσει όταν όλοι δείξουμε υπευθυνότητα και αντιληφθούμε την σπουδαιότητα του σημαντικότερου σύμμαχου σε αυτόν τον αγώνα, των εμβολίων. Μέχρι τότε, γονείς και παιδίατροι, οφείλουμε να προστατεύσουμε τα παιδιά μας μέσω της ουσιαστικής επικοινωνίας μαζί τους και μιας αισιόδοξης οπτικής των πραγμάτων. Και ίσως το μεγαλύτερο όφελος από όλη αυτή την περιπέτεια να είναι, τελικά, η θωράκισή τους με υψηλές αξίες, όπως η ατομική και κοινωνική ευθύνη και ο σεβασμός προς τον συνάνθρωπο.

Χρυστάλλα Φαρκωνή
Επιμελήτρια Ακτινοδιαγώστης, Ευρωκλινική Παίδων

COVID-19 στα παιδιά

Ο ρόλος της απεικόνισης

Η λοίμωξη COVID-19 από τον ιό SARS CoV2 αφορά πρωτίστως το αναπνευστικό σύστημα και από την αρχή της πανδημίας είναι πολύ σημαντικός ο ρόλος της απεικόνισης στη διάγνωση της νόσου, στην εκτίμηση της προόδου της νόσου, στην πρόγνωση της τελικής έκβασης και στη διαχείριση αυτών των ασθενών.

Τα παιδιά φαίνεται να νοσούν από COVID-19 λιγότερο συχνά και έχουν ελαφρύτερη εικόνα και καλύτερη πρόγνωση συγκριτικά με τους ενήλικες. Η βαρύτητα της νόσου από COVID - 19 ποικίλλει από ασυμπτωματική έως πολύ σοβαρή και στα παιδιά δεν εκλείπουν δυστυχώς, περιπτώσεις θανάτων, αν και σπάνια.

Παρόλο που η γνώση μας όσον αφορά τα κλινικά και επιδημιολογικά στοιχεία για τον παιδιατρικό πληθυσμό συσσωρεύεται ταχύτατα, τα ακτινολογικά ευρήματα δεν έχουν περιγραφεί εκτενώς και σχετικές περιεκτικές ανασκοπήσεις είναι ακόμα ελλειπείς. Οι μέθοδοι που έχουμε στην απεικονιστική μας φαρέτρα για τους παιδιατρικούς ασθενείς είναι πρωτίστως η Α/α Θώρακος και η ΥΤ Θώρακος και δευτερευόντως ο υπέρηχος. Οι βασικές αυτές απεικονιστικές μέθοδοι πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι έχουν σχετικά χαμηλή ευαισθησία και ειδικότητα.

Οι παράγοτες κινδύνου και οι περιορισμοί όσον αφορά την απεικόνιση στην νόσο COVID-19 στα παιδιά είναι οι εξής:

- Δυνητικά η εξέταση είναι μη διαγνωστική
- Υπάρχει έκθεση στην ακτινοβολία σε έναν πληθυσμό με αυξημένη ακτινοευαισθησία
- Η ανάγκη για συνοδό κατά τη διάρκεια της εξέτασης είναι συχνά απαραίτητη
- Προκύπτουν καθυστερήσεις στη λειτουργία του ακτινολογικού εργαστηρίου λόγω αναγκαίων μέτρων απολύμανσης και αερισμού του χώρου μετά από κάθε ύποπτο ή επιβεβαιωμένο περιστατικό
- Ο κίνδυνος ενδονοσοκομειακής διασποράς λόγω έκθεσης του προσωπικού του εργαστηρίου και άλλων ασθενών στον ιό COVID-19 είναι αυξημένος.

Λόγω των παραπάνω υπάρχει προτροπή διεθνώς για χρήση με φειδώ των απεικονιστικών εξετάσεων στα παιδιά με COVID-19, είτε ύποπτα είτε επιβεβαιωμένα.

Πότε δεν ενδείκνυται και πότε ενδείκνυται απεικόνιση;

Η απεικόνιση δεν ενδείκνυται σε αθενείς με ήπια συμπτωματολογία και σαν εργαλείο screening.

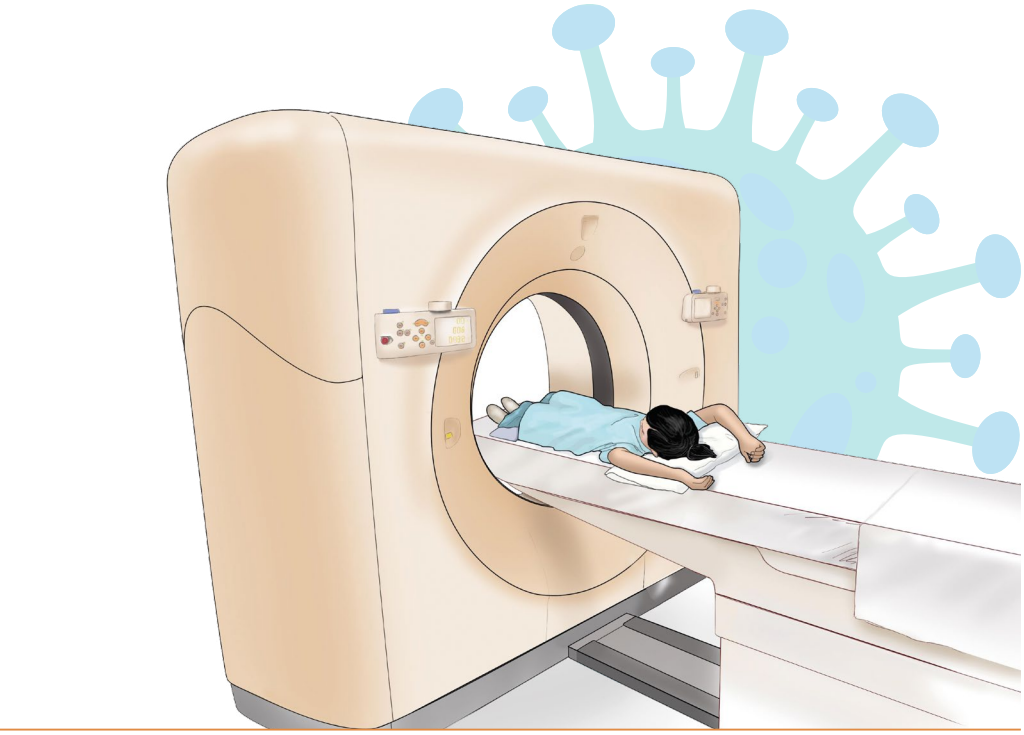
Η απεικόνιση ενδείκνυται στην αρχική διάγνωση σε μέτριας/σοβαρής βαρύτητας νόσο, σε ασθενείς με ήπια συμπτωματολογία που έχουν υποκείμενη νόσο, σε ραγδαία επιδείνωση της νόσου εάν το παιδί δεν ανταποκρίνεται στην εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση και υπάρχει υποψία πνευμονίας και σε επανέλεγχο για αξιολόγηση της ανταπόκρισης στην υποστηρικτική αγωγή ή/και της εξέλιξης της νόσου σε ασθενείς με θετικά ευρήματα στην αρχική απεικόνιση.

Ακτινογραφία θώρακος ή Υ.Τ. θώρακος;

Σε ένα παιδί με COVID-19 που παρουσιάζει οξεία συμπτώματα μέτριου έως σοβαρού βαθμού από το αναπνευστικό, η Α/α Θώρακος θεωρείται το πρώτο βήμα στην απεικονιστική προσέγγιση παρόλο που η ευαισθησία της είναι πολύ μικρότερη συγκριτικά με την Υ.Τ. Θώρακος. Πλεονέκτημα αποτελεί η δυνατότητα διεξαγωγής της Α/α επί κλίνης. Πρέπει να λάβουμε όμως υπόψη το γεγονός ότι μια αρνητική Α/α θώρακος δεν αποκλείει συμμετοχή του αναπνευστικού σε ασθενείς με επιβεβαιωμένη νόσο.

Η Υ.Τ. Θώρακος δεν συστήνεται σαν αρχική διαγνωστική μέθοδος στα παιδιά με COVID-19. Έχει θέση:

- Σε ασθενείς με ραγδαία επιδείνωση



της κλινικής εικόνας και εγκατάσταση αναπνευστικής δυσχέρειας

- Σε απάντηση συγκεκριμένων κλινικών ερωτημάτων στην οξεία φάση όπως π.χ. αποκλεισμός πνευμονικής εμβολής
- Όταν υποψιαζόμαστε επιπλοκές που απαιτούν αλλαγή στην αντιμετώπιση ή παρέμβαση
- Στο follow up ασθενών για αξιολόγηση ανάπτυξης πνευμονικής ίνωσης μετά την αποδρομή της νόσου.

Απεικονιστικά ευρήματα

- **Ευρήματα Α/α θώρακος.** Τα εύρηματα στην ακτινογραφία θώρακος κατηγοριοποιούνται σε τέσσερεις κατηγορίες. Στα τυπικά ευρήματα, στα λιγότερο τυπικά ή άτυπα ευρήματα, στα σπάνια ευρήματα και τέλος στην αρνητική ακτινογραφία η οποία δεν έχει ευρήματα. Τα τυπικά ευρήματα περιλαμβάνουν τις σκιάσεις δίκην θολής υάλου ή/και πυκνωσεις, με αμφοτερόπλευρη κατανομή στην περιφέρεια και στις βάσεις των πνευμόνων και την περιβρογχαγγειακή πάχυνση με ή χωρίς πυκνώσεις, εύρημα που συναντάται συχνά στον παιδιατρικό πληθυσμό σε ιώσεις του αναπνευστικού.

- **Ευρήματα Υ.Τ. Θώρακος.** Η Υ.Τ. Θώρακος υπερτερεί στην ανάδειξη σκιάσεων δίκην «θολής υάλου» που είναι βασικό εύρημα της νόσου στο αρχικό στάδιο. Αξιολογεί επίσης με μεγαλύτερη λεπτομέρεια την έκταση της νόσου, τη συμμετοχή του διάμεσου ιστού και των κυψελίδων, την εντόπιση και την κατανομή των βλαβών.

Ένα εύρημα στην Υ.Τ. που έχει παρατηρηθεί σε παιδιατρικούς ασθενείς COVID-19 και όχι σε ενήλικες είναι το «Halo» sign και είναι χαρακτηριστικό της πρώιμης φάσης της νόσου COVID-19 στα παιδιά.

Τόσο η ακτινογραφία όσο και η αξονική τομογραφία θώρακος πέραν του αναπνευστικού συστήματος αξιολογεί και εκδηλώσεις της νόσου από το καρδιαγγειακό σύστημα.

Καθώς η κλινική εικόνα έχει διαβαθμίσεις, αντίστοιχα η απεικόνιση αλλάζει καθώς η νόσος εξελίσσεται. Για την εκτίμηση των πληροφοριών που μας δίνει η κάθε απεικονιστική μεθόδος πρέπει να συνυπολογίζουμε κάθε φορά κάποιους παράγοντες όπως τη βαρύτητα της νόσου, εάν συνυπάρχει υποκείμενο νόσημα (άσθμα, κυστική ίνωση, συγγενείς καρδιοπάθειες, κακοήθεια, ανοσοκαταστολή, χρόνιες λοιμώξεις, κ.λπ.) και το πρόσφατο ταξιδιωτικό ιστορικό.

Ο ρόλος του υπερηχογραφήματος

Στην απεικονίση της νόσου COVID-19 θέση έχει και το υπερηχογράφημα.

Το υπερηχογράφημα Υπεζωκότα-Πνευμόνων είναι χρήσιμο για την εκτίμηση και το follow up περιπτώσεων υπουπεζωκοτικής πύκνωσης, για την ανάδειξη επιπλοκών (πνευμοθώρακας, συλλογές) και μας δίνει τη δυνατότητα εξέτασης επί κλίνης χωρίς την ανάγκη μετακίνησης του ασθενή.

Το triplex φλεβών κάτω άκρων συνεισφέρει στον αποκλεισμό οξείας εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης στα πλαίσια θρομβοεμβολικής νόσου.

Το υπερηχογράφημα κοιλίας αποτελεί βασικό εργαλείο απεικόνισης σε συμμετοχή του γαστρεντερικού συστήματος στη νόσο COVID-19 καθώς συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα εμφανίζουν 10% των προσβεβλημένων παιδιών. Το υπερηχογράφημα είναι χρήσιμο σε αυτή την περίπτωση κυρίως στη διαφορική διάγνωση με την οξεία σκωληκοειδίτιδα καθώς η κλινική της εικόνα πολύ συχνά είναι παρόμοια.

Η συμβολή της απεικόνισης είναι καθοριστική για τη διαχείριση των παιδιατρικών ασθενών με COVID-19, λαμβάνοντας πάντα υπόψη τη μέγιστη ασφάλεια και προστασία τόσο των νοσούντων όσο και του προσωπικού.

Επί του παρόντος φαίνεται να έχουμε ικανοποιητικά δεδομένα από την μέχρι τώρα εμπειρία και τη βιβλιογραφία και αρκετά σαφή εικόνα ως προς τα απεικονιστικά ευρήματα κατά τη διάρκεια της οξείας και υποξίας φάσης της νόσου.

Είναι πολύ νωρίς όμως να γνωρίζουμε τα κατάλοιπα της νόσου αυτής στην υγεία των ασθενών και την πιθανότητα ύπαρξης μόνιμων βλαβών μετά την αποδρομή της. Κατά συνέπεια τα απώτερα απεικονιστικά ευρήματα είναι ακόμα άγνωστα.

Σημαντικός είναι ο ρόλος του Ακτινολόγου σε όλες τις φάσεις της παρούσης πανδημίας όσο και στη μετέπειτα παρακολούθηση των προσβληθέντων ασθενών.

Μαρία Λουράκη
Παιδίατρος,
Ευρωκλινική Παίδων

Ο μητρικός θηλασμός

«Θωρακίζει» το ανοσοποιητικό σύστημα των παιδιών

Το μητρικό γάλα είναι η ιδανική τροφή για τα βρέφη σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Συστήνεται αποκλειστικός μητρικός θηλασμός κατά τους έξι πρώτους μήνες της ζωής και συνέχισή του, παράλληλα με την εισαγωγή των στερεών τροφών, έως τα δεύτερα γενέθλια του παιδιού και για όσο το επιθυμούν η μητέρα και το παιδί.

Γιατί όμως το μητρικό γάλα είναι τόσο σημαντικό για την υγεία των παιδιών;

Έχει αποδειχθεί ότι το μητρικό γάλα είναι ένα πολύτιμο βιολογικό υγρό, με υψηλή θρεπτική αξία. Περιέχει όλα τα απαραίτητα συστατικά για την ανάπτυξη του βρέφους (πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπος, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία κ.ά.), καθώς και ζωντανά κύτταρα και αντιμικροβιακούς παράγοντες (λευκά αιμοσφαίρια, αντισώματα, ιντερλευκίνες κ.ά.), που συμμετέχουν στην άμυνα του οργανισμού ενάντια στις λοιμώξεις. Το ανώριμο λοιπόν ανοσοποιητικό σύστημα του βρέφους εφοδιάζεται με παράγοντες «έτοιμους» να αντιμετωπίσουν ανεπιθύμητους εισβολείς, όπως μικρόβια και ιούς. Επιπλέον, τα ανοσοτροποποιητικά συστατικά του μητρικού γάλακτος, «εκπαιδεύουν» τον αναπτυσσόμενο οργανισμό του μωρού για να «χτίσει» ένα ισχυρό ανοσοποιητικό σύστημα.

Ο μητρικός θηλασμός προστατεύει τα παιδιά από λοιμώξεις, αλλά και από τη μετέπειτα εκδήλωση αυτοάνοσων νοσημάτων

Μητρικός θηλασμός και λοιμώξεις

Τα βρέφη που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, όπως πνευμονία και ωτίτιδα. Αυτό οφείλεται στους αντιμικροβιακούς παράγοντες που περιέχει το μητρικό γάλα, αλλά και στο «μηχανικό» πλεονέκτημα που προσφέρει η σίτιση απευθείας από το στήθος έναντι της σίτισης με μπιμπερό, για την αποφυγή επεισοδίων πνιγμονής-μικροεισρρόφησης.

Επιπλέον τα προβιοτικά και πρεβιοτικά που υπάρχουν στο

μητρικό γάλα, βοηθούν στον εμπλουτισμό του μικροβιώματος του εντέρου με «φιλικά» προς τον οργανισμό βακτήρια. Τα μικρόβια αυτά αποτελούν τη φυσιολογική χλωρίδα του εντέρου του βρέφους και βοηθούν στην καλή λειτουργία του πεπτικού συστήματος. Παράλληλα αντιμικροβιακές ουσίες που περιέχονται στο μητρικό γάλα, όπως η λακτοφερρίνη και η λυσοζύμη, εμποδίζουν την προσκόλληση παθογόνων μικροβίων, τόσο στο πεπτικό, όσο και στο ουροποιητικό σύστημα του παιδιού. Έτσι τα παιδιά που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερο συχνά γαστρεντερίτιδες και ουρολοιμώξεις.

Τα ανοσοτροποποιητικά συστατικά του μητρικού γάλακτος, «εκπαιδεύουν» τον αναπτυσσόμενο οργανισμό του μωρού για να «χτίσει» ένα ισχυρό ανοσοποιητικό σύστημα. Το βρέφος εφοδιάζεται με παράγοντες «έτοιμους» να αντιμετωπίσουν ανεπιθύμητους εισβολείς, όπως μικρόβια και ιούς

Ο εμβολιασμός των βρεφών που θηλάζουν γίνεται κανονικά σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολίων της χώρας μας. Οι θηλάζουσες μητέρες μπορούν επίσης να κάνουν όλα τα προβλεπόμενα εμβόλια

Η ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος μέσω μητρικού θηλασμού αποδεικνύεται με μία ακόμη παρατήρηση. Τα βρέφη που θηλάζουν έχουν αυξημένο μέγεθος θύμου αδένα, ένα όργανο που συμμετέχει στην άμυνα του οργανισμού. Εκεί ωριμάζουν τα Τ-λεμφοκύτταρα, τα σημαντικότερα ίσως κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος.

Κι αν η μητέρα που θηλάζει είναι άρρωστη;

Οι κοινές λοιμώξεις δεν αποτελούν αντένδειξη για τη συνέχιση του θηλασμού. Η μητέρα που εμφανίζει κάποια λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος θα μεταφέρει «έτοιμα» αντισώματα στο μωρό της μέσω του μητρικού γάλακτος. Έτσι, ακόμα και αν το παιδί αρρωστήσει, θα αντιμετωπίσει γρηγορότερα τη λοίμωξη, εκδηλώνοντας ηπιότερα συμπτώματα! Στις συνηθισμένες λοιπόν ιώσεις, όπως η γρίπη και το κοινό κρυολόγημα, συστήνεται η συνέχιση του θηλασμού, με τήρηση βέβαια όλων των κανόνων ατομικής υγιεινής. Αντίστοιχα, μητέρες που εμφανίζουν γαστρεντερίτιδα ή ουρολοίμωξη ενθαρρύνονται να συνεχίσουν να θηλάζουν. Η φαρμακευτική αγωγή που επιλέγεται να ακολουθήσει σε κάθε περίπτωση η θηλάζουσα σε συνεννόηση με το θεράποντα ιατρό της, πρέπει να είναι συμβατή με το θηλασμό.

Πανδημία COVID-19

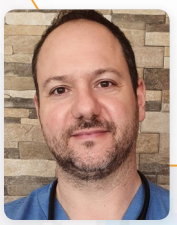
Ο θηλασμός δεν αντενδείκνυται αν η μητέρα νοσεί από κορωνοϊό και επιθυμεί να θηλάσει. Με τα επιστημονικά δεδομένα που είναι στη διάθεσή μας μέχρι σήμερα, ο κορωνοϊός δε μεταδίδεται μέσω του μητρικού γάλακτος, αλλά μέσω των εκκρίσεων του αναπνευστικού συστήματος και με την επαφή με μολυσμένες επιφάνειες (εφόσον δεν τηρούνται τα μέτρα υγιεινής των χεριών). Συστήνεται λοιπόν η μητέρα που νοσεί να φορά μάσκα, να πλένει σχολαστικά τα χέρια της πριν τη φροντίδα του μωρού της και να απολυμαίνει συχνά τις χρησιμοποιούμενες επιφάνειες. Αν η μητέρα δεν είναι σε θέση να θηλάσει, λόγω σοβαρής νόσησης ή νοσηλείας, και το επιθυμεί, μπορεί να αντλεί το γάλα της, το οποίο θα χορηγείται στο μωρό της από κάποιον υγιή φροντιστή.

Εμβόλια

Ο εμβολιασμός των βρεφών που θηλάζουν γίνεται κανονικά σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολίων της χώρας μας. Οι θηλάζουσες μητέρες μπορούν επίσης να κάνουν όλα τα προβλεπόμενα εμβόλια, όπως της γρίπης ή το τριπλό ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας (σε περίπτωση ελλιπούς εμβολιασμού στην παιδική ηλικία). Περιορισμός υπάρχει μόνο για το ειδικό εμβόλιο του κίτρινου πυρετού (ενδείκνυται σε περιπτώσεις ταξιδιού στο εξωτερικό σε ενδημικές περιοχές, όπως κάποιες χώρες της Αφρικής και Νότιας Αμερικής). Το εμβόλιο αυτό δε συστήνεται σε μητέρα που θηλάζει βρέφος μικρότερο των 6-9 μηνών.

Αντί επιλόγου...

Συνοψίζοντας, ο μητρικός θηλασμός έχει άμεσα, αλλά και μακροπρόθεσμα οφέλη στην οικοδόμηση ενός υγιούς ανοσοποιητικού συστήματος. Σύμφωνα με βιβλιογραφικά δεδομένα, προστατεύει τα παιδιά από λοιμώξεις, αλλά και από τη μετέπειτα εκδήλωση αυτοάνοσων νοσημάτων, όπως ο νεανικός διαβήτης.



Εμμανουήλ Γκλιάτης
Επιμελητής Αναισθησιολόγος, Ευρωκλινική Παίδων

Προεγχειρητικό άγχος

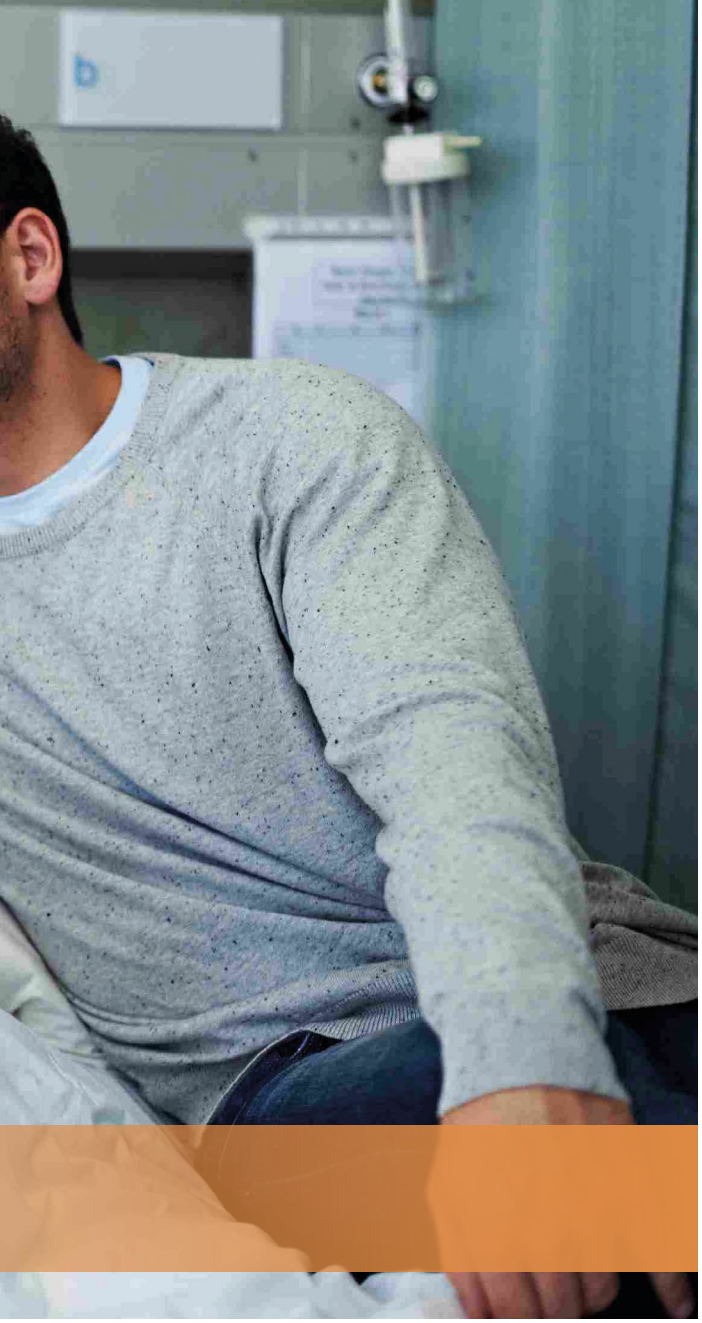
& ψυχολογική προετοιμασία του παιδιού

Εκατομμύρια παιδιά υποβάλλονται κάθε χρόνο σε χειρουργική επέμβαση και εκτιμάται ότι πάνω από τα μισά αντιμετωπίζουν σημαντικό άγχος πριν από αυτή. Μελέτες έχουν δείξει ότι η εισαγωγή στην αναισθησία είναι το πιο δύσκολο σημείο κατά τη διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου. Πολλά παιδιά κλαίνε, εκφράζουν φόβο ή θλίψη, διαμαρτυρία, προσπαθούν να διαφύγουν της διαδικασίας και αντιστέκονται σωματικά ή προφορικά στην τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα ή μάσκας για την αναισθησία. Σε αρκετές περιπτώσεις δεν είναι ασυνήθιστο τα παιδιά να συγκρατούνται από τους γονείς ή από σταθερά αντικείμενα, γεγονός συναισθηματικά τραυματικό για τα παιδιά αλλά και τους γονείς και το ιατρικό προσωπικό που οδηγεί σε δυσαρέσκεια σχετικά με την αναισθησιολογική διαχείριση.

Η ψυχολογική προετοιμασία του παιδιού εξαρτάται από την ηλικία και το αναπτυξιακό επίπεδο του και περιλαμβάνει φαρμακευτικές και μη παρεμβάσεις

Το προεγχειρητικό άγχος ορίζεται ως ένα υποκειμενικό αίσθημα έντασης, φόβου, νευρικότητας και ανησυχίας που σχετίζεται με τη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Έχει επιπτώσεις στη μετεγχειρητική ανάρρωση καθώς σχετίζεται με αυξημένες ανάγκες σε αναλγητικά, ναυτία και έμετο, καθυστέρηση της εξόδου από το νοσοκομείο, υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης παραληρήματος και πιθανά προβλήματα συμπεριφοράς τις ημέρες ή και εβδομάδες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Παράγοντες που το επηρεάζουν περιλαμβάνουν την ηλικία και το στάδιο ανάπτυξης του παιδιού, τα ατομικά χαρακτηριστικά ιδιοσυγκρασίας, το γονικό άγχος και τις προηγούμενες ιατρικές εμπειρίες.

Τα μικρότερα παιδιά (έως 7 ετών) είναι ιδιαίτερα ευαίσθη-



τα κατά την προεγχειρητική περίοδο. Είναι δύσκολο να κατανοήσουν γιατί πρέπει να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Μπορεί να πιστεύουν ότι η επέμβαση, η ασθένεια και η νοσηλεία είναι τιμωρίες για το ότι είναι άτακτα ή αποτέλεσμα της επιθυμίας του κλινικού γιατρού να τους βλάψει. Επιπλέον, ανησυχούν για τον αποχωρισμό από τους γονείς τους και φοβούνται τους ξένους. Μεγαλώνοντας, τα παιδιά χρησιμοποιούν στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και αναζητούν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την επέμβαση. Ωστόσο, έως και το 30% των παιδιών σχολικής ηλικίας εμφανίζουν επίσης ακραία επίπεδα άγχους κατά την προεγχειρητική περίοδο. Οι έφηβοι μπορεί να φοβούνται για την υγεία και την ακεραιότητα του σώματός τους όμως συμμετέχουν συνήθως στη διαδικασία συγκατάθεσης για το χειρουργείο.

Ο φόβος για το άγνωστο είναι συχνά χειρότερος από την πραγματικότητα. Είναι σημαντικό να είμαστε ειλικρινείς και να εξηγήσουμε ότι η χειρουργική επέμβαση γίνεται για να βοηθήσει το παιδί να αισθανθεί καλύτερα

Ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά όπως ένα ντροπαλό παιδί ή τα παιδιά που αποσύρονται και αποφεύγουν τις πληροφορίες για να αντιμετωπίσουν το φόβο τους, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους. Αντίθετα, τα παιδιά που προσεγγίζουν την πραγματικότητα, έχουν πιο κοινωνική συμπεριφορά ή αντιμετωπίζουν το γεγονός με χιούμορ, βιώνουν λιγότερη δυσφορία κατά την χορήγηση αναισθησίας .

Η γονική συμπεριφορά επηρεάζει σημαντικά τα επίπεδα άγχους των παιδιών. Οι ανήσυχοι γονείς τείνουν να προκαλούν διέγερση και άγχος με την παρουσία τους. Γονείς που χρησιμοποιούν συμπεριφορές εστιασμένες στο συναίσθημα (καθησυχασμός, απολογία, συμπόνια και κατανόηση) είναι επίσης πιο πιθανό να προκαλέσουν αγωνία στο παιδί τους, γιατί προσελκύουν την προσοχή στη χειρουργική επέμβαση και μεταφέρουν το μήνυμα ότι είναι κάτι που πρέπει να το ανησυχεί και να φοβάται. Συγκριτικά, οι γονείς που χρησιμοποιούν συμπεριφορές απόσπασης προσοχής, μεταδίδουν το μήνυμα ότι η χειρουργική επέμβαση και η αναισθησία είναι καταστάσεις διαχειρίσιμες.

Η εμπειρία από προηγούμενη γενική αναισθησία και χειρουργική επέμβαση από μόνη της δεν καθορίζει το βαθμό του άγχους που αντιμετωπίζουν τα παιδιά, αλλά η ποιότητα των προηγούμενων ιατρικών εμπειριών φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο. Επιπλέον, το άγχος των γονέων σε δεύτερη χειρουργική επέμβαση είναι σημαντικά χαμηλότερο.

Η ψυχολογική προετοιμασία του παιδιού εξαρτάται από την ηλικία και το αναπτυξιακό επίπεδό του και περιλαμβάνει φαρμακευτικές και μη παρεμβάσεις. Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στο παιδί, στον γονέα ή και στους δύο και μπορεί να περιλαμβάνουν στοιχεία όπως γνωσιακές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις (εκπαίδευση σε δεξιότητες αντιμετώπισης άγχους, απόσπαση προσοχής κ.ά.) και είναι σημαντικό να είναι προσαρμοσμένες στο κάθε παιδί. Ο ιδανικός χρόνος προετοιμασίας εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού. Από 6 ετών και άνω είναι καλύτερα να προετοιμαστεί μερικές ημέρες πριν ενώ το μικρότερο παιδί πιο κοντά στον χρόνο της χειρουργικής επέμβασης.

Ο φόβος για το άγνωστο είναι συχνά χειρότερος από την πραγματικότητα, επομένως είναι σημαντικό να είμαστε ειλικρινείς σχετικά με το τι θα συμβεί και να εξηγήσουμε ότι η χειρουργική επέμβαση γίνεται για να βοηθήσει το παιδί να αισθανθεί καλύτερα. Η προεγχειρητική επίσκεψη παρέχει μια εξαιρετική ευκαιρία για τη δημιουργία σχέσης του ιατρού αναισθησιολόγου με το παιδί και τους γονείς, την αναγνώριση ασθενών υψηλού κινδύνου και την ανάπτυξη ενός σχεδίου πολυπαραγοντικής προσέγγισης που στοχεύει στην ελαχιστοποίηση του άγχους.

ΠΑΙΔΩΝ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο Κέντρο!

PATIENTS' FRIENDLY HOSPITAL

1η κλινική πιστοποιημένη «φιλική προς τους ασθενείς» στην Ευρώπη

Όλες οι παιδιατρικές ειδικότητες & υποειδικότητες

Στο κέντρο της Αθήνας, με εύκολη πρόσβαση

18 χρόνια πορείας

450.000 παιδιά έκαναν εξετάσεις ή νοσηλεύτηκαν

Συνεργασία με όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες

Τμήμα επειγόντων περιστατικών όλο το 24ωρο

Υπηρεσία valet parking

Περισσότερα από 24 παιδιατρικά τμήματα & εξειδικευμένα κέντρα

Εμπειρία υγείας
για το παιδί στο κέντρο της πόλης

Πίσω από τους αριθμούς, κρύβεται μία **ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗ.**

350+ δράσεις για το περιβάλλον, τον πολιτισμό, την κοινωνία, τα ανθρώπινα δικαιώματα, ενώ επιβραβεύουμε την Αριστεία και τη Νεανική Επιχειρηματικότητα.

Η μεγαλύτερη όμως επιτυχία, είναι να συμβάλλεις σε ένα καλύτερο αύριο.

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ

Πιστώνει αμέσως!

www.**europaikipisti**.gr

Ευρωκλινική Αθηνών
Ποιοτική Φροντίδα Υγείας

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Ευρωκλινικής

Η κορυφαία επιλογή για κάθε έκτακτο περιστατικό στο κέντρο της Αθήνας

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

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

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ 1011
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

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