

ΔΩΡΕΑΝ

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ ΚΑΙ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ

Medilife

ΤΕΥΧΟΣ 31, ΧΕΙΜΩΝΑΣ-ΑΝΟΙΞΗ 2023
ISSN: 2459-4032

20
ΧΡΟΝΙΑ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ



Medilife

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ ΚΑΙ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ

ΤΕΥΧΟΣ 31, ΧΕΙΜΩΝΑΣ-ΑΝΟΙΞΗ 2023

ISSN: 2459-4032

υγεία για όλους

| ομορφιά - διατροφή

| παιδί

Μαζί, σε μία
νέα πορεία
ανάπτυξης



Allianz 

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ
 ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ
ΠΙΣΤΗ

Μια εταιρία της Allianz 

Σημαντικά ορόσημα και διακρίσεις μας δείχνουν τον δρόμο για τη συνέχεια!

Μια πολύ σημαντική χρονιά για εμάς, μια χρονιά ορόσημο και σταθμός για την πορεία μας, φτάνει στο τέλος της, με θετικό πρόσημο και ακόμα μεγαλύτερη ώθηση για το μέλλον. Φέτος γιορτάζουμε 20 χρόνια από την έναρξη λειτουργίας της παιδιατρικής μας κλινικής, της Ευρωκλινικής Παίδων, της πρώτης παιδιατρικής κλινικής στο κέντρο της Αθήνας

Η αρχή σηματοδοτήθηκε στην οδό Λεμεσού, Αχαρνών, το 2002, με μια πολύ δυνατή ιατρική και νοσηλευτική ομάδα, τους πρωτεργάτες της Ευρωκλινικής Παίδων, ενώ η μεταφορά της το 2017, σε πλήρη λειτουργία, στην οδό Αθανασιάδου, δίπλα ακριβώς στην Ευρωκλινική Αθηνών αποτέλεσε τη νέα εποχή για την Παιδιατρική μας Κλινική, έχοντας στρατηγική θέση στο Κέντρο της Αθήνας, καλύπτοντας ακόμα περισσότερες περιοχές. Σήμερα, έχοντας συμπληρώσει 20 χρόνια πορείας, την Ευρωκλινική Παίδων έχουν εμπιστευτεί για νοσηλεία ή εξετάσεις περισσότερα από 450.000 παιδιά, αποτελώντας την πρώτη επιλογή για την παιδιατρική φροντίδα, κάτι που μας δίνει μεγαλύτερο κίνητρο να συνεχίσουμε με την ίδια ποιότητα και φροντίδα για κάθε παιδί και γονιό, όπως την πρώτη ημέρα!

Όταν μάλιστα τα σημαντικά ορόσημα συνοδεύονται και από μεγάλες διακρίσεις, τότε μπορούμε να είμαστε σίγουροι ότι βρισκόμαστε στο σωστό δρόμο. Οι 8 διακρίσεις μας στα Healthcare Business Awards 2022 αποτελούν την πιο τρανή απόδειξη. Φέτος αποσπάσαμε 2 χρυσά βραβεία, το πρώτο για την μείωση του περιβαλλοντικού μας αποτυπώματος, αφού πετύχαμε μείωση κατανάλωσης νερού κατά 37% ανά ασθενομέρα και μείωση κατανάλωσης πλεκτρικής ενέργειας κατά 26% ανά ασθενομέρα. Το δεύτερο βραβείο για τη Συμβολή μας στην Απασχόληση και το πρόγραμμα «Επενδύοντας στους νέους», δίνοντας τη δυνατότητα πρόσληψης σε νέους και νέες χωρίς καμία προηγούμενη εργασιακή εμπειρία.

5 ασημένια βραβεία είναι η συγκομιδή μας για την Πλήρως Ενδοσκοπική Αντιμετώπιση Καρδιοχειρουργικών



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

Παθήσεων, τον Καινοτόμο Εξοπλισμό «e-stroke» για την αποτελεσματική διάγνωση και αντιμετώπιση του εγκεφαλικού, την καμπάνια Έγκαιρης Διάγνωσης «Check up υγείας εγκεφάλου», την αποτελεσματική διοίκηση του Νοσοκομείου κατά την περίοδο του Covid-19, καθώς και τον σχεδιασμό και την υλοποίηση μιας digital έγκυρης και εύκολα προσβάσιμης ιατρικής βιβλιοθήκης μέσω της εταιρικής μας ιστοσελίδας.

Τέλος, το χάλκινο βραβείο για την πανευρωπαϊκή πρωτοπορία στη Ρομποτική Χειρουργική για την επέμβαση Κολεκτομής Χωρίς τομή στην κοιλιά ολοκληρώνει μερικές μόνο από τις πρωτιές και τις διακρίσεις μας που αναδείχθηκαν αυτήν την χρονιά.

Κοιτώντας πίσω όσα έχουμε καταφέρει μέχρι σήμερα, νιώθουμε ικανοποίηση, πατώντας γερά στο παρόν και σχεδιάζοντας το μέλλον με ακόμα μεγαλύτερο όραμα και προσδοκίες.

OLYMPUS

**DIEGO
ELITE**



DISTRIBUTED BY



Εθνικής Αντιστάσεως 138
Τ.Κ. 17236, Αγίος Δημήτριος, Αθήνα
Τηλ. 210 97.061.83
Fax. 210 97.046.11
info@mediway.gr

Efficiency and Choice

DIEGO ELITE – the Olympus Rhinology Shaver System



Contents



**ΟΜΙΛΟΣ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ**
Είσαι στο Κέντρο!

ΤΑ ΝΕΑ ΜΑΣ

- 5** Ιατρικά νέα
 - Οι ιατροί μας εν δράσει!
- 12** Τα νέα μας
- 18** Αφιέρωμα Παίδων
 - Θυμόμαστε τις σημαντικότερες στιγμές των 20 χρόνων
- 24** Τα νέα μας
- 28** #AGKALIA FRONTIDAS για όσους μας έχουν ανάγκη



ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

- 34** Φίμωση - Περιτομή
- 36** 5 & Ένας Μύθοι για την επέμβαση στον θυρεοειδή
- 38** Καρδιοπάθειες: Αποτελούν πράγματι αντρική νόσο;
- 40** Πεπτικό Έλκος: Κλινικά συμπτώματα και αντιμετώπιση
- 42** Στενώματα ουρήθρας & αντιμετώπισή τους
- 44** Σφαιρική Γηριατρική Αξιολόγηση στο νοσοκομείο
- 46** Ιδιοπαθής Πνευμονική Ίνωση
- 48** Υψηλή ακρίβεια στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού με τη μαστογραφία με τομοσύνθεση
- 50** Εκκολπώματα παχέος εντέρου
- 52** Μελάνωμα: Αίτια, Αντιμετώπιση & Πρόληψη
- 54** Ανεπάρκεια μιτροειδούς: Νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπισή της
- 58** Αμυγδαλίτιδα. Τι πρέπει να προσέξουμε!
- 60** Κληρονομικότητα & Εγκυμοσύνη στην Σκλήρυνση κατά Πλάκας
- 62** Κύστεις μαστού
- 64** Οξεία σκωληκοειδίτιδα: Όσα πρέπει να γνωρίζουμε!
- 66** Λεύκη: Αίτια & Αντιμετώπιση



ΟΜΟΡΦΙΑ & ΔΙΑΤΡΟΦΗ

- 70** Τι είναι η ρινοπλαστική;
- 72** Ακμή Ενηλίκων
- 74** Αναψυκτικά & αλκοόλ: Μπορούμε να τα καταναλώνουμε;



ΠΑΙΔΙ

- 78** Εγκαύματα στα βρέφη και στα παιδιά
- 80** Εγκολεασμός στην παιδική ηλικία
- 82** Οφθαλμολογική Εξέταση & Συστηματικές Παθήσεις Συνεργασία για καλύτερη διάγνωση και αντιμετώπιση
- 84** Πονόλαμψ στα παιδιά. Όσα πρέπει να ξέρουν οι γονείς!
- 86** Υγιής ύπνος στα παιδιά. Συμβουλές για καλύτερο ύπνο

Medilife

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ

Αθανασιάδου 7-9, πάροδος Δ. Σούτου, 115 21, Αθήνα
Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 6416 600
Fax: 210 6416 555

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ

Αθανασιάδου 7-9, πάροδος Δ. Σούτου, 115 21, Αθήνα
Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 6416 600
Fax: 210 6416 555

@ info@euroclinic.gr

 www.euroclinic.gr

 www.facebook.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

Ανδρέας Κωσταντίνου

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας, Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Αναστάσιος Γυφτόπουλος

Διευθυντής Ακτινολογικού Τμήματος, Όμιλος Ευρωκλινικής

Νικόλαος Νασιάκοπουλος

Διευθυντής Γαστρεντερολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ζώνης Παναγόπουλος

Διευθυντής ΜΕΘ, Ευρωκλινική Αθηνών

Χρήστος Πανόπουλος

Διευθυντής Ογκολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών

Μιχαήλ Σούτης

Τομεάρχης Παιδιατρικού Τομέα - Διευθυντής Παιδοχειρουργικού

Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

Ελένη Τσάπρα

Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

Επιτροπή Παιδιατρικού Τομέα

Πρόεδρος

Μιχαήλ Σούτης

Μέλη

Ελένη Τσάπρα

Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος, Ευρωκλινική Παίδων

N. Κάσσου

Αναπληρώτρια Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος Παίδων

Δ. Μιχελάκης

Διευθυντής Πλαστικής Χειρουργικής Τμήματος Παίδων

A. Δάρας

Διευθυντής Ορθοπαδικού Τμήματος Παίδων

Παναγιώτης Μισυρλής

Διευθυντής Ω.Ρ.Λ. Τμήματος Παίδων

Νικόλαος Γκούμας

Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Αγορή Καντζιά

Αναπληρώτρια Δ/ντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Γ. Μαγγανάς

Διευθυντής Ακτινολογικού

P. Υφαντή

Διοικητική Προϊσταμένη Παίδων

Υπεύθυνη έκδοσης

Eύα Τσιλίκουνα

Διευθύντρια Μάρκετινγκ & Επικοινωνίας Ομίλου Ευρωκλινικής

Σχεδιασμός - Επιμέλεια: Ar_Di_Design

Εκτύπωση - Βιβλιοδεσία: Pressious Arvanitidis ABEE

© ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ

Αρ. Γ.Ε.ΜΗ: 000278101000

Το περιοδικό Medilife δεν παρέχει ιατρικές υπηρεσίες ή ιατρικές συμβουλές και σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστά τον πρωτοπόνο σας ιατρό και την επίσκεψή σας σε αυτόν. Τυχόν πληροφορίες ή ενημέρωσης που παρέχονται από το Medilife δεν εκφράζουν παρά μόνο την πρωτοπική άποψη των ανηγραφέων αυτών και δεν απετελούν ιατρική συμβουλή, ιατρική αγωγή, ιατρική γνωμάτευση, ιατρική θεραπεία, ή έναν γενειπλη-ροφορία ιατρικού περιεχομένου που μπορεί να υποκαταστήσει την επίσκεψη και συμβουλή του ιατρού σας.

Το περιοδικό διανέμεται δωρεάν



Ο κ. Δημήτριος Αλεξάκης στο 78ο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας

Ο κ. Δημήτριος Αλεξάκης, Δ/ντης Ορθοπαιδικής Κλινικής και Αθλητικών Κακώσεων Ευρωκλινικής Αθηνών συμμετείχε ως ομιλητής στο **78ο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας**, που πραγματοποιήθηκε 12 - 15 Οκτωβρίου 2022 στο Μέγαρο Διεθνές Συνεδριακό Κέντρο Αθηνών. Ο κ. Αλεξάκης μίλησε για τις πιο σύγχρονες εξελίξεις σχετικά με την αρθροσκόπηση ώμου, οι οποίες αποσκοπούν στην καλύτερη και πιο άμεση αποκατάσταση των ασθενών με παθήσεις του ώμου.

Η κα. Παναγιωτοπούλου Γαρταγάνη συμμετείχε σε μία πολύ σημαντική μελέτη για την υπνική άπνοια στα παιδιά



Η κα. Πολυτίμη Παναγιωτοπούλου - Γαρταγάνη, Διευθύντρια Παιδίατρος - Παιδοπνευμονολόγος, Ευρωκλινική Παίδων, συμμετείχε στη μελέτη με τίτλο «Ο δείκτης αποκορεσμών του οξυγόνου, ως προγνωστικός δείκτης για μέτριο ή σοβαρό σύνδρομο αποφρακτικής υπνικής άπνοιας σε παιδιά με ροχαλητό», σε συνεργασία με την Α' Παιδιατρική Κλινική, Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμήμα Παιδιατρικής Πνευμονολογίας, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία». Η μελέτη μάλιστα ανακοινώθηκε και στο Ευρωπαϊκό Πνευμονολογικό Συνέδριο, με πολύ σημαντικά ερευνητικά αποτελέσματα, ανάμεσα στα οποία και ότι η νυχτερινή οξυμετρία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση της υπνικής άπνοιας σε υγιή παιδιά με ροχαλητό, εφόσον δεν είναι διαθέσιμη η πολυυπνογραφία.

Χειρουργικό Νέον Καρβούνη Μάσ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ!



Διεθνές Workshop μεταξύ κορυφαίων Χειρουργών Θυρεοειδούς στη Γερμανία. Ελληνική συμμετοχή ο Χειρουργός κος Καρβούνης

Στο International Masterclass για τη Διεγχειρητική Νευροδιέγερση στις Επεμβάσεις Θυρεοειδούς, που πραγματοποιήθηκε 5-8 Οκτωβρίου 2022 στο Αμβούργο, συμμετείχε μετά από προσωπική πρόσκληση, ο κος **Ευάγγελος Καρβούνης**, Δ/ντής του Center of Excellence Χειρουργικής Θυρεοειδούς & Παραθυρεοειδών Αδένων.

Πρόκειται για ένα ολιγομελές διεθνές workshop που διοργανώθηκε από τον Γερμανό Χειρουργό Ενδοκρινών Professor Fendrich, καλώντας διακεκριμένους ιατρούς στη χειρουργική θυρεοειδούς στην Ευρώπη, έναν από κάθε

χώρα. Στις χειρουργικές αίθουσες του σύγχρονου γερμανικού νοσοκομείου Schön Klinik, ο κος Καρβούνης είχε την ευκαιρία να συμμετάσχει σε δύσκολες επεμβάσεις θυρεοειδούς και να ανταλλάξει απόψεις, με αξιόλογους εξειδικευμένους ιατρούς του εξωτερικού, για καινοτόμες εγχειρητικές πρακτικές στην Ενδοκρινική Χειρουργική.

Η πρωτοποριακή τεχνολογία της κατ'επίκλησης και συνεχούς νευροπαρακολούθησης, είναι αδιαμφισβήτητο στοιχείο μιας state-of-the-art Θυρεοειδεκτομής, που διασφαλίζει μετεγχειρητικά φυσιολογική ομιλία για τον ασθενή.



Ο κ. Δημήτρος Παπαγεωργίου, ο μοναδικός Έλληνας ομιλητής για την ενδοσκοπική χειρουργική σπονδυλικής στήλης στην περιοχή της Μεσογείου!

Ο κος **Δημήτριος Παπαγεωργίου**, Δ/ντης Νευροχειρουργός, Υπεύθυνος Τμήματος Ελάχιστα Επεμβατικής Νευροχειρουργικής Ευρωκλινικής Αθηνών συμμετείχε στο Πανευρωπαϊκό συνέδριο σπονδυλικής στήλης, "Eurospine 2022", το οποίο διεξήχθη στο Μιλάνο της Ιταλίας, 19-21 Οκτω-

βρίου 2022, παρουσία διακεκριμένων επιστημόνων από όλο τον κόσμο.

Ο κος Παπαγεωργίου, αποτέλεσε τη μοναδική ελληνική εκπροσώπηση στο συνέδριο, παρουσιάζοντας την πολυετή εμπειρία του στην ενδοσκοπική χειρουργική της σπονδυλικής στήλης και τα εξαιρετικά αποτελέσματα

ολων των επεμβάσεων σε όλους τους ασθενείς με προβλήματα σπονδυλικής στήλης. Μάλιστα, σημαντική ήταν και η συνεισφορά του ως εκπαιδευτής συναδέλφων νευροχειρουργών στις πιο σύγχρονες τεχνικές που εφαρμόζει με απόλυτη επιτυχία στην Ευρωκλινική Αθηνών.

Η κα Γκιζοπούλου στο Πανελλήνιο Συνέδριο Υπνολογίας

Η κα. **Ευαγγελία Γκιζοπούλου**, Δ/ντρια Πνευμονολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών συμμετείχε ως εισηγήτρια στο **12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Υπνολογίας**, το οποίο διεξήχθη στο Μέγαρο Μουσικής Αθηνών, 26-28 Σεπτεμβρίου 2022 συνδυαστικά με το Πανευρωπαϊκό Συνέδριο European Sleep Research Society – ESRS 2022 και μιλήσε για την «Διάγνωση των ασθενών με υπνική άπνοια-Σημαντικές συννοσηρότητες που υπεισέρχονται στη θεραπευτική απόφαση».

Η κα Γκιζοπούλου είναι ενεργό μέλος της ESRS και της Ελληνικής Εταιρείας



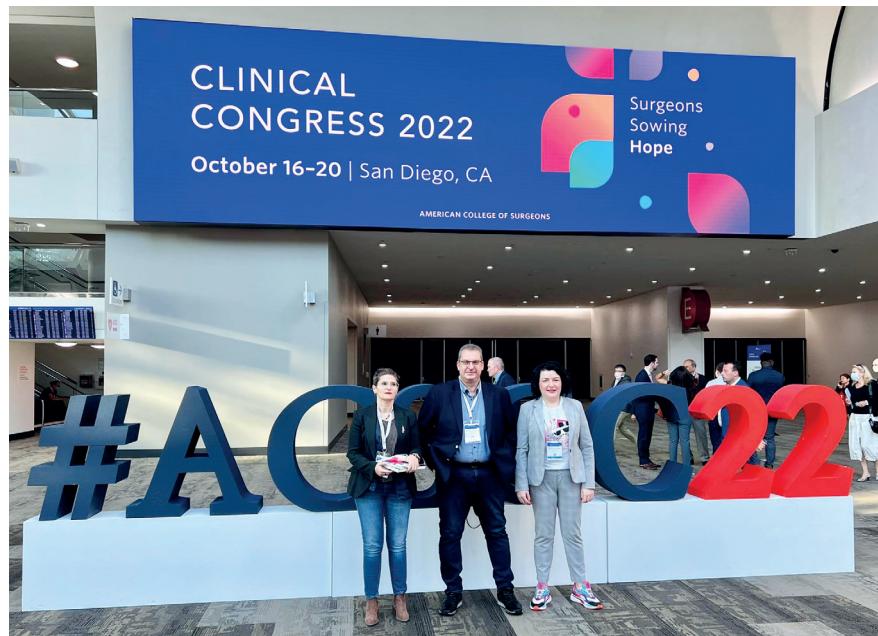
Υπνολογίας, πιστοποιημένη από το Υπουργείο Υγείας στην ειδικότητα της

ιατρικής του ύπνου, καθώς και πιστοποιημένη Somnologist - Expert in Sleep Medicine από την ESRS. Ενδεικτικό της σημασίας της Υπνολογίας σήμερα είναι πιας παγκοσμίως σχεδόν 1 δισεκατομμύριο ενήλικες από 30 εώς 69 ετών πάσχουν από σύνδρομο υπνικής άπνοιας με σοβαρές επιπτώσεις (καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα, αυξημένος κίνδυνος τροχαίων ατυχημάτων κ.ά.). Γ' αυτόν τον λόγο, οι επιστημονικές αυτές εκδηλώσεις έρχονται να επιβεβαιώσουν τις σημαντικές εξελίξεις στο χώρο της ιατρικής του Ύπνου και στη χώρα μας.

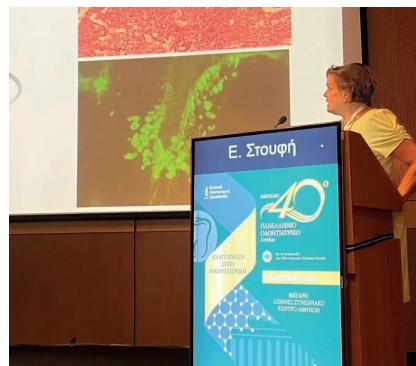


Η Ευρωκλινική στην κορυφή των χειρουργικών εξελίξεων!

Ο κος **Αναστάσιος Τσεχπενάκης**, Διευθυντής Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών, η κα **Αλεξία Σαριδάκη**, Αναπ. Διευθύντρια Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών και η κα **Αργυρώ Ριτσογιάννη**, Προϊσταμένη Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Ευρωκλινική Αθηνών συμμετείχαν στο «Clinical Congress 2022» που διοργάνωσε το Αμερικανικό Κολλέγιο Χειρουργών στο San Diego, 16-20 Οκτωβρίου 2022, παρουσία διακριμένων επιστημόνων από όλο τον κόσμο. Στο



συνέδριο συζητήθηκαν όλα τα νεότερα δεδομένα γύρω από τη χειρουργική και τις πιο σύγχρονες τεχνικές και μεθόδους!



To Ιατρείο Αυτοάνοσων και Φλεγμονωδών Παθήσεων του Δέρματος της Ενρωκήνικης στο Επετειακό 40ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο!

Ο κος. **Παναγιώτης Σταυρόπουλος**, Υπεύθυνος Ιατρείου Αυτοάνοσων και Φλεγμονωδών Παθήσεων του Δέρματος, Ευρωκλινική Αθηνών, η κα **Ελεάνα Στουφή**, Στοματολόγος-Οδοντίατρος, Ευρωκλινική Αθηνών και η κα **Αργυρώ Παπαδοπούλου**, Δερ-

ματολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών παρουσίασαν στο Μέγαρο Μουσικής Αθηνών 6-8 Οκτωβρίου 2022 την Εισήγηση «Θεραπευτική διαχείριση οδοντιατρικών ασθενών με δερματοβλεννογόνια νοσήματα στη σκιά του COVID-19. Τι νεότερο;»

Κατά τη διάρκεια της παρουσίασης δόθηκαν διευκρινίσεις και κατευθύνσεις στους οδοντιάτρους, για το χειρισμό των ασθενών με ανοστροποιητικά φάρμακα και της γενικότερης διαχείρισής τους εν μέσω πανδημίας.



Η Ευρωκλινική στην πρώτη γραμμή των ορθοπαιδικών εξελίξεων!

Ο κος Θωμάς Σαρλικιώτης, Διευθυντής Ορθοπαιδικού Τμήματος Η'-Αθλητικών Κακώσεων, Ευρωκλινική Αθηνών, παρέστη ως προσκεκλημένος ομιλητής στο 10ο Διεθνές Συνέδριο που διοργάνωσε η Αιγυπτιακή Αρθροσκοπική Εταιρεία. Ο κος Σαρλικιώτης παρουσίασε την ομιλία του με τίτλο "Stem cells treatment for articular cartilage lesions of the knee: Current trends & future prospevive", αποδεικνύοντας το υψηλό επιστημονικό επίπεδο της κώρας μας, καθώς και της Ευρωκλινικής στην αντιμετώπιση των χόνδρινων βλαβών του γόνατος.

Η κα Τούρωνα στο 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ομοσπονδίας Σωματείων - Συμπλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη



Η κα **Σοφία Τσιρώνα**, Διευθύντρια Ενδοκρινολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών συμμετείχε ως ομιλήτρια στο 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ομοσπονδίας Σωματείων – Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ) με τίτλο «Ενημερωτική Εκπαιδευτική Διημερίδα με τίτλο: «Από το παρελθόν...στο μέλλον!», το οποίο πραγματοποιήθηκε 4-5 Νοεμβρίου 2022, στο Ξενοδοχείο Στράτος Βασιλικός στην Αθήνα.

Η κα Τσιρώνα προήρευσε στον κύ-

κλο ομιλών για τη «Διαχείριση καθημερινών καταστάσεων στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2», στον οποίο παρουσίασε και τη δική της ομιλία με θέμα «Η σημασία της συμμόρφωσης των ατόμων με ΣΔ2 στη θεραπευτική τους αγωγή».

Στόχος της Διημερίδας ήταν οι άνθρωποι με Διαβήτη να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν σε μία πληθώρα θεμάτων, που απασχολούν την καθημερινότητά τους.

Τιμητικό Βραβείο για τον κ. Κουρή στο 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας



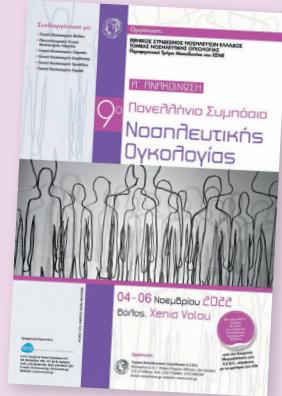
Ο κος **Ανάργυρος Κουρής**, Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών έλαβε το 3ο βραβείο αναρτημένων εργασιών, στο 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας, το οποίο πραγματοποιήθηκε 3-6 Νοεμβρίου 2022, στο Ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental στην Αθήνα.

Ο κος Κουρής βραβεύτηκε για την

αναρτημένη επιστημονική ανακοίνωση με τίτλο «Συγκριτική μελέτη ποιότητας ζωής και ψυχολογικής επιβάρυνσης ασθενών με ψωφρίαση και διαπυητική ιδρωταδενίτιδα», ενώ ήταν και προσκεκλημένος ομιλητής, εκπροσωπώντας το Ιατρείο Παθήσεων Τριχών της Ευρωκλινικής με θέμα «PRP και αλωπεκίες. Έχει ένδειξη?».



Τιμητική Βράβευση για την Ευρωκλινική στο 9ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Νοσηλευτικής Ογκολογίας



Με πολύ μεγάλη επιτυχία διοργανώθηκε από τον Τομέα Νοσηλευτικής Ογκολογίας του ΕΣΝΕ στον Βόλο, 4-6 Νοεμβρίου 2022, το **9ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Νοσηλευτικής Ογκολογίας**, με Πρόεδρο της Επιστημονικής Επιτροπής τον κ. Δημήτριο Παπαγεωργίου, Επίκουρο Καθηγητή Παθολογικής Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Προϊστάμενο ΟDC, Ευρωκλινική Αθηνών και παρουσία πλήθους νοσηλευτών της Ευρωκλινικής.

Η Ευρωκλινική βραβεύτηκε για την πολυετή συμμετοχή της σε όλες τις εκπαιδευτικές δράσεις του ΕΣΝΕ και το βραβείο παρέλαβε ο Διευθύνων Συμβουλός του Ομίλου Ευρωκλινικής, **κος Αντώνιος Βουκλαρής**.

Ο κος Νικόλαος Κατιρτζόγλου, Αναπληρωτής Διευθυντής Ογκολόγος, Ευ-

ρωκλινική Αθηνών προήδρευσε στη διάλεξη του καθηγητή Ογκολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και Κωτσάκη, ενώ 11 νοσηλευτές της Ευρωκλινικής συμμετείχαν ενεργά στο Επιστημονικό πρόγραμμα, αποδεικνύοντας εμπράκτως ότι η Ευρωκλινική αποτελεί ένα εργασιακό περιβάλλον που προάγει τη δια βίου εκπαίδευση!

Στο Συμπόσιο συμμετείχαν ο κος Γκούμας Νικόλαος, Δ/ντης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ο κος Παπαγεωργίου Δημήτριος, Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής, Επίκουρος Καθηγητής Παθολογικής Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Προϊστάμενος ΟDC, ο κος Νικόλαος Κατιρτζόγλου, Αναπληρωτής Διευθυντής Ογκολόγος, καθώς και οι νοσηλευτές μας, Ντόλα Χριστίνα, Μπεμπένη Χαρί-

κλεια, Τσαγκάνης Γεώργιος, Σεργάκης Κων/νος, Δημητρίου Αθανασία, Δελατόλα Σοφία, Κρομμύδα Αγγελική, Ζώντου Ροδόκλεια και Καφάζη Αλκιμένα.

Συνολικά, στο συμπόσιο συμμετείχαν 350 Νοσηλευτές από όλη την Ελλάδα και το πρόγραμμα περιλάμβανε 12 κλινικά φροντιστήρια, 13 Στρογγυλά Τραπέζια, 15 Διαλέξεις, 39 Ελεύθερες Ανακοινώσεις και 20 e-poster, παρουσία του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας, κου Ιωάννη Κωτσιόπουλου, του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Παιδείας, κου Οδυσσέα Ζώρα, της προέδρου του ΟΔΙΠΥ κας. Δάφνης Καιτελίδου, της αντιπεριφερειαρχης Μαγνησίας κας Κολυνδρίνη, καθώς και Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών Νοσοκομείων της ευρύτερης περιοχής.



Άριψη μία επιτυχμένη εκπαίδευση για το νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Εγκεφαλικών

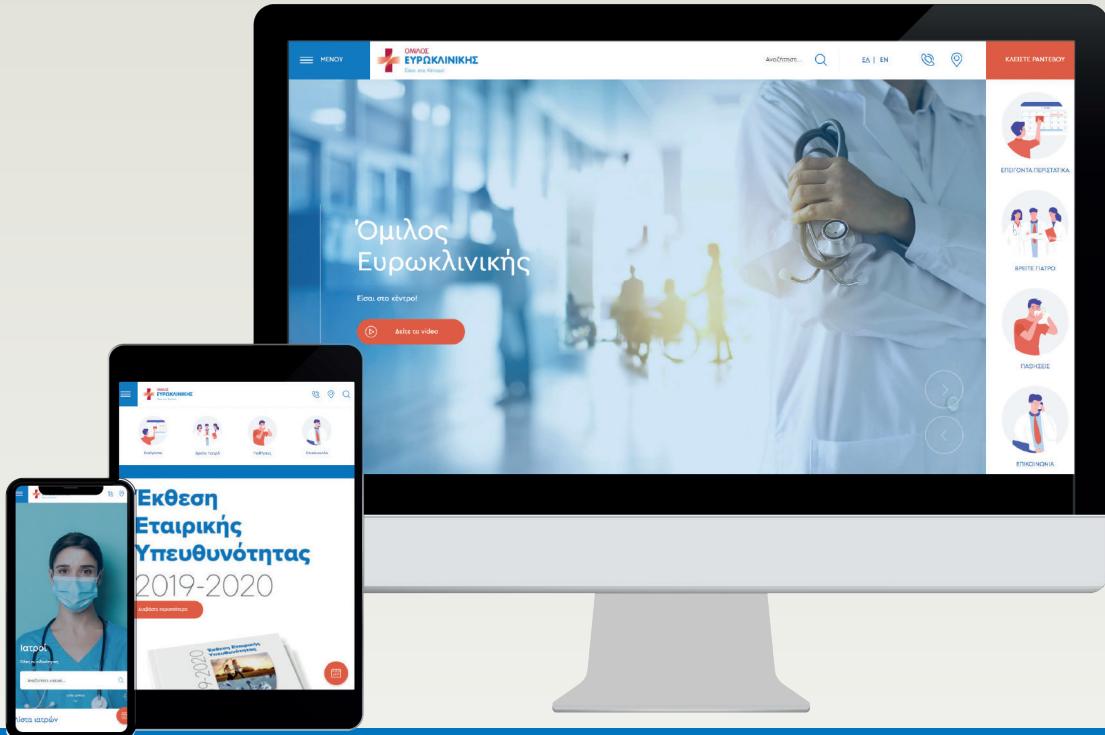
Με μεγάλη επιτυχία και συμμετοχή ολοκληρώθηκε η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού της Μονάδας Αντιμετώπισης Εγκεφαλικών της Ευρωκλινικής υπό την αιγίδα της **Angels Initiative**, σε θέματα επείγουσας αντιμετώπισης νευρολογικών περιστατικών, καθώς και λογοθερα-



πευτικής και φυσικοθεραπευτικής υποστήριξης για ασθενείς που έχουν υπο-

στεί εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο άμεσος εντοπισμός και λήψη θεραπείας παίζουν σπουδαίο ρόλο στην αντιμετώπιση του εγκεφαλικού, γι' αυτό και οι τακτικές εκπαιδεύσεις και οι προσομοιώσεις κατέχουν σημαντική θέση στο πρόγραμμα εκπαίδευσεων του Νοσηλευτικού προσωπικού μας!





To νέο, υπερσύγχρονο website μας είναι on air!

Η πιο σύγχρονη κα μοντέρνα ιστοσελίδα είναι γεγονός!

- Βρες εύκολα και γρήγορα τον ιατρό ή την ειδικότητα που χρειάζεσαι
 - Ενημερώσου για τα τελευταία νέα και δράσεις μας
- Διάβασε ενδιαφέροντα άρθρα υγείας και συμβουλές ευεξίας για ενήλικες και παιδιά από τους ειδικούς της Ευρωκλινικής
- Ανακάλυψε τα πιο ολοκληρωμένα check up και τις πιο «hot» προσφορές υγείας και ομορφιάς και κλείσε εύκολα το ραντεβού σου



www.euroclinic.gr





Σκανάρετε για να διαβάσετε την Έκθεση

Συμβάλλουμε στην αντίμετώπιση της κλιματικής αλλαγής!

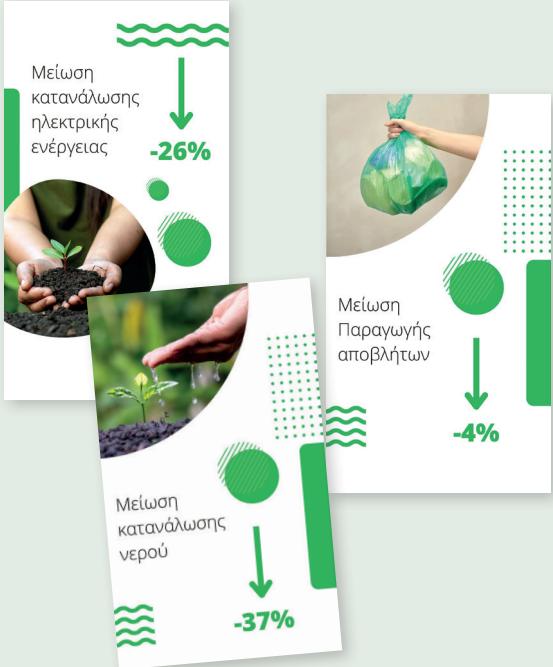
Δημοσιεύσαμε την 2η Έκθεση Εταιρικής Υπευθυνότητας και Βιώσιμης Ανάπτυξης

Δημοσιεύσαμε την 2η Έκθεση Εταιρικής Υπευθυνότητας και Βιώσιμης Ανάπτυξης για το 2021. Η νέα Έκθεση Εταιρικής Υπευθυνότητας και Βιώσιμης Ανάπτυξης του Ομίλου Ευρωκλινικής περιλαμβάνει όλες τις δράσεις και τα προγράμματα που πραγματοποίησε ο Όμιλος την προηγούμενη χρονιά, ανταποκρινόμενος με επιτυχία στις σύγχρονες οικονομικές, περιβαλλοντικές και κοινωνικές προκλήσεις.

Η ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη μάχη ενάστια στην πανδημία, η καινοτομία, η συνεχής επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό,

η ορθή εταιρική διακυβέρνηση και η μείωση του περιβαλλοντικού αποτυπώματος αποτελούν μερικούς μόνο από τους πυλώνες που χαρακτηρίζουν τη λειτουργία και την δράση του Ομίλου Ευρωκλινικής. Στον Όμιλο Ευρωκλινικής, καθοδηγούμαστε από ένα κοινό όραμα, να συμβάλλουμε στη βελτίωση της υγείας και της καθημερινότητας των ανθρώπων, τόσο μέσω της λειτουργίας της Κλινικής, όσο και μέσω της υλοποίησης ποικίλων δράσεων κοινωνικής συνεισφοράς.

Με την κλιματική αλλαγή να αποτελεί το ση-



μαντικότερο περιβαλλοντικό ζήτημα στον πλανήτη, σημαντικός τομέας της επιχειρηματικής μας στρατηγικής είναι η διατήρηση και η προστασία των φυσικών πόρων και του περιβάλλοντος μέσα από την ανάπτυξη ενός πλαισίου δράσεων περιβαλλοντικής υπευθυνότητας. Χαρακτηριστική απόδειξη της περιβαλλοντικής υπευθυνότητας που επέδειξε ο Όμιλος για την χρονιά 2021, αποτελούν η μείωση κατανάλωσης νερού κατά 37% ανά ασθενομέρα και η μείωση κατανάλωσης ηλεκτρικής ενέργειας κατά 26% ανά ασθενομέρα.

Με αφορμή την έκδοση της Έκθεσης Εταιρικής Υπευθυνότητας και Βιώσιμης Ανάπτυξης, ο **Αντιπρόεδρος του Ομίλου Ευρωκλινικής, Νικόλας Πλακόπητας**, δήλωσε: «Με την κλιματική αλλαγή να αποτελεί το σημαντικότερο περιβαλλοντικό ζήτημα στον πλανήτη, παραμένουμε πιστοί στη δέσμευσή μας να συμβάλλουμε στη βιώσιμη ανάπτυξη υιοθετώντας ένα μοντέλο λειτουργίας που επικεντρώνεται στην καινοτομία των υπηρεσιών, τη στήριξη των ανθρώπων μας, την προστασία των φυσικών πόρων και του περιβάλλοντος και τη συνεισφορά στο κοινωνικό σύνολο».



ta nea mas



Αντώνης Βουκλαρής,
Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής

Healthcare Business AWARDS 2022

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής στους κορυφαίους της Υγείας για το 2022!

8 σημαντικά βραβεία στα Healthcare Business Awards !

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής έλαβε **8 συνολικά βραβεία** στα Healthcare Business Awards 2022, τα οποία διοργανώνονται από την BOUSIAS COMMUNICATIONS, για την πρωτοπορία στην ιατρική και τον καινοτόμο ιατρικό εξοπλισμό, τη συμβολή στην απασχόληση, την προστασία του περιβάλλοντος, την αποτελεσματική διοίκηση του Νοσοκομείου κατά την περίοδο του Covid-19 καθώς και την υλοποίηση δράσεων επικοινωνίας, ενημέρωσης - ασθενών και πρόληψης.

Συγκεκριμένα ο Όμιλος Ευρωκλινικής έλαβε **δύο σημαντικά GOLD βραβεία**, το πρώτο στην κατηγορία «Δράσεων Προστασίας του Περιβάλλοντος» για το σχεδιασμό και υλοποίηση του προγράμματος «EUROCLINIC GO GREEN», ενός συνόλου ενεργειών και επενδύσεων για τη μείωση του περιβαλλοντικού αποτυπώματος των Κλινικών του Ομίλου και την προστασία του περιβάλλοντος και το δεύτερο GOLD βραβείο στην κατηγορία «Συμβολή στην Απασχόληση» για το πρόγραμμα συστηματικής προσέλκυσης,

εκπαίδευσης και επένδυσης στο νεότερο ηλικιακά ανθρώπινο δυναμικό.

Στο ιατρικό κομμάτι ζεχώρισαν με **SILVER βραβείο** για την «πρωτοπορία στην Χειρουργική Αντιμετώπιση Παθήσεων» ο **κος Αθανάσιος Αντωνίου**, **Διευθυντής Καρδιοχειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών**, για την Πλήρως Ενδοσκοπική Αντιμετώπιση Καρδιοχειρουργικών Παθήσεων (TOTAL ENDOSCOPIC CARDIAC SURGERY) και η **κα Θάλεια Πετροπούλου, Γενική Χειρουργός**, για την πανευρωπαϊκή πρωτοπορία στη Ρομποτική Χειρουργική

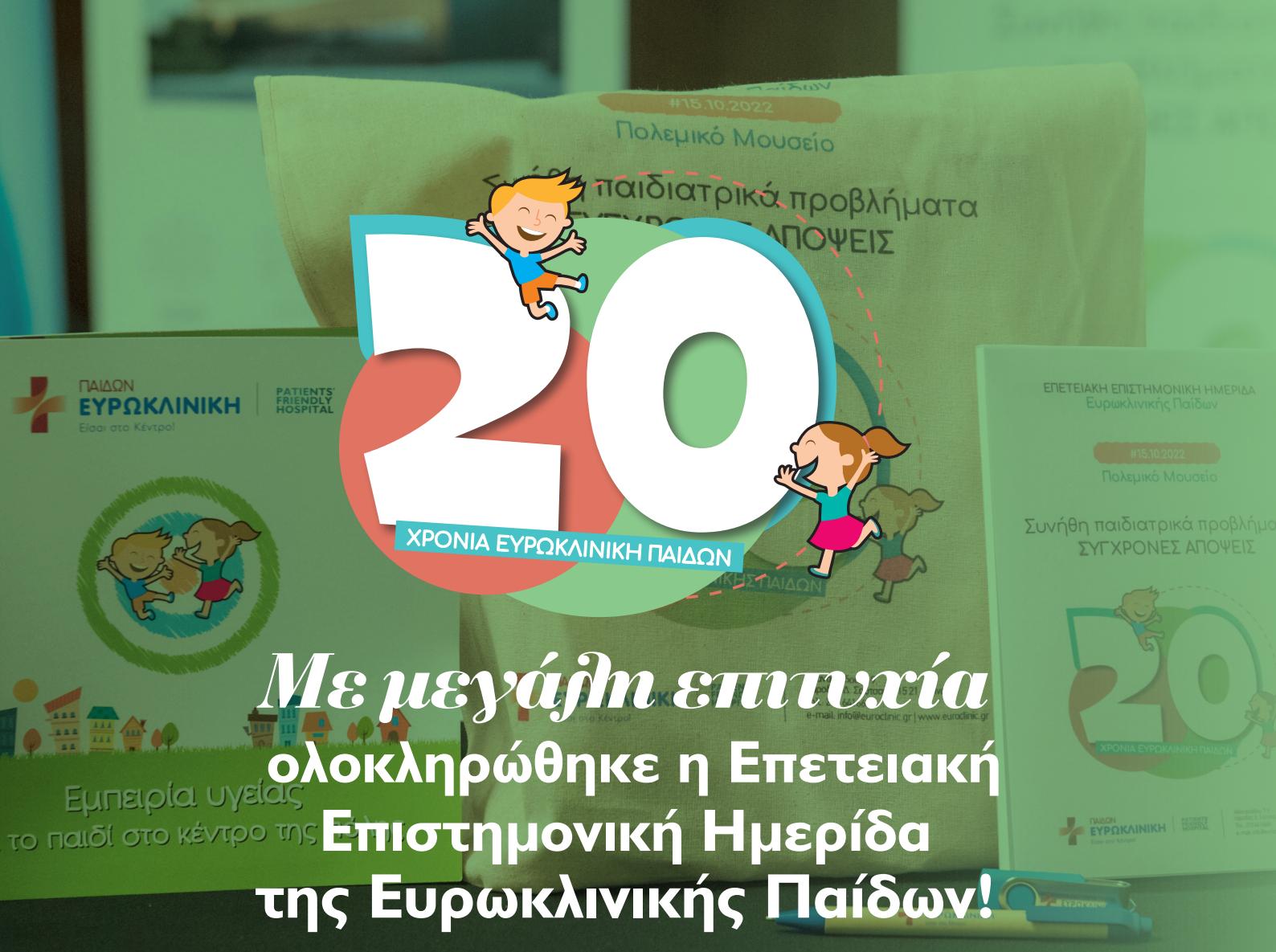


πραγματοποιώντας επέμβαση Κολεκτομής χωρίς τομή στην κοιλιά, που έλαβε **BRONZE βραβείο**. Ο κος **Αναστάσιος Γυφτόπουλος, Διευθυντής Ακτινολογικού Τμήματος Ομίλου Ευρωκλινικής**, παρέλαβε το SILVER βραβείο στην κατηγορία «Καινοτόμος Εξοπλισμός ή Ιατρική Υπηρεσία» για την πρωτοποριακή πλατφόρμα «e-stroke» της εταιρείας *Braionomix*, που λειτουργεί στο Ακτινολογικό Τμήμα της Ευρωκλινικής και προσφέρει νέες δυνατότητες στη θεραπεία του εγκεφαλικού με την χρήση τεχνολογί-

ας τεχνητής νοημοσύνης αυξάνοντας κατά 70% το ποσοστό των ασθενών που μπορούν να δεχθούν θεραπεία για εγκεφαλικό. Η κα **Βάσω Ζησιμοπούλου, Διευθύντρια Νευρολόγος και Επικεφαλής της Μονάδας Αντιμετώπισης Εγκεφαλικών της Ευρωκλινικής**, παρέλαβε το SILVER βραβείο στην κατηγορία «Δράσεις Πρόληψης/Έγκαιρης Διάγνωσης» για την καμπάνια «Check up υγείας εγκεφάλου» η οποία υλοποιήθηκε με στόχο την καλύτερη Πρόσβαση, Πρόληψη και Υποστήριξη για το Εγκεφαλικό.

Τέλος ο κος **Νίκος Γκούμας, Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ομίλου Ευρωκλινικής**, παρέλαβε το SILVER βραβείο για την «Αποτελεσματική Διοίκηση Κλινικής» για την αποτελεσματική διαχείριση και οργάνωση του Νοσοκομείου κατά την περίοδο του COVID-19, καθώς η Ευρωκλινική ήταν η μοναδική ιδιωτική κλινική με ταυτόχρονη λειτουργεία covid και non-covid περιστατικών ενώ στην κατηγορία «Επικοινωνία» ο κος **Άκης Στεργιόπουλος, Marketing Coordinator Ομίλου Ευρωκλινικής** παρέλαβε το SILVER βραβείο για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση μιας digital έγκυρης και εύκολα προσβάσιμης ιατρικής βιβλιοθήκης μέσω της εταιρικής ιστοσελίδας του Ομίλου Ευρωκλινικής και της προώθησής της μέσω ψηφιακών καναλιών.

Ο κος **Αντώνης Βουκλαρής, Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής**, παραλαμβάνοντας το GOLD βραβείο για την προστασία του περιβάλλοντος, δήλωσε «Στον Όμιλο Ευρωκλινικής, σημαντικός τομέας της επιχειρηματικής μας στρατηγικής είναι η διατήρηση και η προστασία των φυσικών πόρων και του περιβάλλοντος μέσα από την ανάπτυξη ενός πλαισίου δράσεων περιβαλλοντικής υπευθυνότητας. Μέσω ενός ολοκληρωμένου σχεδίου και επενδύσεων πετύχαμε σημαντικές μειώσεις στην κατανάλωση ενέργειας και νερού βάζοντας κι εμείς το αποτύπωμά μας στη βιώσιμη ανάπτυξη». Η κα **Ιωάννα Κατσίκη, HR Director Ομίλου Ευρωκλινικής** παρέλαβε το GOLD βραβείο για τη συμβολή στην απασχόληση και ανέφερε «Ως Όμιλος Ευρωκλινικής από την έναρξη της πανδημίας κληθήκαμε να αντιμετωπίσουμε μία πρωτόγνωρη έλλειψη επαγγελματιών υγείας. Καταφέραμε όμως να μετατρέψουμε την κρίση σε ευκαιρία, επιλέγοντας να επενδύσουμε στον ανθρώπινο παράγοντα και πιο συγκεκριμένα στους νέους μας, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να μην αποτελούν απλά το μέλλον αλλά να γίνουν το παρόν αυτής της κοινωνίας».



Με μεγάλη επιτυχία ολοκληρώθηκε η Επετειακή Επιστημονική Ημερίδα της Ευρωκλινικής Παίδων!

Στη φετινή ημερίδα της Ευρωκλινικής Παίδων
ταξιδέψαμε 20 χρόνια πίσω, αναπολήσαμε όμορφες
στιγμές του παρελθόντος, συγκινηθήκαμε, τιμήσαμε
ιδρυτικά πρόσωπα, ακούσαμε ενδιαφέρουσες ομιλίες
από εξαίρετους επιστήμονες!

Με αφορμή τη συμπλήρωση 20 χρόνων από την έναρξη της λειτουργίας της Ευρωκλινικής Παίδων, πραγματοποιήθηκε η 18η Επετειακή Επιστημονική Ημερίδα της, το Σάββατο 15 Οκτωβρίου 2022, στο Πολεμικό Μουσείο, με μεγάλη συμμετοχή και παρουσία πλήθους διακεκριμένων επιστημόνων της παιδιατρικής κοινότητας σε έντονα συγκινησιακή ατμόσφαιρα.

Περισσότεροι από 250 παιδιάτροι και λοιποί επιστήμονες παρακολούθησαν την ημερίδα της Ευρωκλινικής Παίδων, η οποία είχε ως κεντρικό άξονα τα «Συνήθη παιδιατρικά προβλήματα: Σύγχρονες απόψεις». Καταξιωμένοι ιατροί της Ευρωκλινικής Παίδων και προσκεκλημένοι

ομιλητές του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών παρουσίασαν ενδιαφέροντα θέματα της σύγχρονης παιδιατρικής, ανάμεσα στα οποία «Οι Νευρολογικές εκδηλώσεις από τον Sars-CoV-2 στα παιδιά», «Τα ζώα ως αίτιο μετάδοσης ιογενών και παρασιτικών λοιμώξεων», «Δερματικές εκδηλώσεις συστηματικών νοσημάτων» κ.ά.

Στην επετειακή ημερίδα τιμήθηκαν με ειδικό βραβείο για την προσφορά τους και το ιδρυτικό έργο τους στην Ευρωκλινική Παίδων ο **Παναγιώτης Λαγός**, Καθηγητής Παιδιατρικής και τέως Δ/ντης Ιατρικής Υπηρεσίας, η **Θεοδώτα Λιακοπούλου Τσιτσιπή**, τέως Δ/ντρια Παιδιατρι-



κού Τμήματος, ο **Γεώργιος Μουσάτος**, τέως Δ/ντης Παιδοχειρουργικού Τμήματος και η **Μαρία Παπαδοπούλου**, τέως Δ/ντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Ο Αντώνης Βουκλαρής, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, δήλωσε: «Σήμερα γιορτάζουμε όλοι μαζί τα 20 χρόνια από την έναρξη λειτουργίας της Ευρωκλινικής Παίδων, της πρώτης ιδιωτικής παιδιατρικής κλινικής στην Αθήνα και είμαστε ιδιαίτερα περήφανοι που τιμούμε πρόσωπα που είχαν εξέχοντα ρόλο στην ίδρυση και λειτουργία της Ευρωκλινικής Παίδων και ξαναθυμόμαστε τις καλύτερες στιγμές της πορείας μας μέχρι σήμερα».

Η Ελένη Τσάπρα, Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής

Συνεδρίου και Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων δήλωσε:

«Σήμερα είχαμε τη χαρά και την τιμή να παρουσιάσουμε στον παιδιατρικό κόσμο, μετά από 2 χρόνια απόστασης λόγω της πανδημίας, πολλά και ενδιαφέροντα θέματα της σύγχρονης παιδιατρικής, να τιμήσουμε εξαιρετικούς συναδέλφους, που συνέβαλαν στην εξέλιξη της Ευρωκλινικής Παίδων και να θυμηθούμε όμορφες στιγμές από τα παλιά. Ανανεώνουμε το ραντεβού μας με την παιδιατρική κοινότητα για την επόμενη χρονιά με ακόμα πιο πλούσια και ενδιαφέρουσα θεματολογία, πάντα με επίκεντρο την καλή υγεία του παιδιού».



Η αρχή

Το «ταξίδι» της Ευρωκλινικής Παίδων ξεκίνησε το 2002, όταν μία ομάδα Παιδιάτρων, Νοσηλευτών και Διοικητικού προσωπικού ενώθηκε, με κύριο γνώμονα την αγάπη της για την φροντίδα του μικρού ασθενούς και δημιούργησε την πρώτη ιδιωτική Παιδιατρική Κλινική στην Αθήνα.

Η Ευρωκλινική Παίδων ξεκίνησε τη λειτουργία της στην οδό Λεμεσού (Αχαρνών) σε ένα κτίριο

ειδικά διαμορφωμένο και εξοπλισμένο για να υποδέχεται παιδιά και να μετατρέπει την επίσκεψη στον ιατρό σε παιχνίδι!

Στόχος ήταν η δημιουργία μιας πλήρους παιδιατρικής κλινικής στην Αθήνα, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα παιδιατρικών ειδικοτήτων και υποειδικοτήτων, με την υποστήριξη τμημάτων και εξειδικευμένων κέντρων.

Το κτίριο της
Ευρωκλινικής
Παίδων στην
οδό Λεμεσού,
Αχαρνών, το 2002



Η Ευρωκλινική Παίδων με νούμερα

Στα 20 χρόνια πορείας της Ευρωκλινικής Παίδων περισσότεροι από 1.900 παιδιάτροι διαφόρων ειδικοτήτων έχουν συνεργαστεί με την Ευρωκλινική Παίδων και έχουν εμπιστευτεί την Κλινική μας για τη νοσηλεία, τις εξετάσεις και τις επεμβάσεις των μικρών μας φίλων. Η Ευρωκλινική Παίδων έχει «φιλοξενήσει» στις εγκαταστάσεις της και έχει απασχολήσει σε μόνιμη βάση περισσότερους από 250 παιδιάτρους οι οποίοι καθημερινά με τις εφημερί-

ες τους, τα ιατρεία τους, τις επισκέψεις στα δωμάτια των λιλιπούτειων ασθενών, τις κουβέντες με τους γονείς και τους συνοδούς και την άριστη συνεργασία με τους νοσηλευτές, έκαναν την Ευρωκλινική Παίδων να κατέχει σήμερα μία ξεχωριστή θέση στην καρδιά και στις προτιμήσεις των γονιών. Και το αποτέλεσμα αυτών; Περισσότερα από 450.000 παιδιά έχουν λάβει τις υπηρεσίες της Ευρωκλινικής Παίδων με ευαισθησία και αγάπη.

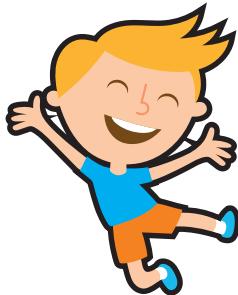


Οι άνθρωποι
που αποτέλεσαν
την αρχή της
Ευρωκλινικής
Παίδων

Οι πρωτεργάτες

Πρωτεργάτες αυτής της προσπάθειες ήταν ο κος **Παναγιώτης Λαγός**, ο οποίος διετέλεσε Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Ευρωκλινικής Παίδων από το 2002 έως το 2010 καθοδηγώντας το ιατρικό team της Παιδιατρικής Κλινικής και συντονίζοντας όλες τις παιδιατρικές ειδικότητες και υποειδικότητες και η κα **Μαρία Παπαδοπούλου** η οποία διετέλεσε Διευθύντρια Νοσηλευτικής

από το 2002 έως το 2013 φροντίζοντας να δημιουργήσει μία ομάδα Νοσηλευτών και Νοσηλευτριών που θα κάνει πάντα το κάτι παραπάνω για τον μικρό ασθενή και τη φροντίδα του. Από τότε πολλοί ιατροί και προσωπικό έχουν περάσει από την Οικογένεια της Ευρωκλινικής Παίδων, αλλά η συνταγή παραμένει η ίδια, η αγάπη για το παιδί.



- > 1.900 παιδίατροι διαφόρων ειδικοτήτων έχουν συνεργαστεί με την Ευρωκλινική Παίδων
- > 250 παιδίατροι απασχολούνται σε μόνιμη βάση
- > 450.000 παιδιά έχουν λάβει υπηρεσίες





Η μεγάλη αλλαγή «Μεταφερόμαστε!»

Μετά από 15 χρόνια συνεχούς λειτουργίας το 2017 ήταν μια χρονιά σταθμός για την Ευρωκλινική Παίδων. Η Παιδιατρική Κλινική «μετακόμισε» σε νέες εγκαταστάσεις και σε ένα εντελώς νέο κτίριο από την Αχαρνών όπου στεγαζόταν όλα αυτά τα χρόνια στην οδό Αθανασιάδου, στο κέντρο της Αθήνας, δίπλα ακριβώς στην Ευρωκλινική Αθηνών.

Η όλη προσπάθεια μεταφοράς της Κλινικής χρειάστηκε το συντονισμό και την προσπάθεια πολλών ανθρώπων καθώς ήταν η πρώτη φορά που μεταφέρεται εξ ολοκλήρου μία Κλινική, χωρίς να σταματή-

σει ούτε μία ημέρα η λειτουργία της. Στις 13 Φεβρουαρίου η Ευρωκλινική Παίδων άρχισε να υποδέχεται τους μικρούς ασθενείς στους νέους της χώρους, σε ένα κτίριο 4 ορόφων, ειδικά διαμορφωμένων για παιδιά, υπερσύγχρονες χειρουργικές αίθουσες και το πιο χαρογλαστό προσωπικό!

Η μεταφορά της Ευρωκλινικής Παίδων σηματοδότησε τη νέα εποχή για την Παιδιατρική Κλινική, έχοντας στρατηγική θέση στο Κέντρο της Αθήνας, καλύπτοντας ακόμα περισσότερες περιοχές και έχοντας σημαντική θέση δίπλα στα σημαντικότερα Δημόσια Παιδιατρικά Νοσοκομεία.

Η μεταφορά «γιορτάστηκε» με τα επίσημα εγκαίνια που έγιναν τον Ιούνιο του 2017, σε μία εκδήλωση στην οποία έδωσαν το παρών σημαντικά πρόσωπα της Παιδιατρικής, του πολιτικού χώρου και της παιδιατρικής καθώς και όλοι οι ιατροί και το προσωπικό της Παίδων που βοήθησαν σε αυτό το τεράστιο εγχείρημα, συμμετέχοντας σε ένα μεγάλο «πάρτι» που στήθηκε στο προαύλιο της Παίδων.





Η πιο φιλική Κλινική προς τους μικρούς ασθενείς με αποδείξεις!

Η Ευρωκλινική Παίδων έγινε, η πρώτη παιδιατρική κλινική στην Ελλάδα και την Ευρώπη πιστοποιημένη ως «Φιλική προς τους μικρούς ασθενείς» (Patients'Friendly Hospitals) από την εξωτερική, ανεξάρτητη εταιρεία πιστοποίησης TÜV AUSTRIA HELLAS έχοντας πάντα ως προτεραιότητα το τρίπτυχο Εμπιστοσύνη- Ασφάλεια - Φροντίδα, που θέτει τον μικρό ασθενή και την οικογένειά του στο κέντρο του ενδιαφέροντος και ικανοποιώντας κάθε τους

ανάγκη. Για την δημιουργία των συνθηκών που την πιστοποιήσαν ως Κλινική «Φιλική προς τους μικρούς Ασθενείς» η Ευρωκλινική Παίδων επιλέγει με συγκεκριμένα κριτήρια το προσωπικό της και φροντίζει για τη συνεχή εκπαίδευσή του. Επίσης, έχει δημιουργήσει σημεία εξυπηρέτησης για εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς, ενώ «εκπαιδεύει» και ενημερώνει γονείς και συνοδούς για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου περιβάλλοντος εμπιστοσύνης και ασφάλειας.

Οι σημαντικές συνεργασίες

Όλα αυτά τα χρόνια η Ευρωκλινική Παίδων έχει σταθεί δίπλα σε κάθε παιδί που την έχει ανάγκη, έχοντας δημιουργήσει συνεργασίες και προσφέροντας δωρεάν υπηρεσίες όπως εξετάσεις, φάρμακα, επισκέψεις σε ιατρούς και επεμβάσεις σε παιδιά που φιλοξενούνται σε οργανισμούς προστασίας και φροντίδας παιδιών. Η Ευρωκλινική Παίδων δημιούργησε μία αγκαλιά φροντίδας και για πρώτη φορά ένωσε κάτω από την ίδια αγκαλιά το Χαμόγελο του Παιδιού, την Κιβωτό του Κόσμου και το Σύλλογο Μαζί για το Παιδί, προσφέροντας δωρεάν εξετάσεις στα παιδιά που φιλοξενούνται στις δομές τους στην Αττική. Τα τελευταία χρόνια η Ευρωκλινική Παίδων έχει προσφέρει:

- Ιατρική κάλυψη σε περισσότερα από 1.100 παιδιά
- Εξετάσεις σε ανασφάλιστα παιδιά
- Υπηρεσίες υγείας σε παιδιά αξίας άνω των 500.000 ευρώ σε ετήσια



Βάση

- **Προληπτικούς παιδιατρικούς ελέγχους**
- **Εξειδικευμένες εξετάσεις για χρόνια νοσήματα**

Επιπλέον έχει προσφέρει περισσότερα από 320 εμβόλια σε παιδιά του Χαμόγελου του Παιδιού συνεισφέροντας

Παροχή δωρεάν εμβολίων στο Χαμόγελο του Παιδιού

στην εμβολιαστική κάλυψη ανασφάλιστων παιδιών.

Ταυτόχρονα πολλές φορές η Ευρωκλινική Παίδων έχει φροντίσει εκτός από τη φυσική τους υγεία και την πνευματική τους υγεία διοργανώνοντας και υλοποιώντας διάφορες ενέργειες αφιερωμένες στα παιδιά με κεντρικό άξονα την Υγεία, τη Ρομποτική και τον Αθλητισμό, χαρίζοντας αμέτρητα χαμόγελα. Συνολικά περισσότερα από εκατό παιδιά που φιλοξενούνται στο Χαμόγελο του Παιδιού, την Κιβωτό του Κόσμου και το Μαζί για το Παιδί είχαν την ευκαιρία να μεταμορφωθούν σε μικρούς γιατρούς, επισήμονες και αναρριχητές. Κοινός παρονομαστής όλων των δράσεων ήταν μέσα από ένα πλήθος βιωματικών δραστηριοτήτων τα παιδιά να ευαισθητοποιηθούν γύρω από την πρόληψη, να ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή τους και να αναπτύξουν νέες δεξιότητες.



Οι Επιστημονικές Ημερίδες

Η Ευρωκλινική Παίδων ήταν πρωτοπόρος και στον θεσμό των Επιστημονικών Ημερίδων φροντίζοντας για τη δια βίου εκπαίδευση, επιμόρφωση της επιστημονικής κοινότητας. Η Ευρωκλινική Παίδων ξεκίνησε πρώτη το θεσμό των παιδιατρικών ημερίδων, σε σχέση με τις ιδιωτικές κλινικές, και τα τελευταία 18 χρόνια οι Επιστημονικές Ημερίδες της Ευρωκλινικής Παίδων αποτελούν μία εκδήλωση θεσμό για την παιδιατρική κοινότητα δίνοντας μία πρώτης τάξης ευκαιρία στους παιδιάτρους, αλλά και άλλους ενδιαφερόμενους, να παρακολουθήσουν ενδιαφέρουσες ομιλίες, να ενημερωθούν και να ανταλλάξουν απόψεις για τα επείγοντα και

μη παιδιατρικά προβλήματα που αφορούν όλες τις παιδιατρικές ειδικότητες και υποειδικότητες συγκεντρώνοντας περισσότερους από 300 – 350 παιδιάτρους ανά εκδήλωση. Ταυτόχρονα οι Επιστημονικές Ημερίδες της Ευρωκλινικής είχαν την τιμή να φιλοξενήσουν σημαντικές προσωπικότητες των τεχνών και των γραμμάτων, όπως ο κος Ευγένιος Τριβιζάς, ο εθνικός μας "παραμυθάς" και η θεατρική συγγραφές κα Κάρμεν Ρουγγέρη, οι οποίοι με τις ομιλίες τους και την παρουσία τους όχι απλά κόσμησαν τις Ημερίδες μας αλλά έδωσαν το μήνυμα ότι η υγεία του παιδιού επιτυγχάνεται μόνο όταν υπάρχει ισορροπία μεταξύ σώματος και πνεύματος.





Σκανάρετε
για να δείτε
το video

Η Ευρωκλινική Παίδων Σήμερα



Η Ευρωκλινική Παίδων παραμένει και σήμερα μία αμιγώς παιδιατρική κλινική στο κέντρο της Αθήνας. Οι καταξιωμένοι ιατροί της και το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό συνεχίζουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με την ίδια **ευαισθησία** και **αγάπη** όπως και την πρώτη μέρα λειτουργίας της, δίνοντας το κάτι παραπάνω για τη φροντίδα του μικρού ασθενούς.

Η Ευρωκλινική Παίδων καλύπτει ένα ευρύ φάσμα παιδιατρικών ειδικοτήτων και υποειδικοτήτων με την υποστήριξη τμημάτων και εξειδικευμένων κέντρων όπως ενδεικτικά είναι το **Παιδιατρικό**, το **Παιδοχειρουργικό**, το τμήμα Ελάχιστα Επεμβατικής Χειρουργικής, το Καρδιολογικό, το Πνευμονολογικό, το Ορθοπαιδικό, το Οφθαλμολογικό, το Ωτορινολαρυγγολογικό, το Γαστρεντερολογικό, το Διαβητολογικό κ.ά. ενώ απασχολεί μία **πλήρη** και **εξειδικευμένη** ομάδα παιδιάτρων.



Για να χτυπάει η καρδιά μας με ασφάλεια!

**Εξοπλίσαμε με αυτόματο Απινιδωτή
τον Αρχαιολογικό Χώρο της Ακρόπολης**

Όμιλος Ευρωκλινικής, προχώρησε στη δωρεά Αυτόματου Εξωτερικού Απινιδωτή στον Αρχαιολογικό Χώρο Ακρόπολης με απώτερο στόχο την άμεση και έγκαιρη αντιμετώπιση περιστατικών αιφνίδιας καρδιακής ανακοπής. Η εκδήλωση παράδοσης πραγματοποιήθηκε στην Ευρωκλινική Αθηνών παρουσία της Υπουργού Πολιτισμού & Αθλητισμού, κυρίας Λίνας Μενδώνη.

Ο εξοπλισμός με απινιδωτή του ιατρείου του αρχαιολογικού χώρου της Ακρόπολης παρέχει αίσθημα ασφάλειας, ιδιαίτερα κατά τους θερινούς μήνες με τις υψηλές θερμοκρασίες, όπου ο μέσος όρος επισκεψιμότητας στον Αρχαιολογικό Χώρο Ακρόπολης ξεπερνά τους 10.000 επισκέπτες ημερησίως.

Όπως δήλωσε η Υπουργός Πολιτισμού και Αθλητισμού Λίνα Μενδώνη, «Είναι ιδιαί-



τερα σημαντικό να παρέχεται η μέγιστη δυνατή κάλυψη σε ιατρικά περιστατικά στους αρχαιολογικούς χώρους και τα μουσεία. Μέλημά μας είναι, οι χιλιάδες επισκέπτες να απολαμβάνουν την περιήγησή τους με ασφάλεια. Έπειτα από τις συνέργειες του Υπουργείου Πολιτισμού και Αθλητισμού με το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας



και τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, ξεκινάμε μία συνεργασία με την Ευρωκλινική, η οποία με την πρώτη αυτή ευγενική της δωρεά συμβάλλει στην άμεση αντιμετώπιση αιφνίδιων περιστατικών και στη διασφάλιση της υγείας των επισκεπτών».

Ο Αντώνης Βουκλαρής, Διευθύνων Σύμβουλος Ομίλου Ευρωκλινικής, δήλωσε: «Ο τεράστιος όγκος επισκεπτών του σημαντικότερου και πρώτου σε επισκεψιμότητα αρχαιολογικού χώρου της χώρας μας συνεπάγεται και αυξημένες ανάγκες σε επίπεδο ιατρικής κάλυψης. Ο φορητός απινιδωτής που δωρίσαμε σήμερα αποτελεί ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για τους σταθμούς πρώτων βοηθειών που υπάρχουν στο χώρο, διασφαλίζοντας την άμεση αντιμετώπιση κάθε έκτακτου καρδιολογικού περιστατικού».

Η συγκεκριμένη συσκευή λειτουργεί σύμφωνα με τον αλγόριθμο του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου (ERC Guidelines 2010), είναι ιδανική για χρήση σε δημόσιους χώρους και χρησιμοποιείται σε ασθενείς κάθε ηλικίας.

...και την πρότυπη Κατασκήνωση της Ιεράς Μητροπόλεως Νικαίας

Φροντίζουμε για την υγεία των μικρών μας φίλων, ώστε να απολαμβάνουν τις στιγμές τους με ξεγνοιασία και ασφάλεια. Προσφέραμε έναν ολοκαίνουργιο φορητό απινιδωτή στην πρότυπη Κατασκήνωση της Ιεράς Μητροπόλεως Νικαίας, η οποία προσφέρει ετησίως τη δυνατότητα σε περισσότερα από 1.000 παιδιά άπορων, ανέργων και πολύτεκνων οικογενειών από 7 ευαίσθητους οικονομικά Δήμους της Μητροπόλεως Νικαίας να απολαύσουν ξένοιαστα και με ασφάλεια τις

καλοκαιρινές τους διακοπές!

Με ευγνωμοσύνη τον απινιδωτή υποδέχτηκε στην παιδική κατασκήνωση ο **Σεβασμιώτατος Μητροπολίτης Νικαίας, κ. Αλέξιος**, ο οποίος έχει μεταρέψει την κατασκήνωση σε έναν ευχάριστο και λειτουργικό χώρο για όλους τους μικρούς κατασκηνωτές!

Η προφορά της Ευρωκλινικής διασφαλίζει με τον καλύτερο τρόπο την υγεία όλων των παιδιών καθώς και την αντιμετώπιση έκτακτων καρδιολογικών περιστατικών!





Όταν οι δράσεις μας αναγνωρίζονται!

Συμβάλλουμε στην «Πρόληψη ενάντια στον καρκίνο» με αποδείξεις!

Πίσω από κάθε επιτυχία και διάκριση κρύβεται ομαδική δουλειά και το πάθος να προσφέρεις στο κοινωνικό σύνολο. Γι' αυτόν τον λόγο, η Ευρωκλινική απέσπασε ένα ακόμα τιμητικό βραβείο στην τελετή απονομής των Patient Partnerships Awards 2022, που διοργανώθηκε την **Τετάρτη 6 Ιουλίου 2022** στο House 124 με τη συμμετοχή σημαντικών εκπροσώπων του Ακαδημαϊκού, επιστημονικού, επιχειρηματικού, θεσμικού και ευρύτερου κλάδου της Υγείας.

Το βραβείο απονεμήθηκε στην Ευρωκλινική για την πρωτοβουλία της να προσφέρει **περισσότερους από 250 δωρεάν έλεγχους μαστού** στο Κέντρο Κράτησης Γυναικών Ελεώνα Θήβας, αναδεικνύοντας την ιδιαίτερη σημασία που έχει η έγκαιρη διάγνωση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Η δράση υλοποιήθηκε σε τέσσερις φάσεις, με τις πρώτες επισκέψεις να πραγματοποιούνται τον Οκτώβριο και τον Νοέμβριο του 2021, ενώ η τέταρτη και τελευταία επίσκεψη έλαβε χώρα τον Μάρτιο του 2022.

Στην δράση συμμετείχαν εθελοντικά οι εξειδικευμένοι ακτινοδιαγνώστες και χειρουργοί μαστού, ακτινοτεχνικοί και νοσηλευτές της Ευρωκλινικής Αθηνών καθώς και το ιατρικό προσωπικό από την **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία**. Η ενέργεια αυτή δίνει ένα ηχηρό μήνυμα ενάντια στις κοινωνικές διακρίσεις, καθώς η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα κάθε μέλους της κοινωνίας μας. Αυτό μάλιστα που ξεχωρίζει την πρωτοβουλία του Ομίλου Ευρωκλινικής είναι ότι οι τρόφιμες του ΚΚ. Ελαϊώνα Θήβας είχαν πολλά χρόνια να υποβληθούν σε τυπική μαστογραφία, γεγονός που αυξάνει δραματικά τον κίνδυνο εμφάνισης κακοήθειας.

Η **Προϊσταμένη Πολυιατρείου του Ομίλου Ευρωκλινικής, Λαμπρινή Κορδάτου**, η οποία παρέλαμψε το βραβείο, δήλωσε σχετικά: «Στον Όμιλο Ευρωκλινικής η πρόληψη δεν κάνει διακρίσεις! Για εμάς όλοι οι ασθενείς πρέπει να έχουν ισότιμη πρόσβαση στην υγεία και το αποδεικνύουμε με πράξεις! Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού μπορεί να σώσει ζωές. Ευχαριστούμε πολύ όλους τους γιατρούς και το προσωπικό της Ευρωκλινικής που συμμετείχαν στη δράση αυτή εθελοντικά και ιδιαίτερα την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία που μας υποστηρίζει σε κάθε τέτοια προσπάθεια».



Διάκριθκαμε στα Bravo Awards 2022 για τις έρευνες ικανοποίησης ασθενών μας!

Mία πολύ σημαντική διάκριση απέσπασε ο Όμιλος Ευρωκλινικής στη φετινή τελετή απονομής **Bravo Sustainability Awards 2022**, η οποία πραγματοποιήθηκε στο Μέγαρο της Παλιάς Βουλής, στο πλαίσιο της **Εβδομάδας Βιώσιμης Ανάπτυξης Bravo Sustainability Week 2022**, που διοργανώνεται από το QualityNet Foundation. Η διάκριση αφορά τον Πυλώνα "Bravo Market" για τις Έρευνες Ικανοποίησης Ασθενών και οικείων, που διεξάγει ο Όμιλος σε συνεργασία με Ανεξάρτηση Εξωτερική Εταιρεία Ερευνών. Το βραβείο παρέλαβε η κα. **Αλέξανδρα Γεώργα**, Marketing Account Executive Ομίλου Ευρωκλινικής.

Οι έρευνες ικανοποίησης ασθενών της Ευρωκλινικής πραγματοποιούνται μέσω μηνιαίας δειγματοληπτικής, τηλεφωνικής έρευνας με δείγμα μεγαλύτερο των 700 περίπου **ασθενών μηνιαίως**, ενώ οι ερωτήσεις για τη μέτρηση της ικανοποίησης και την καταγραφή παραπόνων πραγματοποιούνται βάσει συγκεκριμένου ερωτηματολογίου. Στόχος της πρωτοβουλίας είναι η συνεχής βελτίωση και αναβάθμιση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών του Ομίλου, ενώ σύμφωνα με τα τελευταία αποτελέσματα, **9 στους 10 ασθενείς είναι απόλυτα ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν τόσο στην Ευρωκλινική Αθηνών όσο και στην Ευρωκλινική Παίδων**. Για το 2021 ερωτήθηκαν συνολικά 8.193 νοσηλευόμενοι και εξωτερικοί ασθενείς



και τα αποτελέσματα της ανεξάρτητης έρευνας είναι προσβάσιμα και διαθέσιμα στο κοινό στην ιστοσελίδα της Ευρωκλινικής.

Αυτό που ξεχωρίζει την πρωτοβου-

λία του Ομίλου Ευρωκλινικής είναι ότι η έρευνα πραγματοποιείται από τη Διεύθυνση Συστημάτων Διαχείρισης σε συνεργασία με εξωτερική, ανεξάρτητη και αξιόπιστη εταιρεία ερευνών με στόχο τη διασφάλιση της αμεροληψίας και της αντικειμενικότητας των απαντήσεων των ασθενών.

Ο **Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής, Αντώνης Βουκλαρής**, δήλωσε σχετικά: «Η ποιότητα των υπηρεσιών μας αποτελεί έναν από τους βασικούς πυλώνες του Ομίλου μας. Στην Ευρωκλινική έχουμε θέσει τον πήχη πολύ ψηλά και αυτό αποδεικνύεται και από τις αξιολογήσεις των ασθενών μας. Ευχαριστούμε πολύ για τη διάκριση, συνεχίζουμε δυναμικά και για ακόμα καλύτερα αποτελέσματα».

Η αξιολόγηση των πρωτοβουλιών που αναδεικνύονται γίνονται μέσα από τις επιστημονικές επιτροπές του Θεσμού, οι οποίες αποτελούνται από 170 μέλη και με την ενεργή συμμετοχή περισσότερων από 16.000 Ενεργών Πολιτών αναδείχθηκαν οι καλύτερες πρωτοβουλίες που υποστηρίζουν ένα βιώσιμο μέλλον.



H #agkaliaftontidas του Ομίλου Ευρωκλινικής ταξίδεψε στη Λέσβο

Αυτό τον Οκτώβριο δώσαμε τη μάχη μας ενάντια στον Καρκίνο του Μαστού με πράξεις!

H#euroclinicteam με αφορμή τον Οκτώβριο, μήνα αφιερωμένο στην πρόληψη και την ενημέρωση για τον Καρκίνο του Μαστού, υλοποίησε μία σημαντική δράση στη Λέσβο, προσφέροντας **δωρεάν εξετάσεις μαστού** σε περισσότερες από 400 γυναίκες στους οικισμούς της Άντισσας και του Πολιχνίτου. Η ενέργεια πραγματοποιήθηκε από 29 Σεπτεμβρίου έως 2 Οκτωβρίου 2022 με τη συμμετοχή της **Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας (ΕΑΕ)**, η οποία διέθεσε δύο Μονάδες Κινητού Μαστογράφου.

Σε διάστημα τεσσάρων ημερών στη Λέσβο, η ομάδα των εξειδικευμένων Ιατρών της Ευρωκλινικής, αποτελούμενη από τους Πέτρο Μαλακάση, Ειδικό Ακτινοδιαγνώστη Μαστού – Διευθυντή Κέντρου Μαστού, Μιχάλη Μαυρουδή, Διευθυντή Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, τους Ιωάννη Ρέλλια και Αποστόλη Μητρούσια, Χειρουργούς Μαστού, την ομάδα μάρκετινγκ καθώς και τους ακτινοτεχνικούς του Κέντρου Μαστού και της ΕΑΕ υπό τον συντονισμό της κ. Λαμπρινής Κορδάτου Προϊσταμένης του Κέντρου Μαστού της



Ευρωκλινικής Αθηνών, προσέφερε δωρεάν εξετάσεις μαστού σε ένα πολύ μεγάλο αριθμό γυναικών.

Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκαν 295 μαστογραφίες, 393 υπέρηχοι μαστού, **εξετάστηκαν κλινικά συνολικά 413 γυναίκες** ενώ εντοπίστηκαν 15 ύποπτα ευρήματα των οποίων η περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση θα καλυφθεί εξ ολοκλήρου από τον Όμιλο Ευρωκλινικής και τους ιατρούς της **εντελώς δωρεάν**.

Η δράση αυτή πραγματοποιήθηκε στο

πλαίσιο των ενεργειών Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης που υλοποιεί ο Όμιλος Ευρωκλινικής στο πολύπαθο νησί της Λέσβου που μαστίζεται τα τελευταία χρόνια από την προσφυγική κρίση αλλά και φυσικές καταστροφές, με την υποστήριξη των τοπικών φορέων Λέσβου, της AVIS η οποία παρείχε τα οχήματα μεταφοράς της ομάδας καθώς και της BLUE STAR FERRIES και HELLENIC SEAWAYS για τη μεταφορά των κινητών μονάδων της ΕΑΕ.

H #agkaliafrontidas δεν σταματά εδώ!



τα νέα μας



Axion Hellas
WE SUPPORT SOCIETY

Προορισμός τα ακριτικά χωριά της Αλμωπίας στον νομό Πέλλας

Άλλη μία αποστολή αγάπης σε ακριτικές περιοχές
ολοκληρώθηκε με απόλυτη επιτυχία!



Η ιατρική και νοσηλευτική ομάδα της Ευρωκλινικής ένωσε τις δυνάμεις της με τη μη κερδοσκοπική οργάνωση, **Axion Hellas** με πυξίδα τον εθελοντισμό και την φροντίδα για τον συνάνθρωπο με περιορισμένη πρόσβαση στην υγεία!

Ο κος **Πέτρος Μαλακάσης**, Ειδικός Ακτινοδιαγνώστης και Διευθυντής του Κέντρου Μαστού της Ευρωκλινικής, ο κος **Μιχάλης Μαυρουδής**, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, Ευρωκλινική Αθηνών, ο κος **Ιωάννης Ζελενίτσας**, Διευθυντής Παθολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών, η κα **Έλλη Αναγνώστου**, Συνεργάτης Ενδοκρινολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών και η κα **Λαμπρινή Κορδάτου**, Νοσηλεύτρια και Προϊσταμένη Πολυιατρείου Ευρωκλινικής προσέ-



φεραν εθελοντικά τις ιατρικές τους υπηρεσίες στους κατοίκους των χωριών Όρμα, Πολυκάρπη, Κορυφή, Σαρακηνοί και Μοναστηράκι!

Υποστηρίζουμε τους ανθρώπους που έχουν ανάγκη όσο μακριά κι αν βρίσκονται!

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής, στο πλαίσιο του προγράμματος **Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης (CSR)** που υλοποιεί, προσέφερε δωρεάν διερεύνηση και χειρουργική επέμβαση σε γυναίκα 73 ετών, μόνιμη κάτοικο Σύμης, η οποία διαγνώσθηκε με κακόθεσ εύρημα στον μαστό στο πλαίσιο των προληπτικών ιατρικών ελέγχων που πραγματοποίησε η **Axion Hellas** σε κατοίκους των ακριτικών ελληνικών νησιών τον Μάιο του 2022, με τη συμμετοχή ομάδας ιατρών και των νοσηλευτών της Ευρωκλινικής. Το χειρουργείο πραγματοποιήθηκε με απόλυτη επιτυχία από τον **κο. Μιχάλη Μαυρουδή**, Διευθυντή Χειρουργικής Κλινικής Μαστού της Ευρωκλινικής Αθηνών και την ομάδα του.

Η ασθενής που έχρηζε ευρείας ογκεκτομής αριστερού μαστού και



λεμφαδενικού καθαρισμού πήρε εξιτήριο την επόμενη ημέρα του χειρουργείου και έκτοτε παρακολουθείται από τον κο. Μαυρουδή και την ομάδα του για την μετεγχειρητική της πορείας χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση, ενώ όλα τα έξοδα της επέμβασης και νοσηλείας

καλύφθηκαν εξ ολοκλήρου από τον Όμιλο Ευρωκλινικής.

Ο κ. Αντώνης Βουκλαρής, Διευθύνων σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής δήλωσε: «Η Ευρωκλινική στέκεται στο πλάι των κατοίκων των ακριτικών νησιών δείχνοντας ενεργά την παρουσία της σε συνεργασία με την Axion Hellas σε τέτοιους είδους δράσεις, οι οποίες βάζουν πάνω απ' όλα τον άνθρωπο στην προσπάθεια μας να αναδείξουμε την σημασία της πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης».

Ο κ. Μιχάλης Μαυρουδής, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής Μαστού του Ομίλου Ευρωκλινικής δήλωσε: «Οι προσπάθειές μας για ίση πρόσβαση όλων των συνανθρώπων μας στην υγεία συνεχίζονται και θέλουμε να δείξουμε το παρών σε όσους μπορούμε. Η προάσπιση και η προαγωγή της υγείας είναι υπόθεση όλων μας».

Τιμητικό Βραβείο για τον κ. Μητρούσια στο 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Μαστού

Ο κος **Αποστόλης Μητρούσιας**, Χειρουργός Μαστού, Ευρωκλινική Αθηνών, έλαβε το πρώτο βραβείο για την καλύτερη αναρτημένη ανακοίνωση στο 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Μαστού, το οποίο πραγματοποιήθηκε στις 18-20 Νοεμβρίου 2022 στο Royal Olympic Hotel. Το poster είχε ως θέμα «Red breast syndrome μετά από αποκατάσταση μαστού με χρήση ADM: Συνδυαστική αντιμετώπιση με χορήγηση υπερβαρικής θεραπείας» και ήταν αποτέλεσμα συντονισμένης εργασίας και μελέτης με ιατρούς διαφορετικών κλινικών από το Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών.



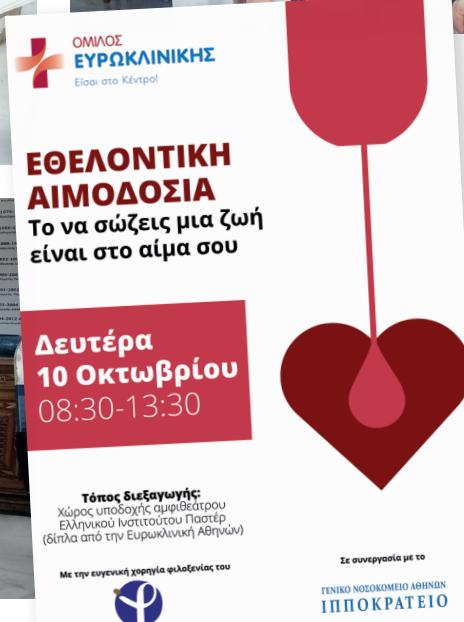


τα νέα μας

To να σώζουμε μια ζωή είναι στο αίμα μας!

Με μεγάλη συμμετοχή πραγματοποιήθηκε η **Εθελοντική Αιμοδοσία** που διοργάνωσε ο Όμιλος Ευρωκλινικής σε συνεργασία με το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο και την ευγενική φιλοξενία του Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ, τη Δευτέρα 10 Οκτωβρίου 2022 στον χώρο υποδοχής αμφιθεάτρου του Ινστιτούτου Παστέρ.

Είμαστε ιδιαίτερα υπερήφανοι που οι εργαζόμενοι του Ομίλου Ευρωκλινικής αλλά και του Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ συμμετέχουν ενεργά σε εθελοντικές δράσεις και προγράμματα, χωρίς δεύτερη σκέψη, αποδεικνύοντας με πράξεις ότι για εμάς η μεγαλύτερη αξία είναι και θα είναι πάντα ο άνθρωπος. Στόχος της αιμοδοσίας ήταν η ενίσχυση της τράπεζας αίματος του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου, χαρίζοντας ζωή σε όσους συνανθρώπους μας το έχουν πραγματικά ανάγκη!





Διαλέγουμενος



- Φίμωση - Περιτομή
 - 5 & Ένας Μύθοι για την επέμβαση στον θυρεοειδή
 - Καρδιοπάθειες: Αποτελούν πράγματι αντρική νόσο;
 - Πεπτικό Έλκος: Κλινικά συμπτώματα και αντιμετώπιση
 - Στενώματα ουρήθρας & αντιμετώπισή τους
 - Σφαιρική Γριατρική Αξιολόγηση στο νοσοκομείο
 - Ιδιοπαθής Πνευμονική Ίνωση
- Υψηλή ακρίβεια στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού με τη μαστογραφία με τομοσύνθεση
 - Εκκολπώματα παχέος εντέρου
 - Μελάνωμα: Αίτια, Αντιμετώπιση & Πρόληψη
- Ανεπάρκεια μιτροειδούς: Νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπισή της
 - Αμυγδαλίτιδα
- Κληρονομικότητα & Εγκυμοσύνη στην Σκλήρυνση κατά Πλάκας
 - Κύστεις μαστού
- Οξεία σκωληκοειδίτιδα: Όσα πρέπει να γνωρίζουμε!
 - Λεύκη: Αίτια & Αντιμετώπιση



Αριστείδης
Καραγιάννης
Διευθυντής
Ουρολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών



Ανδρέας
Καραγιάννης
Επιμελητής
Ουρολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Φίμωση - Περιτομή

Φυσιολογικά η ακροποσθία, το τμήμα του δέρματος το οποίο καλύπτει τη βάλανο (κεφάλι) του πέους, πρέπει είναι ελαστική ώστε να επιτρέπεται με ευχέρεια η κίνηση του δέρματος κατά την πλήρη στύση. Η φίμωση είναι η πάθηση κατά την οποία η ακροποσθία, έχει στενέψει ή έχει κλείσει αφήνοντας ένα μικρό πέρασμα για να βγαίνουν τα ούρα. Αυτό έχει ως συνέπεια να μη μπορεί να τραβηγχτεί προς τα πίσω, ώστε να αποκαλύπτεται πλήρως η βάλανος όταν το πέος βρίσκεται τόσο σε χάλαση όσο και σε στύση.

Που οφείλεται η φίμωση του πέους;

Η φίμωση μπορεί να υπάρχει από τη γέννηση του παιδιού (συγγενής φίμωση), είτε να εμφανίζεται κάποια στιγμή στη ζωή (επίκτητη φίμωση). Υπάρχουν διάφορες παθήσεις που σχετίζονται με την ανάπτυξη φίμωσης με πιο συχνές τις χρόνιες φλεγμονές στη βάλανο και στην ακροποσθία (βαλανοποσθίτιδα) αλλά και μυκητιάσεις που δεν αντιμετωπίζονται σωστά. Παράλληλα ο **σακχαρώδης διαβήτης**, ο τραυματισμός κατά τη σε-

ξουαλική πράξη αλλά και η κακή υγιεινή είναι από τους κύριους προδιαθεσικούς παράγοντες για τη δημιουργία φλεγμονών στην περιοχή και κατ' επέκταση φίμωσης.

Τι μπορεί να προκαλέσει η φίμωση;

Η φίμωση μπορεί να προκαλέσει **υποτροπιάζουσες φλεγμονές** της βαλάνου και της ακροποσθίας κάνοντας την φίμωση πιο έντονη. Παράλληλα μπορεί να προκαλεί **πόνο** και δυσχέρεια κατά την σεξουαλική επαφή, με συνέπεια την **στυτική δυσλειτουργία ή πρώρη εκσπερμάτιση** λόγω του ότι η περιοχή γίνεται πολύ ευαίσθητη. Όταν υπάρχει τέλεια απόφραξη της βαλάνου που μπορεί να έχει ως συνέπεια ακόμα και την **αδυναμία ούρησης**. Σπάνια εφόσον δεν αντιμετωπιστεί για πολλά χρόνια μπορεί να οδηγήσει και στην ανάπτυξη **καρκίνου του πέους**.

Επείγουσα κατάσταση είναι η **παραφίμωση** που χρήζει **άμεσης αντιμετώπισης** από ουρολόγο και οφείλεται είτε στην παραμονή επί ώρες της ακροποσθίας τραβηγμένης προς τα πίσω, είτε στην ύπαρξη φίμω-

σης. Στην τελευταία περίπτωση, η ακροποσθία κατά τη φάση της στύσης μπορεί με βίαιο τρόπο να ολισθήσει πίσω από τη βάλανο, αλλά λόγω του στενού στομίου να μη μπορεί να επανέλθει στην αρχική της θέση. Το στενό στόμιο δημιουργεί μια δακτυλοειδή περίσφιξη στο πέος το οποίο εμποδίζει τη φυσιολογική κυκλοφορία του αίματος. Αν αυτό παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να προκαλέσει ισχαιμία και νέκρωση της περιοχής.

Θεραπεία

Η θεραπεία της φίμωσης μπορεί να είναι είτε συντηρητική, είτε χειρουργική.

• Συντηρητική θεραπεία

Όταν η φίμωση είναι σε αρχικό στάδιο και οφείλεται σε κάποια δερματολογική πάθηση ή φλεγμονή της περιοχής, η χρήση κάποιων αλοιφών που θα σας συστήσει ο γιατρός σας μπορεί να έχει καλά αποτελέσματα. Όταν όμως το δέρμα της ακροποσθίας έχει χάσει την ελαστικότητά του και έχει γίνει ουλώδες, τα φάρμακα δεν μπορούν να βοηθήσουν και θα σας συστήθει η χειρουργική αντιμετώπιση.



● Χειρουργική Θεραπεία

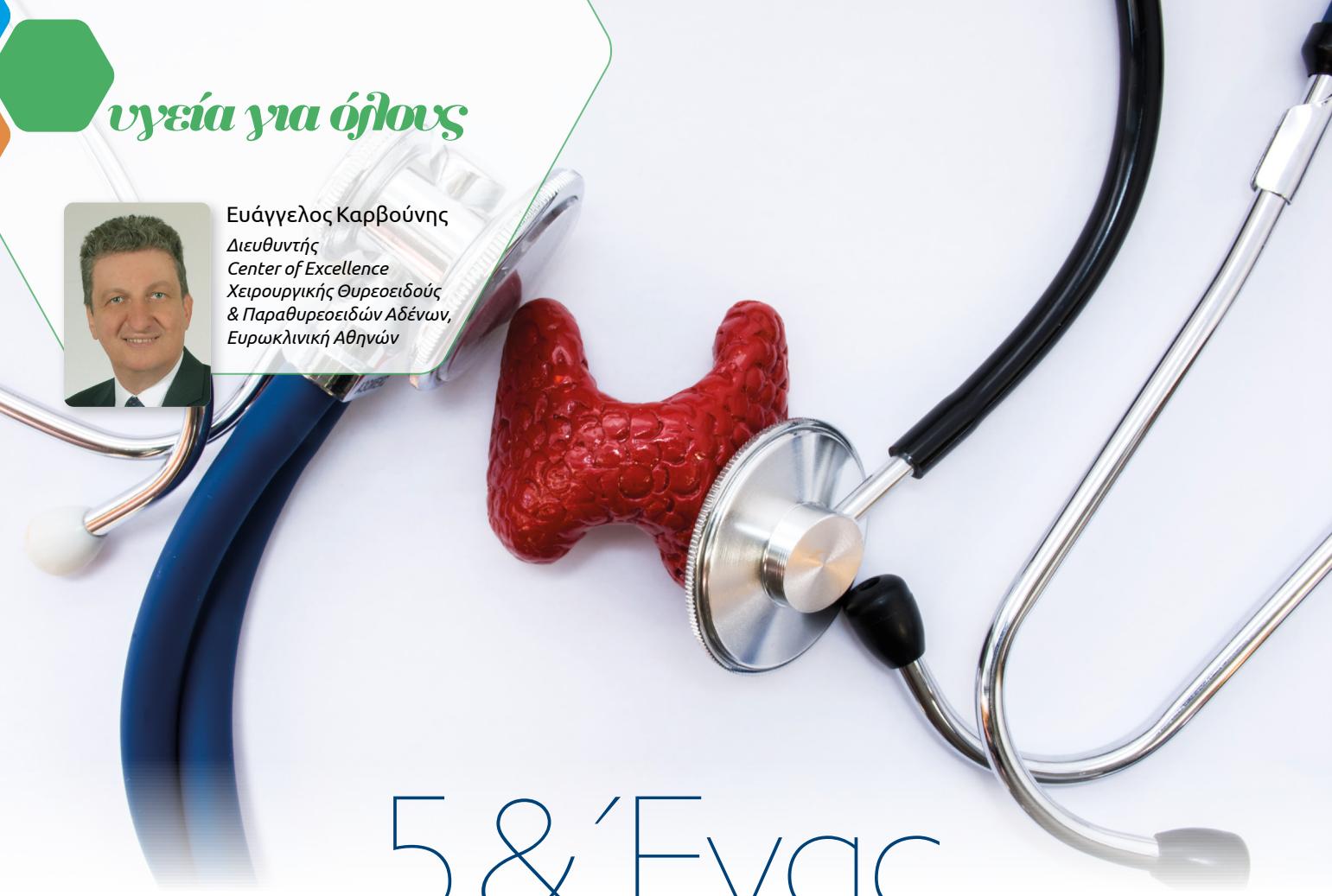
Η περιτομή είναι η επέμβαση που εφαρμόζεται στην πλειοψηφία των ασθενών με φίμωση. Διατέμνεται ο χαλινός, αφαιρείται το παθολογικό δέρμα και ακολουθεί η πλαστική συρραφή της ακροποσθίας. Συνήθως, γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία και ο ασθενής εξέρχεται την ίδια ημέρα από το νοσοκομείο.

Η πλειοψηφία των ασθενών δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα μετά την επέμβαση. Η πλήρης επούλωση του τραύματος συνήθως γίνεται σε 10-12 ημέρες, και η πλήρης ανάρρωση μπορεί να απαιτήσει εως και 3 εβδομάδες, μέχρι να επιτραπεί η πλήρης δραστηριότητα. Μία τυπική εργασία γραφείου μπορεί να γίνει 1-2 ημέρες μετά την επέμβαση, και η σεξουαλική επαφή είναι συνήθως εφικτή ύστερα από δύο εβδομάδες.

Υπάρχουν κάποιες επιπλοκές που μπορεί να συμβούν αλλά ευτυχώς είναι σπάνιες (αιμάτωμα, μόλυνση τραύματος). Υπάρχουν κάποιες παραλλαγές στην τεχνική, οι οποίες έχουν κυρίως να κάνουν με την έκταση του δέρματος που θα αφαιρεθεί. Η καταλληλότερη για κάθε ασθενή συναπόφασίζεται με το γιατρό του. ◻



Ευάγγελος Καρβούνης
Διευθυντής
Center of Excellence
Χειρουργικής Θυρεοειδούς
& Παραθυρεοειδών Αδένων,
Ευρωκλινική Αθηνών



5 & 'Evas

Μύθοι για την επέμβαση στον θυρεοειδή

Στην καθημερινή κλινική πράξη του Ιατρείου Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, διαπιστώνονται συχνά φοβίες των ασθενών, που εδράζουν σε κάποιες εσφαλμένες εντυπώσεις. Πέρα από την αναμενόμενη φυσιολογική ανησυχία ενός ασθενούς προ μιας επέμβασης θυρεοειδούς, η ελλιπής ή στρεβλή ενημέρωση, μπορεί συχνά να ορθώσει ψυχολογικά εμπόδια για τις σωστές θεραπευτικές του επιλογές. Για την αποφυγή επιζήμιων αποφάσεων για την υγεία και τη ζωή του ασθενούς, προσπα-

θούμε να άρουμε τις επιφυλάξεις που βασίζονται στους εξής «μύθους»:

1 «Δεν πρέπει να μιλάω μετά την επέμβαση»
Σε εξειδικευμένα Κέντρα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων, στις μέρες μας, δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην προστασία των φωνητικών χορδών του ασθενούς. Γ' αυτό το σκοπό, χρησιμοποιείται, στην αίθουσα ξειρουργείου, ένα προηγμένο ηλεκτρονικό σύστημα που ονομάζεται Νευροπαρακολούθηση (*Neuromonitoring*).

Στο Κέντρο Χειρουργικής Θυρεοειδούς & Παραθυρεοειδών έχουμε πραγματοποίήσει περί τις έξι χιλιάδες επεμβάσεις με απολύτως επιτυχή και ασφαλή έκβαση του ξειρουργείου/ αναισθησίας στο σύνολο των ασθενών μας

Ο ειδικός χειρουργός συνεργάζεται στενά με τον ειδικά εκπαιδευμένο βιοτεχνολόγο, ελέγχοντας διαρκώς την ακεραιότητα των λαρυγγικών νεύρων. Η τεχνική που εφαρμόζεται μπορεί να βασίζεται στην κατ' επίκληση ή τη συνεχή νευροδιέγερση, με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Επομένως, ο ασθενής μας ομιλεί κανονικά άμεσα μετά τη λήξη της επέμβασης. Αυτό επιτρέπει στον σύγχρονο άνθρωπο να επιστρέψει ταχύτατα στην κοινωνική και επαγγελματική του δραστηριότητα.

2 «Κινδυνεύω από την αναισθησία»

Η γενική αναισθησία, στον 21ο αιώνα είναι μία απολύτως ασφαλής ιατρική πράξη. Διεγχειρητικά, όλες οι βασικές λειτουργίες του οργανισμού παρακολουθούνται συνεχώς, με ένα πολύπλοκο σύστημα ηλεκτρονικών υπολογιστών. Ειδικοί δείκτες και αλγόριθμοι ενημερώνουν τον Ιατρό Αναισθησιολόγο, ο οποίος έχει τη δυνατότητα άμεσης παρέμβασης. Τα νεότερης γενιάς αναισθησιολογικά φάρμακα κάνουν την αναισθησία μία απλή και καθόλου δυσάρεστη εμπειρία για τον ασθενή.

Στο Κέντρο Χειρουργικής Θυρεοειδούς & Παραθυρεοειδών, με τους μόνιμους έμπειρους συνεργάτες μας Ιατρούς Αναισθησιολόγους, έχουμε πραγματοποιήσει περί τις έξι χιλιάδες επεμβάσεις, τα τελευταία χρόνια, με απολύτως επιτυχή και ασφαλή έκβαση του χειρουργείου/αναισθησίας στο σύνολο των ασθενών μας.

3 «Θα πέσει το ασβέστιο μου μετά το χειρουργείο»

Ο θυρεοειδής αδένας βρίσκεται σε στενή ανατομική σχέση με 4 μικρού μεγέθους αδένες, τους παραθυρεοειδείς, που είναι υπεύθυνοι για τον μεταβολισμό του ασβεστίου. Η βλάβη αυτών μπορεί να οδηγήσει σε πτώση των επιπέδων ασβεστίου αίματος, με συνέπεια αιμωδίες και κράμπες για τον ασθενή. Ο εξειδικευμένος χειρουργός αναγνωρίζει και διαφυλάσσει την ακραιότητα αυτών των γειτονικών προς τον θυρεοειδή αδένων.

Για το σκοπό αυτό, έχουμε αναπτύξει ειδική εγχειρητική τεχνική για την προστασία των παραθυρεοειδών αδένων, που

Πέρα από την αναισθησία φυσιολογική ανησυχία ενός ασθενούς προ μιας επέμβασης θυρεοειδούς, η ελλιπής ή στρεβλή ενημέρωση, μπορεί συχνά να ορθώσει φυσιολογικά εμπόδια για τις σωστές θεραπευτικές του επιλογές

Οι ασθενείς είναι καλό να συζητούν τους προβληματισμούς τους με τον ειδικό Ιατρό, αποφεύγοντας τις λανθασμένες εντυπώσεις που δημιουργούνται σε διαδικτυακά δημοσιεύματα ή διηγήσεις γνωστών και φίλων

4 «Θα παχύνω μετά το χειρουργείο. Δε θα ρυθμίζεται εύκολα η ορμόνη»

Μετά από μία επέμβαση ολικής θυρεοειδεκτομής, ακολουθεί η αγωγή υποκατάστασης με το χάπι θυροξίνης. Πρόκειται για ένα χάπι που ο ασθενής λαμβάνει κάθε πρωί και του οποίου η λήψη, γρήγορα «αυτοματοποιείται» στην καθημερινή ζωή του. Η ορμονική ρύθμιση επιτυγχάνεται πολύ σύντομα, αρκεί ο ασθενής να ακολουθήσει πιστά τις ιατρικές οδηγίες. Η ζωή ενός ανθρώπου είναι απολύτως φυσιολογική, ως προς τα πάντα (σωματικό βάρος, αναπαραγωγική ικανότητα, κ.λπ.), διότι το χάπι θυροξίνης υποκαθιστά πλήρως τον αφαιρεθέντα θυρεοειδή αδένα.

Οι σαφείς μετεγχειρητικές μας φαρμακευτικές οδηγίες, σε στενή συνεργασία με τον συνάδελφο Ενδοκρινολόγο, προσφέρουν στον ασθενή ταχύτατη μετάβαση σε εύρυθμο μεταβολισμό και ορμονική ισορροπία, χωρίς κάποιο ιδιαίτερο σύμπτωμα.

5 «Θα έχω άσχημη ουλή στο λαιμό»

Δεδομένου ότι η πλειοψηφία των ασθενών με θυρεοειδοπάθεια είναι γυναίκες, το ενδιαφέρον για το αισθητικό αποτέλεσμα είναι τεράστιο. Σε όλους τους ασθενείς, στο τέλος της επέμβασης, εφαρμόζεται χειρουργική τεχνική πλαστικής αποκατάστασης χωρίς ράμμα-

σε συνδυασμό με την πολυετή εμπειρία και την επιλεκτική χρήση τεχνικής ανοσοφθορισμού των παραθυρεοειδών, οι ασθενείς μας έχουν μία ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

τα. Χωρίς μάλιστα να χρησιμοποιούνται παροχετεύσεις-σωληνάκια, ο ασθενής δεν έχει παρά μόνο ένα μικροσκοπικό χανσαπλάστ για λίγα 24ωρα, το οποίο απλά μπορεί, αν θέλει, να αφαιρέσει και μόνος του.

Η μικροεπεμβατική τεχνική που εφαρμόζουμε, εκμεταλλεύμενοι τη φυσική πτυχή του δέρματος, σε συνδυασμό με την πλαστική τεχνική και τη χρήση επιλεγμένων καλλυντικών προϊόντων ανάπλασης, χαρίζουν ένα όμορφο και χωρίς ουλές δέρμα.

6 «Θα αποδειχθεί ότι έχω επιθετικό καρκίνο. Κινδυνεύει η ζωή μου»

Κανένας ιδιαίτερος λόγος ανησυχίας! Η μεγάλη πλειοψηφία των καρκινωμάτων θυρεοειδούς έχουν εξαιρετικά καλή πρόγνωση και δεν μεθίστανται σε απομακρυσμένα όργανα, εκτός του τραχήλου (λαιμού). Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό ότι δε χρειάζονται χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία, και το μόνο που ίσως απαιτηθεί είναι η λήψη χαπιού ραδιενεργού ιαδίου.

Καθοριστικό για την υγεία του ασθενούς είναι η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση, ώστε μία ενδεχόμενη κακοήθεια του θυρεοειδούς να έχει πλήρη ίαση, όταν αντιμετωπισθεί σε προκαρκινική φάση ή σε πρώιμο-αρχικό στάδιο καρκίνου.

Συμπερασματικά, οι ασθενείς είναι καλό να συζητούν τους προβληματισμούς τους με τον ειδικό Ιατρό, αποφεύγοντας τις λανθασμένες εντυπώσεις που δημιουργούνται σε διαδικτυακά δημοσιεύματα ή διηγήσεις γνωστών και φίλων. Σωστή ενημέρωση οδηγεί σε σωστή θεραπεία. ☐



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

ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ

Αποτελούν πράγματι αντρική νόσο;

Επίολλές δεκαετίες υπήρχε η πεποίθηση πως οι γυναίκες είναι προστατευμένες από την καρδιαγγειακή νόσο (δηλαδή εμφράγματα και εγκεφαλικά) σε σχέση με τους άνδρες. Ο κύριος λόγος ήταν η θεωρία πως τα οιστρογόνα είχαν προστατευτική επίδραση στο καρδιαγγειακό σύστημα του «ασθενούς» φύλου όπως και τα χαμηλά ποσοστά καρδιαγγειακών συμβάντων στις ηλικίες πριν τα 50 έτη.

Τα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν όμως πως η στεφανιαία νόσος είναι η πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες, πολύ περισσότερο και από τον καρκίνο του μαστού.

Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τα συνεχιζόμενα υψηλά ποσοστά καπνίσματος στις γυναίκες, τη βαθμιαία αύξηση του μέσου σωματικού βάρους και την έλλειψη σωματικής άσκησης, με την επακόλουθη αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας,

καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για αποτελεσματικότερη πρόληψη και καταλληλότερη θεραπεία όλων των παραγόντων που προδιαθέτουν την ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου και στις γυναίκες, ειδικά μετά την εμμηνόπουση.

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως οι γυναίκες εκδηλώνουν τη στεφανιαία νόσο μία δεκαετία αργότερα από τους άνδρες και η συνήθηση πρώτη εκδήλωση είναι η στηθάγχη σε αντίθεση με τους άνδρες που είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι παραπλήσια με αυτά των ανδρών ωστόσο πολύ συχνά τα συμπτώματα των γυναικών είναι «άτυπα», δηλαδή όχι τυπικά του εμφράγματος γεγονός που οδηγεί στην υποδιάγνωση του εμφράγματος στις γυναίκες στα νοσοκομεία. (συχνά αίσθημα αδυναμίας, δύσπνοια ή γαστρεντερικά ενοχλήματα σε αντίθεση με τον τυπικό πόνο στο στήθος των αντρών).

Μεγάλη καταγραφική μελέτη

Τα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν όμως πως η στεφανιαία νόσος είναι η πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες, πολύ περισσότερο και από τον καρκίνο του μαστού

του Βρετανικού Ιδρύματος Καρδιολογίας έδειξε πως στη Μεγάλη Βρετανία οι γυναίκες λαμβάνουν θεραπεία εμφράγματος καθυστερημένα λόγω διάγνωσης που τίθεται αργότερα, είναι λιγότερο πιθανό να έχουν επεμβατική αντιμετώπιση για τη διερεύνηση της νόσου τους και ακόμη και όταν πάρουν εξιτήριο, δεν τους παρέχεται η πλήρης προληπτική γιανέο επεισόδιο αγωγή. Οι ερευνητές εκτίμησαν πως 8.243 γυναίκες σε Αγγλία και Ουαλία έχουν πεθάνει μέσα σε μια δεκαετία, που θα είχαν επιζήσει αν είχαν λάβει την ίδια φροντίδα με τους άνδρες.

Η μελέτη ακόμα αποκαλύπτει ότι οι γυναίκες αργούν να ζητήσουν ιατρική βοήθεια όταν έχουν συμπτώματα, γεγονός που μεταφράζεται σε 7 ώρες και 12 λεπτά για να πάνε στο νοσοκομείο, χρόνο υπερδιπλάσιο από τους άνδρες που κάνουν 3 ώρες και 30 λεπτά.

Στις ΗΠΑ παρόμοιο κοινωνικό πρόβλημα οδήγησε στο μεγάλο πρόγραμμα “go red for women”



της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας με στόχο αφενός την ευαισθητοποίηση των γυναικών για τα καρδιαγγειακά νοσήματα αφετέρου την αφύπνιση των ιατρών πάνω στο σημαντικό και συχνό αυτό ζήτημα και την ανάγκη ταχύτερης διάγνωσης και θεραπείας της νόσου στο γυναικείο φύλο.

Οι μείζονες κλασικοί παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν εξίσου άντρες και γυναίκες είναι η υπέρταση, η αυξημένη χοληστερίνη, το κάπνισμα, η ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη, και η ρύθμισή τους μειώνει σε πολύ μεγάλο βαθμό την πιθανότητα καρδιαγγειακής νόσου.

Μία γυναίκα που μπαίνει στην εμμηνόπαυση μπορεί από υποτασική μέχρι τώρα να γίνει υπερτασική, συνήθως ανεβαίνει η κακή χοληστερίνη και πέφτει η καλή, και «αμαρτίες» όπως το κάπνισμα αποκτούν τελείως διαφορετική σημασία μιας και δεν υπάρχουν πια τα οιστρογόνα που προστατεύουν από βλάβες το ενδοθήλιο των γυναικών.

Άρα ειδικά από την εποχή της εμμηνόπαυσης και μετά, ο καρδιαγγειακός προληπτικός έλεγχος είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μπει στη ζωή των γυναικών διότι σε αυτή την περίπτωση δεν ισχύει το κλασσικό «Άντρες από τον Άρη, γυναίκες από την Αφροδίτη» μιας και τα καρδιαγγειακά νοσήματα δεν κάνουν διακρίσεις όταν δεν φερόμαστε διαχρονικά καλά στα αγγεία μας. ◎



Νικόλαος
Νασιακόπουλος
Διευθυντής
Γαστρεντερολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών



Πέτρος
Τζαφέστας
Αναπληρωτής διευθυντής
Γαστρεντερολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών



Κωνσταντίνα
Κασαμπαλή
Αναπληρώτρια διευθύντρια
Γαστρεντερολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Πεπτικό Έλκος

Κλινικά συμπτώματα και αντιμετώπιση

Tο πεπτικό έλκος είναι ουσιαστικά μια πληγή στο στομάχι ή το δωδεκαδάκτυλο. Η διαφοροδιάγνωσή τους δεν μπορεί να βασισθεί μόνο στο ιστορικό, αν και ορισμένα ευρήματα μπορεί να είναι ενδεικτικά όπως για παράδειγμα το άλγος πείνας που είναι χαρακτηριστικό του 12/δακτυλικού έλκους και εμφανίζεται τις πρωινές ώρες. Ο επιγαστρικός πόνος είναι το πιο κοινό σύμπτωμα τόσο του γαστρικού έλκους όσο και του δωδεκαδακτύλου και εμφανίζεται με τα γεύματα ή λίγο μετά τα γεύματα στα γαστρικά έλκη και 2-3 ώρες μετά τα γεύματα στο έλκος δωδεκαδακτύλου.

Στην μη επιπλεγμένη νόσο του πεπτικού έλκους, τα κλινικά ευρήματα είναι λίγα και μη ειδικά. Τα «χαρακτηριστικά σημεία συναγερμού» που απαιτούν την επείγουσα επίσκεψη σε γαστρεντερολόγο είναι η αιμορραγία, η αναιμία, ο πρώιμος κορεσμός, η ανεξήγητη απώλεια βάρους, η προοδευτική δυσφαγία ή οδυνοφαγία, οι επαναλαμβάνομενοι έμετοι και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του γαστρεντερικού

προοδευτική δυσφαγία ή οδυνοφαγία, οι επαναλαμβάνομενοι έμετοι και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του γαστρεντερικού

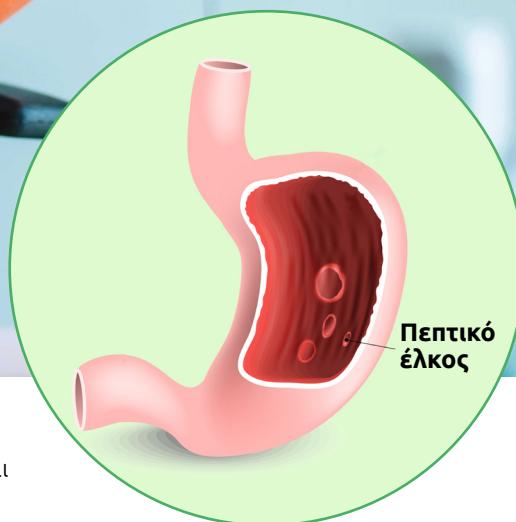
προοδευτική δυσφαγία ή οδυνοφαγία, οι επαναλαμβάνομενοι έμετοι και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του γαστρεντερικού

Τα «χαρακτηριστικά σημεία συναγερμού» που απαιτούν την επείγουσα επίσκεψη σε γαστρεντερολόγο είναι η αιμορραγία, η αναιμία, ο πρώιμος κορεσμός, η ανεξήγητη απώλεια βάρους, η προοδευτική δυσφαγία ή οδυνοφαγία, οι επαναλαμβάνομενοι έμετοι και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του γαστρεντερικού

Ο έλεγχος για λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού είναι απαραίτητος σε όλους τους ασθενείς με πεπτικό έλκος και αυτό μπορεί να γίνει είτε μέσω ταχείας δοκιμασίας ουρεάσης είτε με κλασσική βιοψία. Επίσης σε πολλαπλά έλκη πρέπει να γίνεται και έλεγχος της γαστρίνης για αποκλεισμό του συνδρόμου Zollinger-Ellison.

Σε ασθενείς με πεπτικά έλκη που σχετίζονται με μη στερεοειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ασπιρίνη, salospir, mesulid, ronstean... κ.ά.) η διακοπή των φαρμάκων αυτών είναι πρωταρχικής σημασίας, εάν είναι κλινικά εφικτή. Για ασθενείς που πρέπει να συνεχίσουν να παίρνουν τα φάρμακα αυτά (ΜΣΑΦ), συνιστάται η συγχορήγηση γαστροπροστασίας με αναστολές αντλίας πρωτονίων (PPI).

Οι ασθενείς με πεπτικό έλκος που οφείλεται σε λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού πρέπει να υποβληθούν σε



θεραπεία εκρίζωσης του μικροβίου που γίνεται με τη χρήση δύο αντιβιοτικών και φαρμάκου που μειώνει την οξύτητα του στομάχου αναστολέα της αντλίας πρωτονίων (PPI). Αυτά τα σχήματα έχουν ως αποτέλεσμα τη θεραπεία της λοίμωξης και την επούλωση του έλκους σε περίπου 85%-90% των περιπτώσεων. Τα έλκη μπορεί να υποτροπιάσουν απουσία επιτυχούς εκρίζωσης του ελικοβακτηρίδιου του πυλωρού.

Η χειρουργική αντιμετώπιση του έλκους είναι εξαιρετικά περιορισμένη τα τελευταία χρόνια με την ανάπτυξη της ενδοσκόπησης και οι ενδείξεις για επείγουσα χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνουν την αποτυχία επίτευξης ενδοσκοπικής αιμόστασης, την υποτροπιάζουσα αιμορραγία παρά τις ενδοσκοπικές προσπάθειες επίτευξης αιμόστασης (πολλοί υποστηρίζουν τη χειρουργική επέμβαση μετά από δύο αποτυχημένες ενδοσκοπι-

Η φυσική ιστορία της ελκωτικής πεπτικής νόσου έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια διότι με τη γαστροσκόπηση μπορούμε να διαγνώσουμε έγκαιρα τη νόσο πριν αυτή επιλεχθεί, να διακρίνουμε εάν το έλκος βρίσκεται στο στομάχι ή το 12/δακτυλο και να βρούμε το αίτιο της νόσου

κές προσπάθειες) και τη διάτρηση.

Πολύ σημαντικό για τον ασθενή με γαστρικό έλκος είναι να αποκλεισθεί πιθανή κακοήθεια που εκδηλώνεται με ελκωτική βλάβη. Έτσι ένα περίπου μήνα μετά τη διάγνωση πραγματοποιείται νέα γαστροσκόπηση για παρακολούθηση της επούλωσης του έλκους και λήψη βιοψιών.

Σαφώς υπάρχουν και άλλα αίτια πεπτικού έλκους τα οποία όμως είναι ασυνήθη, όπως είναι τα σύνδρομα υπερέκκρισης οξέως, η συστηματική μαστοκύτωση και διάφορα άλλα λεμφουπερπλαστικά σύνδρομα και αναζητούνται σε περιπτώσεις όπου η λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και η χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονώδών φαρμάκων έχει αποκλεισθεί.

Συμπερασματικά, η φυσική ιστορία της ελκωτικής πεπτικής νόσου έχει αλλάξει τα τελευταία

χρόνια διότι με τη γαστροσκόπηση μπορούμε να διαγνώσουμε έγκαιρα τη νόσο πριν αυτή επιλεχθεί, να διακρίνουμε εάν το έλκος βρίσκεται στο στομάχι ή το 12/δακτυλο και να βρούμε το αίτιο της νόσου. Επίσης η γαστροσκόπηση μας βοηθά να διαπιστώσουμε πιθανή αιμορραγία και αν αυτή συμβαίνει να την αντιμετωπίσουμε.

Στη φαρμακευτική μας φαρέτρα οι αναστολείς της αντλίας πρωτονίων, φάρμακα δηλαδή που μειώνουν την οξύτητα στο στομάχι αποτελούν τα φάρμακα εκλογής για την αντιμετώπιση του πεπτικού έλκους και πρόληψης των επιπλοκών (αιμορραγία, διάτρηση) ενώ η χειρουργική αντιμετώπιση περιορίζεται μόνο σε περιπτώσεις διάτρησης του έλκους και αιμορραγία που δεν μπορεί να ελεγχθεί ενδοσκοπικά. ◻



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



Στενώματα ουρήθρας & αντιμετώπισή τους

Hουρήθρα είναι το σωληνάκι που αποτελεί τη συνέχεια και έξοδο της ουροδόχου κύστεως και μέσω αυτής αποβάλλονται τα ούρα από τον οργανισμό. Η ουρήθρα πρέπει να έχει αρκετό εύρος αλλά και ελαστικότητα που εξασφαλίζουν την ευχερή ροή των ούρων. Πολλές παθολογικές καταστάσεις μπορούν να περιορίσουν τη φυσιολογική διάμετρο της ουρήθρας, κατάσταση που περιγράφεται ως στένωμα της ουρήθρας, λειτουργώντας αποφρακτικά για το ουροποιητικό σύστημα. Τα στενώματα μπορούν να αφορούν οποιοδήποτε

σημείο της ουρήθρας, από το έξω στόμιο έως τον αυχένα της ουροδόχου κύστεως, μπορεί να ποικίλουν σε έκταση, μπορούν να εμφανιστούν σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα, βέβαια είναι συχνότερα στους άνδρες.

Μικρά στενώματα που δεν επηρεάζουν τη ροή των ούρων είναι ασυμπτωματικά, ενώ μεγαλύτερου βαθμού στένωση προκαλεί αποφρακτική συμπτωματολογία του ουροποιητικού και έντονη δυσφορία του ασθενούς. Η ροή ελαττώνεται, υπάρχει δυσκολία στην έξοδο των ούρων, αίσθημα ατελούς κένωσης, συχνά συχνούρια και επιτακτικότη-

Εξειδικευμένες εξετάσεις ελέγχουν πλήρως ανατομικά και λειτουργικά την ουρήθρα προσδιορίζοντας με λεπτομέρεια το σημείο και την έκταση της βλάβης

τα έως και ακράτεια ούρων και εάν η κύστη δεν αδειάζει και παραμένουν υπολείμματα ούρων προκαλούνται υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις ή προστατίδες με τσουξίματα, εμπύρετο, πυελικό ή κοιλιακό άλγος, αίμα στα ούρα ή το σπέρμα και όλα τα συμπτώματα της φλεγμονής. Στους άνδρες είναι πολύ σημαντικό να διαφοροδιαγνώσουμε την ανωτέρω κατάσταση από παθήσεις του προστάτη, όπως η υπερπλασία, που μπορεί να συνυπάρχει ή όχι, και έχει αντίστοιχη κλινική εικόνα, ώστε ο ασθενής να αντιμετωπιστεί με τη δέουσα θεραπεία.

Τα στενώματα της ουρήθρας

συνυπάρχουν με τη φλεγμονή και την κακή αιμάτωση της περιοχής. Κάθε κατάσταση που θα τραυματίσει, θα επηρεάσει την αιμάτωση της ουρήθρας και θα προκαλέσει φλεγμονή αυτής δυνητικά οδηγεί σε δημιουργία ουλώδους ιστού και στενώματος. Έτσι συχνές αιτίες αποτελούν:

- Συγγενείς παθήσεις της ουρήθρας όπως υποσπαδίας, βαλβίδες οπίσθιας ουρήθρας, υψηλός αυχένας ουροδόχου κύστης και χειρουργεία διόρθωσής τους
- Επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις του ουροποιογεννητικού συστήματος και σεξουαλικώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα, όπως γονόρροια και χλαμύδια
- Τραυματισμός της περιοχής, κατάγματα πυέλου
- Ακτινοβολία
- Παθήσεις του προστάτη, εισαγωγή καθετήρα και χειρουργικές διουρηθρικές επεμβάσεις
- Κακοήθειες που είναι σε στενή γειτνίαση με την ουρήθρα
- Παθήσεις του έξω στομίου της ουρήθρας και του δέρματος της περιοχής, όπως ευμέγεθες εκτρόπιο σε γυναίκες, σκληρός ατροφικός λειχήνας βαλάνου και φίμωση σε άνδρες.

Για τη διάγνωση του στενώματος της ουρήθρας βασιζόμαστε στο ιστορικό, την κλινική εξέταση της περιοχής, μικροβιολογικές εξετάσεις ούρων και υπερήχους. Εξειδικευμένες εξετάσεις ελέγχουν πλήρως ανατομικά και λειτουργικά την ουρήθρα προσδιορίζοντας με λεπτομέρεια το σημείο και την έκταση της βλάβης ώστε να προγραμματιστεί η αντίστοιχη θεραπευτική πρόσγγιση. Αυτές είναι η **Ούρο-ρομετρία**, κατά την οποία μετριέται ο ρυθμός ροής και η διάρκεια της ούρησης, η **Ουρηθρο-κυττεογραφία** που εγχύεται σκι-

Η ουρήθρα είναι το σωληνάκι που αποτελεί τη συνέχεια και έξodo της ουροδόχου κύστης και μέσω αυτής αποβάλλονται τα ούρα από τον οργανισμό.
Η ουρήθρα πρέπει να έχει αρκετό εύρος αλλά και ελαστικότητα που εξασφαλίζουν την ευχερή ροή των ούρων

Εάν ο έλεγχος οδηγήσει ότι το στενώμα χρήζει αντιμετώπισης αυτή είναι επεμβατική χειρουργική καθώς δεν υπάρχει αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή

αγραφική ουσία στην ουρήθρα και ελέγχεται ακτινοσκοπικά και η **Ουρηθρο-κυττεοσκόπηση**, δηλαδή η απευθείας επισκόπηση της ουρήθρας με ειδική ενδοσκοπική κάμερα.

Εάν ο έλεγχος οδηγήσει ότι το στενώμα χρήζει αντιμετώπισης, αυτή είναι επεμβατική- χειρουργική καθώς δεν υπάρχει αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή.

Η πιο απλή και συνήθης μέθοδος που εφαρμόζουμε είναι η **διαστολή της ουρήθρας** χρησιμοποιώντας ειδικούς διαστολείς ώστε να διανοιχθεί ο ουλώδης ιστός και κατά συνέπεια να επανέλθει σε φυσιολογικό εύρος η ουρήθρα αλλά και να αποκτήσει πάλι την απαραίτητη ελαστικότητα. Η διαστολή πρέπει να επαναλαμβάνεται τακτικά με συχνότητα που εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάστασης. Ενίοτε εκπαιδεύεται ο ασθενής στην πραγματοποίηση αυτοδιαστολών με χρήση ειδικών καθετήρων για κάποιο διάστημα. Σε μικρά στενώματα έχει αποτελεσματικότητα, εάν όμως αυτά υποτροπιάζουν συχνά προχωρούμε σε πιο παρεμβατικές μεθόδους, όπως η ενδοσκοπική ουρηθροτομία. Πρόκειται για τη μέθοδο εκλογής σε στενώματα ουρήθρας μήκους κάτω των 2 εκατοστών. Με ένα ειδικό εργαλείο, που λέγεται οπτικός ουρηθροτόμος, προχωρούμε μέσω της ουρήθρας και υπό όραση κόβουμε με ένα ειδικό μαχαιράκι τον ουλώδη ιστό και διανοίγεται το στένωμα

Η πιο ριζική και οριστική λύση στο πρόβλημα των στενωμάτων της ουρήθρας είναι η **ουρηθρο-πλαστική**. Πραγματοποιούμε αυτήν τη χειρουργική επέμβαση στις πιο σοβαρές διαταραχές μετά από ενδελεχή διαγνωστικό έλεγχο που διαπιστώνουμε με

ακρίβεια τη θέση, το μήκος και την έκταση του στενώματος. Αφαιρούμε το στενωτικό τμήμα και ενώνουμε τα δύο υγιή τμήματα της ουρήθρας με ειδική ενδοσκοπική κάμερα.

Σε πολύ σοβαρές μη επανορθώσιμες βλάβες της ουρήθρας και γενικότερα της πυέλου και της ουροδόχου κύστης πραγματοποιείται **κυττεοστομία**, δηλαδή καταρργούμε πλήρως την ουρήθρα εκτρέποντας τα ούρα μέσω δημιουργίας στομίας- ανοίγματος στο κοιλακό τοίχωμα. Συνιστάται συνήθως σε ασθενείς ηλικιωμένους ή με καταστροφικές παθήσεις που είναι ακατάλληλοι για ουρηθροπλαστική.

Παλαιότερα είχαμε χρησιμοποιήσει για την αντιμετώπιση των στενωμάτων ουρηθρικά στεντ, μεταλλικά συνήθως σωληνωτά πλέγματα, που τοποθετούνταν προσωρινά ή μόνιμα εντός της ουρήθρας σαν καλούπι, με σκοπό να κρατήσουν ανοιχτό τον αυλό της μετά από τη διαστολή. Στην πράξη δεν ήμασταν ικανοποιημένοι γιατί μπορεί τα στεντ να μετακινούνταν ή να αναπτυσσόταν υπερτροφικός αντιδραστικός ιστός προκαλώντας αιματουρία, δυσουρία και άλγος, ακράτεια, απόφραξη και επιδείνωση της στενώσεως.

Η τελευταία εξέλιξη είναι η **διαστολή του στενώματος με ειδικά μπαλόνια** που εκλύουν πακλιταξέλη παράλληλα με τη διαστολή. Η πακλιταξέλη προλαμβάνει την ιστική αντίδραση και αποφεύγουμε τις προαναφερθείσες επιπλοκές. Αποτελεί έναν πολύ ασφαλή και αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης στενωμάτων με συχνές υποτροπίες αποφεύγοντας βαρύτερες χειρουργικές επεμβάσεις. ◻



Γεώργιος Θεοχάρης
Διευθυντής Παθολογικής
Κλινικής SOS ΙΑΤΡΩΝ,
Ευρωκλινική Αθηνών



Σφαιρική Γηριατρική Αξιολόγηση στο νοσοκομείο

Οτυπικός νοσηλευόμενος ηλικιωμένος ασθενής απαιτεί διαφορετική προσέγγιση από εκείνη του συνήθους ενήλικα. Για την κάλυψη των πολύπλοκων αναγκών των ηλικιωμένων ασθενών, τείνει να καθιερωθεί η εφαρμογή μιας κλινικής διαδικασίας, η οποία καλείται «Σφαιρική Γηριατρική Αξιολόγηση» (ΣΓΑ). Η ΣΓΑ ορίζεται ως «μια πολυδιάστατη, διεπιστημονική διαγνωστική διαδικασία, η οποία έχει σκοπό την εκτίμηση της οργανικής, ψυχολογικής και λειτουργικής ικανότητας του ευπαθούς ηλικιωμένου ατόμου και την εκπόνηση ενός συντονισμένου και ενοποιημένου πλάνου φροντίδας και μακροπρόθεσμης παρακολούθησης». Ας δούμε αναλυτικότερα τους επιμέρους όρους:

● **Πολυδιάστατη.** Ο χαρακτηρισμός αυτός αναδεικνύει τη σημασία μιας σφαιρικής προσέγγισης. Στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών δεν αρκεί να εστιάζουμε σε ένα μόνο πάσχον σύστημα ή απλώς στο κύριο σύμπτωμα για το οποίο νοσηλεύονται. Π.χ. δεν συνιστάται μια καθ' ολοκληρών xειρουργική και λειτουργική προσέγγιση

σε περιστατικά πτώσεων που συνοδεύονται από κατάγματα του ισχίου, η οποία στοχεύει μόνο στην αποκατάσταση χωρίς να διαγιγνώσκει τα υποκείμενα αίτια των πτώσεων (τα οποία μπορεί να είναι, μεταξύ άλλων, σοβαρές διαταραχές όπως η στένωση της αορτικής βαλβίδας ή μια πνευμονία). Η ολοκληρωμένη πολυεπίπεδη αξιολόγηση είναι εκείνη που θα δημιουργήσει μια λίστα πιθανών διαγνώσεων.

● **Διεπιστημονική διαγνωστική διαδικασία.** Σε μια υπηρεσία με εμπειρία στη χρήση της ΣΓΑ, η ιεραρχία θα πρέπει να παρακάμπτεται κατά τρόπον ώστε όλα τα μέλη του προσωπικού να αισθάνονται ότι μπορούν ακόμα και να διαφωνήσουν μέσα στο πλαίσιο ενός εποικοδομητικού διαλόγου, ακόμα και χωρίς να διαθέτουν την απαραίτητη εξειδίκευση. Για παράδειγμα, σε περίπτωση που ένα κλινικός γιατρός, ο οποίος ανησυχεί για τις πτώσεις ενός ατόμου στο σπίτι, συστήσει φυσιοθεραπεία, θα μπορούσε να αντιμετωπίσει πιθανές διαφωνίες όσων ισχυρίζονται ότι αν ο ασθενής εμφανίζει ορθοστατική υπό-

Η Σφαιρική Γηριατρική Αξιολόγηση ορίζεται ως «μια πολυδιάστατη, διεπιστημονική διαγνωστική διαδικασία, η οποία έχει σκοπό την εκτίμηση της οργανικής, ψυχολογικής και λειτουργικής ικανότητας του ευπαθούς ηλικιωμένου ατόμου και την εκπόνηση ενός συντονισμένου και ενοποιημένου πλάνου φροντίδας και μακροπρόθεσμης παρακολούθησης»

ταση ή αστάθεια, ο κίνδυνος πτώσης είναι αυξημένος. Κατ' αντιστοιχία, οι ειδικοί γιατροί μπορούν να συνεισφέρουν στη διαγνωστική διαδικασία. Για παράδειγμα, αν ένας ασθενής, που χαρακτηρίζεται ικανός να επιστρέψει στο σπίτι, εμφανίζει προϋπάρχουσα δύσπνοια κατά την κινητοποίησή του, ίσως να χρειάζεται να προχωρήσουμε σε επαναχιολόγηση της αναπνευστικής του λειτουργίας και στη διερεύνηση μιας πιθανής διάγνωσης, όπως αυτής της πνευμονικής εμβολής. Είναι κομβικής σημασίας οι περιγραφόμενες ενέργειες να γίνονται στο πλαίσιο ενός πρωτοκόλλου και όχι κατά περίπτωση. Η όλη διαδικασία θα πρέπει να συνεχίζεται προγραμματισμένα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και οι διαγνώσεις να προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα. Ας υποθέσουμε ότι το αρχικό πλάνο φροντίδας για ένα άτομο που είχε μία πτώση με πόνο στο ισχίο, χωρίς αρχικά διαγνωσθέν κάταγμα, ήταν η χορήγηση αναλγησίας και η ελάττωση των αντιυπερτασικών με σκοπό να περπατήσει μη υποβοηθούμενο στα 5 μέτρα χρησιμοποιώντας περιπα-

τητήρα. Σε περίπτωση που μετά την πάροδο 14 ωρών ο πόνος παραμένει, η διάγνωση θα πρέπει να επαναξιολογείται και να διενεργείται περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος.

• Ευπάθεια των ηλικιωμένων ατόμων. Είναι σημαντικό να εντοπίζονται οι ασθενείς οι οποίοι θα αφεληθούν περισσότερο από την ΣΓΑ. Η ΣΓΑ απαιτεί χρόνο και προσωπικό, παράγοντες που ελλείπουν στο περιβάλλον των νοσοκομείων. Η χρήση έγκυρων διαγνωστικών εργαλείων ανεύρεσης ευπαθών ασθενών θα πρέπει να είναι ένα κρίσιμο πρώτο βήμα. Πολλά τέτοια διαγνωστικά εργαλεία είναι διαθέσιμα, όμως κανένα από αυτά δε διαθέτει μεγάλη ευαισθησία. Τα συχνότερα κριτήρια είναι ο συνδυασμός ηλικίας, οργανικής νόσου, γηριατρικών συνδρόμων, έκπτωσης της λειτουργικότητας και κοινωνικών προβλημάτων. Τα συχνότερα προβλήματα που πρέπει να εντοπιστούν με την αξιολόγηση είναι:

◦ Επίπεδο λειτουργικότητας: Η απώλεια της λειτουργικότητας μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της ικανότητας αυτοφροντίδας, σε κίνδυνο απώλει-

Ο τυπικός νοσηλευόμενος ηλικιωμένος ασθενής απαιτεί διαφορετική προσέγγιση από εκείνη του συνήθους ευνήλικα.

Η σφαιρική Γηριατρική Αξιολόγηση δίνει έμφαση στην επίλυση των συννοσηροτήτων και στην ομαδική εργασία έχοντας ως επίκεντρο τον ασθενή

ας της αυτονομίας αλλά και σε ιδρυματισμό.

◦ Νοητική λειτουργία: Η αναγνώριση της έκπτωσης της νοητικής λειτουργίας είτε πρόκειται για άνοια, είτε για οξύ συγχυτικό παραλήρημα είναι επιτακτικής σημασίας.

◦ Κακή διατροφική κατάσταση / υποθρεψία

◦ Κατάθλιψη: Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη διαταραχή στην τρίτη ηλικία.

◦ Πολυφαρμακία: Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων υπολογίζεται ότι αντιστοιχούν στο 6,5% όλων των νοσοκομειακών εισαγωγών. Αφορούν περισσότερο την ομάδα των ηλικιωμένων και οδηγούν σε αύξηση της διάρκειας νοσηλείας, σε σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα.

◦ Πτώσεις: Πέραν των τραυματισμών που σχετίζονται με αυτές, πρέπει επίσης να αντιμετωπιστούν και οι υποκείμενες παθολογίες.

◦ Συντονισμένο και ενοποιημένο πλάνο φροντίδας. Ενισχύει την αντίληψη ότι η ομάδα φροντίδας ενός ατόμου χρειάζεται να γνωρίζει και να σέβεται το ρόλο των μελών της, να κατανοεί το ρόλο καθενός εξ αυ-

τών καθώς και τον τρόπο με τον οποίο η ιατρική θεραπεία επηρεάζει την αποκατάσταση των ασθενών και το αντίστροφο.

◦ Παρακολούθηση. Η πλειονότητα των ηλικιωμένων ασθενών με πολλαπλά χρόνια νοσήματα χρειάζονται κάποιας μορφής συνεχιζόμενη φροντίδα και υποστήριξη. Στα νοσοκομεία είναι σημαντικό να παρέχεται η βέλτιστη φροντίδα, αλλά χρειάζεται εξίσου, η παρακολούθηση και η συνέχεια φροντίδας, ώστε τα υποκείμενα νοσήματα να μην επιδεινωθούν στη συνέχεια. Για παράδειγμα, η έκβαση ενός ασθενούς με νόσο του Parkinson που παρέμεινε δυο εβδομάδες στο νοσοκομείο για τιτλοποίηση της φαρμακευτικής του αγωγής και βελτιώθηκε σε συνδυασμό με μία διεπιστημονική διαδικασία αποκατάστασης, μπορεί εύκολα να ανατραπεί εάν δεν συνεχιστεί η τιτλοποίηση της L-Dopa, όταν ο ασθενής επιστρέψει στο σπίτι.

Καθιστώντας σφαιρικότερη την καθιερωμένη ιατρική διαγνωστική αξιολόγηση, η ΣΓΑ δίνει έμφαση στην επίλυση των συννοσηροτήτων και στην ομαδική εργασία έχοντας ως επίκεντρο τον ασθενή. ◦



Βλάσης
Πολυχρονόπουλος
Διευθυντής
Πνευμονολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Ιδιοπαθής Πνευμονική Ίνωση

Τι είναι;

Η ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση είναι μία άγνωστης αιτιολογίας (για το λόγο αυτό λέγεται ιδιοπαθής) ίνωση του πνεύμονα.

Ινωση σημαίνει αντικατάσταση των φυσιολογικών δομών του πνεύμονα (κυψελίδων) από ίνες. Όταν αυτό συμβαίνει δεν είναι εύκολη η λειτουργία του πνεύμονα, δηλαδή η προμήθεια οξυγόνου στον οργανισμό και η αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα. Εκτός αυτού, επειδή οι ίνες καθιστούν τον πνεύμονα πιο δύσκαμπτο, το άτομο δυσκολεύεται να αναπνεύσει ιδιαίτερα στην κόπωση.

Η ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση προσβάλλει αποκλειστικά και μόνο τους πνεύμονες, ενώ υπάρχουν και άλλες μορφές ίνωσης που οφείλονται σε άλλες γνωστές παθολογικές καταστάσεις (σκληρόδερμα, ρευματοειδής αρθρίτιδα και άλλα) πού όμως προσβάλλουν και άλλα συστήματα του οργανισμού (αρθρώσεις, μυς, νεφρά κ.λπ.).

Επίσης θα πρέπει να τονιστεί ότι η νόσος αυτή δεν έχει καμία σχέση ούτε με την κυστική ίνωση ούτε με τις «ινώδεις αλλοιώσεις» που αναφέρονται πολλές φορές στις περιγραφές των

ακτινολόγων όταν περιγράφουν ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος ή στην αξονική τομογραφία θώρακος.

Με ποια συμπτώματα εμφανίζεται;

Η ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση δεν εμφανίζεται με τον ίδιο τρόπο σε όλους τους ασθενείς. Σε ορισμένους έχει μία πολύ αργή πολυετή πορεία κατά την οποία τα συμπτώματα είναι λίγα: Βήχας ξηρός συνεχής για μήνες και προοδευτικά επιδεινούμενη δυσκολία στην αναπνοή (δύσπνοια).

Αυτή η δύσπνοια λόγω της αργής επιδείνωσής της δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή από τον ασθενή, αλλά τον αναγκάζει σιγά-σιγά να περιορίζει αρκετές σωματικές δραστηριότητες χωρίς να το συνειδητοποιεί. Αρχικά αποφεύγει το τρέξιμο, μετά αποφεύγει την άνοδο σκάλας, αργότερα αποφεύγει ακόμα και το βάδισμα αποδίδοντας όλα αυτά στο ότι «γερνάει». Δεν μπορεί όμως να γερνάει μόνο αυτός μέσα σε 2-3 χρόνια και οι άλλοι συνομήλικοί του να συνεχίζουν τις σωματικές τους δραστηριότητες. Θα πρέπει να ωρτά τον εαυτό του πέρσι ή πρόπερσι γιατί έκανα περισσότερα πράγματα με φίλους;





Η ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση δεν εμφανίζεται με τον ίδιο τρόπο σε όλους τους ασθενείς. Σε ορισμένους έχει μία πολύ αργή πολυετή πορεία. Σε άλλους ασθενείς η ιδιοπαθής ίνωση έχει πιο γρήγορη πορεία και έτσι γίνεται πιο εύκολα αντιληπτή. Εμφανίζεται με επιδείνωση της δύσπνοιας και συνεχή βήχα

Εάν εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή στις συνηθισμένες δραστηριότητές του (βάδισμα ελαφρύ η μέτρια σωματική εργασία) θα πρέπει να απευθύνεται στον πνευμονολόγο. Εκείνο το οποίο δυστυχώς συμβαίνει σήμερα συχνά είναι να τοποθετούν οι άνθρωποι το οξύμετρο στο δάχτυλό τους όταν είναι ακίνητοι στην καρέκλα και να εφησυχάζουν με αυτό που δείχνει 97% ακόμα και αν οι ίδιοι εμφανίζουν δυσκολία στην αναπνοή όταν περπατούν. Αυτό είναι μεγάλο λάθος διότι μπορεί να βρίσκονται σε αρχικό ή μέσο στάδιο της νόσου (που μόνο ο γιατρός μπορεί να διαγνώσει) και το οξύμετρο στη φάση αυτή να δείχνει ακόμα φυσιολογικές τιμές στην ηρεμία 97% ή 98%. Τονίζεται ότι σε αρχικά ή όχι πολύ προχωρημένα στάδια της νόσου, αυτή αντιμετωπίζεται καλύτερα στο γιατρό.

Σε άλλους ασθενείς η ιδιοπαθής ίνωση έχει πιο γρήγορη πορεία και έτσι γίνεται πιο εύκολα αντιληπτή. Εμφανίζεται με γρήγορη επιδείνωση της δύσπνοιας και συνεχή βήχα. Αυτή η κατηγορία ασθενών προστρέχει ευκολότερα στο γιατρό.

Πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί;

Η νόσος μπορεί να είναι και κληρονομική σε μερικές περιπτώσεις, για το λόγο αυτό άτομα που έχουν στην οικογένειά τους ανάλογες περιπτώσεις θα πρέπει να τις αναφέρουν στο γιατρό και να προστρέχουν άμεσα σε αυτόν.

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζονται θεραπευτικά σχήματα στη νόσο αυτή, τελείως διαφορετικά από εκείνα που ίσχυαν πριν 15 και 20 χρόνια. Τα αποτελέσματα εξαρτώνται και από την έγκαιρη διάγνωση και όσο το δυνατόν γρηγορότερη εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας. □



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

Υψηλή ακρίβεια στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού με τη **μαστογραφία με τομοσύνθεση**

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα που απασχολεί τις γυναίκες, με τις πιθανότητες στην Ευρώπη να ασθενήσει 1 στις 9, σημαντικό ποσοστό που επιβάλλει κάθε γυναίκα να υποβάλλεται σε προληπτικό έλεγχο τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, με κλινική εξέταση και μαστογραφία ή και υπέρηχο.

Καμία γυναίκα δεν πρέπει να αμελεί αυτές τις προληπτικές εξετάσεις της για τον καρκίνο του μαστού, γνωρίζοντας πως αυτές θα τη βοηθήσουν να εντοπίσει σε πρώιμο στάδιο οποιαδήποτε μορφής κακοήθεια.

Ειδικά, ο ετήσιος έλεγχος με μαστογραφία για κανέναν λόγο δεν πρέπει να αφήνεται για το μέλλον, ειδικά αν η γυναίκα διαπιστώσει συμπτώματα, όπως τυχόν εύρημα στη διάρκεια της

αυτοεξέτασης του μαστού, αν έχει έκκριμα από τη θηλή, ανεξήγητο κοκκίνισμα στο στήθος ή έντονο πόνο, ή οποιαδήποτε διαφοροποίηση στο σχήμα του μαστού της.

Ο φόβος της πανδημίας που ίσως εμπόδισε το προηγούμενο διάστημα τις γυναίκες να πραγματοποιούν τους τακτικούς τους ελέγχους πλέον δεν υφίσταται, γιατί η εξέταση για τον έλεγχο του μαστού πραγματοποιείται πάντα με τη λήψη όλων των ενδεδειγμένων προστατευτικών μέσων, με ειδικό ραντεβού και με προσήλωση του νοσηλευτικού δυναμικού σε όλες τις απαραίτητες προφυλάξεις αντισηφίας για την αποφυγή οποιουδήποτε κινδύνου μετάδοσης του COVID-19.

Οι απαραίτητες «γυναικείες» εξετάσεις, όπως ψηφιακή μαστογραφία, ελαστογραφία, ή

**Ο καρκίνος
του μαστού
αποτελεί ένα
παγκόσμιο
πρόβλημα που
απασχολεί τις
γυναίκες, με τις
πιθανότητες
στην Ευρώπη
να ασθενήσει**

**1 στις 9,
σημαντικό
ποσοστό που
επιβάλλει κάθε
γυναίκα να
υποβάλλεται
σε προληπτικό
έλεγχο του-
λάχιστον μία
φορά το χρό-
νο, με κλινική
εξέταση και
μαστογραφία
ή και υπέρηχο**

τρισδιάστατος υπέρηχος, ακόμα και αν πρόκειται απλά για τις ετήσιες εξετάσεις ρουτίνας που κάθε γυναίκα πρέπει να κάνει προφυλάσσοντας την υγεία της, δεν θα πρέπει να τη φοβίζουν λόγω της «αγωνίας» τους για το όποιο αποτέλεσμα, για έναν πολύ απλό λόγο.

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

Τα πρώτα χρόνια η μαστογραφία γινόταν με τον παραδοσιακό τρόπο, ωστόσο τελευταία ώψηφρακή μαστογραφία έχει αποδείξει έμπρακτα τη σημαντική υπερο-



χή της, καθώς παρέχει εικόνα με πολύ μεγαλύτερη ευκρίνεια και καλή απεικόνιση ακόμα και στους πυκνούς μαστούς, ενώ μειώνεται σημαντικά ο χρόνος διάρκειας της εξέτασης αλλά και η έκθεση της γυναίκας στην ακτινοβολία. Επιπλέον οι εικόνες που παρέχει αποθηκεύονται με ευκολία στον ηλεκτρονικό υπολογιστή.

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

Η ψηφιακή μαστογραφία με τομοσύνθεση αποτελεί την κορυφαία εξέλιξη στον τομέα της ιατρικής για την έγκαιρη πρόληψη του καρκίνου του μαστού

στογραφία είναι σαν να βλέπεις το εξώφυλλο ενός βιβλίου, ενώ στην ψηφιακή τομοσύνθεση διαβάζεις και τις σελίδες αυτού του βιβλίου.

Η ψηφιακή μαστογραφία με τομοσύνθεση αποτελεί την κορυφαία εξέλιξη στον τομέα της ιατρικής για την έγκαιρη πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Με την τεχνολογία της τομοσύνθεσης, (*Digital Breast Tomosynthesis*) ο μαστός απεικονίζεται με πολλαπλές λεπτές τομές του ενός χιλιοστού, στοιχείο που δεν επιτρέπει σε τίποτα να διαφύγει του ελέγχου. Με αυτόν τον τρόπο», η μαστογραφία αποδεικνύεται η πιο αξιόπιστη εξέταση για τη γυναίκα, ακόμα και στις περιπτώσεις πολύ πυκνών μαστών, οι οποίοι «ευθύνονται» για το συχνό φαινόμενο της ψευδούς αρνητικής διάγνωσης σε πρώιμο στάδιο».

Τα πλεονεκτήματα της ψηφιακής μαστογραφίας με τομοσύνθεση είναι ότι ελαχιστοποιούνται οι πιθανότητες ψευδούς διάγνωσης, η διαγνωστική ακρίβεια είναι μεγάλη ακόμα και σε βλάβες σε πρώιμο στάδιο, απαιτεί λίγες επαναλήψεις εξετάσεων, οι βιοψίες που μπορεί να χρειαστούν είναι λιγότερες και ο μαστός δεν συμπιέζεται πολύ.

Η εξέταση αυτή συνιστάται για γυναίκες με πυκνούς μαστούς και κατ' επέκταση και σε γυναίκες που μπορεί να έχουν κάποια μορφή κληρονομικότητας. Επιπλέον είναι πολύ καλή επιλογή ως συμπληρωματική εξέταση της απλής μαστογραφίας, αν βρεθεί κάποιο ύποπτο εύρημα. Σε ό,τι αφορά τα ποσοστά ακρίβειας, στην απλή ψηφιακή είναι της τάξεως του 93%-94% και στην ψηφιακή με τομοσύνθεση φτάνουν μέχρι και το 99%. ◻



Αναστάσιος
Τσεχπενάκης
Διευθυντής Γενικός
Χειρουργός,
Ευρωκλινική Αθηνών

Εκκολπώματα παχέος εντέρου

Με τον όρο Εκκολπωμάτωση, ή ορθότερα Εκκολπωματική Νόσος, περιγράφεται η πάθηση εκείνη, κατά την οποία παρουσιάζονται εκκολπώματα σε διάφορα τμήματα του παχέος εντέρου. Τα εκκολπώματα του παχέος εντέρου μοιάζουν με σακοειδείς προπτώσεις, θυλάκους δηλαδή (σακκουλάκια ή μπαλονάκια). Συνήθως εμφανίζονται σε άτομα μεγάλης ηλικίας και μπορεί να είναι μεμονωμένα αλλά συνήθως είναι περισσότερα του ενός.

Κύρια αιτία της πάθησης είναι η χρόνια δυσκολιότητα. Τα αδύναμα σημεία του παχέος εντέρου δεν δύνανται να αντεπεξέλθουν στις αναπτυσσόμενες εσωτερικές πιέσεις του αυλού του εντέρου κατά το πέρασμα των κοπράνων και συχνά καταπονούνται και κατά τις συσπάσεις του ίδιου του εντέρου. Όσον αφορά τις αυξημένες πιέσεις στο εσωτερικό του εντέρου, οι ισχυρότερες αναπτύσσονται ως επί το πλείστον στο σιγμοειδές κόλον.

Η πλειονότητα των ασθενών με εκκολπώματα δεν παρουσιάζουν συμπτώματα ούτε αισθάνονται κάποια δυσφορία ή ενόχληση. Συνήθως, τα εκκολπώματα αναδεικνύονται σε τυχαίο έλεγχο του εντέρου, όπως για παράδειγμα σε αξονική τομογραφία ή κολονοσκόπηση.

Πλοκές, συνήθως αυτός ο έλεγχος περιλαμβάνει:

- Ακτινολογικό έλεγχο με Αξονική τομογραφία (αντλούνται πληροφορίες για το πάχος του τοιχώματος του εντέρου, για την ύπαρξη επιπλοκών όπως περικολικός φλέγμων, απόστημα, διάτρηση προς παρακείμενα όργανα) ή, σπανιότερα πλέον, ακτινογραφία κοιλίας με βαριούχο υποκλυσμό
- Κολονοσκόπηση (ενδοσκοπικός έλεγχος του παχέος εντέρου) σε φάση ηρεμίας και όχι στην οξεία φάση

- Αιματολογικές εξετάσεις
Οι επιπλοκές της εκκολπωματικής νόσου που θα χρειαστούν άμεση αντιμετώπιση είναι η **εκκολπωματίτιδα, η διάτρηση εκκολπώματος και η αιμορραγία**.

Η **εκκολπωματίτιδα** είναι η φλεγμονή ενός ή περισσοτέρων εκκολπωμάτων, η οποία δημιουργείται μετά από την παγίδευση κοπράνων στο εσωτερικό τους και συνεπώς την ανάπτυξη μικροβίων. Λόγω της φλεγμονής, το πάσχον τμήμα του εντέρου γίνεται σκληρότερο, δύσκαμπτο και πολλές φορές προκαλείται στένωση του αυλού του, γεγονός που επηρεάζει την φυσιολογική λειτουργία του και αυξάνει την πιθανότητα νέου επεισοδίου εκκολπωματίτιδας. Σχεδόν το 1/5

Η πλειονότητα των ασθενών με εκκολπώματα δεν παρουσιάζουν συμπτώματα ούτε αισθάνονται κάποια δυσφορία ή ενόχληση.
Συνήθως, τα εκκολπώματα αναδεικνύονται σε τυχαίο έλεγχο του εντέρου, όπως για παράδειγμα σε αξονική τομογραφία ή κολονοσκόπηση

των νοσούντων με εκκολπωμάτωση θα περάσουν έστω και μια φορά κρίση εκκολπωματίτιδας. Πόνος και ευαισθησία στην αριστερή πλευρά της κάτω κοιλιάς, ρίγος και πυρετός, έμετος και δυσκοιλιότητα είναι τα συνηθέστερα συμπτώματα της. Συνήθως η εκκολπωματίτιδα αντιμετωπίζεται συντροπηκά, με ενδοφλέβια αγωγή και διακοπή σίτισης για



μερικές ημέρες. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια χρειάζονται **χειρουργική αντιμετώπιση**, δηλαδή εκτομή (αφαίρεση) του πάσχοντος τμήματος του παχέος εντέρου.

Η αιμορραγία από εκκόλπωμα, που εκδηλώνεται με αποβολή αίματος από τον πρωκτό, μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά, με ενδοσκοπικούς χειρισμούς (κολονοσκόπιση) ή να χρειαστεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.

Στη **διάτρηση εκκολπώματος**, που εκδηλώνεται κυρίως με οξύ και επιδεινούμενο κοιλιακό άλγος με πυρετό, εντερικό περιεχόμενο εισέρχεται στην κοιλιακή κοιλότητα και σχεδόν πάντα απαιτείται άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.

Σε ήπια και διαχειρίσιμη νόσο συστήνεται συντηρητική αγωγή διατροφικές οδηγίες και φαρμακευτική αγωγή προκειμένου να

αντιμετωπιστεί ο πόνος και η δυσκοιλότητα.

Όταν εμφανίζονται συχνά εξάρσεις της νόσου, κυρίως επαναλαμβανόμενα επεισόδια **εκκολπωματίτιδας**, τότε καθίσταται αναγκαία η χειρουργική παρέμβαση. Η χειρουργική θεραπεία αφορά την εκτομή (αφαίρεση) του πάσχοντος τμήματος του παχέος εντέρου, συνήθως του σιγμοειδούς κόλου και επανένωση (αστόμωση) των υγιών τμημάτων του. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως σε διάτρηση του εντέρου και φλεγμονή που προκαλεί στενώση του αυλού του εντέρου και ειλέο, πιθανόν να κριθεί αναγκαία η δημιουργία προσωρινής τελικής κολοστομίας («παρά φύσει έδρα»). Στις περιπτώσεις αυτές η αποκατάσταση της συνέχειας του αυλού του εντέρου πραγματοποιείται με δεύτερη χειρουργική επέμβαση, αφού υφεθεί η

Εάν η νόσος είναι ήπια και διαχειρίσιμη, τότε ακολουθείται μια συντηρητική αγωγή και λύση μπορούν να δώσουν η ισορροπημένη διατροφή και η φαρμακευτική αγωγή. Ένα διατροφικό πλάνο πλούσιο σε φυτικές ίνες είναι σε θέση να ανακουφίσει από τα συμπτώματα και να εμποδίσει τη νόσο να εξελιχθεί σε εκκολπωματίτιδα

φλεγμονή και αποκατασταθεί η λειτουργία του.

Η **λαπαροσκοπική χειρουργική**, με ή χωρίς την χρήση ρομποτικού συστήματος, οι σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές και η νέα τεχνολογία έχουν αλλάξει θεαματικά τα δεδομένα ως προς το όφελος για τον ασθενή. Οι ίδιες χειρουργικές επεμβάσεις πλέον πραγματοποιούνται μέσω 3-4 οπών (μήκους 5mm) και μιας τομής 3-4 cm, αντί των μεγάλων τομών των 15-25 cm της κλασικής ανοικτής χειρουργικής. Με την ελαχιστοποίηση του χειρουργικού τραύματος σε συνδυασμό με την χρήση των σύγχρονων υλικών και των εργαλείων που έχει στην διάθεσή του σήμερα ο ανάλογα εκπαιδευμένος Χειρουργός, μειώνεται ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο, επιταχύνεται η κινητοποίηση του ασθενή και η επιστροφή του στην καθημερινή δραστηριότητα. Σημαντικότερο όλων αποτελεί το γεγονός ότι **οι σύγχρονες λαπαροσκοπικές χειρουργικές τεχνικές** έχουν ελαχιστοποιήσει τον μετεγχειρητικό πόνο και τις επιπλοκές όπως αιμορραγία και χειρουργικές λοιμώξεις.

Με την εμφάνιση του πρώτου κιόλας οξέος επεισοδίου με κάποια από τις προαναφερθείσες επιπλοκές, ο ασθενής πρέπει να εισαχθεί σε νοσηλευτικό ίδρυμα και παράλληλα με τη άμεση έναρξη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής πρέπει να εκτιμηθεί και χειρουργικά. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να καθοριστεί **εάν** και **πότε** πρέπει ο συγκεκριμένος ασθενής να υποβληθεί σε χειρουργική αντιμετώπιση, ώστε η ταλαιπωρία και η καταπόνηση που θα υποστεί ο οργανισμός του να είναι η ελάχιστη δυνατή και ταυτόχρονα η αποκατάστασή του να είναι πλήρης και γρήγορη.





Πέτρος Παναγιώτου
Διευθυντής Πλαστικής,
Επανορθωτικής και
Αισθητικής Χειρουργικής,
Ευρωκλινική Αθηνών

Μελάνωμα

Αίτια, Αντιμετώπιση & Πρόληψη

Τι είναι το Μελάνωμα;

Το Μελάνωμα είναι μία πολύ επιθετική μορφή καρκίνου κυρίως του δέρματος, που αναπτύσσεται από τα μελανοκύτταρα (κύτταρα παραγωγής μελανίνης).

Προσβάλλονται όμως και άλλοι ιστοί όπως οι βλεννογόνοι, ο οφθαλμός και ο εγκέφαλος.

Η κακοήθεια του Μελανώματος οφείλεται στην απρόβλεπτη βιολογική του συμπεριφορά και

στην ιδιότητά του να δίνει μεταστάσεις κυρίως λεμφογενώς αλλά και αιματογενώς.

Ποιες είναι οι αιτίες εμφάνισης του Μελανώματος;

Η αιτιολογία του Μελανώματος είναι σύνθετη και αποδίδεται σε διάφορους ενδογενείς και περιβαντολογικούς παράγοντες.

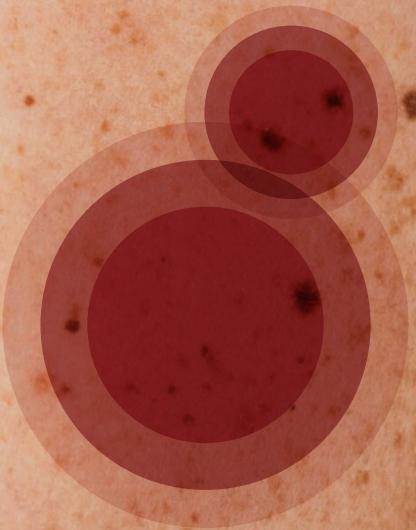
Ο κυριότερος από τους ενδογενείς παράγοντες είναι το ανοι-

To Μελάνωμα είναι μία πολύ επιθετική μορφή καρκίνου κυρίως του δέρματος, που αναπτύσσεται από τα μελανοκύτταρα

χτόχρωμο δέρμα και η παρουσία πολλαπλών σπίλων (ελιών), ενώ από τους περιβαντολογικούς παράγοντες σημαντικότερος είναι η υπέρμετρη έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία (κάψιμο), ιδιαίτερα στην παιδική ηλικία.

Πώς προλαμβάνεται το Μελάνωμα;

Η τακτική αυτοεξέταση, η περιοδική εξέταση από ιατρούς και η εφαρμογή των κανόνων



αντιηλιακής προστασίας αποτελούν τον αποτελεσματικότερο τρόπο για την έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη του Μελανώματος.

Ορισμένα ιδιαίτερα γνωρίσματα όπως ασυμμετρία διαστάσεων, ασάφεια ορίων, αλλαγή χρώματος, αλλαγή μεγέθους ξεχωρίζουν έγκαιρα ένα μελάνωμα από τους συνήθεις καλοίθεις σπίλους (ελιές), που όλοι έχουμε στο δέρμα μας.

Ο έγκαιρος εντοπισμός και η άμεση κειρουργική αφαίρεση και εξέταση του Μελανώματος συνδέονται με άριστη πρόγνωση και οδηγούν στην θεραπεία

Πώς αντιμετωπίζεται το Μελάνωμα;

Ο έγκαιρος εντοπισμός και η άμεση κειρουργική αφαίρεση και εξέταση του Μελανώματος, πριν δηλαδή γίνει διηθητικό-επιθετικό, θέτουν παθολογοανατομικά την διάγνωση, συνδέονται με άριστη πρόγνωση και οδηγούν στην θεραπεία.

Αντίθετα το διηθητικό (προχωρημένων σταδίων) μελάνωμα επεκτείνεται με μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Έτσι μία επιτυχής θεραπευτική παρέμβαση δυσχεραίνεται και η πρόγνωση γίνεται δυσμενής.

Ποια είναι η κειρουργική αντιμετώπιση του Μελανώματος;

1. Απλή εκτομή και αποστολή της βιοψίας στο Παθολογοανατομικό εργαστήριο.
2. Αναλόγως του σταδίου ανεύρεση και βιοψία του λεμφαδένα φρουρού με ραδιοισοτοπικό ανιχνευτή (λεμφαδένας της ανατομικής περιοχής του Μελανώματος)
3. Αναλόγως του αποτελέσματος της βιοψίας του Λεμφαδένα Φρουρού και της ογκολογικής σταδιοποίησης προχωρούμε ή όχι στον πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό της αντίστοιχης λεμφαδενικής περιοχής.

Επί μονήρους απομακρυσμένης μεταστάσεως γίνεται μεταστασικότομή.

Ποια είναι η συμπληρωματική θεραπεία του Μελανώματος;

Όταν η σταδιοποίηση του Μελα-

νώματος το επιβάλλει, η ογκολογική θεραπεία σήμερα έχει βελτιώσει σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης ασθενών με προχωρημένη μεταστατική νόσο.

Η **ανοσοθεραπεία** βοηθά σημαντικά το ανοσοποιητικό σύστημα να αντιδράσει στον όγκο και οι στοχευτικοί παράγοντες είναι προσαρμοσμένοι στα ιδιαίτερα γονιδιακά χαρακτηριστικά των ασθενών (BRAF).

Πληροφορίες για την παρακολούθηση μετά το κειρουργείο

Αυτοεξέταση:

- Κάθε μήνα

Κλινική εξέταση:

- 3-6 μήνες για δύο χρόνια
- 3-12 μήνες για τρία χρόνια
- Ετησίως αναλόγως της ένδειξης μέχρι τα πέντε χρόνια

Απεικόνιση:

- Επί ενδείξεων συμπτωμάτων ή σημείων
- 3-12 μήνες για δύο χρόνια
- 6-12 μήνες για τρία χρόνια
- Απεικόνιση ρουτίνας για ασυμπτωματικές μεταστάσεις δεν ενδείκνυται μετά τα 3-5 χρόνια (ανάλογα με τον κίνδυνο υποτροπής).

Συμπεράσματα

Το Μελάνωμα προλαμβάνεται και θεραπεύεται. Το διηθητικό Μελάνωμα αντιμετωπίζεται κειρουργικά και με συμπληρωματική ογκολογική θεραπεία με καλά αποτελέσματα. Σήμερα η συνολική επιβίωση των ασθενών με Μελάνωμα ξεπερνά το 80%. ◻



νυεία για όλους



Αθανάσιος Αντωνίου
Διευθυντής
Καρδιοχειρουργός,
Ευρωκλινική Αθηνών



ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ:
**Νεότερα δεδομένα
στην αντιμετώπισή της**

1 Τι είναι η ανεπάρκεια μιτροειδούς;

Η μιτροειδής βαλβίδα αποτελεί μια από τις τέσσερις βαλβίδες της καρδιάς που λειτουργώντας ως μια «πύλη» επιτρέπει τη μονόδρομο ροή του αίματος από τον αριστερό κόλπο προς την αριστερή κοιλία.

Αποτελείται από δύο γλωχίνες που μέσω ινών, των τενοντίων χορδών προσφύνονται στους θηλοειδείς μύες. Στην περίπτωση της ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδος, οι γλωχίνες ανοίγουν κανονικά αλλά κατά την φάση της σύγκλεισής του, δεν επιτυγχάνεται η πλήρης επαφή αυτών με αποτέλεσμα αίμα να παλινδρομεί από την αριστερή κοιλία προς τον αριστερό κόλπο.

2 Ποια είναι τα αίτια και ποια τα συμπτώματά της;

Η ανεπάρκεια της μιτροειδούς έχει πολλαπλές αιτίες:

- Την εκ γενετής ελαττωματική κατασκευή των γλωχίνων των τενοντίων χορδών
- Τον ρευματικό πυρετό
- Την ενδοκαρδίτιδα
- Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου
- Την μυοκαρδιοπάθεια
- Τον τραυματισμό αυτής

Συνήθως οι ασθενείς -πλην των οξέων καταστάσεων- παρακολουθούνται για πολλά χρόνια για κάποιου βαθμού ανεπάρκεια της μιτροειδούς που χαρακτηρίζεται ως πρόπτωση, η οποία προοδευτικά

Στα αρχικά στάδια της νόσου οι ασθενείς βρίσκονται υπό παρακολούθηση από τον Καρδιολόγο τους, ενώ η φαρμακευτική αγωγή κατά κανόνα αντιμετωπίζει τα συμπτώματα αυτής

επιδεινώνεται με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν αίσθημα παλμών, εύκολη κόπωση ή δύσπνοια, αρχικά κατά την προσπάθεια και σταδιακά και κατά την ηρεμία.

3 Πώς γίνεται η διάγνωση της ανεπάρκειας μιτροειδούς και πώς αντιμετωπίζεται;

Η διάγνωση μπορεί εύκολα να γίνει από τον Καρδιολόγο που παρακολουθεί τον ασθενή και αναλόγως της σοβαρότητάς της ταξινομείται ως: ηπίου-μετρίου-σοβαρού βαθμού. Ωστόσο για να επιτευχθεί η σταδιοποίηση της πάθησης θα απαιτηθεί και μια περαιτέρω εξέταση, το διοισοφάγειο υπερηχογράφημα το οποίο θα μας δώσει πληροφορίες για τη βαρύτητα της ανεπάρκειας, τον μηχανισμό της βλάβης ενώ συγχρόνως απεικονίζει και άλλες καρδιακές δομές που συχνά προσβάλλονται από τη χρόνια ανεπάρκεια της μιτροειδούς, όπως η τριγλώχινα βαλβίδα.

Η αντιμετώπιση της ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδος εξαρτάται από τη βαρύτητά της και τα συμπτώματα του ασθενούς. Στα αρχικά στάδια της νόσου οι ασθενείς βρίσκονται υπό παρακολούθηση από τον Καρδιολόγο τους, ενώ η φαρμακευτική αγωγή κατά κανόνα αντιμετωπίζει τα συμπτώματα αυτής.

Ωστόσο, όταν η ανεπάρκεια κριθεί ως σοβαρή ή παρατη-

ρείται σταδιακή επιδείνωση των δεικτών καρδιακής λειτουργίας, ο ασθενής θα πρέπει να παραπεμφθεί για καρδιοχειρουργική επέμβαση.

4 Πώς θεραπεύεται οι χειρουργικές ανεπάρκειες μιτροειδούς;

Στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων η χειρουργική αντιμετώπιση της ανεπάρκειας της μιτροειδούς θα πρέπει να επιτυγχάνεται με την επιδιόρθωση και όχι την αντικατάστασή της. Τούτο εξασφαλίζεται μέσω ειδικών τεχνικών που στοχεύουν στο να καταστεί η βαλβίδα εκ νέου στεγανή και λειτουργική.

Η επιδιόρθωση της βαλβίδος αποτελεί την πρώτη γραμμή για την αντιμετώπιση της μιτροειδικής ανεπάρκειας και υπερτερεί σαφέστατα της αντικατάστασής της με προσθετική βαλβίδα καθώς προσφέρει ένα μακροχρόνια άριστο χειρουργικό αποτέλεσμα, βοηθά σημαντικά στην άμεση και απώτερη βελτίωση των δεικτών καρδιακής λειτουργίας και το σημαντικότερο, ο ασθενής αποφεύγει τη δια βίου λήψη αντιπηκτικής αγωγής.

5 Μπορεί η χειρουργική επέμβαση να γίνει μέσω μικρών τομών;

Οι παθήσεις της μιτροειδούς αποτέλεσαν την αφορμή για την περαιτέρω μετεξέλιξη της Καρδιοχειρουργικής και πιο



συγκεκριμένα την ανάπτυξη της Ενδοσκοπικής Καρδιοχειρουργικής κατά την οποία μέσω: Μιας τομής 3 εκ. στην μηροβουβωνική πτυχή, μιας δεύτερης τομής 3 εκ. πέριξ της θλητής του δεξιού μαστού δια της οποίας εισάγονται τα ειδικά χειρουργικά εργαλεία και τέλος μιας μικρής οπής 1 εκ. δια της οποίας τοποθετείται μια 3D οπτική ίνα, επιτυγχάνεται η τρισδιάστατη απεικόνιση των καρδιακών δομών και η ασφαλής τέλεση της επεμβάσεως.

Τούτο πέραν του αδιαμφισβήτητα εξαιρετικού αισθητικού αποτελέσματος αυξάνει σχεδόν στο απόλυτο τις πιθανότητες επιτυχούς επιδιόρθωσης της βαλβίδος, μειώνει στο ελάχιστο το μετεγχειρητικό πόνο και την ανάγκη για μεταγγίσεις, περιορίζει τον κίνδυνο λοιμώξεων και το σημαντικότερο επιταχύνει σημαντικά την ανάρρωση του

Η επιδιόρθωση της βαλβίδος αποτελεί την πρώτη γραμμή για την αντιμετώπιση της μιτροειδικής ανεπάρκειας και υπέρτερεί σαφέστατα της αντικατάστασής της με προσθετική βαλβίδα καθώς προσφέρει ένα μακροχρόνια άριστο χειρουργικό αποτέλεσμα



ασθενούς, καθώς παραμένει 1 μόνο ημέρα στη ΜΕΘ, 3-4 ημέρες στο Νοσοκομείο και επιστρέφει στην εργασία του σε 2-3 εβδομάδες.

Η ενδοσκοπική επιδιόρθωση της ανεπάρκειας μιτροειδούς

δεν ενδείκνυται σε επιλεγμένους ασθενείς αλλά στο σύνολο (πλην ελαχίστων εξαιρέσεων) των ασθενών. Ωστόσο θα πρέπει να διενεργείται από εξειδικευμένους Καρδιοχειρουργούς σε εξειδικευμένα Κέντρα. ◻

Ενδοσκοπική Καρδιοχειρουργική

Η νέα εποχή

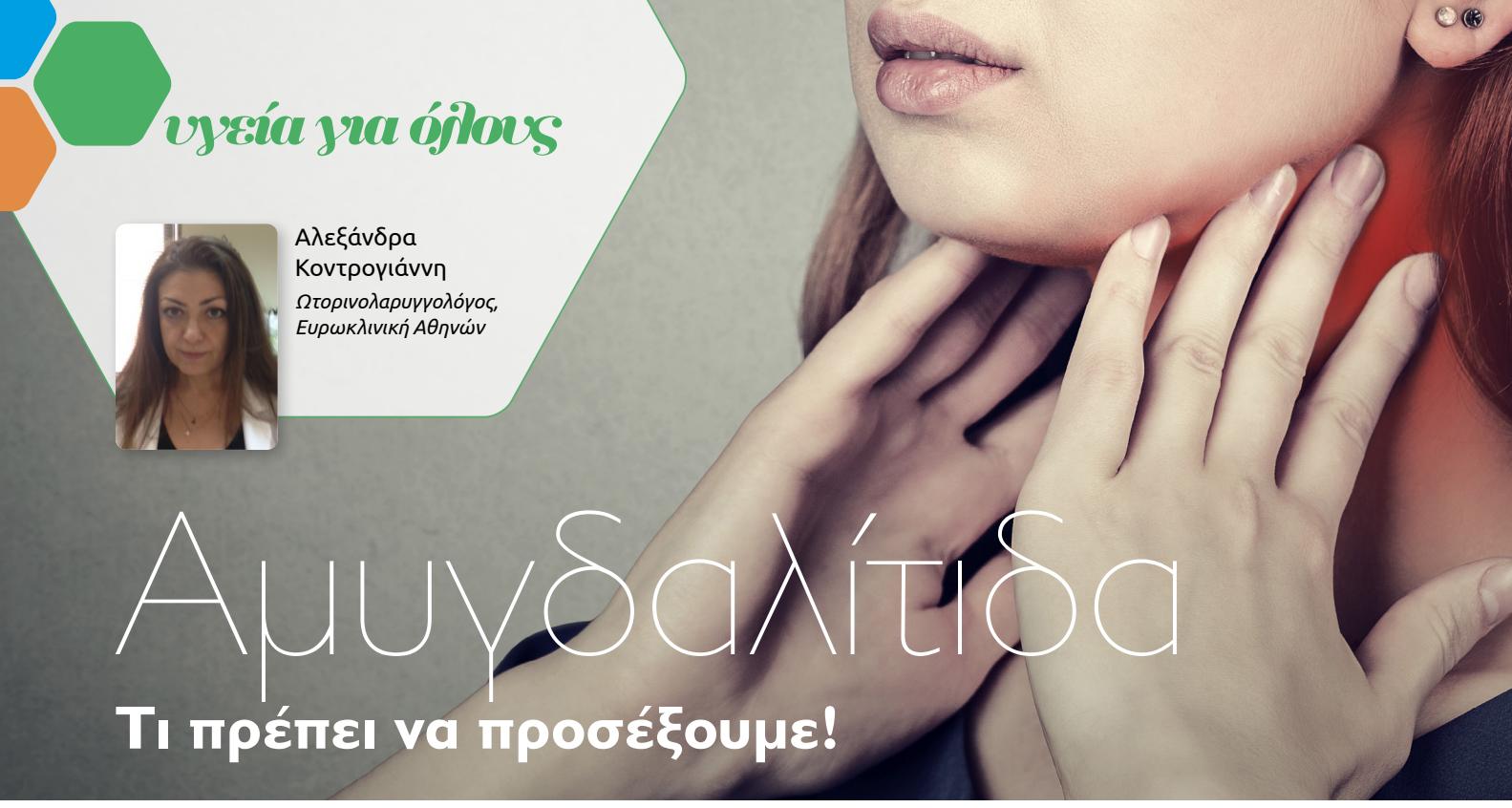
στις καρδιοχειρουργικές
επεμβάσεις
στην **Ευρωκλινική**

ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ
τεχνική
- μεγάλες τομές

NEA
Τεχνική
- μικρές οπές

- Καλύτερο χειρουργικό & αισθητικό αποτέλεσμα
- Μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο
- Ταχύτερη ανάρρωση & επάνοδος (3 εβδομάδες έναντι 3 μηνών)
- Κατάλληλη και για ασθενείς υψηλού κινδύνου





Αλεξάνδρα
Κοντρογιάννη
Ωτορινολαρυγγολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Αμυγδαλίτιδα

Τι πρέπει να προσέξουμε!

Οι αμυγδαλές είναι οι «συστάδα» λεμφικού ιστού, στην είσοδο του φάρυγγα κι αποτελούν μέρος του δακτυλίου *Waldeyer* που μας προστατεύει από τις προσβολές ιών και μικροβίων. Ο προστατευτικός αυτός δακτύλιος αποτελείται από τις αδενοειδείς εκβλαστήσεις (κρεατάκια) που βρίσκονται στον ρινοφάρυγγα (στο τέλος των ρινικών θαλαμών), τις παρίσθιμες αμυγδαλές στον στοματοφάρυγγα και τη γλωσσική αμυγδαλή στη ρίζα της γλώσσας. Όταν, λοιπόν, μας επιτίθεται κάποιος βλαπτικός μικροοργανισμός, ο λεμφικός δακτύλιος αναλαμβάνει να μας υπερασπιστεί είτε με όλες τις δομές του είτε με μεμονωμένη αντίδραση μιας από αυτές, με συχνότερη την αμυγδαλίτιδα.

Αποτέλεσμα αυτής της αντίδρασης είναι ο έντονος πόνος στο φάρυγγα, η δυσκαταποσία, ο πυρετός κι η διόγκωση των αδένων του τραχήλου.

Αίτιο

Περίπου οι μισές αμυγδαλίτιδες οφείλονται σε ιούς (γρίπης, ρι-

νοϊό, αναπνευστικός συγκυτιακός ίός, αδενοϊόί, κορωνοϊοί) ή ξεκινούν ως ιογενείς και ακολουθεί επιλοίμωξη από μικρόβια. Οι συνήθεις μικροβιακοί «ύποπτοι» είναι ο στρεπτόκοκκος (β-αιμολυτικός ομάδας A), ο σταφυλόκοκκος και ο αιμόφιλος.

Συχνότητα

Η αμυγδαλίτιδα μπορεί να προσβάλει κάθε ηλικία αλλά είναι συχνότερη σε παιδιά 5-15 ετών και σε νεαρούς ενήλικες. Η μετάδοση γίνεται μέσω επιμολυσμάτων σταγονιδίων που αιωρούνται μετά από βήχα, φτάρνισμα και ομιλία και διευκολύνεται από τον συνωστισμό, τον ανεπαρκή αερισμό του χώρου διαβίωσης και την αυξημένη χρήση κοινών αντικειμένων. Για τον λόγο αυτό, παρουσιάζεται έξαρση τους ψυχρούς μήνες και σε άτομα που συγχρωτίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα με ελλιπή προστατευτικά μέτρα.

Κλινική εικόνα

Η διάγνωση της αμυγδαλίτιδας γίνεται από το ιστορικό (συνήθως οξεία έναρξη των συμπτω-

μάτων) και την κλινική εξέταση από τον/την γιατρό σας. Χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα και διόγκωση των αμυγδαλών που συχνά φέρουν λευκωπό επίχρισμα ή υποκίτρινα, κάκοσμα στίγματα (βύσματα) στην επιφάνεια τους ή/και μικρές φυσαλίδες. Σε περιπτώσεις έκκρισης ερυθροτοξίνης από τον στρεπτόκοκκο μπορεί να παρατηρηθεί και εξάνθημα στο φάρυγγα και την υπερώα (οστρακιά). Συνήθως συνυπάρχουν επώδυνοι, διογκωμένοι λεμφαδένες στο λαιμό που τους ψηλαφά και ο ίδιος ο πάσχων. Ο ασθενής έχει έντονη δυσκαταποσία, πόνο στην περιοχή του φάρυγγα που συχνά αντανακλά στο αυτί, πυρετό, ρίγος και κακουχία.

Συχνά χρειάζεται ενδοσκοπικός έλεγχος ρινοφάρυγγα/υποφάρυγγα/λάρυγγα προκειμένου να εκτιμήθει η έκταση και η βαρύτητα της φλεγμονής, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση με καλλιέργεια επιχρίσματος από τις αμυγδαλές και τον φάρυγγα και εξετάσεις αίματος.

Για την ορθή διάγνωση κι αντι-



μετώπιση αξιολογούνται και τυχόν συνοδά συμπτώματα, π.χ. ρινική καταρροή/απόφραξη υποδεικνύει μάλλον ιογενή λοιμωξή, ενώ δεν θα πρέπει να ξεχνάμε και την αξία απλών διαγνωστικών τεστ, όπως το *strep-test* που επίθετικού αποτελέσματος θέτει τη διάγνωση στρεπτοκοκκικής αμυγδαλίτιδας.

Αντιμετώπιση

Εφόσον τεθεί η διάγνωση της μικροβιακής αμυγδαλίτιδας, χορηγείται η ενδεδειγμένη αντιβιοτική αγωγή, συνήθως για 10 ημέρες. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η τήρηση των ιατρικών οδηγιών αναφορικά με τη δόση και τη διάρκεια της ενδεδειγμένης αντιμικροβιακής αγωγής καθώς ελλιπής συμμόρφωση οδηγεί σε αδυναμία εκρίζωσης του παθογόνου μικρο-οργανισμού, υποτροπές κι επιπλοκές. Ανεξάρτητα από το αίτιο της αμυγδαλίτιδας και τη λήψη ή όχι αντιβίωσης συνιστάται η λήψη άφθονων υγρών και υδαρών τροφών χωρίς μπαχαρικά (νερό, γάλα, σούπες), σε θερμοκρασία περιβάλλοντος, αναλγητικά (τοπικά και συστηματικά) και ξεκού-

Είναι σημαντικό να λαμβάνονται προφυλάξεις για την αποφυγή μετάδοσης της λοιμωξής στα υπόλοιπα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς: Χρήση μάσκας, καλό πλύσιμο χεριών, αυστηρά ατομικά είδη (οδοντόβουρτσα, πετσέτες, ποτήρια, μαχαιροπήρουνα) και τακτικός αερισμός του χώρου διαβίωσης.

Προσοχή

Γενικά η αμυγδαλίτιδα έχει καλοή θη πορεία κι η έντονη συμπτωματολογία υποχωρεί στις 48 ώρες από την έναρξη της αγωγής. Εάν δε μετριασθούν ο πόνος και ο πυρετός ή παρουσιαστεί κάποιο άλλο σύμπτωμα (π.χ. αδυναμία κατάποσης ακόμη και του σάλιου, δυσκολία στη διάνοιξη του στόματος, αλλοίωση της φωνής, πόνος στην κοιλιά, κ.λπ.) χρειάζεται άμεση ιατρική εκτίμηση για την πιθανότητα κάποιας επιπλοκής (π.χ. περιαμυγδαλικού ή πλαγιοφαρυγγικού αποστήματος) ή την ύπαρξη άλλων παθήσεων, όπως λοιμώδης μονοπυρήνωση.

Ευτυχώς λιγότερο συχνά, ο πόνος στο λαιμό, η (πρόσφατη, συχνά μονόπλευρη) διόγκωση των αμυγδαλών κι η δυσκαταποσία μπορεί να κρύβουν σοβαρότερα νοσήματα όπως αιματολογικές κακοήθειες (λέμφωμα, λευχαιμία) ή όγκους της περιοχής του φάρυγγα και του οισοφάγου, καταστάσεις που απαιτούν έγκαιρη διάγνωση και στοχευμένη αντιμετώπιση.

Ενδείξεις αμυγδαλεκτομής

Πότε πρέπει να αφαιρούνται οι αμυγδαλές; Γενικά έχει αποδειχθεί ότι η αμυγδαλεκτομή δεν επηρεάζει σημαντικά την αμυντική απάντηση του οργανισμού στις λοιμώξεις. Είναι όμως μια χειρουργική επέμβαση και ως τέτοια οφείλει να ακολουθεί κάποιους κανόνες.

Ενδείξεις αμυγδαλεκτομής αποτελούν:

- Η υποψία ότι υποκρύπτουν κάποιο σοβαρό νόσημα (νεοπλασία), οπότε ακολουθεί πιστολογική εξέταση των εξαιρεθέντων ιστών
- Η πολύ μεγάλη υπερτροφία των αμυγδαλών που εμποδίζει την σίτιση και την αναπονία του ασθενούς
- Οι συχνές αμυγδαλίτιδες (6 επεισόδια τον τελευταίο χρόνο ή 3 επεισόδια το χρόνο τα τελευταία 3 χρόνια)
- Ιστορικό περιαμυγδαλικού αποστήματος
- Ενδείξεις/υποψία ρευματικού πυρετού, ενδοκαρδίτιδας, σπειραματονεφρίτιδας (σχετική ένδειξη, προκύπτει μετά από συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας).

ΔΕΝ αποτελούν ενδείξεις αμυγδαλεκτομής:

- Οι «μεγάλες» αμυγδαλές, που δεν προκαλούν άλλα συμπτώματα
- Η συχνή παρουσία βυσμάτων τροφής στις κρύπτες των αμυγδαλών
- Η δύσοσμη αναπονία
- Οι συχνές ιώσεις του αναπνευστικού
- Η αλλεργική ρινίτιδα και το βρογχικό άσθμα
- Ο πυρετός άγνωστης αιτιολογίας
- Η επιθυμία/επιμονή ασθενών και των οικείων τους, ενώ δεν πληρούνται τα ιατρικά κριτήρια.



Σεραφείμ Κατσαβός

Υπεύθυνος Ειδικού
Ιατρείου Απομελινωτικών
Νοσημάτων
Ευρωκλινικής Αθηνών

Κληρονομικότητα & Εγκυμοσύνη στην **Σκλήρυνση κατά Πλάκας**

Τι είναι η ΣΚΠ και τι διαφορές υπάρχουν στο νόσημα μεταξύ ανδρών και γυναικών;

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣΚΠ) είναι χρόνιο φλεγμονώδες νόσημα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, και αποτελεί το συχνότερο μη τραυματικό αίτιο αναπηρίας σε νέους ενήλικες. Προκύπτει ως αποτέλεσμα προσβολής του προστατευτικού περιβλήματος των νευρικών κυττάρων, που ονομάζεται μυελίνη, από πολύπλοκους αυτοάνοσους μηχανισμούς, αλλά και του ίδιου του νευρώνα, με τελικό αποτέλεσμα την εκφύλισή του. Σε ό,τι έχει να κάνει με τη συχνότητά της στην Ελλάδα, αν και δεν υπάρχουν ολοκληρωμένα επιδημιολογικά στοιχεία, αναμένονται περίπου 5-6 νέα περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού κατ' έτος. Η νόσος εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες, με δείκτη σχετικής συχνότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών στο 2,3, γεγονός που υποδηλώνει κάποια ιδιαίτερη σημασία του ορμονολογικού

προφίλ, που διαφέρει ανάμεσα στα δύο φύλα.

Μπορεί μία γυναίκα με ΣΚΠ να μείνει ζήτη;

Φυσικά και μπορεί να μείνει ζήτης μία γυναίκα ασθενής με ΣΚΠ, καθώς η νόσος δεν επηρεάζει τη γονιμότητα. Είναι σωστότερο, ωστόσο, αυτό να γίνεται έπειτα από τον κατάλληλο προγραμματισμό, όπως αυτός θα καθορισθεί από την ασθενή και το θεράποντα ιατρό της. Σε γενικές γραμμές προτιμούμε να έχει προηγηθεί κατάλληλος έλεγχος της δραστηριότητας της νόσου, πριν μπει η ασθενής μας στη διαδικασία αυτή.

Τι ισχύει για μία γυναίκα με ΣΚΠ κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης; Θα πρέπει να διακόψει τη φαρμακευτική της αγωγή για την ΣΚΠ;

Η εγκυμοσύνη φαίνεται να αποτελεί για τις γυναίκες ασθενείς περίοδο ανοσοανοχής, με μειωμένη δραστηριότητα νόσου, ειδικά κατά το 3ο τρίμηνο. Η νόσος φαίνεται ωστόσο να επα-

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣΚΠ) είναι χρόνιο φλεγμονώδες νόσημα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, και αποτελεί το συχνότερο μη τραυματικό αίτιο αναπηρίας σε νέους ενήλικες.
Η συχνότητά της στην Ελλάδα είναι περίπου 5-6 νέα περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού κατ' έτος

ναδραστηριοποιείται κατά την περίοδο της λοχείας. Υπάρχουν πλέον επαρκή στοιχεία που αποδεικνύουν την ασφάλεια της συνέχισης κάποιων από τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Υπάρχουν όμως και φάρμακα με πιθανά ζημιογόνο δράση για το έμβρυο, ή/ και με μη αποδεδειγμένο προφίλ ασφάλειας, που θα πρέπει να διακόπτονται εγκαίρως, προ της έναρξης της προσπάθειας για τεκνοποίηση.

Η νόσος κληρονομείται από τους γονείς στα παιδιά;
 Δεν αναμένεται κάθετη κληρονόμηση της νόσου από τους γονείς ασθενείς στα παιδιά τους. Αυτό που μεταφέρεται είναι μία κληρονομική προδιάθεση για τη νόσο, που οδηγεί σε ήπια αύξηση της συχνότητας εμφάνισής της στους στενούς συγγενείς των πασχόντων, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Στην κληρονομικότητα της πάθησης εμπλέκονται περισσότερα από 250 διαφορετικά γονίδια, και κυρίως γονίδια HLA. Αυτό το



υποβάθρο πρέπει να αλληλεπιδράσει με πολλούς διαφορετικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, ώστε να οδηγηθούμε στην εμφάνιση της πάθησης.

Με ποιο τρόπο γίνεται σωστά και ολοκληρωμένα η παρακολούθηση ασθενή με ΣΚΠ;

Η σωστή παρακολούθηση, και άρα ο κατάλληλος θεραπευτικός χειρισμός του ασθενή με ΣΚΠ περιλαμβάνει καταρχάς τη λεπτομερή λήψη ιστορικού και τη συχνή κλινική του επαναδιολόγηση, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, που μπορεί να διαφέρουν κατά περίπτωση, δε θα πρέπει ωστόσο να είναι ποτέ μεγαλύτερα των 6 μηνών. Πολύτιμο εργαλείο στην παρακολούθηση του ασθενή είναι βέβαια και η μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου και νωτιαίου μελού, η οποία θεωρείται ασφαλής διαδικασία και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ανάλογα με τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής, διαφέρει και το πλάνο εργαστηριακής παρακολούθησης αιματολογικών δεικτών. Στην ολοκληρωμένη παρακολούθηση του ασθενή με ΣΚΠ σημαντικό ρόλο κατέχουν και άλλες ιατρικές ειδικότητες (π.χ. Οφθαλμίατρος, Φυσίατρος, Καρδιολόγος), όπως και έτεροι επαγγελματίες υγείας (π.χ. Νοσηλευτής εξειδικευμένος στη νόσο, Φυσιοθεραπευτής, Ψυχολόγος κ.λπ.). ◻



Γιάννης Ρέλλιας
Χειρουργός Κλινικής
Μαστού,
Ευρωκλινική Αθηνών

Κύστεις μαστού

Τι είναι οι κύστεις στον μαστό;

Ο μαστός είναι ένας αδένας που αποτελείται από τις τελικές πορολοβιακές μονάδες (δηλαδή το τμήμα όπου παράγεται το γάλα) και τους εκφορητικούς πόρους (δηλαδή τα σωληνάκια που μεταφέρουν το γάλα στη θηλή). Οι κύστεις είναι στρογγυλές ή οβάλ μάζες γεμάτες με υγρό, που προέρχονται από τις τελικές πορολοβιακές μονάδες του μαστού.

Που οφείλεται η εμφάνισή τους;
Ξεκινούν ως συλλογή υγρού στην τελική πορολοβιακή μονάδα του μαστού, η οποία οφείλεται σε απόφραξη των εκφορητικών πόρων.

Πώς γίνεται η διάγνωση:

Η κύστη παρουσιάζεται ως επώδυνη ή ανώδυνη μάζα στο μαστό, συχνά μεμονωμένη ή και πολλαπλές. Με την κλινική εξέταση μόνο δεν μπορεί να γίνει σαφής διάκριση μεταξύ κύστης ή συμπαγούς όγκου.

Η κύστη μπορεί να ψηλαφάται ως μια λεία, σαφή, συνήθως ευαίσθητη μάζα. Μπορεί όμως να εμφανίζονται και ως ομάδα και να έχουν ασαφή όρια στην ψηλάφηση. Η υφή τους ποικίλλει και μπορεί να προσομοιάζει με τσαμπί από σταφύλια ή με μπαλόνι γεμάτο με νερό ή ακόμα και με σκληρή μάζα.

Η απεικόνιση με υπερηχογρά-

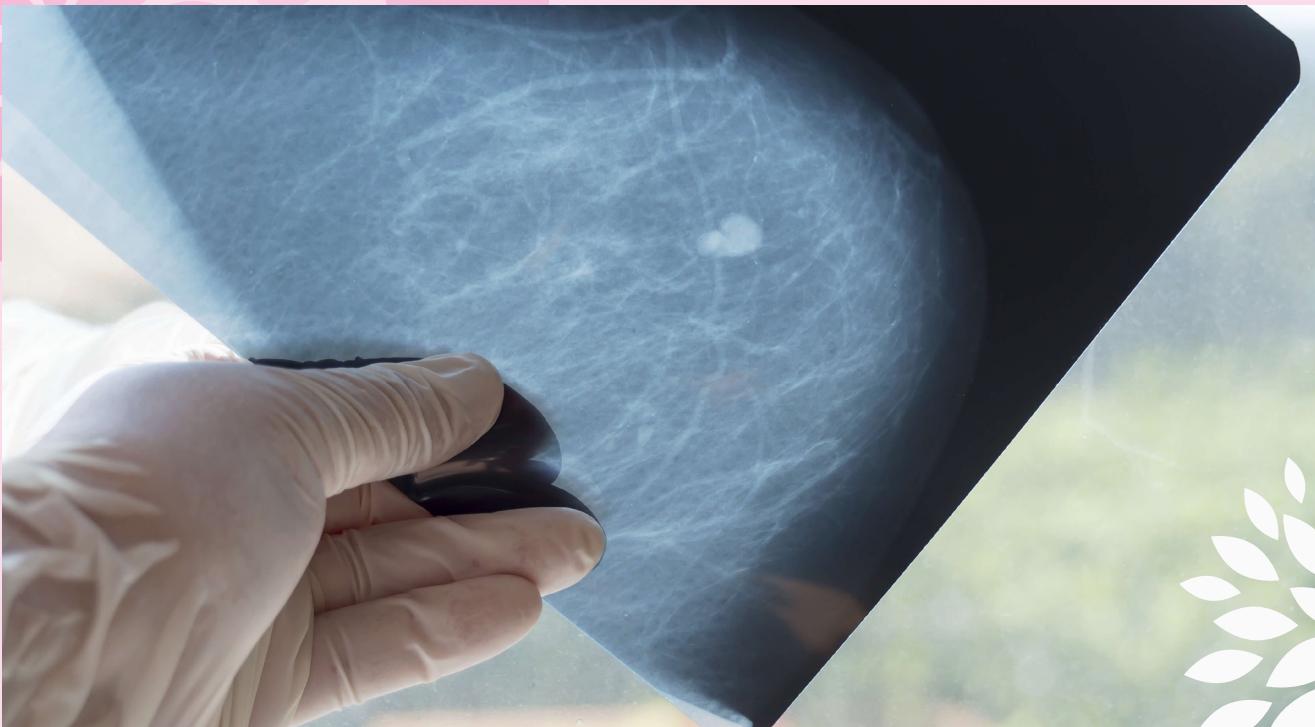
Οι κύστεις είναι στρογγυλές ή οβάλ μάζες γεμάτες με υγρό, που προέρχονται από τις τελικές πορολοβιακές μονάδες του μαστού

φημα θα βάλει τη διάγνωση και θα κάνει τη διάκριση μεταξύ συμπαγούς ή κυστικής μάζας.

**Πώς αντιμετωπίζονται;
Πότε πρέπει να ανησυχήσουμε;**
Η αντιμετώπισή τους εξαρτάται από την εμφάνισή τους στο υπερηχογράφημα.

Κατηγοριοποιούνται ως απλές, επιπλεγμένες ή σύνθετες, αναλόγως τα υπερηχογραφικά τους χαρακτηριστικά.

1 Η απλή κύστη είναι ένα καλά περιγεγραμμένο ανησυχοικό μόρφωμα, δηλαδή εμφανίζεται ως ένα τελείως μαύρο εύρημα στο υπερηχογράφημα



με σαφή όρια, χωρίς γκρίζες περιοχές εντός αυτού.

2 Η επιπλεγμένη κύστη είναι υποηχογενής μάζα με ομογενές χαμηλής ηχογένειας περιεχόμενο, δηλαδή γκρίζο περιεχόμενο, χωρίς συμπαγή στοιχεία ή πεπαχυσμένο τοίχωμα ή ανιχνεύσιμη αγγείωση.

3 Η σύνθετη κύστη είναι υπόχρη μάζα με παχύ τοίχωμα ή / και διαφραγμάτια, με εμφάνιση κυστικών και συμπαγών στοιχείων εντός αυτής.

Ο κίνδυνος κακοήθειας δεν είναι αυξημένος σε περίπτωση που ανιχνεύεται μια απλή ή επιπλεγμένη κύστη και συστήνεται μια απλή παρακολούθηση.

Στην περίπτωση όμως της σύνθετης κύστης πρέπει να ακολουθήσει βιοψία, γιατί ο κίνδυνος κακοήθειας κυμαίνεται από 1%-23%. Η βιοψία γίνεται διαδερμικά με υπερηχογραφική

Η κύστη παρουσιάζεται ως επώδυνη ή ανώδυνη μάζα στο μαστό, συχνά με μονωμένη ή και πολλαπλές. Με την κλινική εξέταση μόνο δεν μπορεί να γίνει σαφής διάκριση μεταξύ κύστης ή συμπαγούς όγκου

καθοδήγηση χρησιμοποιώντας κόπτουσα βελόνα (Core biopsy), η οποία παίρνει δείγμα ιστού για ιστολογική εξέταση.

Τα στοιχεία που μας εγείρουν την υποψία κακοήθειας είναι η παρουσία μεικτών συμπαγών και κυστικών στοιχείων, οι λοβώσεις, το πεπαχυσμένο κυστικό τοίχωμα ή τα παχιά διαφραγμάτια. Η παρουσία 2 ή περισσοτέρων ύποπτων υπερηχογραφικών στοιχείων συσχετίζεται με 10 φορές αύξηση του κινδύνου για κακοήθεια.

Αν υπάρχουν κλινικά ευρήματα φλεγμονής, όπως ερυθρότητα δέρματος, τα οποία δεν υποχωρούν θα πρέπει να γίνει παρακέντηση με λεπτή βελόνα (Fine Needle Aspiration - FNA).

Μετά την FNA η μη εξαφάνιση του μορφώματος ή η παρουσία αιμορραγικού υγρού εγείρει επίσης την υποψία κακοήθειας. Τότε θα πρέπει να

γίνει περαιτέρω απεικόνιση με μαστογραφία ή μαγνητική τομογραφία και υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη διαδερμική βιοψία δια κόπτουσας βελόνας (Core biopsy).

Σε ποιες περιπτώσεις χρειάζεται χειρουργική επέμβαση;

Αν η κλινική υποψία με βάση την απεικόνιση ή την παρακολούθηση είναι υψηλή για κακοήθεια, ακόμα και αν η Core biopsy είναι αρνητική, τότε θα πρέπει να γίνει χειρουργική εξαίρεση του μορφώματος για να σταλεί εξολοκλήρου για ιστολογική εξέταση.

Αν η ιστολογική εξέταση του δείγματος της Core Biopsy δείξει κακοήθεια, τότε γίνεται η ενδεδειγμένη αντιμετώπιση με βάση τον τύπο του καρκίνου (χειρουργική αντιμετώπιση - επικουρικές θεραπείες). ◎



Διονυσία
Κελγιώργη
Γενικός Χειρουργός,
Ευρωκλινική Αθηνών



Οξεία σκωληκοειδίτιδα 'Όσα πρέπει να γνωρίζουμε!

Τι είναι η σκωληκοειδίτιδα και η σκωληκοειδής απόφυση;

Οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι η φλεγμονή της σκωληκοειδούς απόφυσης του εντέρου, δηλαδή ενός κυλινδρικού οργάνου, που βρίσκεται στο τυφλό παχύ έντερο. Η σκωληκοειδής απόφυση είναι ένα εμβρυϊκό υπολειμματικό όργανο, το οποίο σε νεαρή ηλικία περιέχει λεμφικό ιστό και βοηθά στην άμυνα του οργανισμού. Στην ενήλικη ζωή ωστόσο δεν έχει κάποια λειτουργία και η αφαίρεσή της δεν έχει καμία επίπτωση στην ζωή του ανθρώπου.

Πόσο συχνή πάθηση είναι η οξεία σκωληκοειδίτιδα;

Η οξεία σκωληκοειδίτιδα είναι η συχνότερη πάθηση της κοιλίας που απαιτεί επείγουσα ιατρική αντιμετώπιση, καθότι η καθυστέρηση της αντιμετώπισής της μπορεί να οδηγήσει σε ρήξη της σκωληκοειδούς και

περιτονίτιδα, μια κατάσταση δυνητικά θανατηφόρα. Η συχνότητα της νόσου είναι γύρω στο 5%, δηλαδή 1 στους 20 ανθρώπους θα εμφανίσει κάποια στιγμή στη ζωή του οξεία σκωληκοειδίτιδα. Μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες, συχνότερα όμως στην 2η και 3η δεκαετία της ζωής, σε ίση συχνότητα σε άνδρες και γυναίκες.

Τα ακριβή αίτια που εμφανίζεται σε κάποιον άνθρωπο η σκωληκοειδίτιδα δεν είναι σαφή, ωστόσο η επικρατούσα θεωρία είναι αυτή της απόφραξης του αυλού του οργάνου από κόπρανα ή υπολείμματα άπεπτων τροφών.

Με ποια συμπτώματα εμφανίζεται η οξεία σκωληκοειδίτιδα

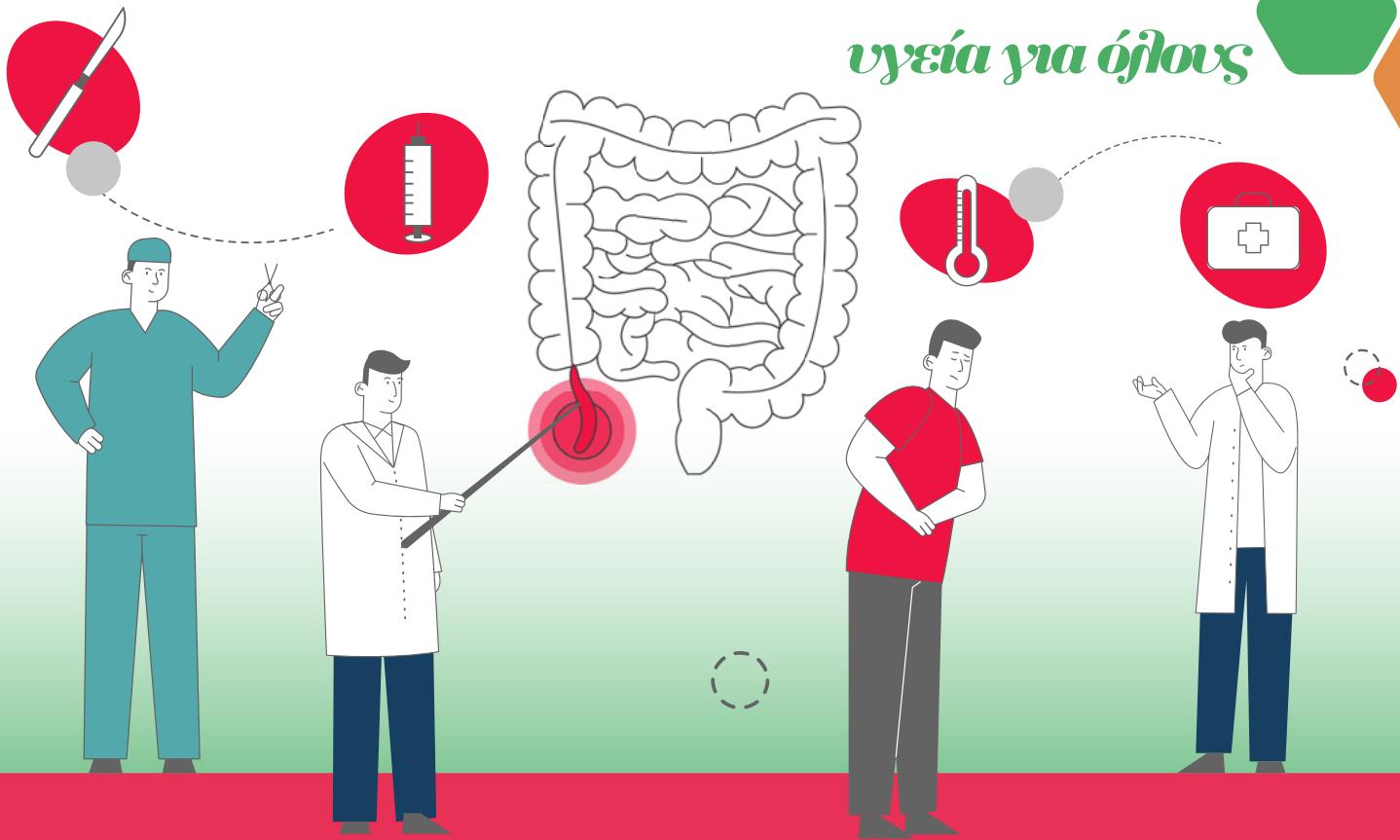
Η οξεία σκωληκοειδίτιδα **εκδηλώνεται** αρχικά με συμπτώματα εκ των οποίων το κυριότερο είναι ο πόνος γύρω από τον ομφαλό, ο οποίος καθώς περνούν οι

Η συχνότητα της νόσου είναι γύρω στο 5%, δηλαδή 1 στους 20 ανθρώπους θα εμφανίσει κάποια στιγμή στη ζωή του οξεία σκωληκοειδίτιδα.

Μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες, συχνότερα όμως στην 2η και 3η δεκαετία της ζωής, σε ίση συχνότητα σε άνδρες και γυναίκες

ώρες μετατοπίζεται δεξιά και χαμηλότερα (στο σημείο που ονομάζεται δεξιός λαγόνιος βόθρος) και επιδεινώνεται με τις κινήσεις. Σταθερό και παθογνωμονικό σύμπτωμα με το οποίο συνδέεται επίσης η σκωληκοειδίτιδα είναι η ανορεξία. Μπορεί να συνυπάρχει ναυτία, έμετος, διάρροια και ήπια πυρετική κίνηση.

Προσοχή: Παρόμοια συμπτώματα παρουσιάζουν και άλλες παθήσεις της περιοχής, όπως παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος (ουρολοίμωξη, νεφρολιθίαση), γυναικολογικά προβλήματα (ρήξη ωχρού σωματίου/κύστης ωοθήκης, σαλπιγγίτιδα, κ.ά), μεσεντεριος λεμφαδενίτιδα, εκκολπωματίτιδα, κ.ά. Επομένως είναι σημαντικό να μην αγνοήσετε συμπτώματα όπως τα παραπάνω και να μεταβείτε σε ιατρό για να διαγνωσθεί αν πάσχετε από οξεία σκωληκοειδίτιδα ή κάποια άλλη πάθηση.



Πώς γίνεται η διάγνωση για την οξεία σκωληκοειδίτιδα;

Η διάγνωση για την οξεία σκωληκοειδίτιδα, ξεκινά καταρχάς ως υποψία με τη λήψη ιστορικού και την κλινική εξέταση, ωστόσο πρέπει να γίνει διαφοροδιάγνωση της νόσου από τις υπόλοιπες με κοινή συμπτωματολογία. Ο έλεγχος συμπληρώνεται με αιματολογικές εξετάσεις, στις οποίες αναδεικνύεται αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων (λευκοκυττάρωση) και των δεικτών φλεγμονής, όπως η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) και η ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων (TKE). Ο απεικονιστικός έλεγχος με υπερηχογράφημα και αξονική τομογραφία κοιλίας, επιβεβαιώνει τελικά τη διάγνωση.

Ποια είναι η θεραπεία για τη σκωληκοειδίτιδα και πότε γίνεται σκωληκοειδεκτομή;
Η θεραπεία για την οξεία σκω-

Na θυμάστε:
Η οξεία σκωληκοειδίτιδα αποτελεί μια συνή πάθηση, η οποία απαιτεί άμεση αντιμετώπιση, λόγω της γρήγορης και δυνητικά θανατηφόρας εξέλιξής της. Σε αξιόπιστα νοσηλευτικά ιδρύματα και έμπειρους γιατρούς, τόσο η διάγνωση όσο και η θεραπεία της είναι ταχύτατη και επιτυχής, εξασφαλίζοντας στον ασθενή γρήγορη και εύκολη αποθεραπεία

ληκοειδίτιδα είναι χειρουργική και περιλαμβάνει την αφαίρεση του πάσχοντος οργάνου (σκωληκοειδεκτομή).

Η σκωληκοειδεκτομή μπορεί να διενεργηθεί με ανοικτή ή ελάχιστα επεμβατική μέθοδο (λαπαροσκοπικά).

Στις μέρες μας η λαπαροσκοπική μέθοδος είναι η μέθοδος εκλογής για την αντιμετώπιση της νόσου.

Κατά την **ανοικτή τεχνική** για την σκωληκοειδεκτομή πραγματοποιείται τομή 5-7εκ. στην δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα και είσοδο στην περιτοναϊκή κοιλότητα, απ' όπου αναγνωρίζεται και αφαιρείται η σκωληκοειδής απόφυση.

Κατά την **λαπαροσκοπική** προσπέλαση για την σκωληκοειδεκτομή το χειρουργείο εκτελείται μέσω 3 μικρών τομών 0, 5-1 εκ., μέσω των οποίων τοποθετούνται η κάμερα και τα λαπαροσκοπικά εργαλεία.

Γιατί προτιμούμε την λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή;

Όταν η σκωληκοειδεκτομή γίνεται με την λαπαροσκοπική προσπέλαση τα πλεονεκτήματα που έχουμε είναι πολλαπλά. Αφενός στη λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή είναι δυνατή η επισκόπηση και ο έλεγχος ολόκληρης της περιτοναϊκής κοιλότητας και αφετέρου το χειρουργικό τραύμα είναι σαφώς μικρότερο. Ο πλήρης έλεγχος της περιτοναϊκής κοιλότητας μπορεί να αναγνωρίσει κάποια συνυπάρχουσα πάθηση της κοιλιακής χώρας, εκτός από την σκωληκοειδίτιδα αλλά και να εκτιμήσει επακριβώς τη βαρύτητα της κατάστασης. Το μικρότερο χειρουργικό τραύμα σημαίνει ταχύτερη κινητοποίηση μετεγχειρητικά, λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, μικρότερο χρόνο νοσηλείας και ταχύτερη επάνοδο του ασθενούς στην καθημερινότητά του. ◻



**Παναγιώτης
Σταυρόπουλος**
Υπεύθυνος Ιατρείου Αυτο-
άνοσων και Φλεγμονωδών
παθήσεων του δέρματος,
Καθηγητής Δερματολογίας
ΕΚΠΑ,
Ευρωκλινική Αθηνών



**Αργυρώ
Παπαδοπούλου**
Δερματολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών



ΛΕΥΚΗ

Αίτια & Αντιμετώπιση

Ηλεύκη στις μέρες μας είναι μία πάθηση που απασχολεί αρκετούς ενώ δεν είναι ευρέως γνωστό τι είναι, ποια τα αίτια και τα συμπτώματά της, καθώς και τι επιλογές έχουμε διαθέσιμες για θεραπεία για τη λεύκη.

Τι είναι η λεύκη;

Ηλεύκη είναι μια επίκτητη νόσος του δέρματος και των βλεννογόνων, που χαρακτηρίζεται από σαφώς περιγεγραμμένες λευκές κηλίδες διαφόρου μεγέθους. Ο επιπολασμός της λεύκης παγκοσμίως αυξάνεται από 0,5%-2% του γενικού πληθυσμού.

Ποιοι είναι οι τύποι της λεύκης;

Με βάση την εντόπιση και την έκταση των βλαβών, η λεύκη ταξινομείται σε εντοπισμένη, γενικευμένη και καθολική. Η νόσος συνήθως επεκτείνεται με αργό ρυθμό, ωστόσο ενδέχεται να σταθεροποιηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα ή να επιδεινωθεί απότομα.

Σε ποια ηλικία εμφανίζεται η λεύκη;

Ηλεύκη εμφανίζεται και στα δύο φύλα. Οι γυναίκες υπερέχουν στην αναζήτηση θεραπευτικής αντιμετώπισης, ενώ η δερματο-

λεύκη έχει ως πρώτα συμπτώματα την εμφάνιση λευκών κηλίδων, που διαχωρίζονται σαφώς από το γύρω υγιές δέρμα. Ο επιπολασμός της λεύκης παγκοσμίως αυξάνεται από 0,5%-2% του γενικού πληθυσμού

πάθεια μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, με κορύφωση τις δεκαετίες 20-60. Το θετικό οικογενειακό ιστορικό των ασθενών για την νόσο προσεγγίζει το 10%-50%.

Με ποια συμπτώματα εμφανίζεται η λεύκη;

Ηλεύκη έχει ως πρώτα συμπτώματα την εμφάνιση λευκών κηλίδων, που διαχωρίζονται σαφώς από το γύρω υγιές δέρμα. Οι βλάβες είναι συχνά συμμετρικές. Είναι εντονότερες συνήθως το καλοκαίρι και τις περισσότερες φορές είναι ασυμπωματικές. Σπάνια συνυπάρχει ήπιος κνησμός.



Ηλεύκη έχει ως πρώτα συμπτώματα την εμφάνιση λευκών κηλίδων, που διακωρίζονται σαφώς από το γύρω υγιές δέρμα. Οι βλάβες είναι συχνά συμμετρικές. Είναι εντονότερες συνήθως το καλοκαίρι και τις περισσότερες φορές είναι ασυμπωματικές.

Ηλεύκη μπορεί να εμφανισθεί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Συχνότερα σε πρόσωπο, μασχάλες θηλές μαστών, αγκώνες, γόνατα, γεννητικά όργανα

Ηλεύκη μπορεί να εμφανισθεί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Συχνότερα σε πρόσωπο, μασχάλες θηλές μαστών, αγκώνες, γόνατα, γεννητικά όργανα.

Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν δερματικές βλάβες λεύκης μετά από- ακόμη και ήπιο- τραυματισμό (χτύπημα, έγκαυμα, εκδρομά). Επίσης εμφανίζουν λευκοτριχία στο τριχωτό της κεφαλής, οφθαλμολογικές διαταραχές, μείωση ακουστικής οξύτητας

Τι προκαλεί την λεύκη;

Ο μηχανισμός καταστροφής και εξαφάνισης των μελανοκυττάρων από το πάσχον δέρμα δεν

έχει πλήρως διευκρινισθεί. Η επικρατέστερη παθογενετική θεωρία είναι η αυτοάνοση.

Η λεύκη ενδέχεται να συνυπάρχει με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως νοσήματα του θυρεοειδούς (*v. Hashimoto*), νόσο του Addison, ερυθηματώδη λύκο, ρευματοειδή αρθρίτιδα, αυτοάνοσο σακχαρώδη διαβήτη, ψωρίαση, γυροειδή αλωπεκία, κ.ά.

Επίσης, αποτελεί χαρακτηριστικό μερικών σπάνιων συνδρόμων.

Υπάρχει θεραπεία για τη λεύκη;

Με στόχο τη θεραπεία για τη λεύκη μπορούμε να χρησιμοποίησουμε α. τοπική αγωγή β. φωτοθεραπεία, γ. Laser, δ. χειρουργικές επεμβάσεις, ε. αποχρωματισμό του φυσιολογικού δέρματος. Πιο αναλυτικά:

α. Τοπική αγωγή: Περιλαμβάνει τη χρήση τοπικών κορτικοστεροειδών και τοπικών αναστολέων της καλσινευρίνης, με συνεχή ή εναλλασσόμενα θεραπευτικά σχήματα.

β. Φωτοθεραπεία: Διάφορες μορφές φωτοθεραπείας έχουν χρησιμοποιηθεί για τη λεύκη, από τις οποίες κυριότερες είναι η υπεριώδης ακτινοβολία Β, στενού μήκους κύματος (NB-UVB) και η υπεριώδης ακτινοβολία Α σε συνδυασμό με την λήψη ψωραλενίων από το στόμα (PUVA, φωτοχημειοθεραπεία). Η NB -UVB, είναι σήμερα η πρώτη επιλογή διότι είναι συνήθως αποτελεσματική και έχει λιγότερες παρενέργειες από την PUVA.

Οι συνεδρίες γίνονται 2-3 φορές την εβδομάδα με ανώτατο όριο τις 200. Είναι ασφαλής στα παιδιά, και κυρίως στους ασθενείς με ηπατική ή νεφρική

νόσο. Είναι λιγότερο καρκινογόνος από την PUVA. Καλύτερο αποτέλεσμα έχουν οι σκούροι φωτότυποι (μελαχρινά άτομα) και οι βλάβες στο πρόσωπο, στο λαιμό και στον κορμό. Ωστόσο, τα αποτελέσματα μπορεί να μην είναι μόνιμα και οι υποτροπές συχνές.

γ. Laser: Το Excimer Laser 308 nm έχει χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση της λεύκης και τα αποτελέσματα εξαρτώνται κυρίως από την εντόπιση των βλαβών (πρόσωπο, κορμός). Μπορεί να εφαρμοσθεί σε συνδυασμό με την χρήση τοπικών αναστολέων καλσινευρίνης (*Tacrolimus, Pimecrolimus*).

δ. Χειρουργικές επεμβάσεις: Διάφορες τεχνικές αυτόλογης μεταμόσχευσης έχουν εφαρμοστεί με τα αποτελέσματα να ποικίλουν. Αυτές περιλαμβάνουν την τοποθέτηση:

- Μοσχευμάτων ολικού ή μερικού πάχους από το μηπάσχον στο πάσχον δέρμα του ασθενούς
- Καλλιεργημένων αυτόλογων μελανοκυττάρων
- Μη-καλλιεργημένων εναιωρημάτων επιδερμιδικών κυττάρων (κερατινοκυττάρων) και μελανοκυττάρων.

ε. Αποχρωματισμός του φυσιολογικού δέρματος. Εφαρμόζεται σε ασθενείς με καθολική σταθερή λεύκη, που εμφανίζουν λίγες νησίδες φυσιολογικού δέρματος. Χρησιμοποιείται ο μονοβενζυλαιθέρας της υδροκινόνης σε συγκέντρωση 30%.

Η αγωγή διαρκεί πολλούς μήνες και τα αποτελέσματα διακρίνονται μετά το τρίμηνο. Ο αποχρωματισμός θεωρείται μόνιμος και τα άτομα αυτά θα πρέπει να αποφεύγουν την έκθεση στον ήλιο. ◻



*Για να μη μείνεις
ούτε (ένα κλήκ) πάσω...*

Κάνε Subscribe ή follow:



www.facebook.com/euroclinicgroup

euroclinic_group

EUROCLINIC GROUP

Ορθορράχια Διαιτολογία



Τι είναι η
ρινοπλαστική:

Αναψυκτικά
& αλκοόλ
Μπορούμε να τα
καταναλώνουμε:

Ακμή
Ενηλίκων

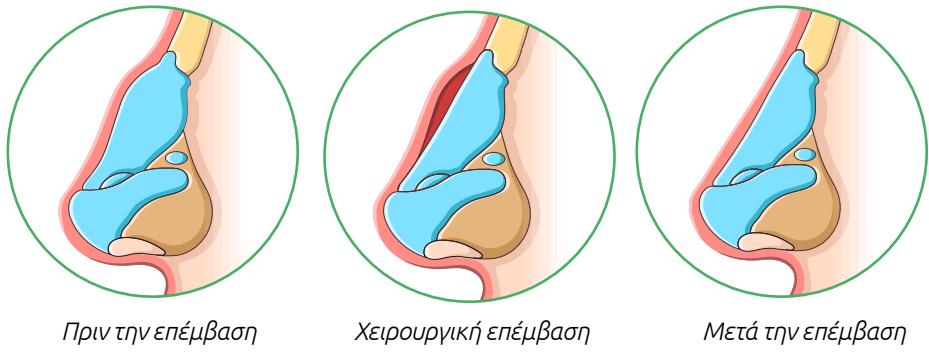


ομορφιά



Στέφανος Σταθάκης
Διευθυντής
Πλαστικός Χειρουργός,
Ευρωκλινική Αθηνών





Τι είναι η ρινοπλαστική;

Aυτή η επέμβαση αλλάζει το σχήμα της μύτης και μαζί υπάρχει επίσης το κίνητρο της βελτίωσης της λειτουργικότητας της αναπνοής. Όταν κάποιο άτομο αισθάνεται μη ικανοποιημένο με το μέγεθος, το σχήμα και τον όγκο της μύτης τότε η λύση είναι η ρινοπλαστική.

Η επέμβαση αυτή είναι «for life», δηλαδή για όλη την ζωή μας και γι' αυτό ο πλαστικός χειρουργός πρέπει να υπολογίζει καλά όλη την αρχιτεκτονική και αναλογίες του προσώπου για να ταιριάξει σαν να ήταν δική του φυσική. Στην αντίθετη περίπτωση φαίνεται ξένη και αφύσικη στο πρόσωπό του δεδομένου ότι η μύτη κυριαρχεί στην έκφραση στο κέντρο του προσώπου. Επίσης στους σημαντικούς λογούς για τέλειο αποτέλεσμα περιλαμβάνονται η ηλικία και η ποιότητα του δέρματος.

Η σωστή λοιπόν ηλικία για την ρινοπλαστική συνήθως είναι στο τέλος της εφηβείας αλλά πολλές φορές μετά από γονική συναίνεση μπορεί να γίνει στην ηλικία 16-17 σε αγόρια και κορίτσια.

Η σωστή ηλικία για την ρινοπλαστική συνήθως είναι στο τέλος της εφηβείας αλλά πολλές φορές μετά από γονική συναίνεση μπορεί να γίνει στην ηλικία 16-17 σε αγόρια και κορίτσια

Όταν η ρινοπλαστική συνοδεύεται με πλαστική ρινικού διαφράγματος τότε η αυτοπεποίθηση και η ικανοποίηση αυξάνονται στο μέγιστο.

Πάντα πριν την επέμβαση γίνονται εξετάσεις καθώς και 3D απεικόνιση του επιθυμητού αποτέλεσματος το οποίο δίνει μια πρώτη γενική εικόνα και όχι το ακριβές αποτέλεσμα.

Σε γενικές γραμμές μια επέμβαση περιλαμβάνει αφαίρεση του ήβου (καμπούρα), λέπτυνση του ακρορρινίου, αλλαγή στο σχήμα, μέγεθος των ρωθώνων και προβολή της μύτης καθώς και μείωση του πάχους της ρινικής πυραμίδος. Η επέμβαση γίνεται με γενική νάρκωση και διαρκεί 1,5-3 ώρες ανάλογα με την τεχνική, κλειστή ή ανοικτή (open). Στην ανοικτή ρινοπλαστική υπάρχει μια μικρή τομή στην στυλίδα, το κεντρικό στήριγμα της μύτης μεταξύ των ρωθώνων. Επίσης πολλές φορές χρησιμοποιούμε μοσχεύματα χόνδρου από το ρινικό διάφραγμα ή από το πτερύγιο αυτοιού και πιο σπάνια από την πλευρά και στις δύο τεχνικές.

Η μετεγχειρητική πορεία, πάρα την εμφάνιση του προσώπου -μελανίες και πρήξιμο- στην πραγματικότητα δεν είναι τόσο δύσκολη γιατί έχει ιδιάίτερο πόνο και μόνο μια ελαφρά δυσχέρεια στην αναπνοή από τον επιπωματισμό -ταμπρον- τα οποία, λόγω της ιδιαίτερης υφής του, αφαιρούνται εύκολα μετά από 24-48 ώρες. Οι μελανίες υποχωρούν περίπου σε μια εβδομάδα όπου και αφαιρείται ο νάρθηκας που συγκρατεί τα ρινικά οστά στην καινούργια θέση τους.

Η σωματική άσκηση επιτρέπεται μετά τον πρώτο μήνα, καθώς τυχαίο χτύπημα στην ρινική πυραμίδα μπορεί να μετακινήσει τον άξονα και να στραβώσει τη μύτη. Μετά τις έξι εβδομάδες τα αποτέλεσματα φαίνονται κατά 80% ενώ η μύτη ξεπρήζεται συνήθως εντελώς μετά από 6-8 μήνες.

Η ρινοπλαστική στηρίζεται στην αλλαγή πολύ μικρών δομικών στοιχείων της μύτης και γι' αυτό η εξειδίκευση είναι απαραίτητη για τον πλαστικό χειρουργό και το αποτέλεσμα είναι πολύ σημαντικός παράγοντας της ψυχολογίας του ατόμου. ◻



ομορφιά



Γεώργιος Πάππας

MD, MSc Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος
Επιστημονικά Υπεύθυνος Δερματολογικού
Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών.



Ακυνή Ενηλίκων



Τι είναι η ακμή;

Η ακμή είναι η πιο συχνή δερματοπάθεια του ανθρώπου. Πρακτικά εμφανίζεται σε οποιαδήποτε ηλικία, αν και οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν τους εφήβους. Ωστόσο είναι λάθος, η ακμή να εγκαθίσταται στη συνείδηση του κόσμου ως «εφηβική» ασθένεια.

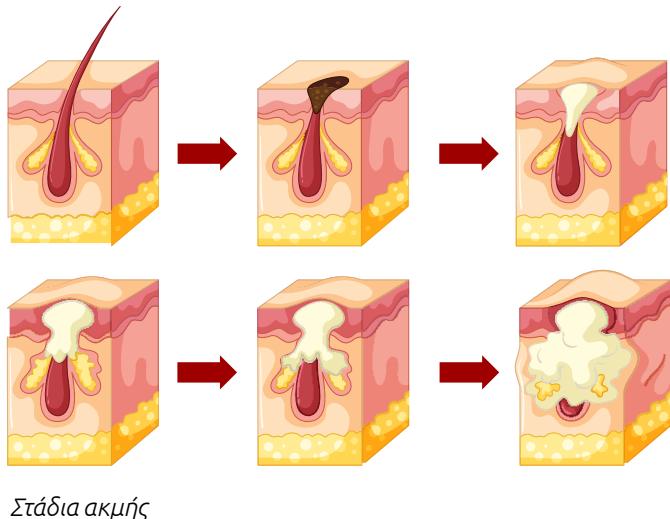
Έτσι ανάλογα με την ηλικία εμφάνισης διακρίνουμε τις κάτωθι μορφές: Νεογνική, βρεφική παιδική, εφηβική ακμή και ακμή των ενηλίκων ή όψιμη ακμή.

Πρέπει να τονιστεί ότι η ακμή είναι πάθηση και όχι ευκαιριακή κατάσταση. Συγκεκριμένα πρόκειται για φλεγμονή της τριχοσυμματογόνου μονάδας. Η μονάδα αυτή αποτελείται από το τρυχοθυλάκιο (τρίχα) και τον σμηγματογόνο αδένα που εκβάλλει στην τρίχα. Ο αδένας αυτός παράγει ένα λιπαρό έκκριμα που λέγεται σμήγμα και είναι σημαντικό στην ομοιόσταση του δέρματος.

Στην εφηβεία λοιπόν λόγω του ορμονικού καταρράκτη (υψηλά επίπεδα ανδρογόνων) υπερπαράγεται σμήγμα, υπάρχει υπερπαραγωγή κερατινοκυττάρων και λόγω αποκισμού από το μικρόβιο *P.acnes* δημιουργείται φλεγμονή δηλαδή ακμή.

Ακμή στην ενήλικη ζωή

Όταν η ακμή εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες καλείται όψιμη ακμή ή ακμή των ενηλίκων. Πιο συχνά αφορά γυναίκες και ενίστε συνδυάζεται με ορμονικές διαταραχές όπως π.χ. το σύνδρομο πολυκυστικών ωθηκών



Όταν η ακμή εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες καλείται όψιμη ακμή ή ακμή των ενηλίκων. Πιο συχνά αφορά γυναίκες και ενίστε συνδυάζεται με ορμονικές διαταραχές όπως π.χ. το σύνδρομο πολυκυστικών ωθηκών

ντων ανδρογόνων. Υπάρχουν και περιπτώσεις όψιμης ακμής σε άνδρες και γυναίκες χωρίς υποκείμενο αιτιολογικό παράγοντα (διοσυστατικές).

Η όψιμη ακμή μπορεί να εμφανίζεται με όλους τους κλινικούς υπότυπους (φαγεσωρική, βλατιδοφλυκταινώδης, οζιδοκυστική) αλλά συνήθως έχει την εικόνα «κόκκινα σπυράκια με πύον» (βλατιδοφλυκταινώδης). Εμφανίζεται στο πρόσωπο και λιγότερο συχνά σε πλάτη και στέρνο.

Θεραπεία

Η θεραπεία αφορά πρώτον τη διόρθωση του όποιου υποκείμενου νοσήματος και σε δεύτερη φάση κλασικές θεραπείες, όπως από του στόματος αντιβίωση (διοξυκυκλίνη), τοπική αγωγή (αζελαικό οξύ, ανταπαλένη, ερυθρομυκίνη) και επεμβατικές θεραπείες όπως peelings. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις δίνεται και από του στόματος ισοτρετινόνη (συνθετικό παράγωγο της βιταμίνης A) με θεαματικά αποτελέσματα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τελείως διαφορετική νοσολογική οντότητα είναι η ροδόχρους ακμή.

Τι είναι η Ροδόχρους ακμή και πώς αντιμετωπίζεται;

Η ροδόχρους ακμή εμφανίζεται στα πλαίσια της ροδόχρου νόσου (*rosacea*) και είναι μια χρόνια φλεγμονή του δέρματος που πρωτεμφανίζεται σε άτομα μέσης ηλικίας μόνο (25-50 έτη). Η ροδόχρους ακμή συνδυάζεται με έντονες κοκκινίλες στο πρόσωπο (ευρυαγγείς) και πυροδοτείται από καταστάσεις όπως η ζέστη, το κόκκινο κρασί, τα πικάντικα και ο ήλιος. Στην τυπική της εικόνα εμφανίζεται με πολλαπλά κόκκινα σπυράκια με πύον (βλατιδοφλυκταινώδης μορφή) στο πρόσωπο. Επειδή τα στάδια της ροδόχρου νόσου (4 στο σύνολο) αλληλοεπικαλύπτονται, στον ίδιο ασθενή μπορεί να εμφανίζεται αλλοιώσεις και από τα 4 στάδια μαζί, δηλαδή κοκκινίλες (ευρυαγγείς), σπυράκια με πύον (φλυκταινίδια), πρησμένη μύτη (ρινόφυμα) και κόκκινα μάτια (υπεραιμία επιπεφυκότα).

Η θεραπεία της ροδόχρου ακμής που εντάσσεται στην ακμή των ενηλίκων (χρονολογικά) είναι παρόμοια με της όψιμης ακμής και με αποφυγή των όποιων πυροδοτικών παραγόντων λόγω και της χρονιότητας της νόσου. ◻



Αγγελική Ναλμπάντη
Κλινικός Διαιτολόγος-
Διατροφολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών



Αναψυκτικά & αλκοόλ

Μπορούμε να τα καταναλώνουμε;

Tα αναψυκτικά αποτελούν την αδυναμία μικρών και μεγάλων. Δροσίζουν, ανακουφίζουν από τη δυσπεψία και προκαλούν μια μοναδική ευχαρίστηση. Ωστόσο, αποτελούν μια αποδεδειγμένα «κακή» διατροφική συμπεριφορά.

Ο βασικότερος λόγος που τα αναψυκτικά έχουν αποκτήσει τόσο κακή φήμη είναι η μεγάλη περιεκτικότητά τους σε ζάχαρη.

Ένα κουτάκι αναψυκτικού περιέχει 8-10 κουταλιές ζάχαρη, δηλαδή αποδίδει 160-200 kcal «κενές» θερμίδες. Επομένως, λόγω της αυξημένης περιεκτικότητας των αναψυκτικών σε απλούς υδατάνθρακες και σάκχαρα, η συστηματική κατανάλωσή τους έχει ενοχοποιηθεί για εμφάνιση παχυσαρκίας, τερηδόνας, σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, αυξημένη εναπόθεση ενδοκοιλιακού λίπους, καρδιαγγειακές

Ένα κουτάκι αναψυκτικού περιέχει 8-10 κουταλιές ζάχαρη, δηλαδή αποδίδει 160-200 kcal «κενές» θερμίδες

παθήσεις και κάποιες μορφές καρκίνου. Για το λόγο αυτό, η βιομηχανία τροφίμων αναζήτησε λύσεις, ώστε να μην αναγκαστεί το καταναλωτικό κοινό να τα θυσιάσει στο βωμό της καλής υγείας. Έτσι, πλέον στην αγορά κυκλοφορούν όλα τα αναψυκτικά και στη light μορφή τους, κατά την οποία η ζάχαρη έχει αντικατασταθεί από τεχνητά γλυκαντικά, με αποτέλεσμα ένα κουτάκι αναψυκτικού να μην έχει κα-



θόλου ζάχαρη και να αποδίδει σχεδόν μηδενικές θερμίδες. Βέβαια, και η αυξημένη πρόσληψη γλυκαντικών δεν είναι ελεύθερη συνεπειών, γι' αυτό η κατανάλωση των light αναψυκτικών δεν αποτελεί πανάκεια.

Επίσης, το ανθρακικό οξύ μπορεί να επιδεινώσει προϋπάρχοντα γαστρεντερικά προβλήματα (π.χ. γαστρίτιδα, σύνδρομο ευεργεθίστου εντέρου κ.λπ.), ενώ η «συγκάλυψη» του αισθήματος της δίψας οδηγεί σε μειωμένη πρόσληψη νερού και κατ' επέκταση στα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν από την κακή ενδάτωση του οργανισμού.

Συνεπώς, τα αναψυκτικά με ζάχαρη καλό θα είναι να αποφεύγονται εντελώς, και εφόσον επιθυμεί κανένα καταναλώσει ένα αναψυκτικό καλύτερα να επιλέξει κάποιο που δεν περιέχει ζάχαρη. Επίσης, συστήνεται οι έγκυες και τα παιδιά να μην καταναλώνουν καθόλου αναψυκτικά, ενώ πρέπει να αποθαρρύνεται η συστηματική και καθημερινή κατανάλωσή τους.

Αξίζει να αναφέρουμε ως προς την ποσότητα του αλκοόλ ότι παρατηρείται μια διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα, με τους άντρες να «επιτρέπεται» να καταναλώσουν σχεδόν τη διπλάσια ποσότητα σε σχέση με τις γυναίκες, επειδή οι γυναίκες συνήθως έχουν μειωμένη γαστρική δραστικότητα του ενζύμου αλκοολική δεύτρογνάση και επομένως κάνουν μεγαλύτερη γαστρική απορρόφηση οινοπνεύματος

Σχετικά με το **αλκοόλ**, υπάρχει μεγάλη ποικιλία ως προς το είδος του ποτού που μπορεί να καταναλώσει κάποιος, ως προς την ποσότητα, αλλά και ως προς τις περιβαλλοντικές και ψυχολογικές συνθήκες που συνοδεύουν την κατανάλωση ενός ποτού.

Σχετικά με το **είδος** του ποτού είθισται το κρασί να θεωρείται η καλύτερη δυνατή επιλογή. Η μεγάλη ποσότητα πολυυφανολονών που απαντώνται στο κρασί (ιδιαίτερα στο κόκκινο), με κυριότερη τη ρεσβερατρόλη, έχουν αποδεδειγμένη αντιοξειδωτική δράση που μπορεί να οδηγήσουν σε βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ και της καρδιαγγειακής λειτουργίας, προστατευτική δράση στα ενδοθηλιακά κύτταρα και μείωση της πιθανότητας εμφάνισης εκφυλιστικών νευρολογικών παθήσεων (π.χ. Alzheimer). Ωστόσο, και η μπύρα έχει μεγάλη περιεκτικότητα σε αντιοξειδωτικές ουσίες, βιταμίνες του συμπλέγματος B, μέταλλα και ιχνοστοιχεία. Αντίθετα, τα ποτά με πολλούς αλκοολικούς βαθμούς (βότκα, ουίσκι, τζιν κ.λπ.), αλλά και οι αναμείξεις αυτών (για να σχηματιστούν τα εντυπωσιακά cocktails) δεν έχουν καμία θρεπτική αξία.

Αλλά αυτό που τελικά παίζει το μεγαλύτερο ρόλο στο πώς θα αξιολογήσουμε την πρόσληψη αλκοόλ, είναι η **ποσότητα**. Ακόμα και το κρασί, μια μικρή έως μέτρια κατανάλωση του οποίου μπορείνα είναι ωφέλιμη, σε περίπτωση που ξεπεραστεί το όριο των 2 ποτηριών, μπορεί τελικά να προκαλέσει βλαβερές συνέπειες για την υγεία. Επίσης, το αλκοόλ είναι αρκετά θερμιδογόνο, αφού κάθε γραμμάριο αλκοόλ αποδίδει 7 kcal. Δηλαδή,

όσο μεγαλύτερη είναι η περιεκτικότητα καθαρού οινοπνεύματος σε ένα ποτό, τόσο περισσότερες θερμίδες έχει, αλλά και όσο περισσότερα ποτά καταναλωθούν τόσο περισσότερες θερμίδες θα προσληφθούν, αθροιστικά. Εάν, μάλιστα στα ποτά αυτά έχουν προστεθεί και χυμοί, αναψυκτικά, ζάχαρη ή και άλλα ποτά, το θερμιδικό του περιεχόμενο μπορεί να εκτιναχθεί. Αξίζει να αναφέρουμε ως προς την ποσότητα του αλκοόλ ότι παρατηρείται μια διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα, με τους άντρες να «επιτρέπεται» να καταναλώσουν σχεδόν τη διπλάσια ποσότητα σε σχέση με τις γυναίκες, επειδή οι γυναίκες συνήθως έχουν μειωμένη γαστρική δραστικότητα του ενζύμου αλκοολική δεύτρογνάση και επομένως κάνουν μεγαλύτερη γαστρική απορρόφηση οινοπνεύματος.

Τέλος, έχει μεγάλη σημασία κάτω από ποιες **συνήθηκες** γίνεται η κατανάλωση του αλκοόλ. Η κοινωνική κατανάλωση αλκοόλ (με παρέα, σε κάποια έξοδο κ.λπ.) δεν θα μπορούσε να χαρακτηρίστεί ως κακή συνήθεια. Επίσης, η συστηματική κατανάλωση ενός ποτηριού κρασιού με το φαγητό από αρκετούς καρδιολόγους συστήνεται ως καρδιοπροστατευτική. Αντιθέτως, πρέπει να αποφεύγεται η συστηματική κατανάλωση ενός ποτού το βράδυ για αποφόρτιση από το στρεστής ημέρας ή με σκοπό τη βελτίωση της διάθεσης ή ως «τρόπος» επίλυσης των προβλημάτων.

Συμπερασματικά, μπορούμε να καταναλώνουμε αλκοόλ, αρκεί να κάνουμε καλές επιλογές ως προς το είδος (προτιμώντας το κρασί ή την μπύρα), σε λογικές ποσότητες και να γίνεται μόνο όταν το «επιβάλλουν οι περιστάσεις». ◻





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



Όλες οι
παιδιατρικές
& υποειδικότητες



Στο κέντρο
της Αθήνας, με
εύκολη πρόσβαση



450.000 παιδιά
έκαναν εξετάσεις
ή νοσηλεύτηκαν



20 χρόνια
πορείας



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



Υγιής ύπνος
στα παιδιά

Εγκαύματα
στα βρέφη και στα παιδιά

Εγκολεασμός
στην παιδική
ηλικία

Οφθαλμολογική
Εξέταση
& Συστηματικές
Παθήσεις

Πονόλαιμος
στα παιδιά



Δημήτρης Μιχελάκης, M.D.

Πλαστικός Χειρουργός
Διευθυντής Τμήματος Πλαστικής,
Επανορθωτικής Χειρουργικής
& Εγκαυμάτων,
Ευρωκλινική Παιδιών

Εγκαύματα στα βρέφη και στα παιδιά

Ηεγκαυματική νόσος, μία από τις βαρύτερες μορφές τραυματισμού του ανθρώπινου σώματος αναφέρεται ως νόσος (*burn injury*) στην επιστημονική ορολογία διότι αφορά στο δέρμα (Εικ.1) 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 και με ηλικιακό πίνακα στα μικρά παιδιά και στα βρέφη.

● **Βάθος** (της ιστικής βλάβης) διαχωρίζεται σε 4 κατηγορίες (επιπολής Εικ.2, επιπολής μερικού πάχους Εικ.3, εν τω βάθει μερικού πάχους Εικ.4 και ολικού πάχους Εικ.5) αυτό συνεπάγεται διαφορετικό χρόνο επούλωσης, διαφορετική ανάπτυξη ή μη του ουλώδους ιστού και διαφορετική εμφάνιση των παραμορφωτικών και ρικνωτικών μετεγκαυματικών ουλών.

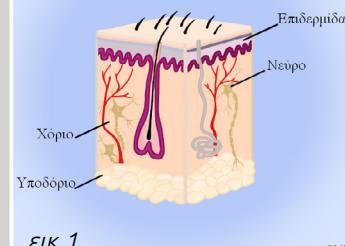
● **Ηλικία του ασθενούς** (οι υπερήλικες και τα μωρά ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου). Υπάρχει μία συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και στο τρόπο που προκαλείται το ατύχημα. Στα μικρά παιδιά (δεν έχουν την αίσθηση του κινδύνου) και στους υπερήλικες (μειωμένα αντανακλαστικά). Οφείλεται στα οικιακά κυρίως ατυχήματα στην κουζίνα ή στο μπάνιο (βραστό νερό, καφές)

● **Τύπος του εγκαύματος** (θερμικό, πλεκτρικό, χημικό, ακτινικό) Ανάλογα με το αίτιο του ατυχήματος διαχωρίζονται σε θερμικά (προκαλούνται από την ηλιακή ακτινοβολία, την επαφή με θερμό υγρό, με ατμό, εκ τριβής,) που αποτελούν την πλειοψηφία 80%-90%, τα πλεκτρικά 5%-7% (ανάλογα με την βιομηχανική ανάπτυξη της χώρας) και τα χημικά σε πολύ μικρότερο ποσοστό (πυκνά διαλύματα οξέων και αλκάλεων τα οποία προκαλούν εγκαύματα ολικού πάχους). Τα ακτινικά είναι ιατρογενούς αιτιολογίας (ογκολογική ακτινοβολία).

● **Εντόπιση**

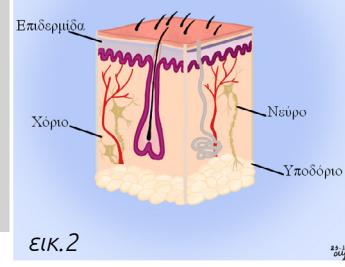
● **Γενική κατάσταση του ασθενούς**

Φυσιολογικό Δέρμα



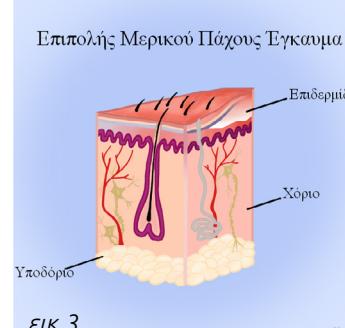
ΕΙΚ. 1

Εγκαύμα Πρώτου Βαθμού



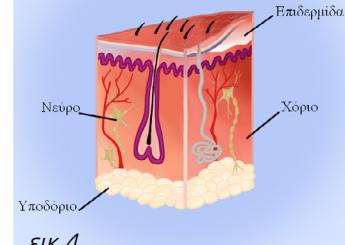
ΕΙΚ. 2

Ηεγκαυματική νόσος έχει σοβαρές επιπτώσεις σε όλα τα συστήματα του οργανισμού προκαλώντας μία έντονη μεταβολική, ορμονολογική και ανοσοποιητική αντίδραση. Η εγκαυματική νόσος απαιτεί προσοχή, συνεργασία του ασθενή αλλά πάνω από όλα υπομονή



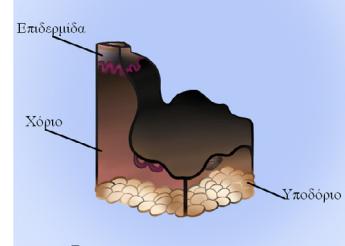
ΕΙΚ. 3

Βαθύ Εγκαύμα Μερικού Πάχους



ΕΙΚ. 4

Εγκαύμα Τρίτου Βαθμού



ΕΙΚ. 5



Οι πρώτες βοήθειες συνήθως δίνονται στον τόπο του ατυχήματος και συνίστανται στην άμεση χορήγηση οξυγόνου με μάσκα ή ρινικό καθετήρα. Παράλληλα πραγματοποιείται ο ήπιος καθαρισμός της επιφάνειας με χλιαρό νερό ή και φυσιολογικό ορό.

- **Προϋπάρχουσες ασθένειες (καρδιοπάθεια, σακχαρώδης διαβήτης)**

- **Συνυπάρχουσες κακώσεις**

- **Συνθήκες πρόκλησης του ατυχήματος (κλειστός ή ανοικτός χώρος)**

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
- συντονισμός δράσης των επαρχιακών κέντρων με το κέντρο εγκαυμάτων

Θεραπεία

Οι πρώτες βοήθειες συνήθως δίνονται στον τόπο του ατυχήματος και συνίστανται στην άμεση χορήγηση οξυγόνου με μάσκα ή ρινικό καθετήρα. Παράλληλα

πραγματοποιείται ο ήπιος καθαρισμός της επιφάνειας με χλιαρό νερό ή και φυσιολογικό ορό. Η χρήση αντισηπτικού που χρωματίζει την εγκαυματική επιφάνεια μπερδεύει δυσχεραίνοντας την αναγνώριση του βάθους. Ανάλογα με το βάθος και τις πιθανές επιπλοκές εφαρμόζεται η ανοικτή ή κλειστή μέθοδος. Η θεραπεία διαχωρίζεται σε:

- **Συντηρητική:**

- **Γενική** (αντί-shock αγωγή, αντιτετανικός ορός, κορτιζόνη, 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 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 προϋπάρχουσες ασθένειες και τις συνυπάρχουσες κακώσεις χορηγούνται οι κατάλληλες φαρμακευτικές αγωγές. Ανάλογα με τις δυνατότητες της κλινικής στη συντηρητική αγωγή χρησιμοποιούνται τοπικά χημειοθεραπευτικά και αντισηπτικά όπως: Αργυρούχος σουλφαθειαζίνη με ή χωρίς ua-

λουρονικό οξύ, διάλυμα ιωδιούχου ποβιδόνης, ή καλύπτεται η εγκαυματική επιφάνεια με ημιδιαπερατές μεμβράνες.

Στην περίπτωση των κυκλοτερών εγκαυμάτων η xειρουργική αντιμετώπιση άπτεται στην 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 αποκτάει ιδιαιτερότητες σε κάθε περιστατικό.

Το εισπνευστικό έγκαυμα δεν αποτελεί αντένδειξη για την πρώιμη εσχαρεκτομή αλλά επιβάλλεται κιόλας διότι είναι αυξημένη η θνητότητα στους ασθενείς που παρουσιάζουν σηψαμία ή λοίμωξη στο επίπεδο των πνευμόνων.

Η xειρουργική 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 χηλοειδές ουλές κυρίως γύρω από το στόμα και τα βλέφαρα και στην πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου). Στις ειδικά διαμορφωμένες μονάδες εγκαυμάτων που διαθέτουν ειδικά εργαστήρια για την καλλιέργεια κυττάρων τοποθετούνται και λεπτά στρώματα κερατινοκυττάρων, καλλιεργημένο χόριο ή κερατινοκύτταρα τοποθετημένα πάνω σε επιδερμίδα αλλομοσχεύματος.

Συμπέρασμα

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



Χρήστος Καρέτσος
Διευθυντής Παιδοχειρουργός,
Ευρωκλινική Παιδών

Εγκολεασμός στην παιδική ηλικία

Εγκολεασμός είναι η πάθηση κατά την οποία ένα τμήμα του εντέρου «γλιστράει» μέσα σε ένα γειτονικό του τμήμα όπως ακριβώς δύο τμήματα ενός τηλεσκοπίου εισέρχονται το ένα μέσα στο άλλο. Μπορεί να συμβεί όταν λεπτό έντερο «διολισθαίνει» μέσα σε λεπτό έντερο, λεπτό έντερο «εισέρχεται» σε παχύ και πολύ σπάνια παχύ έντερο σε παχύ. Στο 95% των περιπτώσεων ο εγκολεασμός αφορά τη διολίσθηση λεπτού εντέρου σε παχύ.

Το τμήμα του εντέρου που εγκολεάζεται «στραγγαλίζεται» με αποτέλεσμα τη μείωση ή τη διακοπή αιμάτωσής του καθώς και την αναστολή της φυσιολογικής προώθησης υγρών και τροφής μέσα στο πεπτικό σύστημα.

Η αιτία του εγκολεασμού δεν είναι πάντα γνωστή. Ενοχοποιείται η ύπαρξη διογκωμένων μεσεντέριων λεμφαδένων, η ιογενής λοίμωξη του γαστρεντερικού (συνήθως προκαλούμενη από ροταϊό), ο εμβολιασμός για ροταϊό και η λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού (συνήθως προκαλούμενη από αδενοϊό). Τα αιτία αυτά προκαλούν τον λεγόμενο ιδιοπαθή εγκολεασμό, ο

οποίος αφορά το 95% περίπου των περιστατικών.

Υπάρχουν όμως και κάποιοι ανατομικοί παράγοντες που λειτουργούν ως παθολογικός οδηγός σημείου πρόκλησης εγκολεασμού. Μερικοί από αυτούς είναι η μεκέλειος απόφυση, η σκωληκοειδής απόφυση, οι διπλασιασμοί του πεπτικού συστήματος, οι πολύποδες, το αιμαγγείωμα, οι κακώσεις κοιλίας, οι προηγηθείσες χειρουργικές επεμβάσεις και οι όγκοι.

Ο εγκολεασμός συμβαίνει σε 1-4 ανά 2.000 παιδιά. Αποτελεί την πιο συχνή αιτία εντερικής απόφραξης στα παιδιά ηλικίας 3 μηνών έως 3 ετών. Τα αγόρια μπορεί να εμφανίσουν εγκολεασμό 3 έως 4 φορές πιο συχνά σε σύγκριση με τα κορίτσια. Αν και μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, το 75% των περιστατικών είναι ηλικίας έως 2 ετών και το 90% ηλικίας έως 3 ετών. Η εμφάνισή του σε παιδιά ηλικίας άνω των 2 ετών θέτει την υποψία ύπαρξης παθολογικού οδηγού σημείου.

Ο εγκολεασμός φαίνεται να συμβαίνει πιο συχνά κατά τους ανοιξιάτικους και φθινοπωρινούς μήνες. Αυτό σχετίζεται με την αυξημένη συχνότητα ιογε-

Ο εγκολεασμός συμβαίνει σε 1-4 ανά 2.000

παιδιά. Αποτελεί την πιο συχνή αιτία εντερικής απόφραξης στα παιδιά ηλικίας 3 μηνών έως 3 ετών.
Τα αγόρια μπορεί να εμφανίσουν εγκολεασμό 3 έως 4 φορές πιο συχνά σε σύγκριση με τα κορίτσια



νών λοιμώξεων, οι οποίες προκαλούν διόγκωση ή φλεγμονή των μεσεντέριων λεμφαδένων.

Ο εγκολεασμός μπορεί να παρουσιαστεί ακόμα και σε υγιή παιδιά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ένα παιδί που φαίνεται καλά αλλά εμφανίζει συχνά (κάθε 15-20 λεπτά) επεισόδια κοιλιακού άλγους, ανησυχίας, κλάματος και άρσης των γονάτων στον θώρακα.

Επιπρόσθετα μπορεί να παρουσιάσει έμετους χολώδεις (πράσινους), αιματηρές κενώσεις με πρόσμιξη βλέννης (σαν ζελέ σταφίδας), αφυδάτωση, λήθαργο και κόπωση. Σημεία όπως ο πυρετός, η χαμηλή αρτηριακή πίεση και η ταχυκαρδία υποδηλώνουν ρήξη του εντέρου.

Η διάγνωση της πάθησης γίνεται με:

● **Φυσική εξέταση:** Μερικές φορές μπορεί να ψηλαφηθεί μάζα στο δεξιό κατώτερο μέρος της κοιλίας.

● **Απεικονιστικές εξετάσεις:** Η εξέταση με τη μεγαλύτερη διαγνωστική ακρίβεια είναι το υπερηχογράφημα. Μπορεί να αναδείξει ομόκεντρους κύκλους στο τυμά του εντέρου που πάσχει (σημείο στόχου). Επίσης ο υποκλυσμός με σκιαγραφικό ή αέρα μπορεί να αποδειχθεί τόσο διαγνωστικός όσο και θεραπευτικός. Η ακτινογραφία κοιλίας μπορεί να διενεργηθεί και να αναδείξει διατεταμένες εντερικές έλικες και απόφραξη εντέρου.

● **Εργαστηριακές εξετάσεις:** Οι πιο συχνές εξετάσεις που διενεργούνται είναι η γενική αίματος και ο βιοχημικός έλεγχος. Μπορεί να είναι αυξημένη η τιμή των λευκών αιμοσφαιρίων.

Η θεραπεία περιλαμβάνει:

● **Συντηρητική αντιμετώπιση:** Η αρχική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη χορήγηση υγρών καθώς

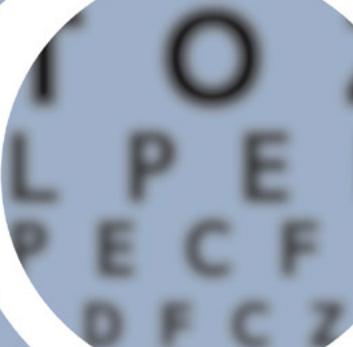
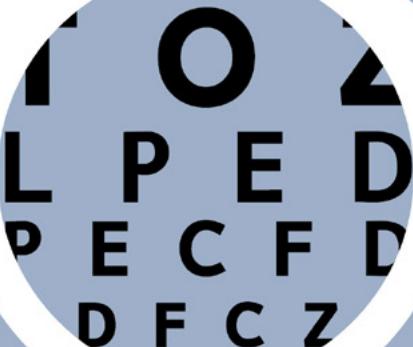
οι περισσότεροι ασθενείς είναι αφυδατωμένοι. Αν ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερός, τότε επιχειρείται ανάταξη του εγκολεασμού στο ακτινολογικό τμήμα με υποκλυσμό (με αέρα ή υγρό) υπό ακτινοσκοπική ή υπερηχογραφική καθοδήγηση. Η προσπάθεια αυτή μπορεί να γίνει έως 3 φορές. Στην περίπτωση που η ανάταξη με υποκλυσμό είναι επιτυχής, το παιδί εισάγεται στο νοσοκομείο για παρακολούθηση πιθανής υποτροπής. Αξίζει να σημειωθεί πως το ποσοστό επιτυχημένης ακτινολογικής ανάταξης μπορεί να φτάσει το 95%.

● **Χειρουργική αποκατάσταση:**

Ενδείκνυται σε περιπτώσεις ισχαιμικού ή ιδιαίτερα επηρεασμένου εντέρου. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να παρουσιάζουν ελεύθερο αέρα στην ακτινογραφία, σημεία σήψης και ευαισθησία στην κλινική εξέταση. Άλλες ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης είναι η υποψία ύπαρξης παθολογικού οδηγού σημείου (ιδιαίτερα σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας) ή οι αποτυχημένες προσπάθειες ανάταξης στο ακτινολογικό τμήμα. Η επέμβαση θα πρέπει να εξατομικεύεται. Χορηγούνται αντιβιοτικά πριν το χειρουργείο, ενώ μπορεί να απαιτηθεί και μετάγγιση αίματος. Συνήθως δεν υπάρχουν μακροχρόνιες επιπλοκές. Το ποσοστό υποτροπής του εγκολεασμού μετά από ακτινολογική ανάταξή του είναι περίπου 5%-10%. Η υποτροπή συνήθως συμβαίνει εντός 6 μηνών από το αρχικό επεισόδιο. Μετά από χειρουργική ανάταξη του εγκολεασμού μπορεί να δημιουργηθούν συμφύσεις στην κοιλία με αποτέλεσμα απόφραξη του εντέρου. Η πιθανότητα υποτροπής μετά από χειρουργική ανάταξη είναι επίσης περίπου 5%. ◻



Δάμητρα Λιούμη
Υπεύθυνη Οφθαλμολογικού
Τμήματος,
Ευρωκλινική Παιδων



Οφθαλμολογική Εξέταση & Συστηματικές Παθήσεις

Συνεργασία για καλύτερη διάγνωση και αντιμετώπιση

Οι περισσότεροι από μας θεωρούν πως η οφθαλμολογική εξέταση αφορά μόνο την χορήγηση γυαλιών οράσεως, όταν αυτά είναι απαραίτητα, ή την διάγνωση οφθαλμικών παθήσεων, όπως καταρράκτης, γλαύκωμα, κ.ά.

Η αλήθεια όμως είναι, ότι η οφθαλμολογική εξέταση μπορεί να μας αποκαλύψει έναν σημαντικό αριθμό συστηματικών νοσημάτων, βοηθώντας έτσι και τους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων στην ορθή διάγνωση, την

σωστή κατεύθυνση περαιτέρω ελέγχων και κατά συνέπεια την πληρέστερη αντιμετώπιση παθήσεων προς όφελος του ασθενούς.

Αυτό είναι λογικό, επειδή το μάτι ως όργανο του σώματός μας δεν είναι απομονωμένο και περιχαρακωμένο, αλλά αποτελείται από δομές (αγγεία, νεύρα) τα οποία αποτελούν μέρη ευρύτερων συστημάτων.

Ακόμα όμως και οι αμιγώς οφθαλμολογικές εκδηλώσεις, π.χ. η αλλεργική επιπεφυκίτιδα,

Από κάθε τμήμα του οφθαλμικού βολβού μπορούμε να πάρουμε πληροφορίες και να προσφέρουμε διαφορικές διαγνώσεις στον θεράποντα γιατρό

αποτελεί έκφραση μιας γενικότερης αλλεργικής προδιάθεσης του ατόμου. Κάπως έτσι και άλλες εκδηλώσεις μας οδηγούν από το μεμονωμένο όργανο σε γενικότερες παθολογίες.

Από κάθε τμήμα του οφθαλμικού βολβού μπορούμε να πάρουμε πληροφορίες και να προσφέρουμε διαφορικές διαγνώσεις στον θεράποντα γιατρό. Ας δούμε λοιπόν αναλυτικότερα κάποιες από αυτές.

Από τα βλέφαρα: Οιδήματα και πτώση βλεφάρου, μπορούν



Η οφθαλμολογική εξέταση μπορεί να μας αποκαλύψει έναν σημαντικό αριθμό συστηματικών νοσημάτων, βοηθώντας έτσι και τους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων στην ορθή διάγνωση, την σωστή κατεύθυνση περαιτέρω ελέγχων και κατά συνέπεια την πληρέστερη αντιμετώπιση παθήσεων προς όφελος του ασθενούς

να μας οδηγήσουν σε νευρολογική βλάβη, αλλά και πιθανή διαταραχή της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένα. Με κατάλληλους ελέγχους, αιματολογικούς και απεικονιστικούς, μπορεί να γίνει διαφορική διάγνωση.

Απότομη εμφάνιση διπλωπίας (οριζόντιας ή κάθετης) μας υποδεικνύει βλάβη νευρομυική, όπως σε παραλύσεις νεύρων, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, όγκους, μυασθένεια. Η συνεργασία με τον νευρολόγο είναι επιβεβλημένη για τον αποκλεισμό

σοβαρών παθήσεων και την έγκαιρη και σωστή αντιμετώπισή τους.

Προχωρώντας στις **εσωτερικές δομές του ματιού**, ελέγχουμε τα αντανακλαστικά της κόρης στο φως και την προσαρμογή. Διαταραχές τους μας οδηγούν σε νευρολογικές βλάβες (πολλαπλή σκλήρυνση, χρήση φαρμάκων, κ.ά.).

Η φλεγμονώδης αντίδραση από τον πρόσθιο θάλαμο του ματιού είναι πιθανόν να οφείλεται σε γενικότερες φλεγμονώδεις, αυτοάνοσες ή μη καταστάσεις. Κάποιες από αυτές είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα. Η παραπομπή σε ρευματολόγο είναι επιβεβλημένη, καθώς η διάγνωση θα οδηγήσει σε σωστή κατεύθυνση και την θεραπευτική αγωγή.

Διαταραχές του κρυσταλλοειδούς φακού του ματιού μπορεί να οδηγήσουν την διαγνωστική μας σκέψη σε ειδικά σύνδρομα, όπως το σύνδρομο Marfan. Ευρήματα από τον κερατοειδή έχουμε σε παθήσεις όπως η νόσος Wilson (ηπατοφακοειδής εκφύλιση), ή η κυστίνωση.

Η προσβολή του υαλοειδούς σώματος και του αμφιβληστροειδούς κατευθύνουν τη σκέψη μας σε διαγνώσεις όπως οι μολυσματικές νόσοι (τοξοπλάσμωση), σε αυτοάνοσες παθήσεις όπως η νόσος Αδαμαντιάδη και η νόσος Crohn, σε ιογενείς προσβολές (από HIV, ιό έρπητα), σε λευχαιμίες ή λεμφοϋπερπλαστικά σύνδρομα.

Μιλώντας για τον αμφιβληστροειδή χιτώνα, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι αποτελεί έναν αγγειούμενο ιστό. Μέσα από την **βιοθοσκόπηση**, διαγνωστική οφθαλμική εξέταση, μπορούμε να δούμε πολύ καθαρά παθολο-

γίες των αγγείων που παραπέμπουν σε αρτηριακή υπέρταση, διαβήτη, υπερχοληστερολαιμία, αγγείτιδες από διάφορους παράγοντες, εμβολικές νόσους (με αφετηρία την καρδιά ή τις καρωτίδες).

Στη βιοθοσκόπηση βλέπουμε και εκτιμούμε την κεφαλή του οπτικού νεύρου, που λέγεται **οπτική θηλή**. Αποτελεί την αρχή του οπτικού νεύρου, το οποίο σαν εγκεφαλική συζυγία, συνδέεται απευθείας με τον εγκέφαλο. Παθολογία στην οπτική θηλή οδηγεί τη διαγνωστική μας σκέψη σε σοβαρές παθήσεις, όπως η αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης (όγκοι, φλεγμονές), οι μηνιγγίτιδες, τραύματα, αιμορραγίες, νευρίτιδες από διάφορα αίτια.

Βλέπουμε λοιπόν εδώ την πληθώρα των πληροφοριών (που αναφέρθηκαν ενδεικτικά), τις οποίες μπορούμε να αντλήσουμε από μια σωστή και πλήρη οφθαλμολογική εξέταση. Αρκετές φορές η κλινική εξέταση συνεπικουρείται από παρακλινικές εξετάσεις όπως η οπτική τομογραφία συνοχής (ωχράς κηλίδας και οπτικού νεύρου), η οπτική αγγειογραφία συνοχής, η φλουοροαγγειογραφία (κυρίως για την απεικόνιση αγγειακών νόσων), η μαγνητική και αξονική τομογραφία εγκεφάλου, κ.λπ.

Κυρίως όμως έχει σημασία η ενημέρωση του ειδικού συναδέλφου (νευρολόγου, παθολόγου, παιδιάτρου, ενδοκρινολόγου, ρευματολόγου, αλλεργιολόγου) για την ύπαρξη οφθαλμικών ευρημάτων που συνδέονται με συστηματικές νόσους. Ο συντονισμός και η συνεργασία είναι αυτά που θα λειτουργήσουν αθροιστικά για την πλήρη αντιμετώπιση του ασθενούς. ◻



Λήδα Ιατρίδου
Παιδίατρος,
Ευρωκλινική Παιδων

Πονόλαιμος στα παιδιά

‘Όσα πρέπει να ξέρουν οι γονείς!

Τι είναι ο πονόλαιμος ή η φαρυγγαλγία στα παιδιά;

Από τα συχνότερα συμπτώματα των χειμερινών -και όχι μόνο- λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος είναι η φαρυγγαλγία ή κοινώς ο πονόλαιμος. Με τον όρο φαρυγγαλγία εννοούμε την επώδυνη αίσθηση στην περιοχή του φάρυγγα. Η αίσθηση αυτή περιγράφεται με σαφήνεια από τα παιδιά ήδη από τη νηπιακή ηλικία, ωστόσο αυτό δεν είναι δυνατό σε βρέφη καθώς και σε παιδιά με νευροαναπτυξιακά προβλήματα, που αδυνατούν να εκφράσουν τα συμπτώματά τους, και, επομένως, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, καθώς μπορεί να προέχουν άλλα συμπτώματα, όπως έντονο κλάμα, ανησυχία και άρνηση σύτισης. Επίσης τα παιδιά ενδέχεται να αναφέρουν πόνο στον φάρυγγα ενώ η πάσχουσα εστία να μην είναι ακριβώς ο φάρυγγας, όπως σε περιπτώσεις οξείας μέσης ατίτιδας, οδοντικού προβλήματος ή τραχηλικής λεμφαδενίτιδας.

Ποια είναι τα αίτια που προκαλούν πονόλαιμο στα παιδιά;

Τα αίτια της φαρυγγαλγίας είναι πολλά και ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων αποτελεί σύμπτωμα ιογενών λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού, δηλαδή ιογενούς φαρυγγίτιδας. Τα συχνότερα αίτια είναι ρινοϊοί, *coryzae*, ιοί της γρίπης και παραγρίπης, RSV, αδενοϊοί, εντεροϊοί (π.χ. *Coxsackie*), ερπητοϊοί (HSV, EBV). Τα τελευταία 2 χρόνια, στα ιογενή αίτια φαρυγγαλγίας περιλαμβάνεται και ο ιός SARS-CoV2. Ακολουθούν τα βακτήρια με τον βαιμολυτικό στρεπτόκοκκο ομάδας A να φτάνει σε ποσοστό έως και 30% επί των επεισοδίων φαρυγγίτιδας σε παιδιά σχολικής ηλικίας σε περιόδους επιδημικών εξάρσεων του βακτηρίου τους χειμερινούς μήνες. Στα υπόλοιπα βακτηριακά αίτια φαρυγγίτιδας περιλαμβάνονται άλλοι τύποι στρεπτόκοκκου (ομάδας C και G), *Mycoplasma*

Τα αίτια της φαρυγγαλγίας είναι πολλά και ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία.
Στην πλειονότητα των περιπτώσεων αποτελεί σύμπτωμα ιογενών λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού, δηλαδή ιογενούς φαρυγγίτιδας

pneumonia, *Arcanobacterium haemolyticum*, αναερόβια βακτήρια κ.λπ.

Πώς κάνει διάγνωση ο παιδίατρος:

Από το ιστορικό και την κλινική εξέταση ο παιδίατρος προσανατολίζεται κατά το δυνατόν στην σωστή διάγνωση. Στοιχεία που συνηγορούν υπέρ ιογενούς λοίμωξης είναι η συνύπαρξη συμπτωμάτων, όπως ρινόρροιας, επιπεφυκίτιδας, βήχα, βράγχους φωνής, διαρροιών, μυαλγιών, ενώ σε βακτηριακές λοιμώξεις προέχει η έντονη φαρυγγαλγία, η επώδυνη τραχηλική λεμφαδενίτιδα και η απουσία συμπτωμάτων ίωσης. Ο υψηλός πυρετός απαντάται τόσο σε βακτηριακά όσο και σε ιογενή αίτια φαρυγγίτιδας, όπως η ερπητική κυνάγχη, που οφείλεται σε εντεροϊούς κυρίως σε *Coxsackie* τύπου A, και προκαλεί αιφνίδιας έναρξης υψηλό πυρετό με συνοδές επώδυνες φυσαλίδες και ελκωτικές βλάβες στο στοματοφάρυγγα.



Επίσης, το λευκωπό επίχρισμα στις αμυγδαλές δεν είναι πάντα ενδεικτικό βακτηριακής φαρυγίτιδας καθώς ιοί, όπως αδενοίοι και EBV (ιός λοιμώδους μονοπυρήνωσης) προκαλούν πυώδη-εξιδρωματικά- στοιχεία στις αμυγδαλές.

Παρόλα αυτά στην κλινική πράξη η διάκριση ιογενούς από βακτηριακή φαρυγγίτιδα είναι δύσκολη, γι αυτό, όταν υπάρχει υπόνοια στρεπτοκοκκικής φαρυγγίτιδας, συνιστάται *strep test* (ταχεία ανίχνευση αντιγόνου στρεπτοκόκκου) ή καλλιέργεια σε δείγμα φαρυγγικού επιχρισματος. Αυτό είναι σημαντικό να γίνει γιατί, με την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της στρεπτοκοκκικής φαρυγγίτιδας, ελαττώνεται η διάρκεια νόσου, μειώνεται η μεταδοτικότητα και προλαμβάνονται πιθανές επιπλοκές στις οποίες περιλαμβάνονται τα φαρυγγικά αποστήματα, η σψαιμία, ο ρευματικός πυρετός και η μεταστρεπτοκοκκική σπειραματονεφρίτιδα.

Συνιστάται οι γονείς να απευθύνονται στον παιδίατρό τους όταν το σύμπτωμα της φαρυγγαλγίας από μόνο του ή σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα, όπως υψηλό πυρετό, δυσκολία στην κατάποση ή στην αναπνοή, επηρεασμένη κλινική εικόνα στο παιδί τους, τους προκαλεί ανησυχία

Τι άλλο μπορεί να κρύβει ένας πονόλαιμος;

Εκτός των ανωτέρων συνήθων διαγνώσεων, η φαρυγγαλγία μπορεί να είναι σύμπτωμα των αποστημάτων στην περιοχή του φάρυγγα (όπισθιοφαρυγγικό, πλάγιοφαρυγγικό ή περιαμυγδαλικό), καταστάσεων λιγότερο συχνών αλλά σοβαρών, που χρήζουν χειρουργικής παροχέτευσης και ενδοφλέβιας αντιβίωσης. Αξίζει, επίσης, να γίνει αναφορά σε δυο ακόμα λοιμώδεις απειλητικές για τη ζωή παθήσεις με την φαρυγγαλγία να συγκαταλέγεται στις κύριες εκδηλώσεις τους. Πρόκειται για την διφθερίτιδα οφειλόμενη στο βακτήριο *Corynebacterium diphtheriae* και την επιγλωττίτιδα οφειλόμενη στον *Haemophilus influenzae type b*. Οι σοβαρές αυτές καταστάσεις, ευτυχώς, σπανίζουν στη σύγχονη παιδιατρική στην Ελλάδα λόγω των αντίστοιχων εμβολίων, καταδεικνύοντας σαφώς τη σημασία της πιστής τήρησης του

εμβολιαστικού προγράμματος των παιδιών.

Τέλος η φαρυγγαλγία μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα συστηματικών φλεγμονωδών καταστάσεων όπως συνδρόμου PFAPA, v. Kawasaki, συνδρόμου Stevens-Johnson και άλλων καταστάσεων, όπως ενσφήνωσης ξένου σώματος στον φάρυγγα, λήψης ή εισπνοής ερεθιστικών χημικών ουσιών ή ακόμα και εκδήλωση άγχους.

Πότε πρέπει να επισκεφθούμε τον παιδίατρό μας;

Συμπερασματικά, η φαρυγγαλγία, ένα από τα συχνότερα συμπτώματα επίσκεψης στο παιδιατρικό ιατρείο, αποτελεί εκδήλωση ποικίλων παθολογικών καταστάσεων με κυρίαρχες τις συχνές και αυτοπεριοριζόμενες ιογενείς λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού. Ωστόσο, δυνητικά μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα σοβαρών καταστάσεων, όπως περιγράφηκε ανωτέρω. Κατόπιν αυτού, συνιστάται οι γονείς να απευθύνονται στον παιδίατρό τους όταν το σύμπτωμα της φαρυγγαλγίας από μόνο του ή σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα, όπως υψηλό πυρετό, δυσκολία στην κατάποση ή στην αναπνοή, επηρεασμένη κλινική εικόνα στο παιδί τους, τους προκαλεί ανησυχία. Είναι προφανές, επίσης, ότι πρέπει να αποθαρρύνεται η χορήγηση αντιβίωσης στο παιδί χωρίς προηγούμενη εκτίμηση από παιδίατρο, καθώς, εκτός του ότι η πρακτική αυτή επιβαρύνει τον οργανισμό του παιδιού, δηλαδή όταν εσφαλμένα χορηγείται αντιβίωση ενώ πρόκειται για απλή ίωση, συμβάλλει επιπρόσθετα στην διόγκωση του προβλήματος της υπερκατανάλωσης αντιβίωσης και της μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά. ◻



Άννα Ηλιοπούλου
Παιδίατρος,
Ευρωκλινική Παιδων



Ζ Ζ Ζ

Υγιής Έπνος στα παιδιά

Συμβουλές για καλύτερο ύπνο

Oύπνος είναι εξίσου σημαντικός με τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα για την **υγεία** και την **ανάπτυξη** των παιδιών. Η διάρκεια και η ποιότητα του ύπνου επηρεάζουν άμεσα τη μάθηση, τη μνήμη, τη συμπεριφορά, τη σχολική απόδοση και το βαθμό εγρήγορσης στη διαχείριση της καθημερινότητας. Ο επαρκής και ποιοτικός ύπνος συμβάλλει στην ξεκούραση και στην ανάπτυξη του οργανισμού, στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού, στην επιλογή των γεγονότων της προηγούμενης ημέρας που θα διατηρηθούν στη μνήμη ή θα διαγραφούν καθώς και στην προετοιμασία του οργανισμού να αντεπεξέλθει σε απαιτητικές συνθήκες. Αντίθετα, ο ανεπαρκής ύπνος σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για διαταραχή υπερκινητικότητας-ελλειμματικής προσοχής, προβλήματα στην άμυνα του οργανισμού, άγχος, κατάθλιψη, παχυσαρκία και διαβήτη.

Tί συμβαίνει κατά τη διάρκεια του ύπνου;

Ο κύκλος ύπνου-αφύπνισης καθοδηγείται από ένα **κιρκάδιο ρολόι**, ένα βηματοδότη που βρίσκεται στον εγκέφαλο και συγκεκριμένα στο πρόσθιο τμήμα του υποθαλάμου. Κύριος συγχρονιστής αυτού του βηματοδότη είναι το **φως**. Η έκθεση στο φως μετά την πτώση του σκοταδιού καθυστερεί το κιρκάδιο ρολόι, ενώ το φως το πρώιμο επιταχύνει τους κιρκάδιους ρυθμούς. Η **άσκηση** επίσης μεταβάλλει τον κιρκάδιο ρυθμό, καθώς τη νύχτα καθυστερεί το κιρκάδιο ρολόι, ενώ κατά τη διάρκεια της ημέρας βελτιώνει

την ποιότητα του ύπνου. Τέλος, η **μελατονίνη**, μία ορμόνη που εκκρίνεται από την επίφυση του εγκεφάλου τις νυκτερινές ώρες, μπορεί να μεταβάλλει τις φάσεις στο κιρκάδιο ρολόι.

Είναι γνωστό ότι ο ύπνος διαιρείται σε **non REM** και σε **REM (Rapid Eye Movements)**, δηλαδή ύπνο με ταχείς οφθαλμικές κινήσεις.

Ο **non REM** ύπνος:

- Καταλαμβάνει το **75 %** του συνολικού ύπνου
- Διαρκεί περισσότερο στην **αρχή της νύχτας**
- Διακρίνεται σε **4 στάδια**: Στα στάδια **I και II** ο ύπνος είναι **ελαφρύς**, ενώ τα στάδια **III και IV** αντιστοιχούν σε **βαθύ** ύπνο.

Ο **REM** ύπνος:

- Καταλαμβάνει το **25 %** του συνολικού ύπνου
- Διαρκεί περισσότερο στο **τέλος της νύχτας**
- Αποτελεί τον **αναζωογονητικό ύπνο, τον ύπνο των ονείρων**
- Είναι **σημαντικός για τη μνήμη και τη μάθηση**.

Κάθε **κύκλος ύπνου** περιλαμβάνει **4 στάδια non REM και ένα στάδιο REM** ύπνου. Ο χρόνος του ύπνου REM μειώνεται και οι κύκλοι ύπνου αποκτούν μεγαλύτερη διάρκεια, καθώς το παιδί μεγαλώνει. Κατά την ηλικία έναρξης του σχολείου, **ένας πλήρης κύκλος ύπνου διαρκεί περίπου 90 λεπτά**, όσο περίπου και στους ενήλικες,

Πόσες ώρες ύπνου χρειάζονται τα παιδιά;

Οι ανάγκες ύπνου ποικίλουν από άτομο σε άτομο. Η Αμερικανική Ακαδημία Ιατρικής του Υπνου (*American Academy of Sleep Medicine-AASM*) παρέχει

O επαρκής και ποιοτικός ύπνος συμβάλλει στην ξεκούραση και στην ανάπτυξη του οργανισμού, στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού, στην επιλογή των γεγονότων της προηγούμενης ημέρας που θα διατηρηθούν στη μνήμη ή θα διαγραφούν καθώς και στην προετοιμασία του οργανισμού να αντεπεξέλθει σε απαιτητικές συνθήκες

χρήσιμες συστάσεις αναφορικά με τις ανάγκες ύπνου κατά τα διαφορετικά στάδια ανάπτυξης του παιδιού:

- Βρέφη 0-3 μηνών: 14-17 ώρες*
 - Βρέφη 4-12 μηνών: 12-16 ώρες*
 - Παιδιά 1-2 ετών: 11-14 ώρες*
 - Παιδιά 3-5 ετών: 10-13 ώρες*
 - Παιδιά 6-12 ετών: 9-12 ώρες
 - Έφηβοι 13-18 ετών: 8-10 ώρες
- *περιλαμβάνονται και τα διαστήματα μικρής διάρκειας ύπνου.

Πώς μπορούμε να βελτιώσουμε τον ύπνο των παιδιών;

Η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία ενθαρρύνει τους γονείς στην πρώιμη υιοθέτηση «**καλών συνηθειών ύπνου**»:

● **Αναγνώριση της σημασίας του ικανοποιητικού ύπνου και των επιδράσεών του στην καθημερινότητα της οικογένειας.** Οι γονείς λειτουργούν ως **πρότυπα** και η **προτεραιοποίηση** του ύπνου για τους ίδιους μεταφέρει στα παιδιά το μήνυμα ότι αποτελεί μέρος ενός υγιούς τρόπου ζωής.

● **Διατήρηση καθημερινής ρουτίνας:** Ο προγραμματισμός της ώρας αφύπνισης, γευμάτων, ξεκούρασης και παιχνιδιού βοηθά τα παιδιά να αισθάνονται ασφάλεια και συμβάλλει στην πρώιμη τήρηση συγκεκριμένης ώρας νυκτερινού ύπνου. Για τα μικρά παιδιά είναι σημαντική η υιοθέτηση συγκεκριμένης ρουτίνας ύπνου όπως το τρίπτυχο «βιόύρτσισμα δοντιών-ανάγνωση βιβλίου-κρεβάτι (brush-book-bed)».

● **Πλούσια δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της ημέρας**, συμπεριλαμβανομένης της άσκησης.



● **Οριοθέτηση χρόνου παρακολούθησης οιθονών:** Η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία συνιστά οι πάσης φύσεως οιθόνες να παραμένουν εκτός των παιδικών δωματίων, ιδίως το βράδυ. Προτείνεται **απενεργοποίηση όλων των οιθονών τουλάχιστον 1 ώρα προ του ύπνου** και θέσπιση ορίων αναφορικά με τη χρήση των ηλεκτρονικών μέσων.

● **Δημιουργία ενός υποστηρικτικού για τον ύπνο οικιακού περιβάλλοντος:** Μείωση της έντασης του φωτισμού πριν την ώρα του ύπνου, έλεγχος θερμοκρασίας του χώρου και αποφυγή τοποθέτησης πολλών παιχνιδιών στο κρεβάτι του παιδιού, καθιστώντας σαφές ότι πρόκειται για χώρο ύπνου και όχι για χώρο

Ο προγραμματισμός της ώρας αφύπνισης, γευμάτων, ξεκούρασης και παιχνιδιού βοηθά τα παιδιά να αισθάνονται ασφάλεια και συμβάλλει στην πρώιμη τήρηση συγκεκριμένης ώρας νυκτερινού ύπνου. Για τα μικρά παιδιά είναι σημαντική η υιοθέτηση συγκεκριμένης ρουτίνας ύπνου

παιχνιδιού. Ένα-δύο παιχνίδια ή κατάλληλα αντικείμενα αρκούν και συμβάλλουν στην ανακούφιση από το άγχος αποχωρισμού.

● **Απαγόρευση τοποθέτησης του παιδιού στο κρεβάτι μαζί με ένα μπουκάλι γάλα ή χυμό, λόγω κινδύνου πνιγμονής αλλά και πρόκλησης τερηδόνιας.** Ήστιση του παιδιού θα πρέπει να προηγείται της μεταφοράς του στο κρεβάτι. Επιπροσθέτως, δεν προτείνεται η έναρξη στερεών τροφών πριν τον 6ο μήνα ζωής, καθώς σε μικρότερη ηλικία η πέψη των στερεών είναι δυσκολότερη και επηρεάζει δυσμενώς τον ύπνο.

● **Αποφυγή υπερφόρτωσης** των παιδιών με πολλές προγραμματισμένες δραστηριότητες,

ιδίως τις βραδινές ώρες, καθώς τους στερεί τον απαιτούμενο χρόνο χαλάρωσης πριν τη νυκτερινή κατάκλιση.

● **Αναγνώριση διαταραχών ύπνου και επικοινωνία με τους δασκάλους/φροντιστές των παιδιών** σχετικά με την εγρήγορσή τους κατά τη διάρκεια της ημέρας, καθώς ο ανεπαρκής ύπνος επηρεάζει τη σχολική απόδοση, την προσοχή και τη συμπεριφορά.

● **Συζήτηση των συνηθειών και προβλημάτων ύπνου του παιδιού με τον παιδίατρο**, καθώς οι περισσότερες διαταραχές αντιμετωπίζονται εύκολα. Ο ιατρός ενδέχεται να ζητήσει την τήρηση ημερολογίου ύπνου ή να προτείνει επιπρόσθετους τρόπους για τη βελτίωσή του. ◻



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Η Κορυφαία εταιρεία στο χώρο του Ελληνικού φαρμακείου



OTC & CONSUMER
HEALTHCARE



MATURE Rx
PRODUCTS



3PL SERVICES

V-22183-VIAN-04/2022



BIAN A.E. - Έδρα: Αγ. Νεκταρίου 2
153 44 Γέρακας, Παλλήνη Αττικής
Τηλ.: 210 9883372 • Fax: 210 9889591
E-mail: info@vian.gr • WEBSITE: www.vian.gr
Γραμμή εξυπηρέτησης καταναλωτών: 800 11 11 800
ΑΡ. Γ.Ε.Μ.Η. 002053801000



Μην φτάνεις στα άκρα
για να ακουστείς

Αξιολόγησέ μας εύκολα εδώ.
Η γνώμη σου μετράει!

ΣΚΑΝΑΡΕ ΕΔΩ:

Google



Facebook

