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

ΔΩΡΕΑΝ

Medilife

ΤΕΥΧΟΣ 32, ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ-ΧΕΙΜΩΝΑΣ 2023
ISSN: 2459-4032

Φροντίδα υγείας

που κάνει τη διαφορά!

Κορυφαίο Ιδιωτικό νοσοκομείο

στα Healthcare Business Awards 2023

υγεία για όλους | παιδί

Medilife
ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ **ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ** ΚΑΙ **ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ**
ΤΕΥΧΟΣ 32, ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ-ΧΕΙΜΩΝΑΣ 2023
ISSN: 2459-4032

DEPON Plus®

ΝΕΟ ΠΡΟΪΟΝ

Plus®

Ανακούφιση

από την **Ημικρανία**

και τον **Πονοκέφαλο**

BIAN Α.Ε.
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIAN Α.Ε. - 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.ΜΗ. 00205380100

UPSA

Μην το χρησιμοποιείτε: σε περίπτωση αλλεργίας στην παρακεταμόλη ή στην υδροχλωρική προποκεταμόλη ή σε οποιοδήποτε άλλο από τα συστατικά αυτού του φαρμάκου, σε περίπτωση σοβαρής ηπατοκυτταρικής ανεπάρκειας ή μη αντιρροπούμενης ενεργού ηπατοπάθειας,σε περίπτωση σοβαρής νεφρικής ανεπάρκειας. Η χορήγηση του DEPON PLUS πρέπει να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας, λόγω της περιεκτικότητάς του σε καφεΐνη.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων συνιστούν:
ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΤΕ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ Ή ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΣΑΣ.

VI-21594-DEPON-1/2022

Medilife Editorial
ΤΕΥΧΟΣ 32, ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ-ΧΕΙΜΩΝΑΣ 2023

Η αξία του να προσπαθείς συνεχώς για το καλύτερο

Από την πρώτη στιγμή που γίναμε μέλη της Οικογένειας της Ευρωκλινικής, προσπαθούμε συνεχώς να εξελισσόμαστε και να κάνουμε τη διαφορά. Όλα αυτά τα χρόνια αντιμετωπίσαμε πολλές και απαιτητικές προκλήσεις που λίγο έως πολύ μας επηρέασαν όλους, σε ατομικό αλλά και επιχειρησιακό επίπεδο.

Παρόλα αυτά δεν σταματήσαμε ποτέ να δίνουμε τον καλύτερο εαυτό μας και να προσπαθούμε για το καλύτερο, υπηρετώντας στους ασθενείς μας που μας εμπιστεύονται την υγεία τους, αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Τα τελευταία χρόνια προχωρήσαμε σε μία σειρά από επενδύσεις και αλλαγές διαδικασιών, με στόχο να δημιουργήσουμε ένα φιλικότερο Νοσοκομείο προς το περιβάλλον. Πετύχαμε σημαντικές εξοικονομήσεις στην κατανάλωση ενέργειας, νερού υγρών καυσίμων και χαρτιού, μείωση των παραγόμενων αποβλήτων κ.α. τηρώντας τη δέσμευσή μας για τη δημιουργία ενός βιώσιμου μέλλοντος για όλους και βάζοντας το δικό της λιθαράκι στην αντιμετώπιση της κλιματικής αλλαγής.

Ταυτόχρονα δώσαμε προτεραιότητα στον ανθρώπινο παράγοντα επενδύοντας στο προσωπικό μας, αυξάνοντας το ανθρώπινο δυναμικό μας, δίνοντας βάση στην εκπαίδευσή του και την προαγωγή της ισότητας στην εργασία μεταξύ των δύο φύλων. Εμπιστευτήκαμε τους νέους εργαζομένους δίνοντας ίσες ευκαιρίες εξέλιξης και ανάπτυξης.

Χτίσαμε πάνω στο έμπειρο και καταξιωμένο ιατρικό δυναμικό μας, δημιουργώντας επιλεγμένες νέες συνεργασίες με κορυφαίους επιστήμονες και αναπτύσσοντας νέες υπηρεσίες και τμήματα, δίνοντας στους ασθενείς μας πρόσβαση σε πολύ υψηλού επιπέδου ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, οι οποίες μπορούν να αξιολογηθούν και να μετρηθούν.

Βγήκαμε μπροστά όταν η κοινωνία μας χρειάστηκε πραγματοποιώντας δράσεις δωρεάν εξετάσεων μαστού σε απομακρυσμένα μέρη, αγκαλιάζοντας ΜΚΟ που φροντίζουν παιδιά, στηρίζοντας τοπικές κοινότητες, ομάδες και ανθρώπους που το είχαν ανάγκη.

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

Κι επειδή κανείς δεν είναι αλάθητος, συνεχίσαμε να επιδιώκουμε την αξιολόγηση και την κριτική των ασθενών μας με στόχο να βελτιωνόμαστε διαρκώς, χρησιμοποιώντας εξωτερική, ανεξάρτητη εταιρεία ερευνών για να πραγματοποιεί έρευνα ικανοποίησης εξωτερικών και εσωτερικών ασθενών.

Το αποτέλεσμα όλων αυτών; Η Ευρωκλινική ψηφίστηκε ως το κορυφαίο ιδιωτικό Νοσοκομείο στα Healthcare Business Awards 2023 μεταξύ των υποψηφίων ιδιωτικών κλινικών και κατέκτησε 8 βραβεία σε επιμέρους κατηγορίες!

Η μεγαλύτερη επιβράβευση για εμάς όμως είναι ότι 9 στους 10 ασθενείς μας, δηλώνουν απόλυτα ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που έλαβαν από την Ευρωκλινική.

Η Ευρωκλινική μπορεί να μην είναι το μεγαλύτερο νοσοκομείο από άποψη εγκαταστάσεων ή αριθμό κλινών. Είναι όμως το Νοσοκομείο που κάθε μέρα, καθένας από εμάς που ανήκει στην Οικογένεια της Ευρωκλινικής κάνει πράξη την υπόσχεσή μας, να προσπαθούμε για το καλύτερο και να εξελισσόμαστε συνεχώς.

Multimodal Neuromonitor

Spine Action
Exclusive Partner for Greece

SPINE ACTION Ltd
Medical equipment & implants supplier

73, Vrilissou str., 11476, Athens - Greece
T +30 210 6008 920, F +30 210 6090 898

www.spineaction.gr

Medilife Contents

ΤΕΥΧΟΣ 32, ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ-ΧΕΙΜΩΝΑΣ 2023

ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ
Είσαι στο Κέντρο!

ΤΑ ΝΕΑ ΜΑΣ

5 Ιατρικά νέα - Οι ιατροί μας εν δράσει!
10 Τα νέα μας
16 #ΑGKALIA FRONTIDAS για όσους μας έχουν ανάγκη
22 Αθλητισμός

ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

26 Thulium Fiber Laser. Πρωτοποριακή Θεραπεία Ουρολιθίασης με τη Νέα Τεχνολογία
28 Αφιέρωμα Καρδιοχειρουργική: Σύγχρονη αντιμετώπιση των μηχανικών επιπλοκών του οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου
32 Αυτοάνοσα Νοσήματα
36 Όζοι θυρεοειδούς: Έγκυρη & Έγκαιρη Διάγνωση & Αντιμετώπιση
38 Καλοήθης υπερπλασία προστάτη: Πόσο καθοριστική σημασία έχει το μέγεθος του προστάτη;
40 Νέα Εποχή στην Καταπολέμηση του Καρκίνου Τραχήλου της Μήτρας
42 Συγγενείς καρδιοπάθειες ενηλίκων
46 Νεότερες χειρουργικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς καρκίνου του πνεύμονα
48 Η Ανθεκτική Στηθάγχη
52 Προδιάθεση στον καρκίνο
54 Διάγνωση καρκίνου: Μάθε τι μπορείς να κάνεις εσύ για το νόσημά σου στο Ιατρείο Τρόπου Ζωής της Ευρωκλινικής
56 Πρώιμος Καρκίνος Μαστού
60 Χειρουργική αντιμετώπιση παθήσεων των επινεφριδίων
62 Ορμονικές διαταραχές
64 Η σύγχρονη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου στομάχου!
66 Τι είναι το λέμφωμα: Μύθοι και αλήθειες
68 Παχυσαρκία
72 8 Μύθοι & Αλήθειες για τον καρκίνο

ΠΑΙΔΙ

76 Κρυψορχία στη βρεφική ηλικία. Πώς αντιμετωπίζεται
78 Οι αθλητικές κακώσεις στα παιδιά και τους εφήβους
81 Θορυβώδης Αναπνοή σε παιδιά. Από το νεογνό στον έφηβο
84 Β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος ομάδος Α στα παιδιά. Πόσο κινδυνεύουν;
86 Παιδική Βαρηκοΐα

Medilife

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

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

info@euroclinic.gr
www.euroclinic.gr
www.facebook.com/euroclinicgroup
@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
Αγορή Καντζιά
Δ/ντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
Πέτρος Λούκας
Γενικός Διευθυντής
Νικόλαος Νασιακόπουλος
Διευθυντής Γαστρεντερολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών
Ζώης Παναγόπουλος
Διευθυντής ΜΕΘ, Ευρωκλινική Αθηνών
Χρήστος Πανόπουλος
Διευθυντής Ογκολογικού Τμήματος, Ευρωκλινική Αθηνών
Κωνσταντίνος Παπαγιαννόπουλος
Διευθυντής Τομέα Χειρουργικής Θώρακος, 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
Ν. Κάσσου
Αναπληρώτρια Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος Παίδων
Δ. Μιχελάκης
Διευθυντής Τμήματος Πλαστικής Χειρουργικής Τμήματος Παίδων
Α. Δάρας
Διευθυντής Ορθοπαδικού Τμήματος Παίδων
Παναγιώτης Μισυρλής
Διευθυντής Ω.Ρ.Λ. Τμήματος Παίδων
Αγορή Καντζιά
Αναπληρώτρια Δ/ντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
Γ. Μαγγανάς
Διευθυντής Ακτινολογικού
Π. Υφαντή
Διοικητική Προϊσταμένη Παίδων

Υπεύθυνη έκδοσης
Εύα Τσιλίκουνα
Διευθύντρια Μάρκετινγκ & Επικοινωνίας Ομίλου Ευρωκλινικής

Σχεδιασμός - Επιμέλεια: **Ar_Di_ Design**

© ΟΜΙΛΟΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ **Αρ. Γ.Ε.ΜΗ: 000278101000**
Το περιοδικό Medilife δεν παρέχει ιατρικές υπηρεσίες ή ιατρικές συμβουλές και σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστά τον προσωπικό σας ιατρό και την επίσκεψή σας σε αυτόν. Τυχόν πληροφορίες ή ενημερώσεις που παρέχονται από το Medilife δεν εκφράζουν παρά μόνο την προσωπική άποψη των συγγραφέων αυτών και δεν αποτελούν ιατρική συμβουλή, ιατρική αγωγή, ιατρική γνωμάτευση, ιατρική θεραπεία, ή εν γένει πληροφορία ιατρικού περιεχομένου που μπορεί να υποκαταστήσει την επίσκεψη και συμβουλή του ιατρού σας.

Το περιοδικό διανέμεται δωρεάν

Οι εξελίξεις της ογκολογίας στο συνέδριο "Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟ 2023: Προκλήσεις & Ανατροπές"

Με μεγάλη επιτυχία και σημαντική προσέλευση ιατρών ολοκληρώθηκε το συνέδριο «Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟ 2023: Προκλήσεις & Ανατροπές» το οποίο διεξήχθη στις 10-11 Μαρτίου στο Ξενοδοχείο Divani Caravel, με πρόεδρο της οργανωτικής επιτροπής τον κο **Χρήστο Πανόπουλο**, Δ/ντη Παθολόγο - Ογκολόγο, Ευρωκλινική Αθηνών. Στο συνέδριο συμμετείχαν διακεκριμένοι ιατροί της Ευρωκλινικής, συμβάλλοντας με τη γνώση και την εμπειρία τους στην καλύτερη και πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου. Στις τρεις ημέρες του συνεδρίου, δόθηκε η ευκαιρία στους παρευρισκόμενους να ενημερωθούν για την πρόοδο που έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια από την προσέγγιση και την αντιμετώπιση του καρκίνου καθώς και τις σημαντικότερες εξελίξεις στον τομέα της ογκολογίας.

Ενημερωτική εκδήλωση για το εγκεφαλικό από τον Όμιλο Ευρωκλινικής στην Καλαμάτα

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής, σε συνεργασία και με την αιγίδα του Δήμου Καλαμάτας, του Ιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας και της Ιατρικής Εταιρείας Μεσσηνίας διοργάνωσε τη Δευτέρα 29 Μαίου στην Καλαμάτα, Ενημερωτική Εκδήλωση, ανοικτή και ελεύθερη προς το κοινό με θέμα «Το Εγκεφαλικό Επεισόδιο έχει θεραπεία».

Στόχος της εκδήλωσης ήταν η ενημέρωση των περευρισκομένων για τα συμπτώματα του εγκεφαλικού και η εύκολη αναγνώρισή τους από τους μη έχοντες ιατρική εκπαίδευση καθώς και τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσει κάποιος για τη θεραπεία. Στην εκδήλωση την οποία παρακολούθησε πλήθος πολιτών, παρουσιάστηκε από τους Ιατρούς της Ευρωκλινικής και την Υπεύθυνη της Μονάδας Εγκεφαλικών της Ευρωκλινικής, κα **Ζησιμοπούλου Βάσω**, η προνοσοκομειακή διάγνωση του εγκεφαλικού, η θεραπεία

με θρομβόλυση και θρομβεκτομή καθώς και η αποκατάσταση. Μέσω των παρουσιάσεων και της διαδραστικής συζήτησης αναδείχθηκαν τα βασικότερα ζητήματα στην αναγνώριση των συμπτωμάτων του εγκεφαλικού και επιλύθηκαν απορίες του κοινού.

Η ορθή διαχείριση του νευρολογικού ασθενή στο 2ο ENLS Course στην Ελλάδα!

Με μεγάλη επιτυχία ολοκληρώθηκε το 2ο ENLS Course στην Ελλάδα, με σημαντική και ενθουσιώδη συμμετοχή Εξειδικευμένων Ιατρών Νευρολόγων και Νευροχειρουργών, Ειδικευόμενων Ιατρών, Φοιτητών Ιατρικής και Νοσηλευτών. Κορυφαίοι διεθνείς ομιλητές παρουσίασαν και συζήτησαν τις τελευταίες εξελίξεις στον χειρισμό του νευρολογικού ασθενή τις κρίσιμες πρώτες ώρες. Διεθνούς φήμης ομιλητές παρουσίασαν ποικίλα θέματα διεπιστημονικής προσέγγισης, παρέχοντας ένα σύνολο πρωτοκόλλων, επιστημονικών εξελίξεων, σημείων αναφοράς και μεθόδων λήψης αποφάσεων για τον σωστό χειρισμό νευρολογικών περιστατικών.

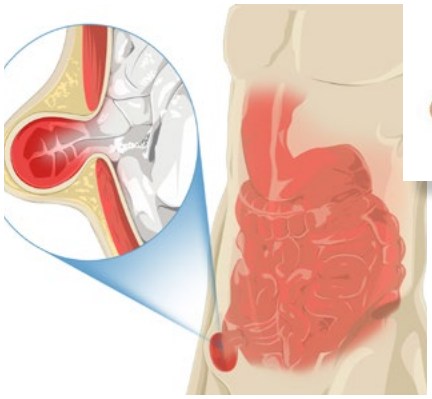
Το Emergency Neurological Life Support (ENLS), με υπεύθυνη διοργάνωσης την κα **Βάσω Ζησιμοπούλου**, Υπεύθυνη Μονάδας Εγκεφαλικών Εμφρακτικής, είναι ένα εντατικό εκπαιδευτικό σεμινάριο πάνω στις σωστές ενέργειες και τεχνικές της άμεσης υποστήριξης του κρίσιμου νευρολογικού ασθενή τις πρώτες ώρες.

Συμμετοχή της κας Σοφίας Τσιρώνα σε Επιστημονική Ημερίδα

Η κα Σοφία Τσιρώνα, Διευθύντρια Ενδοκρινολόγος και Επιστημονικά Υπεύθυνη του Ενδοκρινολογικού τμήματος του Πολυιατρείου Σημείο ΔΥΟ και της Ευρωκλινικής Αθηνών συμμετείχε με ομιλία στην Επιστημονική Εκδήλωση με τίτλο «2nd External Fixation Course on Orthoplastic Lower Extremity Reconstruction». Η κα Τσιρώνα παρουσίασε το θέμα «Περιεγχειρητική Διαχείριση Επιλεγμένων και Νοσηλευόμενων Ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη» .

Συμμετοχή Ευρωκλινικής σε παγκόσμια πολυκεντρική μελέτη για τις βουβωνοκήλες

Σημαντική παρουσία είχε η Ευρωκλινική στην παγκόσμια πολυκεντρική μελέτη για τις βουβωνοκήλες με τίτλο «Global Cohort Study: HernIas, Pathway and Planetary Outcomes for Inguinal Hernia Surgery (HIPPO study) - A global prospective cohort study on inguinal hernia surgery». Η συλλογή δεδομένων της μελέτης έχει ολοκληρωθεί και σύντομα αναμένονται οι δημοσιεύσεις των αποτελεσμάτων. Από πλευράς Ευρωκλινικής συμμετείχαν τα Χειρουργικά Τμήματα των κ.κ. **Αυγερινού, Αποστολόπουλου** και **Τσεχπενάκη** ενώ τη συγκέντρωση των δεδομένων και τον ρόλο του Local Lead του νοσοκομείου είχε η κα **Διονυσία Κελγιώργη**, Γενική Χειρουργός, Ευρωκλινικής Αθηνών.

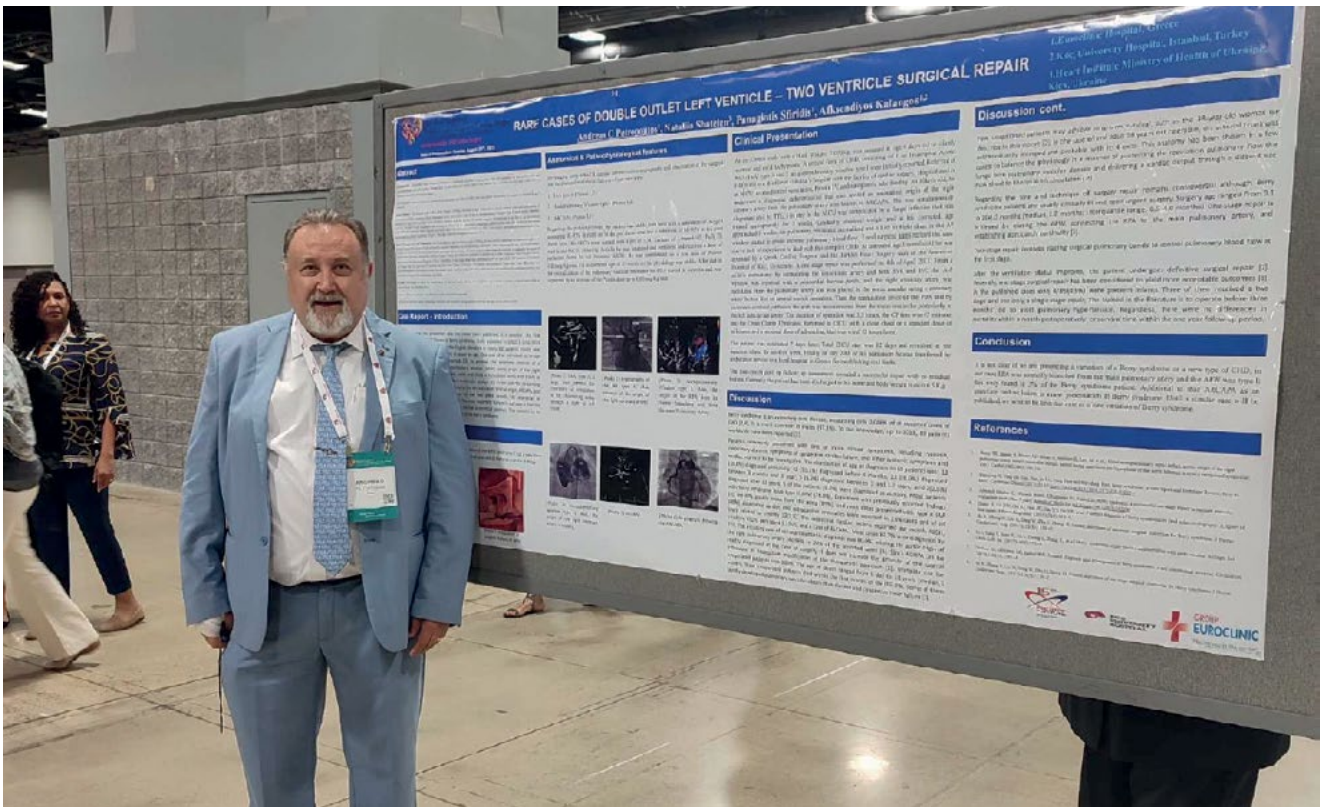


HIPPO
a research project from
NIHR Global Health Research Unit on
Global Surgery

Συμμετοχή του ιατρού Ορέστη Λύρου στο Πανελλήνιο Συνέδριο Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής

Ο ιατρός **Ορέστης Λύρος,** διευθυντής χειρουργός στην Ευρωκλινική Αθηνών, συμμετείχε ενεργά στο πρόσφατο Λαπαροενδοσκοπικό Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Λαπαροσκόπησης και Ενδοσκοπικής Χειρουργικής, παρουσιάζοντας νέες προσεγγίσεις στον τομέα της χειρουργικής αντιμετώπισης της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.

Κατά τη διάρκεια της ομιλίας του με θέμα: «Χειρουργικές τεχνικές αντιμετώπισης διαφραγματοκήλης, σύγκριση, tips & tricks», ο κ. Λύρος πραγματοποίησε μια σύγκριση των χειρουργικών τεχνικών που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της διαφραγματοκήλης, επισημαίνοντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε μιας. Επιπλέον, παρείχε συμβουλές που συμβάλλουν στην επιτυχή διεξαγωγή των χειρουργικών επεμβάσεων και μοιράστηκε στρατηγικές για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων.



Σημαντική διάκριση

για την Πρωτοποριακή Χειρουργική Επέμβαση από τον Δρ. Αυξέντιο Καλαγκό και την ομάδα του

Η Ευρωκλινική διακρίνεται διαχρονικά για το υψηλό επιστημονικό επίπεδο των ιατρών της, οι οποίοι διαπρέπουν και σε διεθνή κλίμακα. Πρόσφατα, ο Καθ. **Αυξέντιος Καλαγκός**, Διευθυντής του Κέντρου Συγγενών Καρδιοπαθειών της Ευρωκλινικής, και η ομάδα του, διακρίθηκαν σε παγκόσμιο επίπεδο στο **8ο Παγκόσμιο Συνέδριο Συγγενών Καρδιοπαθειών που πραγματοποιήθηκε στην Washington D.C.**

Σε έναν κόσμο όπου η ιατρική έρευνα και η συνεχής εξέλιξη αποτελούν τον πυρήνα της ιατρικής κοινότητας, ο Καθ. Καλαγκός και η ομάδα του διακρίθηκαν για την επιτυχή χειρουργική επέμβαση σε ένα πρόωρο μωρό με σπάνια Συγγενή Καρδιοπάθεια, μία περίπτωση που αποτελεί πρωτοπορία στον χώρο της ιατρικής.

Λόγω της εξαιρετικής δυσκολίας του περιστατικού, η περίπτωση του δεν γινόταν αποδεκτή από την πλειονότητα των ιατρών καθώς το ποσοστό επιτυχίας της επέμβασης ήταν άγνωστο. Ο Καθ. Καλαγκός ανέλαβε τον μικρό ασθενής ο οποίος γεννήθηκε 33 εβδομάδων με βάρος 2.070γρ και χειρουργήθηκε με επιτυχία σε διορθωμένη ηλικία 3 μηνών και με βάρος 2.970 γρ!

Έγινε ολική διόρθωση σε διακοπτόμενο αορτικό τόξο τύπου ΙΙΙ, σύγκλειση αορτοπνευμονικού παραθύρου τύπου Ι και μεταφορά της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας από την πνευμονική αρτηρία και σύνδεσή της στη φυσική της θέση στον αορτικό δακτύλιο.

Αυτό αποτελεί εξαιρετική επίδοση στον τομέα της παιδιατρικής καρδιοχειρουργικής. Η παρουσίαση αυτής της εξαιρετικής περίπτωσης έγινε από τον στενό συνεργάτη του κύριου Καλαγκού, τον Παιδοκαρδιολόγο **Ανδρέα Πετρόπουλο** και διακρίθηκε ανάμεσα σε 2697 ανακοινώσεις από 117 χώρες, αναδεικνύοντας την υψηλή εμπειρογνωμοσύνη της ομάδας του Τμήματος Συγγενών Καρδιοπαθειών της Ευρωκλινικής.

Η επιτυχία αυτή αποτελεί ένα ζωντανό παράδειγμα του πώς η ιατρική κοινότητα συνεχίζει να προοδεύει και να καθορίζει νέα πρότυπα στην υγειονομική φροντίδα.

Νέο Τμήμα Γενετικής Συμβουλευτικής στην Ευρωκλινική: Πρόληψη του Καρκίνου

Στο πλαίσιο της διαρκούς εξέλιξής της, η Ευρωκλινική εισήγαγε νέο τμήμα Γενετικής Συμβουλευτικής, υπό τη διεύθυνση του διακεκριμένου γενετιστή **Δρ. Γιαννουκάκου**.

Στο Τμήμα Γενετικής Συμβουλευτικής παρέχονται εξατομικευμένες πληροφορίες σε ασθενείς ή/και υγιείς σχετικά με την πιθανότητα να νοσήσουν από κάποια νόσο που κληρονομείται από τους γονείς τους. Η συμβουλευτική αντλεί πληροφορίες από το ατομικό ή το οικογενειακό ιατρικό ιστορικό του/της ασθενούς αλλά και τη γονιδιακή ανάλυση του γενετικού υλικού. Όσον αφορά τον καρκίνο, η γενετική

ανάλυση αναλύει την προδιάθεση που έχει ένα άτομο να αναπτύξει καρκίνο κατά τη διάρκεια της ζωής του. Το Τμήμα αφορά την πλειονότητα των ατόμων που έχουν νοσήσει από καρκίνο ή έχουν οικογενειακό ιστορικό νόσησης από καρκίνο αλλά και τα μέλη των οικογενειών τους σε περίπτωση θετικής απάντησης. Αφορά όμως και κάθε άτομο που θα ήθελε να γνωρίζει εάν βρίσκεται στην κατηγορία υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου, σύμφωνα βεβαίως με το επίπεδο των γνώσεων που έχουμε σήμερα.

Με την επέκταση αυτής της υπηρεσίας, η Ευρωκλινική συνεχίζει την προσφορά υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας και την προάσπιση της πρόληψης και της προσωποποιημένης ιατρικής για όλους.

Ευρωκλινική Αθηνών: Εγκαίνια Πρώτου Τμήματος Ιατρικής του Τρόπου Ζωής στην Ελλάδα

Πριν από λίγους μήνες, το πρώτο Τμήμα Ιατρικής του Τρόπου Ζωής (Lifestyle Medicine) ξεκίνησε τη λειτουργεία του στην Ευρωκλινική Αθηνών, με Επιστημονική Υπεύθυνη την κα **Καλλιόπη Καλαϊτζή**, σηματοδοτώντας μια επαναστατική προσέγγιση στον τομέα της ιατρικής. Το συγκεκριμένο τμήμα θέτει την προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής ως κεντρικό μέρος της πρόληψης και θεραπείας νοσημάτων.

Το νέο Ιατρείο προωθεί τη στενή συνεργασία με τους ασθενείς, προσφέροντας εξατομικευμένη προσέγγιση και ενθαρρύνει την υιοθέτηση μακροχρόνιων συμπεριφορικών αλλαγών. Τα οφέλη είναι πολύπλευρα, περιλαμβάνοντας την πρόληψη νέων νοσημάτων, την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής και την ελαχιστοποίηση της πίεσης στο υγειονομικό σύστημα ενώ παράλληλα, συμβάλλει στη δημιουργία υγιών και βιώσιμων κοινοτήτων.

Καλωσορίζουμε τον Θωρακοχειρουργό Κ. Παπαγιαννόπουλο στην Ευρωκλινική Αθηνών!

Με μεγάλη χαρά ανακοινώνουμε τη συνεργασία μας με τον διακεκριμένο Θωρακοχειρουργό **Κωνσταντίνο Παπαγιαννόπουλο,** ο οποίος αναλαμβάνει καθήκοντα ως Διευθυντής στον Τομέα Χειρουργικής Θώρακος στην Ευρωκλινική Αθηνών.

Ο κ. Παπαγιαννόπουλος είναι διεθνώς αναγνωρισμένος για την εξειδίκευσή του στις ελάχιστα επεμβατικές χειρουργικές επεμβάσεις στον καρκίνο του πνεύμονα και τον τομέα της καρδιοθωρακικής παθολογίας.

Διαθέτει πολυετή εμπειρία, έχει διατελέσει επί σειρά ετών Διευθυντής του Τομέα Θωρακοχειρουργικής στο Leeds Teaching Hospital στην Αγγλία και έχει επιτελέσει Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Ένωσης χειρουργών Θώρακος.

Το Τμήμα Θωρακοχειρουργικής της Ευρωκλινικής είναι σε θέση πλέον να προσφέρει εξειδικευμένες και σύγχρονες υπηρεσίες θωρακοχειρουργικής εφάμιλλες με τα καλύτερα κέντρα του εξωτερικού.

Νέο υπερσύγχρονο Ρομποτικό σύστημα Da Vinci Xi 4ης γενιάς στην Ευρωκλινική

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής, έχοντας ως άξονα τη συνεχή βελτίωση και παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών στους ασθενείς του, αναβαθμίζει τα χειρουργεία του με την εγκατάσταση του νέου υπερσύγχρονου ρομποτικού συστήματος Da Vinci Xi 4ης γενιάς.

Το νέο ρομποτικό σύστημα Da Vinci Xi είναι η προηγμένη εξέλιξη της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής και ανοίγει νέους ορίζοντες στην περίθαλψη των ασθενών.

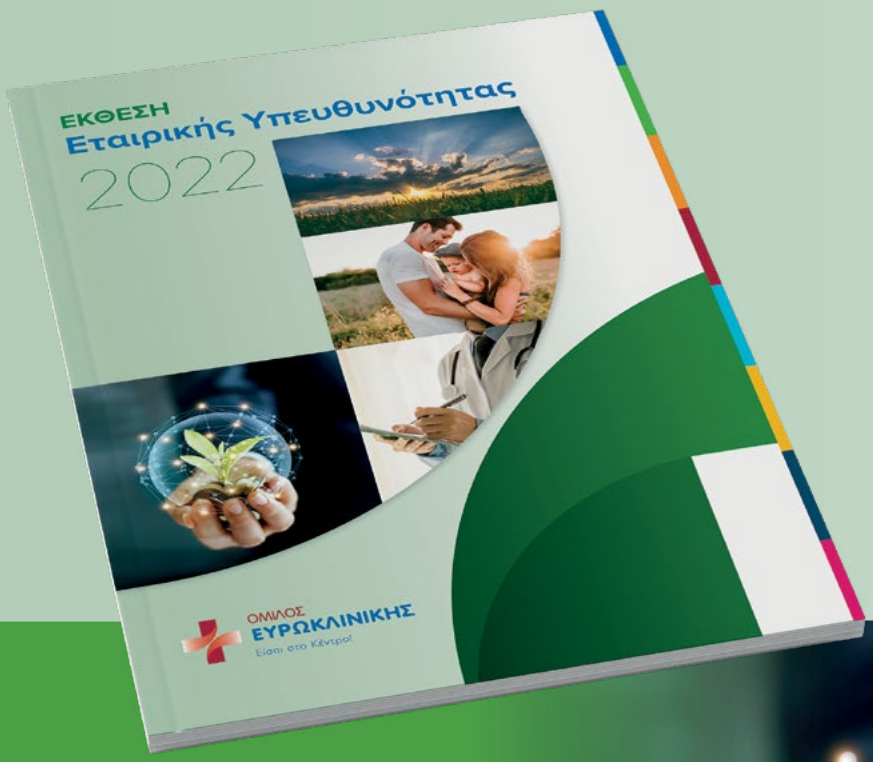
Ένα από τα βασικά πλεονεκτήματα του συστήματος Da Vinci Xi είναι η αυξημένη εμβέλεια κίνησης των ρομποτικών εργαλείων, που παρέχει μεγαλύτερη ακρίβεια και ελευθερία κινήσεων στον χειρουργό. Αυτό συμβάλλει στη βελτίωση του χειρουργικού αποτελέσματος και επιτρέπει στον ιατρό να πραγματοποιεί πιο αποτελεσματικές επεμβάσεις. Επιπλέον, το σύστημα Da Vinci Xi παρέχει άριστη τρισδιάστατη όραση υψηλής ανάλυσης, που επιτρέπει στον χειρουργό να έχει ευκρινή εικόνα του χειρουργικού πεδίου. Αυτό συμβάλλει στην ακρίβεια της διαδικασίας και μειώνει τον κίνδυνο πιθανών λαθών.

Το ρομποτικό σύστημα Da Vinci Xi προσφέρει νέες εναλλακτικές σε αρκετές χειρουργικές ειδικότητες, όπως η Γενική Χειρουργική, η Βαριατρική, η Ουρολογία, η Γυναικολογία, η Θωρακοχειρουργική και άλλες. Οι ασθενείς ωφελούνται σημαντικά από αυτήν την προηγμένη τεχνολογία. Κάποια από τα οφέλη περιλαμβάνουν:

- **Μειωμένος χρόνος νοσηλείας:** Η ελάχιστα επεμβατική χειρουργική με το σύστημα Da Vinci Xi επιτρέπει συντομότερους χρόνους νοσηλείας για τους ασθενείς.

- **Ταχύτερη ανάρρωση:** Η μειωμένη επεμβατικότητα συμβάλλει σε ταχύτερη ανάρρωση μετά την επέμβαση.
- **Άμεση επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες:** Οι ασθενείς μπορούν να επιστρέψουν γρήγορα στις καθημερινές τους δραστηριότητες, χάρη στη γρηγορότερη ανάρρωση που προσφέρει η ελάχιστα επεμβατική χειρουργική με το σύστημα Da Vinci Xi.
- **Εξαιρετικό αισθητικό αποτέλεσμα:** Η λεπτομερής και ακριβής επέμβαση που πραγματοποιείται με τη βοήθεια του ρομποτικού συστήματος συνεισφέρει σε εξαιρετικά αισθητικά αποτελέσματα, με ελάχιστα ορατές ουλές ή επιπλοκές.
- **Μηδαμινή απώλεια αίματος:** Οι επεμβάσεις που πραγματοποιούνται με το σύστημα Da Vinci Xi χαρακτηρίζονται από μηδαμινή απώλεια αίματος, καθώς η χειρουργική διαδικασία είναι ακριβής και ελάχιστα επεμβατική.
- **Ελάχιστος μετεγχειρητικός πόνος:** Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε επεμβάσεις με το Da Vinci Xi αναφέρουν συνήθως ελάχιστο μετεγχειρητικό πόνο, καθώς η επέμβαση είναι ελαφρώς επεμβατική και πιο ακριβής.
- **Μικρότερος κίνδυνος επιπλοκών:** Η αυξημένη ακρίβεια και ελάχιστη επέμβαση του συστήματος Da Vinci Xi μειώνει τον κίνδυνο επιπλοκών κατά τη διάρκεια και μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Συνεχίζουμε να επενδύουμε καθημερινά σε τεχνολογίες για να προσφέρουμε τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες στους ασθενείς μας αλλά και στους γιατρούς μας.



Δημοσιεύσαμε την 3η Έκθεση Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης

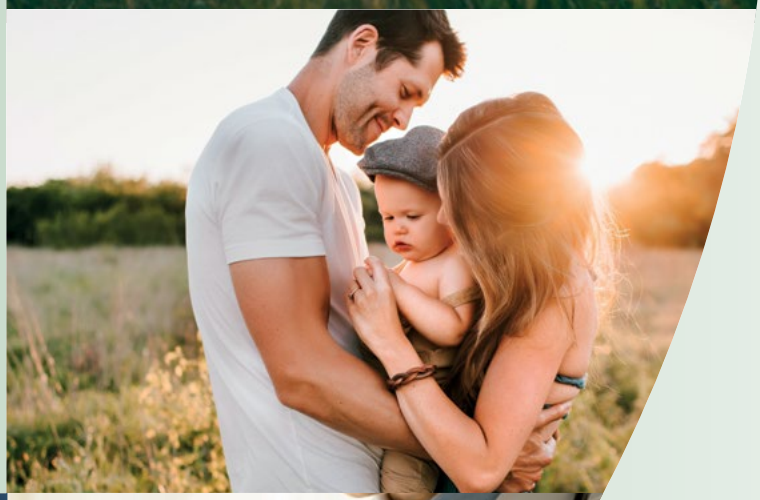
με όλα τα επιτεύγματα και τις δράσεις του 2022

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής, προχώρησε στη δημοσίευση της **Έκθεσης Εταιρικής Υπευθυνότητας και Βιώσιμης Ανάπτυξης για το 2022.** Η νέα Έκθεση περιλαμβάνει όλες τις δράσεις και τα προγράμματα που πραγματοποίησαμε το προηγούμενο έτος, ανταποκρινόμενοι με επιτυχία στις σύγχρονες οικονομικές, περιβαλλοντικές και κοινωνικές προκλήσεις.

Η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας συνεχίζει να είναι υψίστης σημασίας για εμάς. Αυτός είναι ο λόγος που **9 στους 10 ασθενείς μας δηλώνουν απόλυτα ικανοποιημένοι** από την εξυπηρέτηση και τη φροντίδα του Ομίλου Ευρωκλινικής.

● Επενδύσαμε σημαντικά στη **βελτίωση των υποδομών μας και στην υιοθέτηση των πιο σύγχρονων τεχνολογιών στον τομέα της υγείας**. Υιοθετήσαμε αποτελεσματικές διαδικασίες, αναβαθμίσαμε τον ιατρικό μας εξοπλισμό και εισαγάγαμε καινοτόμες μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας, προσφέροντας έτσι την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς μας.

● Στο πλαίσιο της δέσμευσής μας για περιβαλλοντική ευθύνη, ενισχύσαμε επίσης τις πρωτοβουλίες μας στον τομέα της **βιώσιμης ανάπτυξης**. Θέσαμε στόχους για τη μείωση των εκπομπών άνθρακα και τη βελτίωση της



Σκανάρετε για να διαβάσετε την Έκθεση

ενεργειακής απόδοσης σε όλους τους χώρους του Ομίλου μας. Εφαρμόσαμε μέτρα ανακύκλωσης και μείωσης των αποβλήτων και προωθήσαμε τη χρήση ανανεώσιμων πηγών ενέργειας. Μειώσαμε σημαντικά την κατανάλωση ενέργειας, κατά 25% ενώ στόχος μας παραμένει η συνεχής βελτίωση των περιβαλλοντικών μας επιδόσεων για την ελαχιστοποίηση του περιβαλλοντικού μας αποτυπώματος.

- Επιπλέον, ενισχύσαμε τις προγραμματισμένες μας δράσεις για την **κοινωνική ευθύνη**, προσφέροντας υποστήριξη σε τοπικές κοινότητες και συμβάλλοντας τα μέγιστα στην κοινωνική ευημερία. Με την αμέριστη εθελοντική προσφορά των εργαζομένων μας και των συνεργατών ιατρών μας, καταφέραμε να φέρουμε τη φροντίδα υγείας πιο κοντά σε ανθρώπους που είχαν περιορισμένη πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες.

Όλα τα επιτεύγματα μας, δεν θα ήταν δυνατά χωρίς την αφοσίωση, την τεχνογνωσία και το πάθος των ανθρώπων μας. Κάθε μέλος της οικογένειας του Ομίλου Ευρωκλινικής διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στην παροχή εξαιρετικών υπηρεσιών υγείας, στην προώθηση της καινοτομίας και στην προάσπιση των αξιών μας για βιωσιμότητα και κοινωνική ευθύνη. Εξακολουθούμε να επενδύουμε στην εκπαίδευση και την επαγγελματική ανάπτυξη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού μας. Παρέχουμε συνεχή κατάρτιση και εκπαίδευση, ώστε να είναι ενημερωμένοι για τις νέες εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής και να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς μας.

Με αφορμή την έκδοση της Έκθεσης ο Αντιπρόεδρος του Ομίλου Ευρωκλινικής, **Νικόλας Πλακόπητας**, δήλωσε: «*Με μεγάλη χαρά παρουσιάζουμε την ετήσια έκθεση κοινωνικής ευθύνης του Ομίλου Ευρωκλινικής. Η έκθεση αυτή αποτυπώνει τις δράσεις μας για την προώθηση της κοινωνικής ευθύνης και την υποστήριξη της τοπικής κοινωνίας. Ως όμιλος, πιστεύουμε ότι έχουμε την ευθύνη να συμβάλλουμε στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, των εργαζομένων και της τοπικής κοινωνίας. Για το λόγο αυτό, υλοποιούμε ένα ευρύ φάσμα δράσεων κοινωνικής ευθύνης, με έμφαση στην υγεία, την εκπαίδευση και την προστασία του περιβάλλοντος. Είμαστε βέβαιοι ότι με τη συνεχή προσπάθεια και δέσμευσή μας, μπορούμε να δημιουργήσουμε ένα πιο βιώσιμο μέλλον για όλους.*»

Νέο εξειδικευμένο Ιατρείο ΣΚΠ στην Ευρωκλινική Αθηνών

Το νέο Ειδικό Ιατρείο προσφέρει **εξειδικευμένη φροντίδα και ολιστική αντιμετώπιση σε όλους τους ασθενείς με ΣΚΠ και λοιπά απομυελινωτικά νοσήματα**.

Επιπρόσθετα παρέχει μια ευρεία γκάμα υπηρεσιών που στοχεύουν στην αξιολόγηση, θεραπεία και διαχείριση της νόσου, προσαρμοσμένες στις ατομικές ανάγκες κάθε ασθενούς.

Ανάμεσα στις υπηρεσίες που παρέχονται στο Ειδικό Ιατρείο περιλαμβάνονται η παρακολούθηση με εξειδικευμένες ιατρικές κλίμακες για την αξιολόγηση και σταδιοποίηση της νόσου, καθώς και η εφαρμογή σύγχρονων θεραπευτικών πρωτοκόλλων για εγχύσεις φαρμάκων.

Ένας σημαντικός παράγοντας στη φροντίδα των ασθενών με ΣΚΠ είναι η **ειδική παρακολούθηση, συμβουλευτική υποστήριξη και εκπαίδευση από πιστοποιημένη Νοσηλεύτρια Πολλαπλής Σκλήρυνσης *(Multiple Sclerosis Nurse)*** που παρέχεται στο Ιατρείο.

Επιπλέον, κατανοώντας το πώς η ΣΚΠ επηρεάζει όλη την οικογένεια και το περιβάλλον του ασθενούς, το Ιατρείο προσφέρει εκπαίδευση σε ασθενείς και οικεία μέλη για τη διαχείριση της νόσου και των επιπλοκών της, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Το Ειδικό Ιατρείο Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας λειτουργεί σε στενή συνεργασία με το Ακτινολογικό, Αιματολογικό και Ενδοκρινολογικό Τμήμα της Κλινικής, καθώς και το Νευροφυσιολογικό Εργαστήριο. Με αυτόν τον τρόπο, έχουμε τη δυνατότητα να προσφέρουμε στους ασθενείς μας ολοκληρωμένη φροντίδα και θεραπεία από μια ομάδα ειδικευμένων επαγγελματιών.

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση προτεραιότητα της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης του Ομίλου της Ευρωκλινικής

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αλματώδης εξέλιξη στον τομέα των ιατρικών επιστημών, με την καθιέρωση νέων θεραπευτικών μέσων, την ανακάλυψη πρωτοπόρων και εξειδικευμένων τεχνικών, με ταυτόχρονη αλλαγή του τρόπου παροχής φροντίδας υγείας. Πλέον, όλες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αξιολογούνται από τους ίδιους τους ασθενείς, είτε μέσω των εμπειριών τους (PREMS), είτε μέσω των εκβάσεων της νόσου τους (PROMS).

Η νοσηλευτική επιστήμη ακολουθεί αυτές τις αλλαγές, διαρκώς βελτιώνεται, επεκτείνεται, αναθεωρείται, αναλαμβάνει νέους ρόλους και δράσεις και υιοθετεί νέες τεχνικές αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η Ευρωκλινική Αθηνών είναι ένα σύγχρονο ιδιωτικό νοσοκομείο το οποίο προσφέρει υψηλού επιπέδου παροχές φροντίδας υγείας στους ασθενείς, στηριζόμενο στο εξειδικευμένο, Ιατρικό, Νοσηλευτικό, Διοικητικό και Παραϊατρικό προσωπικό της.

Η Διεύθυνση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Ομίλου Ευρωκλινικής, στοχεύοντας στη δημιουργία ενός ασφαλούς και ποιοτικού περιβάλλοντος για τους ασθενείς και το προσωπικό της, ενθαρρύνει τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την επαγγελματική ανάπτυξη των νοσηλευτών διαχρονικά.

Οι Νοσηλευτές μας, αποτελούν μέλη επιστημονικών εταιρειών, συμμετέχουν στα μεγαλύτερα επιστημονικά συνέδρια της χώρας μας, παρακολουθούν πιστοποιημένα εκπαιδευτικά προγράμματα και πλέον αρκετοί από αυτούς είναι οι ίδιοι εξειδικευμένοι εκπαιδευτές.

Πέραν όμως της εξωστρέφειας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, από φέτος έχει δημιουργηθεί ένα **διεπιστημονικό πρόγραμμα εσωτερικής εκπαίδευσης**, που σκοπό έχει την επισήμανση και επανεκπαίδευση τόσο των νέων όσο και των παλαιότερων νοσηλευτών, σε σημαντικά κλινικά καθημερινά θέματα.

Η έναρξη των εσωτερικών εκπαιδευτικών μαθημάτων έγινε το Σάββατο 08/04/2023 στο αμφιθέατρο του Ινστιτούτου Παστέρ και διήρκησε 2 ώρες. Το θέμα που παρουσιάστηκε από τους: κ. **Δημήτριο Παπαγεωργίου** (Προϊστάμενο Τμήματος Ειδικών Θεραπειών) και κ. **Φλωρίνα Μπακάλη** (Προϊσταμένη Παιδιατρικού Τμήματος) ήταν η **«Λήψη των Ζωτικών Σημείων σε ενήλικες και παιδιά».**

Συνολικά συμμετείχαν **100 νοσηλευτές** και για την εκπαίδευση τους χρησιμοποιήθηκε κατάλληλο οπτικοακουστικό υλικό με ταυτόχρονη συζήτηση επί διαδικαστικών θεμάτων, που αφορούσαν τα διαφορετικά τμήματα του νοσοκομείου.

Η συζήτηση ήταν ιδιαιτέρως σημαντική και υπήρχε παρότρυνση πραγματοποίησής της, τόσο από τη Νοσηλευτική υπηρεσία, όσο και από τους ομιλητές, ώστε να αναδειχτούν προβλήματα και λύσεις σε θέματα εσωτερικής συνεργασίας και λειτουργικότητας.

Τα μαθήματα θα συνεχιστούν και την επόμενη χρονιά, έχοντας πάντα υπόψιν ότι η εκπαιδευτική διαδικασία, είναι μια δυναμική διαδικασία, η οποία επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, όπως τις ανάγκες του νοσοκομείου, την πληρότητα των ορόφων, τη διαθεσιμότητα του προσωπικού.

Η διάθεση όλων είναι να ενταθούν και να ενισχυθούν οι συναντήσεις αυτές, οι οποίες αποσκοπούν στην ουσιαστική βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου μας.

ΥΓ. *Ευχαριστώ θερμά το Προϊστάμενο του τμήματος ειδικών θεραπειών, κ. Δημήτρη Παπαγεωργίου για τη πολύτιμη βοήθειά του στην υλοποίηση του προγράμματος!*

Γράφει η κ. Καντζιά Αγορή, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Βάζουμε τέλος

στην έμφυλη βία στον χώρο της υγείας

Τον περασμένο Δεκέμβριο πήραμε την πρωτοβουλία να διοργανώσουμε μια Επιστημονική Ημερίδα με τίτλο «Ενημέρωση & Ευαισθητοποίηση των Υγειονομικών σχετικά με την Έμφυλη βία».

Στόχος μας ήταν να ευαισθητοποιήσουμε και να ενημερώσουμε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, σχετικά με την ορθή διαχείριση περιστατικών έμφυλης βίας όταν αυτά προσέρχονται στο νοσοκομείο.

Στην εκδήλωση μας έκαναν την τιμή να συμμετάσχουν καταξιωμένες ομιλήτριες με ειδίκευση στον τομέα της έμφυλης βίας. Συγκεκριμένα η Ολυμπιονίκης **Σοφία Μπεκατώρου** μέσω της βιωματικής της ομιλίας, κατάφερε να συνδεθεί με το κοινό και να μεταφέρει σπουδαία μηνύματα για τις επιπτώσεις της έμφυλης βίας.

Η επιστημονική ημερίδα αποτέλεσε μια πλατφόρμα όπου εμπειρογνώμονες, γιατροί, νοσηλευτές και εκπρόσωποι των γυναικείων οργανώσεων συναντήθηκαν για να συζητήσουν, να ανταλλάξουν απόψεις και να προτείνουν λύσεις για την αντιμετώπιση της έμφυλης βίας στον χώρο του νοσοκομείου.

Επιπλέον αναδείχθηκε η σημασία της πρόληψης, της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας, προκειμένου να δημιουργηθούν ανοιχτοί διάλογοι και να αναπτυχθούν νέες συνειδητοποιημένες στάσεις απέναντι στην έμφυλη βία.

Στην εκδήλωση συμμετείχαν:

- **Μαρία Συρεγγέλα**-Υφυπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων
- **Σοφία Μπεκατώρου**-Δις Ολυμπιονίκης και Ψυχολόγος

- **Μαρίνα Καλαϊτζή**-Δικηγόρος, Συντονίστρια Hub Θεσσαλονίκης Women Act
- **Κατερίνα Κιουρτσίδου**-Γραμματέα Ισότητας Φύλων Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Ενώσεων Στρατιωτικών-ΠΟΜΕΝΣ
- **Βαγενά Σοφία**-Πρόεδρος Επιτροπής Ισότητας και Δικαιωμάτων Αστυνομικού Προσωπικού της ΠΟΑΣΥ
- **Σταυρούλα Γκρίτζαλη**-Παλαίμαχη Μπασκετμπολίστρια, Νυν Προπονήτρια, Συνεργάτης ΕΣΟΑ
- **Μαρία Κουφιώτη**-Εμπειρογνώμονας σε θέματα φύλου, Συνεργάτης ΚΕΘΙ, Επιστημονική Επόπτρια σε δομές του δικτύου για την πρόληψη και καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών της Γενικής Γραμματείας Δημογραφικής Οικογενειακής Πολιτικής και Ισότητας των Φύλων (ΓΓΔΟΠΙΦ)
- **Νικόλ Καζαντζίδου**-Δημοσιογράφο και Συντονίστρια της εκδήλωσής μας

Μαζί βάζουμε #stop
στον φαύλο κύκλο της βίας!
Και αυτή ήταν μόνο η αρχή!

Το Εγκεφαλικό μπορεί να θεραπευτεί - Μια ενημερωτική καμπάνια που αλλάζει ζωές

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής προωθεί την ευαισθητοποίηση για την πρόληψη και θεραπεία του εγκεφαλικού

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής προχώρησε στη δημιουργία μιας ενημερωτικής καμπάνιας με κεντρικό θέμα το εγκεφαλικό και τη σημασία της πρόληψης και της έγκαιρης αντιμετώπισης του. Η συγκεκριμένη πρωτοβουλία αποτυπώνει τις πραγματικές ιστορίες ανθρώπων που αντιμετώπισαν το εγκεφαλικό και κατάφεραν να το ξεπεράσουν επιτυχώς χάρη στην εξειδικευμένη περίθαλψη που λαμβάνουν στη Μονάδα Αντιμετώπισης Εγκεφαλικών της Ευρωκλινικής.

Η καμπάνια

Η καμπάνια του Ομίλου Ευρωκλινικής, με το σύνθημα «Το εγκεφαλικό μπορεί να θεραπευτεί», παρουσιάζει τέσσερις καθημερινούς ανθρώπους που μοιράζονται την προσωπική τους εμπειρία με το εγκεφαλικό. Συγκεκριμένα αναφέρουν πώς βίωσαν τα πρώτα συμπτώματα, πώς αντιμετώπισαν τη δύσκολη περίοδο από τη διάγνωση έως την αποθεραπεία, και πώς κατάφεραν να ξεπεράσουν τις προκλήσεις που αντιμετώπισαν.

Ο στόχος αυτής της καμπάνιας ήταν να ευαισθητοποιήσει το ευρύ κοινό ότι το εγκεφαλικό δεν διακρίνει φύλο και ηλικία καθώς και ότι υπάρχει θεραπευτική λύση για αυτήν την πάθηση, αρκεί οι ασθενείς να αντιδράσουν άμεσα.

Η επικοινωνία της καμπάνιας έγινε σε όλα τα social media του Ομίλου και επιπρόσθετα προκειμένου να ενισχυθεί η προβολή της συμμετείχε σε αυτήν ο γνωστός ηθοποιός **Θοδωρής Αθερίδης**.

Ο Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής, κ. **Αντώνης Βουκλαρής**, τόνισε την υπερηφάνεια του για αυτήν την ενημερωτική καμπάνια, η οποία αποδεικνύει την υψηλή ποιότητα και εξειδίκευση της Μονάδας Εγκεφαλικών της Ευρωκλινικής. Ως αποτέλεσμα αυτής της εξειδικευμένης μονάδας, πολλοί άνθρωποι έχουν τη δυνατότητα να ζήσουν μια φυσιολογική και ποιοτική ζωή χωρίς αναπηρίες.

Η υπεύθυνη της Μονάδας Αντιμετώπισης Εγκεφαλικών Επεισοδίων της Ευρωκλινικής, κα **Βάσω Ζησιμοπούλου**, επισήμανε τη σημασία της άμεσης προσέλευσης των ασθενών σε μια εξειδικευμένη και καλά οργανωμένη μονάδα για την αντιμετώπιση του εγκεφαλικού.

Το εγκεφαλικό είναι η πρώτη αιτία μη αναστρέψιμης αναπηρίας σε παγκόσμιο επίπεδο, και γι' αυτό η ευαισθητοποίηση του κοινού μέσω αυτής της καμπάνιας είναι ζωτικής σημασίας.

Εάν αντιμετωπίζετε οποιαδήποτε συμπτώματα που υποδηλώνουν εγκεφαλικό επεισόδιο, όπως αιφνίδια αδυναμία σε μία πλευρά του σώματος, δυσκολία στην ομιλία ή αντίληψη, απώλεια ισορροπίας ή σφίξιμο στο στήθος, είναι σημαντικό να αναζητήσετε άμεσα ιατρική βοήθεια. Καλέστε αμέσως τον αριθμό έκτακτης ανάγκης της περιοχής σας ή πηγαίνετε απευθείας στο πλησιέστερο νοσοκομείο επείγουσας περίθαλψης.

Οι ιατροί της Ευρωκλινικής αποδεικνύουν την κοινωνική τους ευαισθησία με κάθε ευκαιρία!

Οι ιατροί καρδιολόγοι **Αθανασιάς Δημήτριος** και **Κουμουλίδης Αναστάσιος**, μετέβησαν στο ακριτικό Καστελόριζο για να πραγματοποιήσουν δωρεάν καρδιολογικούς ελέγχους στους κατοίκους του νησιού.

Συνολικά εξετάστηκαν **30 παιδιά και 40 ενήλικες**. Σε όλους πραγματοποιήθηκε πλήρης καρδιολογικός έλεγχος με λήψη ιστορικού και φαρμακευτικής αγωγής, κλινική εξέταση, μέτρηση αρτηριακής πίεσης, ηλεκτροκαρδιογράφημα και υπερηχοκαρδιογράφημα (triplex).

Για όλους τους εξετασθέντες, κρατήθηκε αρχείο, με τα αποτελέσματα της εξέτασης, τη λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή και τις συστάσεις που έγιναν από τους καρδιολόγους. Το αρχείο παρέμεινε στο κέντρο υγείας του νησιού, για μελλοντική χρήση, τόσο από τους εκάστοτε αγροτικούς ιατρούς αλλά και γενικά από οποιονδήποτε ιατρό θελήσει να ενημερωθεί για την κατάσταση υγείας των εξετασθέντων.

Σε όσους εξεταζόμενους κρίθηκε απαραίτητο, συστήθηκε έναρξη φαρμακευτικής αγωγής ή τροποποίηση της λαμβανόμενης και συστήθηκε περαιτέρω έλεγχος όπου απαιτούνταν. Στα παιδιά, χορηγήθηκε επιπλέον, η «Κάρτα Αθλητή», για συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες, σύμφωνα με τη νομοθεσία.

Οι αγροτικοί ιατροί και η νοσηλεύτρια του νησιού, ενημερώθηκαν λεπτομερώς για τα αποτελέσματα των εξετάσεων, τους εξεταζόμενους «υψηλότερου» κινδύνου, ενώ τέθηκαν στη διάθεσή τους τα προσωπικά τηλέφωνα των ιατρών-καρδιολόγων για απομακρυσμένη βοήθεια σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητη.

Μπορεί το «ταξίδι προσφοράς» μέχρι το Καστελόριζο να έλαβε τέλος αλλά η επιτυχία του εγχειρήματος και η θέρμη με την οποία αγκάλιασαν οι ακρίτες μας την όλη προσπάθεια αφήνουν παρακαταθήκη, εκτός από την πρόληψη, την υπόσχεση για της επανάληψης της ενέργειας ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

AxionHellas
WE SUPPORT SOCIETY

Η Ευρωκλινική ταξιδεύει μαζί με την Axion Hellas στα ακριτικά νησιά

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

Τον Μάϊο είχαμε τη χαρά και την τιμή να συνεισφέρουμε ακόμα μια φορά στην εθελοντική δράση της ΑΜΚΕ Axion Hellas και να συμμετέχουμε στην 13η αποστολή της στα ακριτικά νησιά Χάλκη, Σύμη, Ηρακλειά, Ψέριμο και Κίμωλο, με σκοπό την παροχή δωρεάν ιατρικών εξετάσεων στους κατοίκους τους.

Από πλευράς Ευρωκλινικής τη δράση ενίσχυσαν με την παρουσία τους και το έργο τους οι:

- **Πέτρος Μαλακάσης**, Διευθυντής Τμήματος Απεικόνισης Μαστού και Οστικής Πυκνομετρίας
- **Μιχάλης Μαυρουδής**, Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής Μαστού
- **Ιωάννης Ζελενίτσας**, Διευθυντής Παθολόγος
- **Έλη Αναγνώστου**, Ενδοκρινολόγος
- **Λαμπρινή Κορδάτου**, Προϊσταμένη Πολυιατρείου Ευρωκλινικής.

Οι Ιατροί και οι νοσηλευτές της Ευρωκλινικής που συμμετείχαν στη δράση, συνέβαλλαν στην αντιμετώπιση υγειονομικών προκλήσεων και παρείχαν την απαραίτητη υποστήριξη σε περιοχές που υποφέρουν από έλλειψη ιατρικής περίθαλψης.

Με την παρουσία μας στα ακριτικά νησιά επιδιώξαμε να ευαισθητοποιήσουμε τους κατοίκους για τη σημασία της προληπτικής φροντίδας της υγείας, καθώς και να συμβάλλουμε στην ενίσχυση του υφιστάμενου συστήματος υγείας.

Μέσω του εθελοντισμού και της προσφοράς των ιατρικών της υπηρεσιών, η ομάδα μας απέδειξε για μία ακόμα φορά την θέληση της να είναι εκεί για τους ανθρώπους που έχουν ανάγκη και αντιμετωπίζουν δυσκολίες να λάβουν τη βοήθεια που χρειάζονται.

Στέλνουμε είδη πρώτης ανάγκης σε σχολεία στην Αφρική

Ο 'Ομιλος Ευρωκλινικής σε συνεργασία με το σχολείο Pierce και συγκεκριμένα με την ομάδα Hand in Hand Pierce for Africa, πρόσφατα πραγματοποίησαν μια πολύ σημαντική δράση αλληλεγγύης. Συγκεκριμένα στάλθηκαν 4 κυτία πρώτων βοηθειών, γεμάτα με ιατρικό υλικό και είδη πρώτης ανάγκης σε 3 σχολεία στην Κένυας της Αφρικής.

Με αυτήν την πρωτοβουλία επιδιώκουμε να δώσουμε ένα αίσθημα ελπίδας και να παρέχουμε την απαραίτητη ιατρική υποστήριξη σε παιδιά που αντιμετωπίζουν δύσκολες συνθήκες διαβίωσης και έλλειψη πόρων.

Η συγκεκριμένη σύμπραξη, αποτελεί ένα παράδειγμα του πώς οι

οργανισμοί και οι εθελοντές μπορούν να ενώσουν τις δυνάμεις τους για το κοινό καλό.

Με τη συμπαράσταση της ομάδας Hand in Hand Pierce for Africa, η πρωτοβουλία αυτή λαμβάνει διεθνή διάσταση και δείχνει τη δέσμευση των οργανισμών αυτών να συνεισφέρουν στην ανάπτυξη και την ευημερία των κοινοτήτων πέρα από τα σύνορα τους.

Βάζουμε τέλος στην παρενόχληση στον εργασιακό χώρο!

Στην Ευρωκλινική, η ευημερία του προσωπικού μας βρίσκεται πάντα στην κορυφή των προτεραιοτήτων μας. Για τον λόγο αυτό, διοργανώσαμε ένα εξαιρετικά εποικοδομητικό και διαδραστικό σεμινάριο με στόχο την πρόληψη και την αντιμετώπιση της βίας και της παρενόχλησης στον εργασιακό χώρο.

Στο σεμινάριο μας συμμετείχαν εργαζόμενοι από διάφορα τμήματα της Ευρωκλινικής, οι οποίοι ενημερώθηκαν για τις νομικές απαιτήσεις που αφορούν την πρόληψη της παρενόχλησης στην ελληνική εργατική νομοθεσία. Επίσης, αναδείχθηκε η αναγκαιότητα συμμόρφωσης και συνεργασίας με τις σχετικές διατάξεις.

Οι ομιλητές μας παρουσίασαν τεχνικές διαχείρισης περιστατικών βίας και παρενόχλησης, παρέχοντας στους συμμετέχοντες εργαλεία και πρακτικές συμβουλές για την αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων.

Επιπλέον, αναφερθήκαμε στα εμπόδια που μπορεί να προκύψουν κατά τη διαχείριση και αντιμετώπιση της παρενόχλησης, επισημαίνοντας τη σημασία της ευαισθητοποίησης και της υποστήριξης μεταξύ των μελών της ομάδας. Μέσα από την εποικοδομητική συζήτηση και τον ανοικτό διάλογο, προσπαθήσαμε να ενισχύσουμε την ανταλλαγή απόψεων και να δημιουργήσουμε μια αίσθηση κοινότητας και αλληλεγγύης.

Συνεχίζουμε να επενδύουμε σε πρωτοβουλίες που προωθούν τον αμοιβαίο σεβασμό, την ισότητα και την υποστήριξη μεταξύ των εργαζομένων μας. Όλοι μαζί μπορούμε να κάνουμε ένα σημαντικό βήμα στην εξάλειψη του εργασιακού εκφοβισμού.

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής πολύτιμος χορηγός υγείας της ένωσης συμμετασχόντων σε Ολυμπιακούς Αγώνες

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής και η Ένωση Συμμετασχόντων σε Ολυμπιακούς Αγώνες-ΕΣΟΑ ενώνουν τις δυνάμεις τους, για να βοηθήσουν τους αθλητές μας στους Ολυμπιακούς Αγώνες.

Ο Όμιλος Ευρωκλινικής, ένας από τους μεγαλύτερους Νοσοκομειακούς Ομίλους στην Ελλάδα, γίνεται ο νέος χορηγός υγείας των Olympians Ellados, παρέχοντας υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας στους αθλητές μας. Η συνεργασία μας περιλαμβάνει κοινές πρωτοβουλίες για την προώθηση της υγείας σε όλη τη χώρα και την παρέμβαση σε κοινωνικά θέματα.

Από πλευράς του, ο Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου Ευρωκλινικής κ. **Αντώνης Βουκλαρής** δήλωσε:

«Ο Όμιλος Ευρωκλινικής στηρίζει διαχρονικά τον ελληνικό Αθλητισμό. Θεωρούμε ότι εκτός από τιμή μας, είναι και υποχρέωσή μας να προσφέρουμε το μέγιστο που μπορούμε από την πλευρά μας, στηρίζοντας υγειονομικά αυτούς τους αθλητές, οι οποίοι δόξασαν με τις επιδόσεις και τις συμμετοχές τους στους Ολυμπιακούς Αγώνες τη χώρα μας και οι οποίοι συνεχίζουν ακόμα και σήμερα με το έργο και τη στάση τους να αναδεικνύουν τις αξίες του Αθλητισμού και της Ανθρωπιάς».

Η Ευρωκλινική στο 24ο Παγκόσμιο Πρωτάθλημα Handball Νέων

Το 24ο Παγκόσμιο Πρωτάθλημα Handball Νέων φιλοξενήθηκε στην Ελλάδα και η Ευρωκλινική ήταν εκεί, εξασφαλίζοντας ότι οι Έλληνες αθλητές μας αισθάνονται ιατρική σιγουριά και ασφάλεια! Ο Όμιλος Ευρωκλινικής τα τελευταία 5 έτη, ως υπερήφανος χορηγός και υποστηρικτής της Ομοσπονδίας Χειροσφαίρισης Ελλάδος δίνει το «παρών» και αποτελεί ουσιαστικό αρωγό στην αναγέννηση του ελληνικού χάντμπολ και στην προσπάθεια κατάκτησης μεταλλίου στο Παγκόσμιο Πρωτάθλημα.

Η Ευρωκλινική Ιατρικός Υποστηρικτής της Ομοσπονδίας Επιτραπέζιας Αντισφαίρισης

Η Ευρωκλινική, όλα αυτά τα χρόνια βρίσκεται σταθερά δίπλα στις Εθνικές Ομάδες και στηρίζει στην πράξη τους αθλητές και τις αθλήτριες της χώρας. Συγκεκριμένα επιλέγοντας να γίνεται αρωγός σε αθλήματα που δεν τυγχάνουν έντονης προβολής, αποτελεί επίσημο Ιατρικό Υποστηριτκή της Ελληνικής Φίλαθλης Ομοσπονδίας Επιτραπέζιας Αντισφαίρισης (πινγκ πονγκ). Η Ευρωκλινική, με υπεύθυνο ιατρό της ομάδας, τον Dr. **Γιώργο Κελάλη**, Διευθυντή Ορθοπαιδικού Τμήματος στην Ευρωκλινική Αθηνών, θα παρέχει ιατρική στήριξη, νοσηλευτικές και διαγνωστικές υπηρεσίες στις εθνικές ομάδες πινγκ πονγκ ανδρών και γυναικών.

Σε ειδική εκδήλωση που πραγματοποιήθηκε στις 08/04/2023, στο πλαίσιο του Πανελληνίου Πρωταθλήματος εφήβων - νεανίδων, στο κλειστό γυμναστήριο «Νίκος Γραμματικός», στη Σαλαμίνα, η Ε.Φ.Ο.Επ.Α. βράβευσε την Ευρωκλινική Αθηνών και τον ιατρό της ομάδας, σηματοδοτώντας την έναρξη της συνεργασίας.

Υπερήφανος Χορηγός της ΑΕΚ στον δρόμο των επιτυχιών!

Η σεζόν 2022-2023 ήταν μια «ονειρική» χρονιά για την ΑΕΚ, με πολλές κατακτήσεις κυπέλλων και πρωταθλημάτων. Μεταξύ αυτών η ομάδα Χάντμπολ Ανδρών και η ομάδα Βόλεϊ Γυναικών οι οποίες στέφθηκαν πρωταθλήτριες Ελλάδος. Ο Όμιλος Ευρωκλινικής, μαζί με τον υπεύθυνο Ιατρό της ΑΕΚ Αθηνών κο **Γεώργιο Κελάλη**, Διευθυντή Ορθοπαιδικό, ήταν από την αρχή της αθλητικής σεζόν δίπλα στην ομάδα, πραγματοποιώντας όλους τους προαθλητικούς ελέγχους των παικτών κατά την προετοιμασία, καλύπτοντας κάθε επείγον περιστατικό ή τραυματισμό και πραγματοποιώντας όλες τις εξετάσεις και επεμβάσεις με απόλυτη επιτυχία!

Η Euroclinic Football Team εν δράσει

Η πρώτη χρονιά της Ποδοσφαιρικής Ομάδας Εργαζομένων της Ευρωκλινικής ξεκίνησε «ονειρικά» με την κατάκτηση της 2ης θέσης στον γκρουπ. Σκοπός, πέρα από τα γκολ και τις νίκες, ήταν να καλλιεργηθούν εντονότεροι δεσμοί μεταξύ συναδέλφων αλλά και να δοθεί η ευκαιρία για διασκέδαση και άθληση.

Η Euroclinic Team οφείλει να ευχαριστήσει για την πορεία της τόσο τους συναδέλφους που συμμετείχαν στην ποδοσφαιρική ομάδα και έδωσαν το 100% για τις νίκες, τον προπονητή της ομάδας κο. Κύρκο, την κα Σαριδάκη -την ιατρό της ομάδας, το Σωματείο Εργαζομένων της Ευρωκλινικής για τη διοργάνωση καθώς και το προσωπικό που παρακολουθούσε τους αγώνες και προσέφερε «παλμό» και εμψύχωση στην ομάδα. Ραντεβού στο χορτάρι του χρόνου!

Υγεία για όλους

- Thulium Fiber Laser. Πρωτοποριακή θεραπεία Ουρολιθίασης με τη Νέα Τεχνολογία
- Αφιέρωμα Καρδιοχειρουργική: Σύγχρονη αντιμετώπιση των μηχανικών επιπλοκών του οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου
- Αυτοάνοσα Νοσήματα
- Όζοι θυρεοειδούς: Έγκυρη & Έγκαιρη Διάγνωση & Αντιμετώπιση
- Καλοήθης υπερπλασία προστάτη: Πόσο καθοριστική σημασία έχει το μέγεθος του προστάτη;
- Νέα Εποχή στην Καταπολέμηση του Καρκίνου Τραχήλου της Μήτρας
- Συγγενείς καρδιοπάθειες ενηλίκων
- Νεότερες χειρουργικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς καρκίνου του πνεύμονα
- Η Ανθεκτική Στηθάγχη
- Προδιάθεση στον καρκίνο
- Διάγνωση καρκίνου: Μάθε τι μπορείς να κάνεις εσύ για το νόσημά σου στο Ιατρείο Τρόπου Ζωής της Ευρωκλινικής
- Πρώιμος Καρκίνος Μαστού
- Χειρουργική αντιμετώπιση παθήσεων των επινεφριδίων
- Ορμονικές διαταραχές
- Η σύγχρονη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου στομάχου!
- Τι είναι το λέμφωμα: Μύθοι και αλήθειες
- Παχυσαρκία
- 8 Μύθοι & Αλήθειες για τον καρκίνο

Αριστείδης Καραγιάννης
Πρόεδρος Επιτροπής Επιστημονικού Συμβουλίου Ηθικής και Δεοντολογίας, Διευθυντής Ουρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ανδρέας Καραγιάννης
Ουρολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Thulium Fiber Laser

Πρωτοποριακή Θεραπεία Ουρολιθίασης με τη Νέα Τεχνολογία

Τι είναι η ουρολιθίαση και πόσο συχνά εμφανίζεται;
Ουρολιθίαση είναι η παρουσία λίθου ή λίθων, πετρών δηλαδή, μέσα στην αποχετευτική μοίρα του ουροποιητικού συστήματος (νεφρού, ουρητήρα, ουροδόχου κύστης, ουρήθρα). Πρόκειται για την 3η πιο συχνή πάθηση του ουροποιητικού μετά τις ουρολοιμώξεις και την υπερπλασία του προστάτη και εμφανίζεται στο 5% του πληθυσμού και 3 φορές συχνότερα στους άνδρες. Η Ουρολιθίαση κυρίως εμφανίζεται σε ηλικίες 25-40 ετών, ενώ η πιο συχνή αιτία εμφάνισης είναι η χαμηλή παραγωγή ούρων (είτε λόγω χαμηλής πρόσληψης, είτε λόγω αυξημένης αποβολής υγρών). Ο δυτικός τρόπος ζωής με την καθιστική ζωή και την κακή διατροφή, ενισχύουν τη δημιουργία λίθων στο ουροποιητικό και τις αρνητικές συνέπειες της πάθησης με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ανάγκη για χειρουργική αντιμετώπιση.

Πώς αντιμετωπίζεται η ουρολιθίαση;
Η ενδοσκοπική ενδοσωματική λιθοθρυψία ή λιθοτριψία είναι στις μέρες μας ο πιο συχνός τρόπος αντιμετώπισης της ουρολιθίασης για λίθους έως 2 εκ.. Με την πρόοδο της ενδοσκοπίας και την χρήση ψηφιακών εύκαμπτων λεπτών εργαλείων έχουμε εύκολη πρόσβαση για τη θεραπεία της ουρολιθίασης με ελάχιστα επεμβατικό τρόπο. Ταυτόχρονα οι νεότερες εξελίξεις στην τεχνολογία των ενδοσωματικών laser με δίνουν την δυνατότητα να αντιμετωπίσουμε υπό συγκεκριμένες συνθήκες και μεγαλύτερους λίθους των 2εκ.

Η ενδοσκοπική ενδοσωματική λιθοθρυψία ή λιθοτριψία είναι στις μέρες μας ο πιο συχνός τρόπος χειρουργικής αντιμετώπισης της ουρολιθίασης για λίθους έως 2 εκ.

Γιατί έχει σημασία ποια τεχνική θα χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της λιθοτριψίας;
Η επιλογή του κατάλληλου ενδοσωματικού λιθοτρίπτη είναι κρίσιμη για τον ασθενή για τον περιορισμό του χειρουργικού χρόνου και τη διάρκεια της νοσηλείας, των επιπλοκών, την ανάγκη για επανεπέμβαση, αλλά κυρίως για την αποτελεσματικότητά της.

Συμβατικές τεχνικές λιθοτριψίας για την ουρολιθίαση

Τα λέιζερ από *Holmium (Ho:YAG)* αποτελούν το βασικό εργαλείο της ουρολογίας για την αντιμετώπιση νεφρικών λίθων έως 2 εκ. τις τελευταίες δυο δεκαετίες. Μια επέμβαση ενδοσκοπικής νεφρολιθοθρυψίας θεωρείται επιτυχημένη όταν σπάσει η πέτρα τελείως και δεν υπάρχουν υπολείμματα λιθίασης. Έστω και 2-3 μικρά πετραδάκια να μείνουν αυτά μπορεί να αποτελέσουν πυρήνες νέων λίθων στο μέλλον και να εμφανιστεί εκ νέου ουρολιθίαση. Το ποσοστό ελεύθερης λιθίασης, δηλαδή επιτυχίας της επέμβασης, με τα *Holmium laser* πλησιάζει το 70%.

Σύγχρονη τεχνική που εξασφαλίζει επιτυχία πάνω από 90%

Πλέον έχουμε στη διάθεση μας ένα νέο laser, καινοτόμας τεχνολογίας με κρυστάλλους από *Thulium*, το οποίο πρωτοεμφανίστηκε στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ το 2020, ενώ στην Αττική υπάρχει αποκλειστικά στην Ευρωκλινική από το 2023. Το *Thulium Fiber Laser (TFL)*, σε σύγκριση με τα συμβατικά *Holmium laser*, έχει ανώτερα χαρακτηριστικά και ιδιότητες που προσφέρουν σημαντικά πλεονεκτήματα.

Το μήκος κύματος της ακτινοβολίας του TFL laser έχει 4 φορές υψηλότερο συντελεστή απορρόφησης σε ιστό που περιέχει νερό. Παράλληλα έχει τη δυνατότητα για πολύ υψηλές συχνότητες έως 2.000HZ (σε σύγκριση με τα 140HZ των *Holmium laser*). Επιπροσθέτως το TFL χρησιμοποιεί πολύ πιο λεπτές ίνες laser (50-150μ) το οποίο μεταφράζεται σε βελτιωμένη ορατότητα κατά τη διάρκεια του χειρουργείου και την δυνατότητα χρήσης λεπτότερων εργαλείων.

Τα χαρακτηριστικά του νέου laser έχουν ως αποτέλεσμα 4 φορές αποδοτικότερη θραύση των λίθων, με την επέμβαση να είναι πολύ πιο σύντομη αλλά κυρίως πιο αποτελεσματική.

Εφαρμογές του νέου laser πέραν της λιθοτριψίας

Το *Thulium fiber laser (TFL)* έχει και άλλες εφαρμογές όπως η αντιμετώπιση της καλοήθης υπερπλασίας του προστάτη με την laser εκπυρήνηση η οποία ονομάζεται *Thulep* (αντίστοιχη της γνωστής *Holep*, αλλά με ανωτέρα αποτελέσματα και λιγότερα ποσοστά επιπλοκών), για την αφαίρεση enbloc των επιφανειακών καρκίνων της ουροδόχου κύστης και των ουρητήρων, αλλά και για την αντιμετώπιση στενωμάτων της ουρήθρας και των ουρητήρων.

Συμπέρασμα

Συμπερασματικά το *Thulium Fiber Laser* αποτελεί ήδη ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο και αλλάζει το τρόπο που χρησιμοποιούμε τα laser στην ενδοουρολογία. Το TFL έχει αντικειμενικά καλύτερα χαρακτηριστικά και ιδιότητες όσο αφορά την αποτελεσματικότητα της επέμβασης, τη θραύση των λίθων, την απουσία παλινδρόμησης, την καλύτερη ορατότητα και πλοήγηση καθώς και την ασφάλεια κατά τη διάρκεια μια επέμβασης νεφρολιθοθρυψίας.

Πλεονεκτήματα για τον ασθενή

Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά του νέου laser έχουν ως αποτέλεσμα 4 φορές αποδοτικότερη θραύση των λίθων, με την επέμβαση να είναι πολύ πιο σύντομη αλλά κυρίως πιο αποτελεσματική. Αυτό συμβαίνει γιατί το TFL σπάει τους λίθους των νεφρών και του ουροποιητικού σε πολύ πιο ψιλή σκόνη, σε μέγεθος πούδρας, αντί για χαλικάκια που επιτυγχάνονταν με τα παλιά laser. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι λίθοι σε μορφή σκόνης να αποβάλλονται πολύ πιο εύκολα με τα ούρα ή να αναρροφώνται από τα ειδικά εργαλεία και έτσι να έχουμε ποσοστά επιτυχίας της επέμβασης πάνω από 90%. Πρακτικά, αυτό σημαίνει ότι μειώνουμε κατά πολύ, συγκριτικά με τα παλαιότερα laser, την πιθανότητα επανεμφάνισης ουρολιθίασης στο μέλλον λόγω λίθων που δεν καταστράφηκαν ή δεν αφαιρέθηκαν κατά την επέμβαση, και δεν χρειάζεται να υποβάλλουμε τον ασθενή σε νέα επέμβαση. Παράλληλα στην ταχύτητα και αποτελεσματικότητα της επέμβασης συμβάλει και το γεγονός ότι απουσιάζει η παλινδρόμηση των λίθων που συναντάμε στα συμβατικά *Holmium laser*.

Πλεονεκτήματα για τον ιατρό

Το *Thulium Fiber Laser* έχει επιπλέον σημαντικά πλεονεκτήματα για τον ιατρό κάνοντας ευκολότερη και «φιλικότερη» την επέμβαση. Η συσκευή είναι λιγότερο ογκώδης (σε μέγεθος μικρής βαλίτσας) και ελαφριά, ζυγίζει 40kg αντί μεγέθους ψυγείου και 350kg των holmium. Το TFL laser καταναλώνει 10 φορές λιγότερη ενέργεια και επειδή δεν έχει ανάγκη από ειδικό σύστημα ψύξης, παράγει πολύ χαμηλότερο θόρυβο και δεν ακούγεται καθόλου κατά τη χρήση του, σε σύγκριση με τα πολύ θορυβώδη Holmium κάνοντας τη διαδικασία της επέμβασης λιγότερο κουραστική για τον χειρουργό, αλλα και επιτρέπει για καλύτερη επικοινωνία κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Τέλος είναι λιγότερο ευπαθές σε βλάβες και πιο αξιόπιστο κατά τη χρήση του σε σύγκριση με τα κλασσικά laser τα οποία ενδέχεται να υπερθερμανθούν ή και να χαλάσουν κατά τη διάρκεια του χειρουργείου.

Ιωάννης Χλωρογιάννης
MD, PhD
Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Σύγχρονη αντιμετώπιση των μηχανικών επιπλοκών του οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου

Η σύγχρονη, άμεση αντιμετώπιση του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου με την ταχεία αποκατάσταση της αιματικής ροής των στεφανιαίων αγγείων μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στη βελτίωση της πρόγνωσης της στεφανιαίας νόσου και να περιορίσει την εμφάνιση των μηχανικών επιπλοκών του εμφράγματος μυοκαρδίου όπως είναι:

- Μεσοκοιλιακή επικοινωνία (ΜΚΕ)
- Οξεία δευτερογενής ανεπάρκεια μιτροειδούς (ΟΑΜ) από ρήξη κεφαλής θηλοειδούς μυός (ΡΚΘΜ)
- Ρήξη του ελεύθερου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας (ΡΕΤΑΚ)
- Ψευδοανεύρυσμα αριστερής κοιλίας (ΨΑΚ)

Όλες οι μηχανικές επιπλοκές της ισχαιμικής καρδιακής νόσου απαιτούν συνήθως επείγουσα καρδιοχειρουργική επέμβαση.

Ωστόσο, με βελτιώσεις στις τεχνικές και την τεχνολογία, επιλεγμένοι ασθενείς μπορούν να αντιμετωπιστούν με διακαθετηριακή στρατηγική.

Όλες οι μηχανικές επιπλοκές της ισχαιμικής καρδιακής νόσου απαιτούν συνήθως επείγουσα καρδιοχειρουργική επέμβαση.

Οι περισσότερες μηχανικές επιπλοκές απαιτούν άμεσο συντονισμό της Ομάδας Καρδιάς *(Heart Team)* καρδιολόγων, καρδιοχειρουργών, καρδιοεντατικολόγων τόσο στη διάγνωση όσο και στη διαχείριση δεδομένου και του υψηλού κινδύνου θνητότητας, ανεξάρτητα από τη στρατηγική θεραπείας. Επιπλέον, σε ασθενείς αιμοδυναμικά ασταθείς ή σε καρδιογενή καταπληξία, οι μηχανικές συσκευές υποστήριξης του κυκλοφορικού, όπως η ενδαορτική αντλία (IABP) ή εξωσωματικής οξυγόνωσης

με μεμβράνη (ECMO) μπορούν να είναι χρήσιμα εργαλεία για την υποστήριξη του ασθενούς και την επίτευξη αιμοδυναμικής σταθερότητας.

Αν και η συχνότητα των μηχανικών επιπλοκών μετά από ΟΕΜ έχει μειωθεί σε <1%, τα ποσοστά θνητότητας δεν έχουν μειωθεί. Οι ασθενείς που εμφανίζουν μηχανικές επιπλοκές συνήθως είναι γυναίκες, μεγαλύτερης ηλικίας, έχουν ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας, χρόνια νεφρική νόσο και συχνά παρουσιάζουν το πρώτο τους οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου AMI.

ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η ρήξη του μεσοκοιλιακού διαφράγματος είναι η πιο συχνή μηχανική επιπλοκή μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου και εμφανίζεται σε ποσοστό περίπου 0,21% σε ασθενείς με ανάσπαση ST και σε 0,04% με έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST.

Τα ελλείματα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος τυπικά εμφανίζονται 3-5 ημέρες μετά από διατοιχωματικό έμφραγμα, με συμπτώματα που κυμαίνονται από μεμονωμένο ήπιο φύσημα έως κυκλοφορική κατάρρευση με καρδιογενή καταπληξία και παρουσιάζουν υψηλή πρώιμη θνητότητα (30%-40% οξέως και έως 80% στις πρώτες 30 ημέρες).

Θεραπεία

Η θεραπεία μπορεί να είναι είτε χειρουργική είτε διαδερμική. Η άμεση χειρουργική επέμβαση είναι η μόνη οριστική θεραπεία και προσφέρει την καλύτερη ευκαιρία για μακροχρόνια επιβίωση, αλλά σχετίζεται με υψηλή εγχειρητική θνητότητα και νοσηρότητα.

α) Χειρουργική θεραπεία

Ο *Cooley* και οι συνεργάτες του ανέφεραν την πρώτη περίπτωση που αντιμετωπίστηκε με χειρουργική επέμβαση προσεγγίζοντας το μεσοκοιλιακό διάφραγμα δια μέσου του χώρου εξόδου της δεξιάς κοιλίας.

Από τις διάφορες τεχνικές που έχουν προταθεί στη βιβλιογραφία φαίνεται ότι καλύτερα αποτελέσματα έχει η τεχνική αποκλεισμού της εμφραγματικής ζώνης με εμβάλωμα (συνθετικό ή βιολογικό-αυτόλογο ή περικαρδίου βοός) και με τη χρήση ενισχυτικών ταινιών από Teflon.

Στη Κλινική μας εφαρμόζεται τροποποιημένη τεχνική κοιλιοπλαστικής ανευρύσματος αριστερής κοιλίας κατά Dorr, κατά την οποία στη τελική σύγκλειση συμπεριλαμβάνεται και τμήμα τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας.

β) Διαδερμική θεραπεία

Η διαδερμική σύγκλειση της μετεμφραγματικής ΜΚΕ σε ορισμένα κέντρα χρησιμοποιείται ως εναλλακτική θεραπεία με παράλληλη μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας με ενδαορτική αντλία και μπορεί να αποτελέσει μια εναλλακτική λύση στη χειρουργική επέμβαση σε επιλεγμένους ασθενείς.

Αποτελέσματα

Η χειρουργική τεχνική σύγκλεισης της ΜΚΕ φαίνεται να είναι η προτιμώμενη χειρουργική μέθοδος ιδιαίτερα σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς στους οποίους η εγχειρητική θνητότητα είναι περίπου 10%. Αντίθετα είναι πολύ υψηλότερη σε ασθενείς με καρδιογενή καταπληξία. Η καθυστέρηση της χειρουργικής παρέμβασης σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς οδηγεί συχνά σε καρδιογενή καταπληξία και πολυοργανική ανεπάρκεια.

Εναλλακτικά η διακαθετηριακή σύγκλειση αυτών των οξέων διαφραγματικών ρήξεων φαίνεται να έχει θέση στη θεραπεία αυτών των ασθενών αλλά δεν μπορεί να εφαρμοσθεί σε όλους τους ασθενείς και δεν υπάρχουν ακόμη ενδείξεις ότι τα αποτελέσματα είναι ανώτερα από τη χειρουργική επέμβαση.

ΡΗΞΗ ΘΗΛΟΕΙΔΟΥΣ ΜΥΟΣ

Η ρήξη της κεφαλής συνήθως του οπισθιοπλάγιου θηλοειδούς μυός (ΡΚΘΜ) εμφανίζεται 3-5 ημέρες μετά από διατοιχωματικό κατώτερο ή πλάγιο έμφραγμα, με επακόλουθο την οξεία ανεπάρκεια μιτροειδούς (ΟΑΜ), η οποία μπορεί να οδηγήσει τελικά σε οξύ πνευμονικό οίδημα και καρδιογενή καταπληξία.

Η συχνότητα εμφάνισης σοβαρής ΟΑΜ από ΡΚΘΜ είναι περίπου 0,05%-0,26%, με ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό θνητότητας 10%-40%.

Θεραπεία

Η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί τη θεραπεία εκλογής *(Gold Standard)*. Οι ασθενείς με ΡΚΘΜ απαιτούν επείγουσα ιατρική περίθαλψη και χειρουργική επέμβαση. Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει είτε αντικατάσταση της μιτροειδούς βαλβίδας είτε πλαστική διόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας.

Η αντικατάσταση της μιτροειδούς βαλβίδας με διαφύλαξη των τενοντίων χορδών φαίνεται να αποτελεί τη συχνότερη χειρουργική τεχνική σε ασθενείς με ΡΚΟΘΜ. Αντίθετα η βαλβιδοπλαστική της ανεπαρκούσας μιτροειδούς φαίνεται να εφαρμόζεται σε λιγότερες περιπτώσεις εφαρμόζοντας ιδιαίτερες χειρουργικές τεχνικές επιδιόρθωσης της μιτροειδούς βαλβίδας όπως:

Οι περισσότερες μηχανικές επιπλοκές απαιτούν άμεσο συντονισμό της Ομάδας Καρδιάς (Heart Team) καρδιολόγων, καρδιοχειρουργών, καρδιοεντατικολόγων τόσο στη διάγνωση όσο και στη διαχείριση δεδομένου και του υψηλού κινδύνου θνητότητας, ανεξάρτητα από τη στρατηγική θεραπείας.

Στη Κλινική μας εφαρμόζεται τροποποιημένη τεχνική κοιλιοπλαστικής ανευρύσματος αριστερής κοιλίας κατά Dorr, κατά την οποία στη τελική σύγκλειση συμπεριλαμβάνεται και τμήμα τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας.

1 Επανεμφύτευση της ραγείσας κεφαλής του θηλοειδούς μυός (ΘΜ) σε παρακείμενο ΘΜ

2 Επανεμφύτευση της ραγείσας κεφαλής του ΘΜ στη βάση του ιδίου ΘΜ

3 Επανεμφύτευση της ραγείσας κεφαλής του ΘΜ στο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας,

4 Χρήση συνθετικών τενοντίων χορδών από PTFE

5 Μετατόπιση χορδής: Αυτή η τεχνική που περιγράφεται από τον *Carpentier* περιλαμβάνει μεταφορά δευτερογενών χορδών από την κοιλιακή επιφάνεια της οπίσθιας γλωχίνας

6 Τμηματική εκτομή του προπίπτοντος τμήματος της σύστοιχης γλωχίνας

7 Τοποθέτηση συνθετικού δακτυλίου δακτυλιοπλαστικής για να αποφευχθεί μελλοντική διάταση του μιτροειδικού δακτυλίου σε όλους τους ασθενείς.

Εναλλακτικά, υπό πάλλουσα καρδιά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ελάχιστα επεμβατική χειρουργική τεχνική πλαστικής της μιτροειδούς δια μέσου της κορυφής της αριστερής κοιλίας με τη βοήθεια της συσκευής NeoChord DS1000 *(NeoChord, St Louis Park*, MN, ΗΠΑ). Η ταυτόχρονη στεφανιαία επαναγγείωση μπορεί να βελτιώσει τόσο τα βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα μετεγχειρητικά αποτελέσματα.

Διακαθετηριακή αντιμετώπιση

Με την πρόοδο των διακαθετηριακών συσκευών έχουν ανακοινωθεί και περιστατικά με ΡΚΟΘΜ που αντιμετωπίσθηκαν με *mitral clip*.

Ωστόσο, θα απαιτηθούν μακροπρόθεσμα δεδομένα για να διαπιστωθεί η μη κατωτερότητα αυτών των διακαθετηριακών τεχνικών.

Αποτελέσματα

Παρά τη βελτίωση των χειρουργικών τεχνικών η ενδονοσοκομειακή θνητότητα των ασθενών με ΡΚΘΜ παραμένει ιδιαίτερα υψηλή στο 20%-25%. Η βαλβιδοπλαστική της μιτροειδούς μετά από ΡΚΘΜ σχετίζεται με υψηλή θνητότητα αλλά και υποτροπή. Όμως, η επιτυχημένη πλαστική διόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας φαίνεται να έχει καλύτερα αποτελέσματα από την αντικατάσταση της μιτροειδούς κυρίως σε σχέση με τη βελτίωση της λειτουργίας της αριστερής κοιλίας.

● ΜΕΤΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΡΗΞΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Η ρήξη ελεύθερου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας (ΡΕΤΑΚ) παραμένει συχνή μηχανική επιπλοκή, ωστόσο, η πραγματική επίπτωση είναι άγνωστη καθώς συνήθως εμφανίζεται ως αιφνίδιος καρδιακός θάνατος εκτός νοσοκομείου εντός 7 ημερών, μετά από διατοιχωματικό έμφραγμα.

Θεραπεία

Οι αρχές της χειρουργικής αποκατάστασης για τη ΡΕΤΑΚ περιλαμβάνουν τόσο την αντιμετώπιση του καρδιακού επιπωματισμού αλλά και τη σύγκλειση της ρήξης. Η επείγουσα χειρουργική αποκατάσταση της ΡΕΤΑΚ είναι η θεραπεία πρώτης εκλογής αν και η διαδερμική ενδοπερικαρδιακή έγχυση κόλλας με ινώδες έχει αναφερθεί ως εναλλακτική θεραπεία. Από τη δεκαετία του 1970 έχουν προταθεί αρκετές διαφορετικές χειρουργικές τεχνικές για την αντιμετώπιση της ΡΕΤΑΚ. Γενικά ταξινομούνται σε δύο ομάδες: Επισκευή με ράμματα και χωρίς ράμματα.

Τα ψευδοανευρύσματα της αριστερής κοιλίας (ΨΑΚ) εμφανίζονται συνήθως εβδομάδες έως χρόνια μετά το έμφραγμα, επειδή η καρδιακή ρήξη περιορίζεται από περικαρδιακές ινώδεις συμφύσεις. Μπορεί να είναι ασυμπτωματικά ή να συνοδεύονται με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, πόνο στο στήθος ή δύσπνοια.

●

Η χειρουργική επέμβαση είναι η θεραπεία πρώτης εκλογής σε ασθενείς με ΨΑΚ. Η χειρουργική επέμβαση έχει συσχετιστεί με χαμηλότερη ενδονοσοκομειακή θνητότητα σε σύγκριση με τη συντηρητική θεραπεία (23% έναντι 48%)

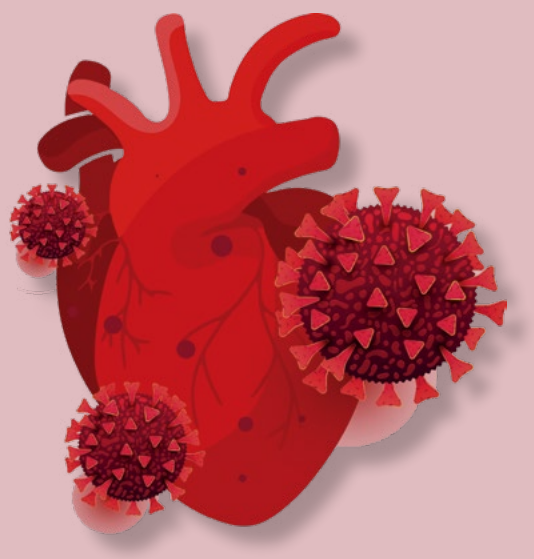
Σήμερα, μία ποικιλία συγκολλητικών υλικών ή/και κόλλας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για διόρθωση της ΡΕΤΑΚ χωρίς ράμματα. Όταν επιλέγεται σύγκλειση της ρήξης με τεχνικές χωρίς ράμματα μπορεί να χρησιμοποιηθούν διάφοροι τύποι επιθεμάτων: αυτόλογο περικάρδιο, ξενοπερικάρδιο και διάφορα άλλα συνθετικά υλικά. Επίσης, εμβαλώματα *TachoComb* και το *TachoSil* (*CSL Behring* K.K., Τόκιο, Ιαπωνία) είναι έτοιμα προς χρήση με φύλλα από δέρας κολλαγόνου με κόλλα που περιέχει ινωδογόνο, θρομβίνη και απρωτινίνη.

Αποτελέσματα

Σε μια μετανάλυση 25 μελετών που διεξήχθη από τους *Matteucci* et al., εξετάστηκαν τα αποτελέσματα 209 ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για ΡΕΤΑΚ. Η αποκατάσταση με ράμματα εφαρμόσθηκε στο 56% των ασθενών. Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα μετά από διόρθωση με ράμματα ήταν 13,8% ενώ χωρίς ράμματα ήταν 14%. Παρατηρήθηκε τάση προς υψηλότερο ποσοστό υποτροπής ενδονοσοκομειακής επανειλημμένης ρήξης σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση χωρίς ράμματα. Ωστόσο, σε μια μετανάλυση στην οποία συμμετείχαν 363 ασθενείς, η οποία αναφέρθηκε αργότερα από την ίδια ομάδα, η επισκευή χωρίς ράμματα έδειξε ότι μειώνει τη ενδονοσοκομειακή θνητότητα κατά περίπου 40% σε σύγκριση με την επιδιόρθωση με χρήση ραμμάτων.

● ΨΕΥΔΟΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Τα ψευδοανευρύσματα της αριστερής κοιλίας (ΨΑΚ) εμφανίζονται συνήθως εβδομάδες



Επίδραση του COVID-19 στη συχνότητα εμφάνισης μηχανικών επιπλοκών μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

Είναι γνωστό πλέον ότι η εμφάνιση του COVID-19 μπορεί να επιβαρύνει τη κλινική κατάσταση ασθενών με στεφανιαία νόσο με συνοδές επιπλοκές. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 παρατηρήθηκε μεγαλύτερη θνητότητα σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου σε σύγκριση με την προ-πανδημική περίοδο. Οι *De Rosa* et al., παρατήρησαν σχεδόν τετραπλάσια αύξηση στο ποσοστό θνητότητας, ενώ οι *Primessnig* et al., παρατήρησαν αύξηση 12,5% στη θνητότητα. Αυτό το φαινόμενο είχε και ως αποτέλεσμα τη διπλάσια αύξηση της συχνότητας των μηχανικών επιπλοκών μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.

έως χρόνια μετά το έμφραγμα, επειδή η καρδιακή ρήξη περιορίζεται από περικαρδιακές ινώδεις συμφύσεις. Μπορεί να είναι ασυμπτωματικά ή να συνοδεύονται με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, πόνο στο στήθος ή δύσπνοια. Διακρίνονται σε οξέα, υποξέα και χρόνια ανάλογα με το χρονικό διάστημα που έχει παρέλθει από την εμφάνιση του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Θεραπεία

Η χειρουργική επέμβαση είναι η θεραπεία πρώτης εκλογής σε ασθενείς με ΨΑΚ.

Αν και το ΨΑΚ περιγράφθηκε για πρώτη φορά από τον *Corvisart* το 1797, μόνο το 1957 οι *Smith* et al. δημοσίευσαν την πρώτη επιτυχή χειρουργική αποκατάσταση.

Ασθενείς με οξέα ή υποξέα ΨΑΚ ενδείκνυνται να αντιμετωπίζονται άμεσα χειρουργικά. Αντίθετα, σε ασθενείς με χρόνια ΨΑΚ, η χειρουργική ένδειξη είναι αμφιλεγόμενη, επειδή ο κίνδυνος ρήξης αλλά και εμβολής πρέπει να σταθμίζεται έναντι

Η ρήξη ελεύθερου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας (ΡΕΤΑΚ) παραμένει συχνή μηχανική επιπλοκή, ωστόσο, η πραγματική επίπτωση είναι άγνωστη καθώς συνήθως εμφανίζεται ως αιφνίδιος καρδιακός θάνατος εκτός νοσοκομείου εντός 7 ημερών, μετά από διατοιχωματικό έμφραγμα.

του εκτιμώμενου κινδύνου χειρουργικής επέμβασης. Η τελική απόφαση λαμβάνεται κυρίως με βάση την κλινική εικόνα και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων.

Ασθενείς με τα παρακάτω χαρακτηριστικά υποδηλώνουν την ανάγκη για άμεση χειρουργική αντιμετώπιση:

- οποιαδήποτε αύξηση του μεγέθους του ΨΑΚ
- συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
- όταν η διάμετρος είναι μεγαλύτερη από 3 cm
- εάν υπάρχουν ενδείξεις ρήξης του ανευρύσματος.

Χειρουργική προσπέλαση ΨΑΚ

Η σύγκλειση του αυχένα των χρόνιων ΨΑΚ μπορεί να επιτευχθεί ευκολότερα λόγω της παρουσίας ουλώδους ιστού στη περιοχή της μυοκαρδιακής ουλής.

Στα οξέα όμως ΨΑΚ, η εμφραγματική περιοχή είναι εύθρυπτη γι' αυτό η σύγκλειση απαιτεί συρραφή ενός συνθετικού (π.χ. *Dacron* ή *Teflon*) ή περικαρδιακού εμβαλώματος ιδιαίτερα όταν η ρήξη είναι μεγαλύτερη ή βρίσκεται κοντά στη βάση της καρδιάς.

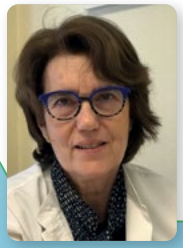
Η σύγκλειση του ΨΑΚ μπορεί να πραγματοποιηθεί με ή χωρίς καρδιοτομή.

Οι τεχνικές με καρδιοτομή αποτελούν παραλλαγές της τεχνικής *Dorr* η οποία εφαρμόζεται κατά των χρόνιων αληθών ανευρυσμάτων της αριστεράς κοιλίας με ιδιαίτερα πλεονεκτήματα.

Αποτελέσματα

Από ασθενείς με ΨΑΚ, το 10%-20% των χρόνιων περιπτώσεων διαγιγνώσκονται τυχαία και ο *Moreno* ανέφερε συνολική επιβίωση 74,1% στα 4 χρόνια για χρόνια ψευδοανευρύσματα που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά. Η χειρουργική επέμβαση έχει συσχετιστεί με χαμηλότερη ενδονοσοκομειακή θνητότητα σε σύγκριση με τη συντηρητική θεραπεία (23% έναντι 48%).

Οι πρόσφατες εξελίξεις στις χειρουργικές τεχνικές φάνηκε να μειώνουν περαιτέρω την περιεγχειρητική θνητότητα σε λιγότερο από 10%.



Φωτεινή Ν. Σκοπούλη
Καθηγήτρια Παθολογίας-Ανοσολογίας Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Αυτοάνοσα Νοσήματα

Από τη Διάγνωση στη Θεραπεία

Τα αυτοάνοσα νοσήματα εμφανίζονται όταν το ανοσολογικό σύστημα, στρέφεται εναντίον του ίδιου του οργανισμού. Το ανοσολογικό σύστημα είναι το αμυντικό σύστημα του οργανισμού, που αποτελείται από κύτταρα που βρίσκονται στους ιστούς σε οργανωμένες κοινότητες, όπως ο σπλήνας και οι λεμφαδένες, αλλά και μεμονωμένα σε άλλα όργανα, όπως το έντερο και το δέρμα. Τα κύτταρα αυτά κυκλοφορούν στο αίμα και μετακινούνται όπου υπάρχει ανάγκη, δηλαδή όπου έχει εισβάλει ένας εξωγενής παράγοντας ή έχουν τραυματιστεί κύτταρα σε διάφορους ιστούς. Η κινητοποίηση του ανοσολογικού συστήματος για την άμυνα χρησιμοποιεί διάφορα όπλα και επικοινωνιακά μέσα, όπως αντισώματα, κυτταροκίνες, κ.ά., που μπορεί να προκαλέσουν τοπική ή συστηματική φλεγμονή και αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος. Αυτή η κινητοποίηση του ανοσολογικού συστήματος καταναλώνει σημαντική ενέργεια, δημιουργώντας αίσθημα κόπωσης.

Περίπου το 5% του πληθυσμού πάσχει από κάποιο αυτοάνοσο νόσημα και το 80% αυτών είναι γυναίκες. Η συχνότητα εμφάνισης των αυτοανόσων νοσημάτων φαίνεται να αυξάνεται ραγδαία.

Τι συμβαίνει όταν το ανοσολογικό σύστημα επιτίθεται στον ίδιο μας τον οργανισμό;

Στα αυτοάνοσα νοσήματα παρατηρούμε φλεγμονές στους ιστούς ή γενικά συμπτώματα, όπως πυρετός και κόπωση, αλλά δεν αναγνωρίζουμε κάποιον σαφή εξωγενή παράγοντα που να προκαλεί την ενεργοποίηση του ανοσολογικού συστήματος. Αυτό που παρατηρούμε είναι ότι το ανοσολογικό σύστημα στρέφεται κατά στοιχείων των ίδιων του των κυττάρων. Ανιχνεύουμε αντισώματα που δεν αναγνωρί-

ζουν ιούς ή μικρόβια, αλλά πρωτεΐνες που βρίσκονται σε όλα τα κύτταρα του δικού μας οργανισμού. Αυτά τα αντισώματα τα ονομάζουμε αυτοαντισώματα. Τα αυτοαντισώματα αποτελούν βιοδείκτες και χρησιμοποιούνται ως εργαλεία στη διάγνωση και πολλές φορές στη θεραπευτική παρακολούθηση των ασθενών. Η ανίχνευση αυτοαντισωμάτων στο αίμα, δεν υποδηλώνει υποχρεωτικά την ύπαρξη αυτοάνοσου νοσήματος. Για να θεωρήσουμε ότι κάποιο άτομο πάσχει από αυτοάνοσο νόσημα, πρέπει να υπάρχει κάποια βλάβη σε όργανο ή ιστό, που θα την αναγνωρίσουμε.

Τα αυτοάνοσα νοσήματα εμφανίζονται όταν το ανοσολογικό σύστημα, στρέφεται εναντίον του ίδιου του οργανισμού.

Τι προκαλεί τα αυτοάνοσα νοσήματα;

Οι παράγοντες που οδηγούν το ανοσολογικό σύστημα να αναγνωρίζει δικά του στοιχεία σαν ξένα φαίνεται ότι είναι πολλοί. Είναι δεδομένο ότι πολλά από τα αυτοάνοσα νοσήματα εμφανίζονται σε μέλη της ίδιας οικογένειας. Αυτές, και άλλες παρατηρήσεις μας δηλώνουν ότι το γενετικό υπόστρωμα κάθε ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των νοσημάτων αυτών. Ωστόσο δεν αρκεί μόνο αυτό. Χρειάζονται και εξωγενείς παράγοντες που επιδρούν στο γενετικό υπόστρωμα. Κάθε άτομο εκτίθεται σε εξωτερικά ερεθίσματα και αντιδρά διαφορετικά ανάλογα με το γενετικό του υπόστρωμα.

Μεγάλο ρόλο στην απάντηση του ανοσολογικού συστήματος παίζει το πώς εκπαιδεύεται και ωριμάζει κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του ατόμου. Για να ωριμάσει φυσιολογικά, πρέπει από τη βρεφική ηλικία να εκτίθεται σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα που το μαθαίνουν να αντιδρά σωστά, αλλά και να ανέχεται. Η υπερβολική καθαριότητα και η αποξένωση του ανθρώπου από τη φύση, δηλαδή ο αποκλεισμός ερεθισμάτων στα πλαίσια της συμβίωσης με άλλους ζωντανούς οργανισμούς, οδηγούν σε μια υπερβολική αντιδραστικότητα του ανοσολογικού συστήματος σε κοινά ερεθίσματα με τη μορφή της αλλεργίας ή της αυτοανοσίας.

Στην αυτοάνοση απάντηση συμμετέχουν καθοριστικά σαν μεσάζοντες και τα κύτταρα που κυρίως δέχονται άμεσα το εξωτερικά ερέθισμα και τραυματίζονται, όπως π.χ. τα κύτταρα που καλύπτουν τον ρινοφάρυγγα ή τον αυλό του εντέρου που λέγονται επιθηλιακά ή τα κύτταρα που καλύπτουν την εσωτερική επιφάνεια των αγγείων που λέγονται ενδοθηλιακά και άλλα κύτταρα των αδένων ή των μυών κλπ. Αυτά τα κύτταρα μπορεί να φιλοξενούν βιολογικό υλικό μετά από λοιμώξεις με ιούς ή βακτήρια αλλά μπορεί να δέχονται και έντονο ή παρατεταμένο αδρενεργικό ερεθισμό από ψυχοκοινωνική καταπόνηση. Οι παραπάνω παράγοντες προκαλούν στρες στα κύτταρα αυτά που στη συνέχεια δίνουν τροποποιημένα μηνύματα του ίδιου τους του εαυτού στο ανοσολογικό σύστημα. Έτσι το ανοσολογικό σύστημα στρέφεται εναντίον στοιχείων των κυττάρων αυτών με αυτοαντισώματα και με κατά τόπους φλεγμονές σε διαφορετικούς ιστούς.

Πρόσφατες μελέτες που αφορούν στην επίδραση ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην ανάπτυξη νόσου, δείχνουν ότι σημαντικό ποσοστό των ασθενών με αυτοάνοασα νοσήματα έχει υποστεί μετατραυματικό στρες στην παιδική ηλικία. Επιπρόσθετα ανέφεραν ότι πριν από την εμφάνιση ή την έξαρση ενδεχομένως να προηγείτο έντονο ή παρατεταμένο στρες.

Όλα αυτά συμβαίνουν μέσα σε ένα ορμονικό περιβάλλον που φαίνεται να επηρεάζει τη λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος. Αυτό το ορμονικό περιβάλλον καθορίζει το βιολογικό φύλο. Οι γυναίκες έχουν ένα πιο ισχυρό ανοσολογικό σύστημα και προστατεύονται από τις λοιμώξεις, αλλά προσβάλλονται συχνότερα από αυτοάνοσα νοσήματα από ότι οι άνδρες.

Τα αυτοάνοσα νοσήματα είναι συχνά;

Κατά κανόνα, τα αυτοάνοσα νοσήματα είναι χρόνια και εμφανίζονται σε όλες τις ηλικίες, με ιδιαίτερη προτίμηση στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Περίπου το 5% του πληθυσμού πάσχει από κάποιο αυτοάνοσο νόσημα και το 80% αυτών είναι γυναίκες. Η συχνότητα εμφάνισης των αυτοανόσων νοσημάτων φαίνεται να αυξάνεται ραγδαία. Στους παράγοντες για την αύξηση αυτή συγκαταλέγεται ο δυτικός τρόπος διαβίωσης, με κύριες παραμέτρους τη διατροφή και το στρες. Είναι επιτακτικά αναγκαία η ενίσχυση της έρευνας των εξωγενών παραγόντων που συντελούν στην εκδήλωση των αυτοανόσων νοσημάτων στα πλαίσια της Δημόσιας Υγείας.

Πώς εκδηλώνονται;

Τα αυτοάνοσα νοσήματα εκδηλώνονται από διάφορα συστήματα και όργανα του οργανισμού, όπως το δέρμα, οι αρθρώσεις, τα αγγεία, το αίμα, το νευρικό σύστημα, οι αδένες, το γαστρεντερικό και αναπνευστικό σύστημα, οι νεφροί, ο οφθαλμός κ.ά. Μπορεί να προσβάλουν πολλά όργανα και συστήματα του οργανισμού συγχρόνως, στην πορεία της νόσου (συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα) ή μεμονωμένα όργανα (οργανοειδικά). Ένα αυτοάνοσο νόσημα μπορεί να εμφανισθεί με έντονη θορυβώδη συμπτωματολογία όπως πυρετός και εξάνθημα αλλά και αθόρυβα, με ξηροστομία που συνήθως περνά απαρατήρητη. Ο μυοσκελετικός πόνος και τα εξανθήματα στο δέρμα είναι συχνά συμπτώματα πολλών αυτοάνοσων νοσημάτων. Επιπλέον, η αναιμία, ο πυρετός, το οίδημα και άλλες εκδηλώσεις μπορεί να συνδέονται με αυτές τις νόσους. Ένα αυτοάνοσο νόσημα μπορεί να εμφανίζει εκδηλώσεις από διάφορα επιμέρους αυτοάνοσα νοσήματα, με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζεται ως αλληλοεπικαλυπτόμενο σύνδρομο, ή να μεταβληθεί με την πάροδο του χρόνου και να εκδηλώσει άλλο αυτοάνοσο νόσημα.

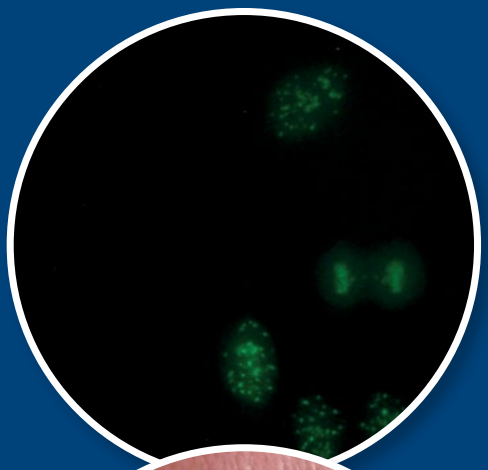
Ποια είναι τα κυριότερα αυτοάνοσα νοσήματα;

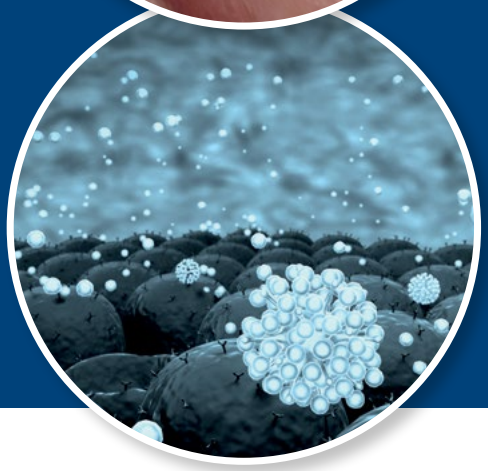
Τα κυριότερα αυτοάνοσα νοσήματα, τα οποία μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες είναι τα οργανοειδικά και συστηματικά.

Οργανοειδικά

- Αυτοάνοσες ενδοκρινοπάθειες π.χ. θυρεοειδίτιδα Hashimoto, Διαβήτης τύπου Ι
- Αυτοάνοσες δερματοπάθειες π.χ. λεύκη, πέμφιγα
- Αυτοάνοσες διαταραχές του αίματος π.χ. αυτοάνοση θρομβοπενία, αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία
- Αυτοάνοσα νοσήματα του εντέρου π.χ. ελκωτική κολίτιδα, νόσος του Crohn, κοιλιοκάκη
- Αυτοάνοσα νοσήματα του ήπατος π.χ. αυτοάνοση χολαγγειίτιδα, αυτοάνοση ηπατίτιδα
- Αυτοάνοσα νοσήματα του νευρικού συστήματος π.χ. σκλήρυνση κατά πλάκας, μυελίτιδες, μυασθένεια, περιφερικές νευροπάθειες
- Νεφρίτιδες
- Αυτοάνοσα νοσήματα των οφθαλμών π.χ. ραγοειδίτιδα.

Τα αυτοάνοσα νοσήματα εκδηλώνονται από διάφορα συστήματα και όργανα του οργανισμού, όπως το δέρμα, οι αρθρώσεις, τα αγγεία, το αίμα, το νευρικό σύστημα, οι αδένες, το γαστρεντερικό και αναπνευστικό σύστημα, οι νεφροί, ο οφθαλμός κ.ά.





Συστηματικά

- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Οροαρνητικές σπονδυλαρθρίτιδες (μεταλοιμώδης, ψωριασική, εντεροπαθητική αρθρίτιδα και αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα)
- Σύνδρομο του Sjogren ή αυτοάνοση επιθηλίτιδα
- Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (προσβάλει το δέρμα, τις αρθρώσεις, τα νεφρά, τον εγκέφαλο και άλλα όργανα)
- Φλεγμονώδεις μυοσίτιδες
- Σκληρόδερμα (νόσος του συνδετικού ιστού που προκαλεί αλλαγές στο δέρμα, στα αιμοφόρα αγγεία, στους μύες και στα εσωτερικά όργανα)
- Αγγειϊτιδες μικρών και μεγάλων αγγείων
- Αλληλοεπικαλυπτόμενα σύνδρομα
- Σύνδρομο σχετιζόμενο με ανοσοσφαιρίνη G4.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση ενός αυτοάνοσου νοσήματος βασίζεται στη λεπτομερή λήψη ιστορικού και στην ενδελεχή κλινική εξέταση του ασθενή, προκειμένου να αναγνωριστούν κλινικά χαρακτηριστικά και εκδηλώσεις της νόσου στο σώμα. Επιπρόσθετα συμπληρώνεται με τις ανοσολογικές εξετάσεις, οι οποίες πραγματοποιούνται βάσει των ευρημάτων από την κλινική εξέταση. Για τον ακριβή καθορισμό της βλάβης του πάσχοντος οργάνου και την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης, μερικές φορές είναι απαραίτητο να γίνει βιοψία του πάσχοντος οργάνου. Οι γιατροί όλων των ειδικοτήτων οφείλουν να είναι ευαισθητοποιημένοι στη συμπτωματολογία των αυτοανόσων νοσημάτων. Ωστόσο, η άκριτη ή η προληπτική παραγγελία ανοσολογικών εξετάσεων δεν βοηθά αλλά αντιθέτως, προκαλεί μεγαλύτερη ανησυχία στον ασθενή. Η υπερπληροφόρηση, η παραπληροφόρηση, η κατάχρηση διαγνωστικών ελέγχων και πολλοί άλλοι παράγοντες οδηγούν επανειλημμένα στην υπερδιάγνωση καταστάσεων που χαρακτηρίζονται ως αυτοάνοσες.

Θεραπεύονται τα αυτοάνοσα νοσήματα;

Τα αυτοάνοσα νοσήματα είναι, κατά κανόνα, χρόνιες παθήσεις που με ιατρική παρέμβαση είναι δυνατό να τεθούν σε πλήρη ύφεση. Ο στόχος του γιατρού είναι να θεραπεύσει όχι μόνο τις εκδηλώσεις της νόσου, αλλά και τον ασθενή συνολικά. Έτσι, ο γιατρός πρέπει να βλέπει τον ασθενή ολιστικά, λαμβάνοντας υπόψη τις οργανικές και κοινωνικοψυχολογικές ιδιαιτερότητές του, και όχι μόνο σαν έναν ασθενή με ένα εξάνθημα ή μία αρθρίτιδα.

Η σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς με αυτοάνοσο νόσημα είναι μια σχέση μακροχρόνια, και ο ασθενής πρέπει να έχει εμπιστοσύνη στον γιατρό του χωρίς όμως να καταλήγει σε εξάρτηση. Η ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης του ασθενούς, είναι πολύ σημαντική στην αντιμετώπιση της νόσου του και των παραγόντων που πιθανόν να την επηρεάζουν. Οι προσωπικότητες των ασθενών με αυτοάνοσα νοσήματα είναι, σε μεγάλο ποσοστό, αγχώδεις προσωπικότητες με πολλές αυτομομφές. Η προσπάθεια διόρθωσης τέτοιων συμπεριφορών, που φαινομενικά δεν σχετίζονται με τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου, είναι πάρα πολύ σημαντική. Στον τομέα αυτό, ουσιώδης είναι και ο ρόλος των επιστημόνων ψυχικής υγείας.

Τα αυτοάνοσα νοσήματα είναι, κατά κανόνα, χρόνιες παθήσεις που με ιατρική παρέμβαση είναι δυνατό να τεθούν σε πλήρη ύφεση. Ο στόχος του γιατρού είναι να θεραπεύσει όχι μόνο τις εκδηλώσεις της νόσου, αλλά και τον ασθενή συνολικά.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των ασθενών με αυτοάνοσο νόσημα είναι εξατομικευμένη και συνδυαστική. Εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου, την προσβολή των συγκεκριμένων οργάνων, την ηλικία του ασθενούς και τη συνύπαρξη άλλων νοσημάτων.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των ασθενών με αυτοάνοσο νόσημα είναι εξατομικευμένη και συνδυαστική. Εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου, την προσβολή των συγκεκριμένων οργάνων, την ηλικία του ασθενούς και τη συνύπαρξη άλλων νοσημάτων. Στόχος της θεραπείας είναι η ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα, η εξασφάλιση της βιωσιμότητας του οργάνου που πάσχει με τη μικρότερη δυνατή εγκατάλειψη βλάβης και η μακροχρόνια ύφεση της νόσου. Όσο πιο γρήγορα αρχίζει η θεραπευτική αντιμετώπιση, τόσο πιο αποτελεσματική είναι. Προς το παρόν, κύριος στόχος της φαρμακευτικής αγωγής είναι η τροποποίηση της συμπεριφοράς του ανοσολογικού συστήματος. Σήμερα έχουμε στη διάθεσή μας φάρμακα με μεγάλη αποτελεσματικότητα που έχουν αλλάξει καθοριστικά τη φυσική ιστορία των νοσημάτων αυτών. Αυτά τα φάρμακα χρησιμοποιούνται συνήθως σε συνδυασμό με παλαιότερα ανοσοκατασταλτικά και μόνον όταν εκτιμηθεί ότι είναι απαραίτητο. Η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής είναι κατά κανόνα παρατεταμένη. Η βαθύτερη κατανόηση των μηχανισμών που προκαλούν τα αυτοάνοσα νοσήματα, υπόσχεται θεραπευτικές παρεμβάσεις που δεν θα έχουν στόχο μόνο την καταστολή του ανοσολογικού συστήματος αλλά και τη βελτίωση των παραγόντων που το οδηγούν στην υπερβολική αντίδραση.

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

Όζοι Θυρεοειδούς

Έγκυρη & Έγκαιρη Διάγνωση & Αντιμετώπιση

Οι όζοι είναι ογκίδια στον θυρεοειδή αδένα. Σε μια προσπάθεια να περιγράψουμε, με έναν απλό τρόπο τη μορφή τους, λέμε ότι μοιάζουν «σαν φουντούκια στη σοκολάτα φουντουκιού». Πρόκειται για εξαιρετικά συχνές βλάβες που υπάρχουν σε πάνω από τους μισούς ανθρώπους. Εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες. Είναι στην πλειοψηφία τους καλοήθεις, ωστόσο απαιτείται ιατρικός έλεγχος και ενδεδειγμένη αντιμετώπιση. Η διαγνωστική προσπέλαση των θυρεοειδικών όζων περιλαμβάνει:

- **Ατομικό & οικογενειακό ιστορικό:** Το αίτιο δημιουργίας των όζων παραμένει άγνωστο. Ωστόσο, επιβαρυντικοί παράγοντες είναι η προηγηθείσα ακτινοβόληση στον λαιμό (π.χ. για λέμφωμα), το ραδιενεργό περιβάλλον (π.χ. μετά πυρηνικό ατύχημα), η ύπαρξη και σε άλλα στενά συγγενικά άτομα καρκίνου θυρεοειδούς, καθώς και οικογενών γενετικών συνδρόμων.
- **Συμπτωματολογία:** Στη μεγάλη πλειοψηφία τους οι όζοι, ακόμη και οι κακοήθεις, δεν προκαλούν κανένα απολύτως σύμπτωμα. Εάν υπάρχουν συμπτώματα, αυτά σχετίζονται με την πίεση που ασκεί ο αδένας στα γειτονικά όργανα (αίσθημα βάρους στον λαιμό, δυσκαταποσία, δύσπνοια, βραχνάδα φωνής), ή σχετίζονται με υπερ/υπό-λειτουργία του αδένα (μεταβολή σωματικού βάρους, διαταραχή καρδιακού ρυθμού, επιπτώσεις στην ψυχική σφαίρα, μυϊκή αδυναμία, κ.ά.).
- **Κλινική ψηλάφηση:** Στην πλειονότητά τους οι όζοι δεν είναι ορατοί στον λαιμό του ανθρώπου. Κατά την κλινική εξέταση, σε μικρό μόνο ποσοστό τους, είναι ψηλαφητοί και τότε αξιολογείται η σκληρότητα της σύστασής τους, η καθήλωσή τους στους γύρω ιστούς, καθώς και η παρουσία λεμφαδενοπάθειας στην ανατομική περιοχή.
- **Ορμονολογικός έλεγχος:** Οι βασικές αιματολογικές εξετάσεις των ορμονών TSH, T3, T4, αποβαίνουν αρνητικές στις περισσότερες των περιπτώσεων, ακόμη και στους κακοήθεις όζους. Η αυξημένη τιμή τους σημαίνει υπερθυρεοειδισμό (τοξικό αδένωμα/βρογχοκήλη). Ο προσδιορισμός των αντισωμάτων Anti-Tg και Anti-TPO μας φανερώνει την ύπαρξη θυρεοειδίτιδας. Η δε μέτρηση καλσιτονίνης (Ct) στοχεύει στον αποκλεισμό του σπάνιου μυελοειδούς

Οι όζοι είναι ογκίδια στον θυρεοειδή αδένα. Πρόκειται για εξαιρετικά συχνές βλάβες που υπάρχουν σε πάνω από τους μισούς ανθρώπους. Εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες. Είναι στην πλειοψηφία τους καλοήθεις.

καρκίνου. Τέλος, ο προσδιορισμός της θυρεοσφαιρίνης (Tg) έχει κυρίως θέση στη μετεγχειρητική παρακολούθηση του ασθενούς, για ανίχνευση υποτροπής.

- **Υπερηχογράφημα-Ελαστογραφία-Χαρτογράφηση τραχήλου:** Πρόκειται για τη σημαντικότερη απεικονιστική εξέταση των θυρεοειδικών όζων. Εκτός από τη δυνατότητα μέτρησης του αριθμού και των διαστάσεων των όζων, μας πληροφορεί για την ανατομική τους θέση και τη σχέση τους με τα παρακείμενα στοιχεία. Επιπρόσθετα, η τεράστια διαγνωστική συμβολή του υπερηχογραφήματος εντοπίζεται στην αναγνώριση ύποπτων χαρακτηριστικών του όζου, που εγείρουν την υπόνοια κακοήθειας (αποτιτανώσεις, λοβωτά όρια, εσωτερική αγγείωση, αυξημένη σκληρότητα, κ.ά.). Ο δε ολοκληρωμένος έλεγχος της κεντρικής και πλάγιας τραχηλικής χώρας αμφοτερόπλευρα (χαρτογράφηση λεμφαδένων) μας ενημερώνει για την παρουσία ή όχι λεμφαδενικών μεταστάσεων.
- **Κυτταρολογική εξέταση:** Συνδυάζεται συχνά με το υπερηχογράφημα θυρεοειδούς. Πραγματοποιείται παρακέντηση δια βελόνης του όζου (FNA, *Fine Needle Aspiration*). Η απάντηση που λαμβάνεται μετά τη μικροσκόπηση του κυτταρικού υλικού, διατυπώνεται συνήθως με βάση τη διεθνή κατηγοριοποίηση *Bethesda* (από I έως VI), δίδοντάς μας διαβαθμισμένα την πιθανότητα καρκίνου στον εξετασθέντα θυρεοειδικό όζο.
- **Σπινθηρογράφημα:** Παρότι τα τελευταία χρόνια η χρήση του περιορίζεται στην καθημερινή ενδοκρινολογική πράξη, εντούτοις, μπορεί να μας διαχωρίσει τους όζους σε θερμούς και ψυχρούς, γνωρίζοντας ότι οι δεύτεροι έχουν συγκριτικά μεγαλύτερη πιθανότητα κακοήθειας.
- **Άλλες εξετάσεις:** Αξονική/Μαγνητική τομογραφία πραγματοποιείται σε επιλεγμένες περιπτώσεις, κατά τις οποίες θέλουμε να δούμε με ακρίβεια την έκταση μιας ευμεγέθους καταδυόμενης οζώδους βρογχοκήλης που εισέρχεται στο μεσοθωράκιο. Έτσι, αξιολογείται ποιες ανατομικές δομές πιέζονται ή διηθούνται και γίνεται πληρέστερος ο χειρουργικός σχεδιασμός.

Η αντιμετώπιση των όζων

- **Συντηρητική αντιμετώπιση:** Με βάση τα αρχικά δεδομένα ενός πρώτου διαγνωστικού ελέγχου, καθορίζονται οι περεταίρω κινήσεις. Ο Ενδοκρινολόγος ιατρός, σε τακτά χρονικά διαστήματα (συχνά, 6-12 μήνες), αξιολογεί εάν υπάρχουν συμπτώματα ή κλινικά σημεία, εάν μεταβλήθηκε το ορμονικό status του ασθενούς, καθώς και αν εμφανίζονται ύποπτα υπερηχογραφικά στοιχεία. Πραγματοποιείται, δηλαδή, απλή ιατρική παρακολούθηση, με ή χωρίς την ανάγκη χορήγησης θυροξίνης.
- **Χειρουργική αντιμετώπιση:** Η υποψία κακοήθειας, τα πιεστικά φαινόμενα, η δυσρύθμιστη φαρμακευτικά ορμονική δυσλειτουργία και ενίοτε αισθητικοί λόγοι, μπορεί να οδηγήσουν σε επέμβαση. Μία θυρεοειδεκτομή είναι μία άκρως απαιτητική εγχείρηση, που είναι σημαντικό να πραγματοποιείται από εξειδικευμένο Χειρουργό Ενδοκρινών Αδένων. Και αυτό, για το λόγο ότι πρέπει να λάβει χώρα ριζικός καθαρισμός της βλάβης, να αποφευχθούν επιπλοκές που σχετίζονται με την ομιλία και τον μεταβολισμό ασβεστίου του ασθενούς και τέλος, μετά από μία μονοήμερη, χωρίς ταλαιπωρία, νοσηλεία, να εξασφαλισθεί ταχεία επάνοδος στην καθημερινότητά του.
- **Ιστολογική εξέταση:** Μία περίπου εβδομάδα μετά την επέμβαση, λαμβάνεται η ιστολογική έκθεση. Η έκθεση της βιοψίας μας δίνει μια σειρά από λεπτομέρειες, που συχνά σε συνδυασμό με τεχνικές ανοσοιστοχημείας, καθορίζουν τα χαρακτηριστικά της νόσου και θέτουν τη σταδιοποίησή της.
- **Θεραπεία Ραδιενεργού Ιωδίου:** Σε ενδεχόμενη κακοήθεια, καθορίζοντας το στάδιο της νόσου από τα ιστολογικά δεδομένα και με βάση κάποια διεθνή κριτήρια (*Guidelines*), αποφασίζεται η χορήγηση ή όχι θεραπείας Ραδιενεργού Ιωδίου, από Πυρηνικό ιατρό.
- **Άλλες θεραπείες:** Ειδικοί φαρμακευτικοί παράγοντες, χήμειο- ή ακτινο-θεραπεία είναι εξαιρετικά σπάνια.

Συμπερασματικά

Οι όζοι του θυρεοειδούς είναι ένα σύνηθες πρόβλημα, που καλό είναι να το διαγνώσουμε έγκαιρα. Συναξολογώντας μία σειρά δεδομένων, έχει τεράστια αξία για τον ασθενή, η έγκαιρη αναγνώριση ύποπτων στοιχείων, που θα οδηγήσουν στην χειρουργική απομάκρυνσή τους.

Στο **Center of Excellence Χειρουργικής Θυρεοειδούς & Παραθυρεοειδών Αδένων**, έχουμε τη χαρά να θεραπεύουμε πολλές εκατοντάδες ασθενών με οζώδη θυρεοειδοπάθεια, ετησίως. Με αγάπη για τον ασθενή, εφαρμόζουμε καθημερινά σύγχρονη και ασφαλή, μικροεπεμβατική τεχνική με στόχο την ίαση.

Αποτελεί ιδιαίτερη ικανοποίηση για εμάς, η άριστη πρόγνωση των ασθενών μας, στους οποίους η πάθησή τους αναγνωρίσθηκε έγκυρα και αντιμετωπίσθηκε έγκαιρα και με απόλυτη επιτυχία, στο εξειδικευμένο κέντρο.

Οι όζοι του θυρεοειδούς είναι ένα σύνηθες πρόβλημα, που καλό είναι να το διαγνώσουμε έγκαιρα.

Στο Center of Excellence Χειρουργικής Θυρεοειδούς & Παραθυρεοειδών Αδένων, έχουμε τη χαρά να θεραπεύουμε πολλές εκατοντάδες ασθενών με οζώδη θυρεοειδοπάθεια, ετησίως. Με αγάπη για τον ασθενή, εφαρμόζουμε καθημερινά σύγχρονη και ασφαλή, μικροεπεμβατική τεχνική με στόχο την ίαση.

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

Καλοήθης υπερπλασία προστάτη

Πόσο καθοριστική σημασία έχει το μέγεθος του προστάτη;

Τι είναι ο προστάτης;

Ο προστάτης είναι ένας μικρός αδένας στην έξοδο της ουροδόχου κύστεως, που λειτουργεί στην εκσπερμάτιση, παράγοντας το προστατικό υγρό πλούσιο σε ένζυμα και ουσίες απαραίτητες για τη φυσιολογική γονιμότητα. Λόγω της θέσης του «ανοίγει» κατά την ούρηση για να διέλθουν τα ούρα δια της προστατικής ουρήθρας. Ο προστάτης μεγαλώνει με τα χρόνια (Καλοήθης Υπερπλασία Προστάτη), ενδέχεται να εμφανίσει φλεγμονές (οξεία και χρόνια προστατίτιδα) και μπορεί να εμφανιστεί καρκίνος.

Παθήσεις του προστάτη

Ο «φυσιολογικός» προστάτης έχει περίπου το μέγεθος ενός κάστανου, με όγκο περίπου 25-30 ml. Η «Καλοήθης Υπερπλασία Προστάτη», αποτελεί αναμφισβήτητα μια από τις πιο συχνές και πολυσυζητημένες ουρολογικές παθήσεις, καθώς ένας στους δύο άνδρες άνω των 50 ετών και εννέα στους δέκα άνω των 70 ετών υποφέρουν από την κατάσταση αυτή. Πρόκειται για μια καλοήθη και εν μέρει φυσιολογική διαδικασία. Ο προστάτης μεγαλώνει με διαφορετικό ρυθμό για κάθε άνδρα, καθώς επηρεάζεται από τις ανδρικές ορμόνες με το πέρασμα του χρόνου.

Αξιολόγηση και διάγνωση

Το εάν ο προστάτης έχει μεγαλώσει μπορεί να υπολογιστεί με τις εξής μεθόδους: :

- **Κλινική εξέταση** του προστάτη
- **Δακτυλική εξέταση**, όπου ο προστάτης αξιολογείται με την αίσθηση του δακτύλου από το ορθό, προσφέροντας μεγαλύτερη ακρίβεια
- **Απεικονιστικές μέθοδοι**, όπως το υπερηχογράφημα του προστάτη, η αξονική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία.

Ο προστάτης μεγαλώνει με τα χρόνια (Καλοήθης Υπερπλασία Προστάτη), ενδέχεται να εμφανίσει φλεγμονές (οξεία και χρόνια προστατίτιδα) και μπορεί να εμφανιστεί καρκίνος

Το υπερηχογράφημα κύστεως-προστάτη είναι πια πολύ σημαντική εξέταση καθώς πραγματοποιείται εύκολα και μπορεί να επαναλαμβάνεται συχνά χωρίς να επιβαρύνει με ακτινοβολία τον ασθενή. Εκτός από το μέγεθος του προστάτη, μας δίνει πολύτιμες πληροφορίες για το τοίχωμα της ουροδόχου κύστεως και το εάν μετά την ούρηση αδειάζει πλήρως (όπως είναι το φυσιολογικό) ή μένει κάποιο υπόλειμμα ούρων και πόσο είναι αυτό.

Παλαιότερα το μέγεθος του προστάτη καθόριζε τις θεραπευτικές μας αποφάσεις. Σήμερα όμως γνωρίζουμε, πως αποτελεί ένα μόνο παράγοντα της διαδικασίας της φυσιολογικής ούρησης. Για να ουρήσουμε φυσιολογικά πρέπει το μυϊκό τοίχωμα της κύστεως σαν αντλία να σπρώξει με δύναμη τα ούρα και ο προστάτης

Στους ασθενείς με συμπτώματα κατώτερου ουροποιητικού η διαγνωστική προσέγγιση καθορίζει την **αιτία** που τα προκαλεί. Εάν είναι ο προστάτης γίνεται λεπτομερής μελέτη και ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του, το μέγεθος, τη μορφολογία και τις ανατομικές σχέσεις, οδηγούμαστε στην **εξατομικευμένη επιτυχημένη θεραπευτική παρέμβαση**

ενεργητικά να ανοίξει ελευθερώνοντας το δρόμο, ώστε να προωθηθούν τα ούρα μέσω της φυσιολογικής ουρήθρας.

Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, ότι εκτός από τον μεγαλύτερο προστάτη, οποιοσδήποτε παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία της κύστεως στο να προωθεί τα ούρα μπορεί να προκαλέσει προβλήματα ούρησης. Παραδείγματα περιλαμβάνουν νευρολογικές παθήσεις, στενώματα ουρήθρας, παρουσία ξένων σωμάτων ή όγκων.

Για τον προστάτη συγκεκριμένα πέρα από το απόλυτο μέγεθός του, τον όγκο του μετρημένο σε ml, ιδιαίτερο ρόλο παίζει η μορφολογία του, εάν δηλαδή κατασκευαστικά αναπτύσσεται γύρω από την ουρήθρα και όσο μεγαλώνει τη συμπιέζει ή εάν αναπτύσσεται και προς την ουροδόχο κύστη, αυτό που αποκαλούμε μέσο λοβό, μπλοκάροντας την έξοδο της κύστεως προκαλώντας βαλβιδικό μηχανισμό. Έτσι, μπορεί να έχουμε έναν μεγάλο σε μέγεθος προστάτη που να αναπτύσσεται γύρω από την ουρήθρα χωρίς να τη συμπιέζει και ο ασθενής να ουρεί καλά, ενώ κάποιος άλλος με σημαντικά μικρότερο προστάτη, ακόμα και στα ανώτερα φυσιολογικά όρια, λόγω της ενδοκυστικής ανάπτυξης του μέσου λοβού να έχει έντονα ενοχλήματα ούρησης και αυξημένο κυστικό υπόλειμμα. Ακόμα και με μικρό προστάτη μπορεί να υπάρχει απόφραξη όταν ο αυχένας της κύστης, το σημείο δηλαδή που ενώνεται η ουροδόχος κύστη με τον προστάτη είναι στενός, κατάσταση που αποκαλούμε υψηλό κυστικό αυχένα.

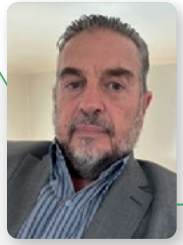
Αντιμετώπιση

Συνεπώς δεν αντιμετωπίζουμε με φάρμακα ή χειρουργικές παρεμβάσεις τον μεγάλο προστάτη. Αντιμετωπίζουμε τον αποφρακτικό προστάτη, τον προστάτη που ανεξαρτήτως μεγέθους εμποδίζοντας την ελεύθερη ροή των ούρων, ταλαιπωρεί την ουροδόχο κύστη, οδηγώντας την σε σταδιακή απώλεια της λειτουργικότητας της. Το υπόλειμμα ούρων μετά ούρηση που υπολογίζεται με ακρίβεια με το υπερηχογράφημα, αποτελεί έναν αντικειμενικό δείκτη του κατά πόσον η κύστη λειτουργεί φυσιολογικά αδειάζοντας τα ούρα ή λόγω απόφραξης έχει ατονήσει, έχει «ξεχειλώσει» κρατώντας ολοένα και αυξανόμενα υπολείμματα ούρων με δυνητικές επιπλοκές όπως λοιμώξεις, αιματουρία, εκκολπώματα κύστεως, λιθίαση, επίσχεση ούρων ακόμα και νεφρική ανεπάρκεια.

Το μέγεθος του προστάτη αναμφίβολα επηρεάζει αρνητικά την ούρηση αλλά και η μορφολογία του και η ελαστικότητά του ώστε να χαλαρώσει και να διέλθουν τα ούρα είναι καθοριστικής σημασίας στην εμφάνιση των συμπτωμάτων, την ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή και την επιλογή της κατάλληλης χειρουργικής επέμβασης. Στον μεγάλο σε όγκο συμπιεστικό προστάτη , οι a-blockers, τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα για την υπερπλασία προστάτη, χαλαρώνουν τον προστάτη και ανοίγουν την προστατική ουρήθρα έχουν πολύ καλά αποτελέσματα, ενώ στον προστάτη με μέσο λοβό είναι λιγότερο αποτελεσματικά. Η άλλη κατηγορία φαρμάκων, οι αναστολείς της 5α ρεδουκτάσης που αναστέλλοντας τη δράση της τεστοστερόνης στον προστάτη και οδηγούν σε μείωση 5-10% του όγκου του σε διάστημα 6 μηνών, δεν είναι αποτελεσματικά σε προστάτες <40 ml. Από την άλλη μεριά οι μικροί αποφρακτικοί προστάτες με μέσο λοβό ή κλειστό αυχένα όταν έρθει η ώρα της χειρουργικής αντιμετώπισης είναι πιο εύκολοι, καθώς η αφαίρεση του μέσου λοβού ή η απλή διάνοιξη του κλειστού αυχένα με μια τομή απελευθερώνει την ούρηση σε αντίθεση με τους πολύ μεγάλους προστάτες που χρειάζεται να αφαιρεθεί πολύς προστατικός ιστός και απαιτούνται πιο παρεμβατικές επεμβάσεις, μεγαλύτερος χειρουργικός χρόνος και περίοδος αποκατάστασης.

Στους ασθενείς με συμπτώματα κατώτερου ουροποιητικού, πρέπει η διαγνωστική προσέγγιση να καθορίσει την αιτία που τα προκαλεί και εάν είναι ο προστάτης να γίνει λεπτομερής μελέτη του και ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του, μέγεθος, μορφολογία , ανατομικές σχέσεις να οδηγηθούμε στην εξατομικευμένη επιτυχημένη θεραπευτική παρέμβαση.

Η «Καλοήθης Υπερπλασία Προστάτη», αποτελεί μια από τις πιο συχνές ουρολογικές παθήσεις, καθώς ένας στους δύο άνδρες άνω των 50 ετών και εννέα στους δέκα άνω των 70 ετών υποφέρουν από την κατάσταση αυτή



Γεράσιμος Αραβαντινός
Διευθυντής
Παθολόγος - Ογκολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Νικόλαος Σούπος
Παθολόγος- Ογκολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών

Νέα Εποχή στην Καταπολέμηση του Καρκίνου Τραχήλου της Μήτρας

Τι πρέπει να γνωρίζετε

«Σιωπηλός αλλά θανατηφόρος». Αυτές είναι λέξεις που χρησιμοποιούνται συχνά για να περιγράψουν τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, μία βραδέως αναπτυσσόμενη ασθένεια που σπάνια προκαλεί συμπτώματα στα αρχικά της στάδια.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο τρίτος πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες.

Σύμφωνα με στατιστικές πάνω από το 80% των σεξουαλικά ενεργών ανθρώπων έχουν εκτεθεί στον ιό του ανθρώπινου παπιλλώματος (HPV) κάποια στιγμή στη ζωή τους. Εντούτοις, ο μεγαλύτερος αριθμός αυτών δεν εμφανίζει ποτέ κάποιο σύμπτωμα και το ανοσοποιητικό σύστημα τους συνήθως εξουδετερώνει τον ιό μέσα σε δύο χρόνια. Η ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας συνδέεται συνήθως με λοίμωξη από υψηλού κινδύνου καρκινογόνους τύπους HPV, ειδικότερα τους τύπους 16 και 18. Απαιτούνται πολλά χρόνια (δεκαετίες) για την προώθηση των προκαρκινικών βλαβών προς καρκίνο, και συχνά εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες στη διαδικασία αυτή.

Παράγοντες Κινδύνου

Οι παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας υπόκεινται σε δύο κατηγορίες:

1. Παράγοντες κινδύνου μόλυνσης με τον ιό HPV

- Σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη με πολλαπλούς συντρόφους ή σεξουαλική επαφή με άνδρα που έχει πολλαπλούς συντρόφους

Πάνω από το 80% των σεξουαλικά ενεργών ανθρώπων έχουν εκτεθεί στον ιό του ανθρώπινου παπιλλώματος (HPV) κάποια στιγμή στη ζωή τους.

- Έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας σε μικρή ηλικία
- Μακροχρόνια χρήση ορμονικών αντισυλληπτικών
- Πολλαπλές κυήσεις
- Κακή υγιεινή
- Άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες μολύνσεις των γεννητικών οργάνων.

2. Παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου όταν υπάρχει ενεργός λοίμωξη από HPV

- Συνθήκες χρόνιας ανοσοκαταστολής, όπως η ανοσοανεπάρκεια, που προκαλείται από την μόλυνση με τον ιό HIV ή οι θεραπείες με φάρμακα που καταστέλλουν το ανοσοποιητικό σύστημα.

Παράγοντες που αποδυναμώνουν το ανοσοποιητικό σύστημα

- Κάπνισμα
- Κακή διατροφή
- Έλλειψη άσκησης.

Τέσσερις συμβουλές για τη μείωση του κινδύνου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

Βάλτε το τεστ Pap στη ρουτίνα σας

Το τεστ Παπανικολάου επιτρέπει στους γιατρούς να ανιχνεύσουν ανωμαλίες-αλλαγές στα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας σας και να επέμβουν έγκαιρα πριν δημιουργηθεί κακοήθεια.

Οι γυναίκες πρέπει να κάνουν τεστ Pap τουλάχιστον μία φορά κάθε τρία χρόνια, ξεκινώντας από την ηλικία των 21 ετών. Από την ηλικία των 30 και μετά, σας προτείνουμε τεστ Παπανικολάου κάθε πέντε χρόνια, υπό τον όρο ότι έχετε προηγουμένως κάνει τεστ HPV μαζί με το τεστ Pap και τα αποτελέσματα είναι αρνητικά.

Οι γυναίκες πρέπει να κάνουν τεστ Pap τουλάχιστον μία φορά κάθε τρία χρόνια, ξεκινώντας από την ηλικία των 21 ετών. Από την ηλικία των 30 και μετά, σας προτείνουμε τεστ Παπανικολάου κάθε πέντε χρόνια.

Αν είστε σεξουαλικά ενεργοί, χρησιμοποιήστε προφυλακτικό κάθε φορά που κάνετε σεξ. Οι δίχως προφυλάξεις ερωτική επαφή, αυξάνουν τον κίνδυνο προσβολής από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μεταξύ άλλων και από HPV.

2 Εμβολιαστείτε

Το σύνθημα είναι σαφές! «Υπάρχει πλέον εμβόλιο για τον καρκίνο. Χρησιμοποιήστε το!»

Στη χώρα μας είναι διαθέσιμα δύο εμβόλια το *Cervarix* και το *Gardasil*. Είναι διαθέσιμα για προστασία από τους υπότυπους του HPV που προκαλούν τους περισσότερους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας, καθώς και από καρκίνους του πρωκτού στους άνδρες. Συζητείστε με τον γιατρό σας για το ακριβές δοσολογικό σχήμα.

Οι συστάσεις για τον εμβολιασμό κατά του HPV, σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων είναι οι ακόλουθες:

- Κορίτσια στην ηλικίας 11 ή 12 ετών (αν και η πρώτη δόση μπορεί να δοθεί από την ηλικία των 9 ετών)
- Γυναίκες ηλικίας 13-26 ετών που δεν έχουν προηγουμένως εμβολιαστεί και δεν έχουν προηγουμένως διαγνωστεί με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
- Αγόρια, ξεκινώντας από την ηλικία των 11 ετών, καθώς και άνδρες ηλικίας 13-21 ετών που δεν έχουν προηγουμένως εμβολιαστεί.
- Αμφιφυλόφιλοι και ομοφιλόφυλοι άνδρες, τρανσέξουαλ και ανοσοκατεσταλμένα άτομα (συμπεριλαμβανομένων εκείνων με λοίμωξη HIV) που δεν έχουν εμβολιαστεί επαρκώς προηγουμένως, μέχρι την ηλικία των 26 ετών.

Ακόμα κι αν δεν εμβολιαστήκατε ως παιδί, μπορείτε ακόμα να κάνετε το εμβόλιο μέχρι την ηλικία των 26 ετών.

Ωστόσο, ακόμα κι αν έχετε ήδη μολυνθεί με έναν ή περισσότερους τύπους HPV, το εμβόλιο μπορεί να σας προστατεύσει από άλλους τύπους HPV.

3 Κάνετε ασφαλές σεξ

Η χρήση προφυλακτικού συμβάλλει στη μείωση του κινδύνου προσβολής από HPV και εμφάνισης ασθενειών που σχετίζονται με τον HPV, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

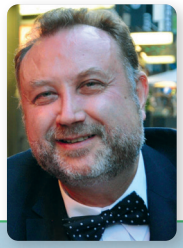
Αν είστε σεξουαλικά ενεργοί, χρησιμοποιήστε προφυλακτικό κάθε φορά που κάνετε σεξ. Οι δίχως προφυλάξεις ερωτική επαφή, αυξάνουν τον κίνδυνο προσβολής από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα μεταξύ άλλων και από HPV. Ωστόσο, παρότι τα προφυλακτικά συμβάλλουν στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης ασθενειών που σχετίζονται με τον HPV, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι σημαντικό να γνωρίζετε ότι ο HPV μπορεί να μολύνει περιοχές που δεν καλύπτονται από προφυλακτικό. Γι' αυτό είναι απαραίτητο να κάνετε το εμβόλιο HPV.

4 Διακοπή του καπνίσματος και πιο υγιεινός τρόπος ζωής

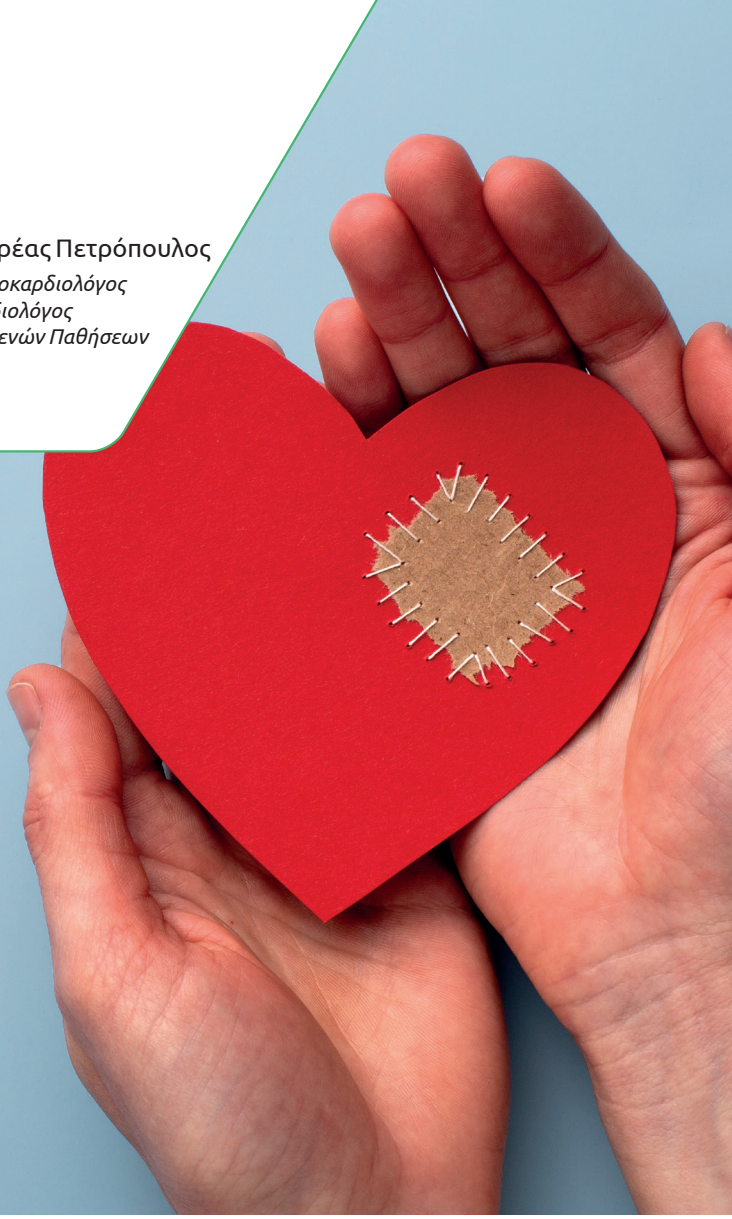
Το κάπνισμα διπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Θα ήθελα να κλείσω με μια αποστροφή: «Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δεν πρέπει να είναι πια ο σιωπηλός μπαμπούλας που στοιχειώνει την ερωτική μας ζωή. Η ενημέρωση μας επιτρέπει πλέον και να τον προλάβουμε αλλά και να τον θεραπεύσουμε». Γρηγορείτε.

Αυξέντιος Καλαγκός
Θωρακοχειρουργός-Καρδιοχειρουργός Παίδων και Ενηλίκων - Αγγειοχειρουργός Διευθυντής Κέντρου Καρδιοχειρουργικής Συγγενών Καρδιοπαθειών & Τραχείας



Ανδρέας Πετρόπουλος
Παιδοκαρδιολόγος Καρδιολόγος Συγγενών Παθήσεων



Συγγενείς καρδιοπάθειες ενηλίκων

Τι είναι οι Συγγενείς Καρδιοπάθειες;

Οι Συγγενείς Καρδιοπάθειες (ΣΚ) είναι δομικές βλάβες στην ανατομία του κυκλοφορικού συστήματος που προϋπάρχουν της γέννησης.

Ποια είναι η συχνότητα εμφάνισής τους στην Ελλάδα;
Είναι οι συχνότερες γενετικές ανωμαλίες. Παρουσιάζονται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 1% των γεννήσεων του γενικού πληθυσμού. Κάθε χρόνο στην Ελλάδα γεννιούνται περίπου 850-900 παιδιά με ΣΚ. Αυτά προστίθενται κάθε χρόνο στους ήδη υπάρχοντες ασθενείς μιας και οι περισσότερες μορφές των ΣΚ είναι χρόνια νοσήματα. Όταν οι ασθενείς αυτοί ενηλικιωθούν αποτελούν ένα νέο πληθυσμό χρόνιων καρδιοπαθών ασθενών. Χωρίς να υπάρχουν επίσημα επιδημιολογικά δεδομένα πρόσφατα η Ευρωπαϊκή Ένωση εκτιμά τον αριθμό των ενηλίκων με ΣΚ στην Ελλάδα να είναι τη τάξεως των 40.000 περίπου ατόμων.

Ποια είναι τα αίτια εμφάνισης των ΣΚ;
Η εμφάνιση των ΣΚ οφείλεται σε πολυπαραγοντικά αίτια. Η κληρονομικότητα επιβαρύνει σε ποσοστό περίπου 10% την εμφάνισή τους, ιδιαίτερα εάν προϋπάρχει συγκεκριμένη ΣΚ στην μητέρα του νεογνού που γεννιέται με ΣΚ. Άλλα αίτια που έχουν ενοχοποιηθεί είναι οι ιώσεις με συχνότερη αυτή της ερυθράς. Φάρμακα που λαμβάνει η μητέρα, ιδιαίτερα πριν διαπιστώσει ότι είναι έγκυος έχουν ενοχοποιηθεί επίσης στη δημιουργία ΣΚ. Επίσης πολλά σύνδρομα που οφείλονται είτε σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες όπως π.χ τρισωμία 21, τρισωμία 18, τρισωμία 13, είτε σε γονιδιακές μεταλλάξεις όπως τα Σύνδρομα Noonan, Williams, Di George, παρουσιάζουν πολύ συχνά διάφορες ΣΚ.

Χωρίς να υπάρχουν επίσημα επιδημιολογικά δεδομένα πρόσφατα η Ευρωπαϊκή Ένωση εκτιμά τον αριθμό των ενηλίκων με Συγγενείς Καρδιοπάθειες στην Ελλάδα να είναι τη τάξεως των 40.000 περίπου ατόμων.

Ποια είναι τα συμπτώματα των ΣΚ;
Συχνότερα συμπτώματα αποτελούν:

- η μείωση της ικανότητας άσκησης

- η εύκολη κόπωση στις συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες
- η αναπνευστική δυσχέρεια που μπορεί να φτάσει σε δύσπνοια και ορθόπνοια
- η ελαττωματική πρόσληψη βάρους σε καταστάσεις καρδιακής ανεπάρκειας
- η ταχυκαρδία που σχετίζεται με ελάχιστη άσκηση ή ακόμα και στην ηρεμία και
- η κυάνωση που παρατηρείται όταν υπάρχει επικοινωνία μεταξύ της συστηματικής και της πνευμονικής κυκλοφορίας.

Επιπλέον παράδοξες θρομβοεμβολές που προσβάλουν κυρίως το κεντρικό νευρικό σύστημα μπορούν να είναι ενδείξεις επικοινωνίας μεταξύ της συστηματικής και της πνευμονικής κυκλοφορίας. Άλλα συμπτώματα είναι διόγκωση και ασκίτης της κοιλίας, οιδήματα στα κάτω άκρα, έκπτωση στην ηπατική και νεφρική λειτουργία.

Η ευκολότερη στη χρήση τεχνική διάγνωσης, είναι το έγχρωμο Υπερηχογράφημα καρδιάς 2 διαστάσεων και η χρήση της τεχνικής Doppler. Με τη μέθοδο αυτή, ιδιαιτέρως στη νεογνική και παιδική ηλικία μπορούμε να διαγνώσουμε σχεδόν το 95% όλων των μορφών των ΣΚ. Επιπρόσθετα χρησιμοποιούμε το Ηλεκτροκαρδιογράφημα και την Ακτινογραφία Θώρακος.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Η διάγνωση των ΣΚ γίνεται κυρίως στη νεογνική και βρεφική ηλικία, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει κεντρική κυάνωση (κυανό χρώμα στα χείλη και τη γλώσσα) ή εμμένουσα αναπνευστική δυσχέρεια χωρίς την παρουσία εμφανούς αναπνευστικού νοσήματος. Πολλές φορές η αδυναμία του νεογνού ή του βρέφους να σιτιστεί ή να προσλάβει σωματικό βάρος μπορεί να είναι η πρώτη ένδειξη σοβαρής ΣΚ. Οι μέθοδοι που διαθέτουμε για τη διάγνωση είναι κυρίως απεικονιστικές τεχνικές του κυκλοφορικού συστήματος. Η συχνότερη οικονομικά συμφέρουσα και ευκολότερη στη χρήση της τεχνική, είναι το έγχρωμο Υπερηχογράφημα καρδιάς 2 διαστάσεων και η χρήση της τεχνικής *Doppler*. Με τη μέθοδο αυτή, ιδιαιτέρως στη νεογνική και παιδική ηλικία μπορούμε να διαγνώσουμε σχεδόν το 95% όλων των μορφών των ΣΚ. Επιπρόσθετα χρησιμοποιούμε το Ηλεκτροκαρδιογράφημα και την Ακτινογραφία Θώρακος που μας επιτρέπει να διακρίνουμε πρόσθετες πληροφορίες για το είδος και τη βαρύτητα των ΣΚ. Οι πιο σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι όπως Αξονική και Μαγνητική Τομογραφία Καρδιάς, είναι απαραίτητες διαγνωστικές τεχνικές κυρίως στους ενήλικες με ΣΚ καθώς προ υπάρχουσες χειρουργικές επεμβάσεις, δυσμορφίες του θώρακα και η φυσική ανάπτυξη του σώματος των ενηλίκων συχνά περιορίζουν τα δεδομένα του υπερηχογραφήματος καρδιάς.

Πώς μπορούμε να αξιολογήσουμε τη βαρύτητα των ΣΚ;

Η χρήση δοκιμασιών ασκήσεως όπως ο κυλιόμενος τάπητας, το εργονομικό ποδήλατο, η φαρμακευτική χορήγηση ουσιών που αυξάνουν την καρδιακή συχνότητα και ο συνδυασμός της καρδιακής και αναπνευστικής μελέτης κατά τη διάρκεια της κόπωσης αποτελούν πολύ χρήσιμες μεθόδους εκτίμησης της βαρύτητας αλλά και της υπάρχουσας εφεδρείας του καρδιαγγειακού συστήματος σε ασθενείς με ΣΚ. Η 24ωρη ή και σε διάστημα μέχρι και μιας εβδομάδος συνεχής καταγραφή του ΗΚΓ, μας επιτρέπει να διαπιστώσουμε πιθανές αρρυθμίες που σχετίζονται με την ΣΚ. Χρήσιμη σε αρκετές καταστάσεις είναι και η συνεχής 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πιέσεως, ιδιαίτερα σε εφήβους και νεαρούς ενηλίκους. Η παλαιότερη επεμβατική μέθοδος του καρδιακού καθετηριασμού έχει περιοριστεί στις μέρες μας στη χρήση της για επεμβατικές πράξεις και αιμοδυναμικό έλεγχο για την οριστική διάγνωση της πνευμονικής υπέρτασης που συχνά συνοδεύει παραμελημένες ΣΚ ενηλίκων.

Υπάρχει θεραπεία για τις ΣΚ; Τι επιλογές υπάρχουν;

Με τη σύγχρονη πρόοδο των φαρμάκων (ινότροπα, αναστολείς διαύλων ασβεστίου και β-αποκλειστές, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης, διουρητικών, αντιπηκτικών και αγγειοδιασταλτικών φαρμάκων της

συστηματικής και πνευμονικής κυκλοφορίας) επιτρέπουν σήμερα τη σταθεροποίηση και επιβράδυνση της νοσηρότητας πάρα πολλών ΣΚ. Η πρόοδος της Εντατικής Ιατρικής (εξειδικευμένες ΜΕΘ για ΣΚ) καθώς και της αναισθησιολογία – εξωσωματικής κυκλοφορίας και υποστήριξης, έχουν επιτρέψει τη χειρουργική διόρθωση ή και αντιμετώπιση των ΣΚ.

Τέλος για τις κρίσιμες και σοβαρές ΣΚ, η χειρουργική αντιμετώπιση συχνά με περισσότερα του ενός διαδοχικών χειρουργείων στη νεογνική, βρεφική, παιδική, εφηβική και ενήλικη ζωή, αποτελούν τον μόνο ουσιαστικό τρόπο αντιμετώπισης αυτών των ΣΚ.

Οι τεχνολογικές εξελίξεις, με τη δημιουργία βηματοδοτών, απινιδωτών και μηχανισμών υποστήριξης της καρδιακής λειτουργίας (ECMO, μηχανικές καρδιές) αποτελούν έτη περαιτέρω θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Τέλος η μεταμόσχευση καρδιάς ή και πνευμόνων, αποτελεί την ύστατη θεραπευτική αντιμετώπιση όταν οι προηγούμενες τεχνικές έχουν αποτύχει.

Από τους αναφερόμενους τρόπους θεραπείας εύκολα κανείς εικάζει ότι η αντιμετώπιση των πιο σύμπλοκων και σοβαρών ΣΚ απαιτεί συχνά τον συνδυασμό φαρμακευτικής, επεμβατικής και χειρουργικής θεραπείας.

Οφείλουμε να υπογραμμίσουμε ότι στις βαρύτερες μορφές των ΣΚ, τόσο η παρακολούθηση, όσο και η θεραπεία είναι χρόνια, εξειδικευμένη και συχνά οικονομικά υψηλή.

Μπορεί ένας ασθενής με ΣΚ να έχει φυσιολογική ζωή;

Με βάση τον ορισμό της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας 1944, «υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας που αισθάνεται ένα άτομο στις καθημερινές του δραστηριότητες και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Με βάση την δήλωση αυτή εάν η προσφερόμενη θεραπεία και ιατρική παρακολούθηση επιτρέπει σε αυτούς τους ασθενείς την ευρύτερη δυνατή επιλογή επαγγελμάτων, την δυνατότητα κοινωνικών σχέσεων και συμμετοχής στις συνήθεις δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων και του ερασιτεχνικού αθλητισμού και τη δημιουργία οικογένειας (εγκυμοσύνη σε γυναίκες πάσχουσες από ΣΚ), τότε ως ιατρική εξειδίκευση έχουμε πετύχει την καλύτερη δυνατή επίτευξη ποιότητας ζωής στους ασθενείς με ΣΚ. Ας σημειωθεί ότι οι ασθενείς με βαριές μορφές ΣΚ έχουν περιορισμούς, τόσο στην επαγγελματική, όσο και στην προσωπική και κοινωνική τους ζωή. Μάλιστα το προσδόκιμο επιβίωσης σε πολλές διεθνείς μελέτες δεν ξεπερνά την 6η δεκαετία της ζωής.

Πρέπει ένας ασθενής με ΣΚ να αναβάλλει την θεραπεία του;

Οι ασθενείς με μέτριες προς σοβαρές μορφές ΣΚ παρουσιάζουν συχνά πολλαπλές συνοσηρότητες που αφορούν τη νευρολογική και ψυχολογική τους κατάσταση, τις αναπνευστικές και καρδιακές εφεδρείες και τη δυνατότητά τους για έντονη σωματική δραστηριότητα, διαταραχές στη σωματική ανάπτυξη και στη θρέψη τους και αιματολογικά προβλήματα. Για τους λόγους αυτούς επιβάλλεται μία συστηματική εκτίμησή τους πέραν από τον οικογενειακό τους γιατρό και από μία εξειδικευμένη ομάδα των προαναφερόμενων ειδικοτήτων που μπορούν να υποστηρίξουν ολιστικά και δια βίου τους ασθενείς αυτούς. Στο Κέντρο αυτής της ομάδας βρίσκεται ο καρδιολόγος ΣΚ ενηλίκων που πρέπει να συνεργάζεται με τον παιδοκαρδιολόγο που παρακολουθούσε επί σειρά ετών τον ασθενή αυτόν.

Σκοπός του Κέντρου Συγγενών Παθήσεων είναι να προσφέρει στους ενήλικες ασθενείς με ΣΚ που έχουν υπολειπόμενη νόσο την πιο σύγχρονη παρακολούθηση, υποστήριξη της υγείας τους και κάθε δυνατή θεραπευτική προσέγγιση με σκοπό την όσο το δυνατόν φυσικότερη ζωή και την μακροημέρευσή τους.

Επιπρόσθετα απαιτείται η συνεργασία του με άλλους ειδικούς που αναφέραμε και να έχει την πρόσβαση για τον ασθενή του στις πιθανές κατάλληλες επεμβατικές, αρρυθμιολογικές και καρδιοχειρουργικές υπηρεσίες που μπορούν να απαιτηθούν στη δια βίου παρακολούθηση αυτών των ασθενών.

Δυστυχώς στη χώρα μας, η συγκεκριμένη κουλτούρα απουσιάζει από αρκετούς παιδοκαρδιολόγους και πολλούς καρδιολόγους ενηλίκων με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος αυτών των ασθενών να έχει διακόψει για μεγάλα χρονικά διαστήματα την κατάλληλη παρακολούθηση. Αυτό οδηγεί στην επανεμφάνισή τους σε τελικά στάδια καρδιακής ανεπάρκειας ή και εγκατεστημένης πνευμονικής υπερτάσεως, που έχει ως αποτέλεσμα, τόσο τον περιορισμό στην προσφερόμενη θεραπεία, όσο και τη μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών αυτών.

Σκοπός του Κέντρου Συγγενών Παθήσεων είναι να προσφέρει στους ενήλικες ασθενείς με ΣΚ που έχουν υπολειπόμενη νόσο την πιο σύγχρονη παρακολούθηση, υποστήριξη της υγείας τους και κάθε δυνατή θεραπευτική προσέγγιση με σκοπό την όσο το δυνατόν φυσικότερη ζωή και την μακροημέρευσή τους.

Γιατί μίση καρδιά δεν είναι μισή ζωή.

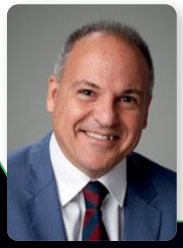
ΟΜΙΛΟΣ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο Κέντρο!

Στην κορυφή της ποιότητας **με αποδείξεις**

9/10

ασθενείς δηλώνουν*
απόλυτα ικανοποιημένοι
από τις υπηρεσίες
της Ευρωκλινικής

*Σύμφωνα με στοιχεία ανεξάρτητης εταιρείας ερευνών



Κώστας Παπαγιαννόπουλος
Διευθυντής Τομέα Χειρουργικής Θώρακος, Ευρωκλινική Αθηνών

Νεότερες χειρουργικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς καρκίνου του πνεύμονα

Είναι γνωστό ότι ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες θανάτου σε άνδρες παγκοσμίως, με αυξανόμενη τάση και στις γυναίκες.

Το 2012, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανακοίνωσε πάνω από 1,6 εκατομμύρια θανάτους από καρκίνο πνεύμονα. Ο αριθμός αυτός υπολογίζεται ότι θα διπλασιαστεί μέχρι το 2035, λόγω γήρανσης του πληθυσμού και της συνήθειας του καπνίσματος. Ταυτόχρονα η μελέτη της νόσου και η γνώση σε μοριακό επίπεδο με ανάπτυξη της τεχνολογίας, έχει εξοπλίσει τις σύγχρονες ιατρικές ομάδες με θεραπευτικές λύσεις που δεν υπήρχαν στο παρελθόν.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα πέρα από τις προσπάθειες πρόληψης, παραμένει πολύ παραγοντική με συνδυασμό χειρουργικών πράξεων ανάλογα με τον ασθενή και το στάδιο της νόσου.

Ας δούμε λοιπόν τις λύσεις που μπορεί να προσφέρει ένας σύγχρονος και ενημερωμένος χειρουργός σε ασθενείς διαγνωσμένους με πρωτοπαθή ή και δευτεροπαθή καρκίνο του πνεύμονα.

Πρωτοπαθής καρκίνος του πνεύμονα

Η βασική αρχή είναι ο ενδελεχής έλεγχος της νόσου και η σταδιοποίηση με τις κατάλληλες εξετάσεις. Με άλλα λόγια η «χαρτογράφηση» της νόσου.

Για το πρώιμο στάδιο της νόσου σε ασθενείς με καλή φυσιολογία, η αφαίρεση του όγκου παραμένει η καλύτερη λύση.

Η χειρουργική επέμβαση πρέπει να γίνεται με μικρή τομή και θωρακοσκοπικά. Το κύριο όφελος είναι η ελάχιστα επεμβατική προσπέλαση με ελάχιστο πόνο και γρήγορη αποκατάσταση.

Το 2012, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανακοίνωσε πάνω από 1,6 εκατομμύρια θανάτους από καρκίνο πνεύμονα. Ο αριθμός αυτός υπολογίζεται ότι θα διπλασιαστεί μέχρι το 2035, λόγω γήρανσης του πληθυσμού και της συνήθειας του καπνίσματος.

Επιπρόσθετα δύο πρόσφατες μελέτες από την Ιαπωνία και την Αμερική έδειξαν ότι σε μικρούς όγκους, χωρίς διήθηση των λεμφαδένων, είναι δυνατή η χειρουργική εξαίρεση με απώλεια μικρού τμήματος του πνεύμονα και αναπνευστικής εφεδρείας.

Με αυτόν τον τρόπο φεύγουμε από την κλασσική λοβεκτομή (αφαίρεση μεγάλου τμήματος του πνεύμονα) και προσφέρουμε ανατομική τμηματεκτομή (αφαίρεση μικρού τμήματος του πνεύμονα).

Γιατί είναι αυτό σημαντικό;

Το μεγαλύτερο όφελος δεν είναι μόνο η αφαίρεση μικρού τμήματος πνεύμονα. Είναι η δυνατότητα που προσφέρουμε σε ασθενείς να χειρουργηθούν, οι οποίοι σε παλαιότερες εποχές δεν είχαν αυτή τη δυνατότητα διότι δεν είχαν καλές αναπνευστικές εφεδρείες για να υποβληθούν σε επέμβαση με ασφαλή τρόπο.

Οι επεμβάσεις αυτές απαιτούν γνώση της ανατομίας του πνεύμονα, χρήση σύγχρονων εργαλείων για ελάχιστα επεμβατική χειρουργική και απεικονιστικών εξετάσεων που αποτυπώνουν με λεπτομέρεια το σημείο της βλάβης, δίνοντας μας τη δυνατότητα επακριβούς και πλήρους αφαίρεσης του προβλήματος.

Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι η αφαίρεση γίνεται με χρήση εργαλείων υπερήχου για την απολίνωση των αγγείων και αφαίρεση των λεμφαδένων, όπως και χρήσης ίνας laser για την κοπή του πνευμονικού ιστού με ελάχιστη απώλεια αίματος.

Επίσης, η αφαίρεση του τμήματος του πνεύμονα μπορεί να γίνει με τη χρήση ειδικού μηχανικού κοπτοράπτη, χωρίς τη χρήση των κλασσικών ραμμάτων με γρήγορο και αναίμακτο τρόπο.

Η χρήση ίνας laser επίσης είναι ένας νέος τρόπος αφαίρεσης της βλάβης με το αντίστοιχο τμήμα του πνεύμονα στο οποίο εμπεριέχεται ο καρκίνος.

Αυτό που είναι σημαντικό και χρειάζεται εξειδικευμένη εκπαίδευση, είναι η αφαίρεση ανατομικού τμήματος του πνεύμονα και όχι μίας σφηνοειδούς εκτομής που δεν εξασφαλίζει υγιή όρια γύρω από την βλάβη με κίνδυνο υποτροπής της νόσου.

Επιπρόσθετα θα πρέπει να σημειωθεί ότι η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα, έχει εξελιχθεί και στις περιπτώσεις προχωρημένου σταδίου με διήθηση παρακείμενων οργάνων όπως είναι οι σπόνδυλοι, το θωρακικό τοίχωμα (πλευρές) και τα αγγεία.

Έχουμε στη διάθεση μας εξατομικευμένα υλικά όπως είναι οι μεταλλικές πλάκες και βίδες για αντικατάσταση πλευρών, τα σύγχρονα βιολογικά μοσχεύματα για αντικατάσταση μαλακών μορίων, οι κλωβοί και τα οστικά μοσχεύματα για την αντικατάσταση σπονδύλων. Με τις νέες αυτές τεχνικές εξασφαλίζουμε πενταετή επιβίωση, ίαση σε μεγάλο ποσοστό των ασθενών αλλά και μια άριστη ποιότητα ζωής.

Δευτεροπαθής καρκίνος του πνεύμονα

Στην περίπτωση αυτή υπάρχουν σύγχρονες χειρουργικές λύσεις για αφαίρεση μεταστατικών εστιών στον θώρακα από άλλους πρωτοπαθείς καρκίνους, όπως είναι ο καρκίνος του μαστού, του προστάτη, του παχέος εντέρου, του νεφρού και του θυρεοειδούς.

Βιντεομεσοθωρακοσκόπιση

Διενεργείται με μια μικρή τομή και μπορεί να αφαιρέσει εστίες καρκίνου και λεμφαδένες στο κέντρο του θώρακα, χωρίς μεγάλες τομές και ελάχιστη διαμονή στο νοσοκομείο. Χρειάζεται ειδικός εξοπλισμός και καλή εκπαίδευση του χειρουργού.

Χρήση ίνας laser

Μας δίνει τη δυνατότητα να αφαιρέσουμε αρκετές εστίες καρκίνου από τον πνεύμονα, με χρήση τηλεσκοπίου και χωρίς να γίνουν μεγάλες τομές. Βασικό όφελος είναι η ελάχιστη απώλεια πνεύμονα με καλή ποιότητα ζωής και επιπρόσθετα η δυνατότητα μελλοντικής χειρουργικής επέμβασης σε περίπτωση υποτροπής. Με άλλα λόγια μια μοντέρνα χειρουργική λύση που εξασφαλίζει και μελλοντική αντιμετώπιση.

Χρήση εξατομικευμένων υλικών

Τα εξατομικευμένα υλικά που διαθέτουμε, μας δίνουν τη δυνατότητα να αφαιρέσουμε τμήματα πλευρών, στέρνου, αγγεία και σπονδύλων ή και μυών στον θώρακα και να τα επαναποκαταστήσουμε με ειδικά βιολογικά υλικά με άριστα λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα.

Η σύγχρονη χειρουργική του καρκίνου του πνεύμονα δίνει λύσεις ακόμη και σε προχωρημένο στάδιο του καρκίνου καθώς και σε δευτεροπαθή καρκίνο του πνεύμονα. Σημαντική παραμένει η αντιμετώπιση από επιστημονική ομάδα και η χειρουργική επέμβαση από χειρουργό με εξειδίκευση στο αντικείμενο και γνώση των νέων τεχνικών και εξατομικευμένων υλικών που είναι διαθέσιμα στην παγκόσμια αγορά.

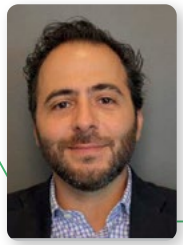
Η χρήση τους σαφώς απαιτεί άριστη γνώση των υλικών και σωστή τοποθέτηση για εξασφάλιση αισθητικού και λειτουργικού αποτελέσματος με ταυτόχρονη αντιμετώπιση του καρκίνου.

Αποτελέσματα και οφέλη

Οι σύγχρονες ελάχιστα επεμβατικές χειρουργικές τεχνικές, με αφαίρεση μικρού τμήματος του πνεύμονα και χρήση laser, υπερήχων και βιντεομεσοθωρακοσκοπίου προσφέρουν σημαντικά οφέλη στον ασθενή:

- Αφαίρεση μικρού τμήματος πνεύμονα και προστασία της αναπνοής
- Γρήγορη επιστροφή στις καθημερινές ασχολίες
- Δυνατότητα χειρουργικής αφαίρεσης ακόμα και μεγάλων όγκων με τη χρήση εξατομικευμένων υλικών
- Δυνατότητα επανεπέμβασης σε δευτεροπαθείς όγκους του πνεύμονα
- Δυνατότητα χειρουργικής επέμβασης που σε άλλη περίπτωση θα ήταν αδύνατη λόγω θέσης του όγκου και μεγάλης απώλειας πνευμονικού παρεγχύματος
- Δυνατότητα πλήρους αφαίρεσης του όγκου και της νόσου

Οι τεχνικές αυτές έχουν εφαρμοστεί τα τελευταία χρόνια στην Πανεπιστημιακή κλινική του Leeds Στην Αγγλία. Η ομάδα του Κου Παπαγιαννόπουλου έχει επιτελέσει μεγάλο αριθμό ελάχιστα επεμβατικών πράξεων, με εξειδικευμένα υλικά, άριστα αποτελέσματα και προπαντός πολύ καλή ποιότητα ζωής μετεγχειρητικά. Οι τεχνικές αυτές είναι διαθέσιμες στην Ευρωκλινική Αθηνών.



Γεώργιος Ι. Βλαχογιάννης
Διευθυντής Καρδιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Η Ανδεκτική Στηθάγχη

Το ευρύ φάσμα εκδηλώσεων του συμπτώματος στηθάγχης

Τι είναι η στηθάγχη;

Η στηθάγχη χαρακτηρίζεται από βάρος, πόνο ή «κράμπα» στο στήθος. Ο πόνος εμφανίζεται όταν ο καρδιακός μυς δεν παίρνει αρκετό οξυγόνο. Συχνά παρατηρείται μόνο όταν η καρδιά πρέπει να δουλέψει πιο δυνατά, όπως π.χ. κατά τη διάρκεια σωματικής άσκησης, μετά από έντονη συναισθηματική φόρτιση ή μετά από ένα βαρύ γεύμα. Σε πιο προχωρημένο στάδιο μπορεί κανείς να υποφέρει και σε άλλες στιγμές της ζωής του. Σημαντικό είναι να τονιστεί πως μπορεί τα συμπτώματα να είναι και λιγότερο σαφή. Αυτό παρατηρείται πιο συχνά στις γυναίκες, σε ασθενείς με διαβήτη ή σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας.

Αίτια στηθάγχης

Ο πόνος στη στηθάγχη οφείλεται συνήθως σε στένωση των στεφανιαίων αρτηριών. Αυτά είναι τα αιμοφόρα αγγεία που τροφοδοτούν την καρδιά με οξυγόνο. Λόγω της στένωσης, η καρδιά λαμβάνει λιγότερο οξυγόνο από αυτό που χρειάζεται. Αρχικά μια στένωση των στεφανιαίων αρτηριών δεν συνοδεύεται από συμπτώματα. Αυτά εμφανίζονται, όταν η στένωση της στεφανιαίας αρτηρίας υπερβαίνει το 50% της διαμέτρου της. Κύρια αιτία της στένωση των στεφανιαίων αρτηριών είναι η αρτηριοσκλήρυνση.

Άλλες αιτίες πόνου στο στήθος

Όπως αναφέρθηκε στη στηθάγχη, ο πόνος προκαλείται σε γενικές γραμμές από στένωση των στεφανιαίων αρτηριών. Άλλες καρδιακές παθήσεις μπορεί επίσης να προκαλέσουν πόνο στο στήθος, όπως: η φλεγμονή του καρδιακού σάκου (περικαρδίτιδα), νόσο των καρδιακών βαλβίδων ή διαταραχές του καρδιακού ρυθμού.

Ο πόνος στη στηθάγχη οφείλεται συνήθως σε στένωση των στεφανιαίων αρτηριών. Αυτά είναι τα αιμοφόρα αγγεία που τροφοδοτούν την καρδιά με οξυγόνο.

Επιπλέον, πόνο στο στήθος μπορεί να προκαλέσουν και μη-καρδιακές παθήσεις, όπως ασθένειες των πνευμόνων, του οισοφάγου ή των μυών. Συχνά τότε τα συμπτώματα είναι διαφορετικά, και βάση του ιστορικού και της κλινικής εξέτασης μπορεί να προσδιορίσει κανείς τις διαφορετικές αιτίες του πόνου στο στήθος.

Τύποι στηθάγχης

Σταθερή στηθάγχη

Τα συμπτώματα της σταθερής στηθάγχης εμφανίζονται όταν η καρδιά απαιτεί περισσότερο οξυγόνο και υποχωρούν αρκετά γρήγορα μετά από σωματική ανάπαυση. Η σταθερή στηθάγχη συνήθως δεν χρειάζεται επείγουσα ιατρική φροντίδα.

Ασταθής στηθάγχη

Σε περίπτωση ασταθούς στηθάγχης, τα συμπτώματα είναι απρόβλεπτα και μπορεί να εμφανισθούν και σε ηρεμία. Αυτό οφείλεται στο ότι οι στενώσεις στις στεφανιαίες αρτηρίες είναι πιθανώς σοβαρότερες, συχνά μέχρι και 80%-90%. Ως αποτέλεσμα, η παροχή επαρκούς αίματος με οξυγόνο είναι πολύ μικρή και δημιουργείται τότε σοβαρός κίνδυνος καρδιακού εμφράγματος. Σε περίπτωση ασταθούς στηθάγχης, ο ασθενής πρέπει να εισάγεται στο νοσοκομείο για παρακολούθηση και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Συχνά απαιτείται σε αυτές τις περιπτώσεις επείγουσα αγγειοπλαστική (μπαλονάκια και *stents*) ή και χειρουργική επέμβαση bypass *(coronary artery bypass surgery)*.

Στηθάγχη του Prinzmetal (αγγειακοί σπασμοί)

Μια ειδική μορφή στηθάγχης είναι η Prinzmetal στηθάγχη (αγγειακός σπασμός). Η στηθάγχη του *Prinzmetal* προκαλείται από ξαφνικό σπασμό μιας στεφανιαίας αρτηρίας. Οι σπασμοί μπορεί να εμφανιστούν σε στεφανιαίες αρτηρίες με ή χωρίς αρτηριοσκλήρυνση. Αυτό προκαλεί συμπτώματα παρόμοια με αυτά της στηθάγχης. Η μορφή αυτή είναι σπάνια, εμφανίζεται κυρίως στις γυναίκες και αντιμετωπίζεται συνήθως με φαρμακευτική αγωγή.

Στηθάγχη λόγω προβλημάτων στα μικρά αγγεία της καρδιάς *(coronary microvascular disfunction - CMD)*

Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να έχουν προβλήματα στους μικρούς κλάδους των στεφανιαίων αρτηριών. Αυτό ονομάζεται στεφανιαία μικροαγγειακή δυσλειτουργία. Είναι μια διαταραχή στη λειτουργία των αιμοφόρων αγγείων. Τα μικρά αιμοφόρα αγγεία είναι λιγότερο ικανά να διαστέλλονται όταν είναι απαραίτητο. Αυτό δίνει επίσης συμπτώματα στηθάγχης.

Διάγνωση

Η διαγνωστική διαδικασία της στηθάγχη στηρίζεται στο ιατρικό ιστορικό, στην κλινική εξέταση και στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Ανάλογα με την περίπτωση, ακολουθούνε και άλλες εξετάσεις όπως π.χ. δοκιμασία κοπώσεως, υπερηχογράφημα, εξετάσεις με ισότοπα, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ή στεφανιογραφία.

Στεφανιογραφία σε συνδυασμό με τον έλεγχο της λειτουργίας των στεφανιαίων αγγείων

Σημαντικό να αναφερθεί, πως μια απλή στεφανιογραφία – ενώ δείχνει με μεγάλη ακρίβεια την πορεία των μεγάλων στεφανιαί-

ων αγγείων και την ύπαρξη πιθανόν στενώσεων - δεν μπορεί να πιστοποίηση την ύπαρξη στεφανιαίας μικροαγγειακής δυσλειτουργίας. Εδώ χρειάζεται κατά τη στεφανιογραφία να προστεθεί μια εξέταση για τη λειτουργία των στεφανιαίων αρτηριών και μικρών αγγείων με την προσθήκη αγγειοδραστικών φαρμάκων *(coronary function testing).*

Η εξέταση αυτή συνδυάζει:

1. τη δοκιμή εάν εμφανίζονται σπασμοί στους κύριους κλάδους ή μικρότερους κλάδους των στεφανιαίων αρτηριών μετά από την φαρμακευτική πρόκληση

2. μια δοκιμή, εάν τα αγγεία μπορούν να διασταλούν σωστά μετά από αντίστοιχη φαρμακευτική πρόκληση, και ταυτόχρονα μέτρηση της αντίστασης στα μικρότερα αιμοφόρα αγγεία (π.χ. *index of microvascular resistance - IMR*).

Αυτή η εξέταση της λειτουργίας στεφανιαίων αγγείων μαζί με τη στεφανιογραφία είναι ένας εύκολος, ασφαλής και σύντομος τρόπος για την αποκάλυψη των αιτιών της στηθάγχης και την καθοδήγηση των ασθενών για μια αποτελεσματική θεραπεία.

Θεραπεία

Η στηθάγχη αντιμετωπίζεται συμβατικά με αντιστηθαγχικά φάρμακα, αγγειοπλαστική στεφανιαίων αγγείων και/ή χειρουργείο *bypass.*

Φαρμακευτική αγωγή

Φάρμακα δίδονται για να μειώσουν την ανάγκη της καρδιάς για οξυγόνο και να φέρουν ανακούφιση από τον πόνο. Άλλα φάρμακα τα οποία έχουν μικρή ή καθόλου επίδραση στον πόνο, επιδρούν ώστε η στένωση των στεφανιαίων αρτηριών να μην επιδεινώνονται.

Αντιμετώπιση των στενώσεων

Συχνά ο υγιεινός τρόπος ζωής και η φαρμακευτική αγωγή δεν αρκούν για εξάλειψη των συμπτωμάτων. Τότε είναι απαραίτητη η αντιμετώπιση των στενώσεων με αγγειοπλαστική (μπαλονάκια και *stents*) ή χειρουργική παράκαμψη της στένωσης (*bypass*).

Η υγιεινή ζωή είναι εξαιρετικά σημαντική

Για όλες τις μορφές της στηθάγχης είναι σημαντικό να ζούμε όσο το δυνατόν πιο υγιεινά, που σημαίνει πως δεν καπνίζουμε, κινούμαστε επαρκώς, και ακολουθούμε μια υγιεινή διατροφή.

Ανθεκτική στηθάγχη

Ο όρος «ανθεκτική στηθάγχη» αναφέρεται σε χρόνια συμπτώματα στηθάγχης (κατά ορισμό για διάστημα >3 μήνες) που δεν μπορούνε να αντιμετωπιστούνε με τον συνδυασμό φαρμάκων, αγγειοπλαστικής ή/και χειρουργείου *bypass.*

Η συχνότερη αιτία είναι στενώσεις που αφορούν τις κύριες στεφανιαία αρτηρίες. Ωστόσο, σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με ανθεκτική στηθάγχη απουσιάζουνε στενώσεις των στεφανιαίων αγγείων. Τότε πρέπει να σκεφτούμε την ύπαρξη *Prinzmetal* στηθάγχης(αγγειακή σπασμοί) ή – και ακόμα πιο συχνά - στεφανιαία μικροαγγειακή δυσλειτουργία. Πράγματι, ο ρόλος της μικροαγγειακής δυσλειτουργίας ως βασικός παράγοντας στηθάγχης εκτιμάται όλο και περισσότερο. Να σημειωθεί πως αυτοί οι τύποι στηθάγχης μπορεί να συνυπάρχουν σε συνδυασμό με αποφρακτική ή μη αποφρακτική στεφανιαία νόσο.

Ο αριθμός των ασθενών με ανθεκτική στηθάγχη αυξάνεται, εν μέρει, λόγω του συνδυασμού γήρανσης του πληθυσμού και των αυξημένου ποσοστών επιβίωσης σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Πράγματι ο αριθμός των ασθενών με ανθεκτική στηθάγχη αυξάνεται, εν μέρει, λόγω του συνδυασμού γήρανσης του πληθυσμού και των αυξημένου ποσοστών επιβίωσης σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Εκτός των αναφερόμενων θεραπευτικών επιλογών, έχει ειδικό ενδιαφέρον στην αντιμετώπιση της ανθεκτικής στηθάγχης, η καρδιακή συσκευή *REDUCER* που εμφυτεύεται με ασφαλή και σύντομο τρόπο δια του καρδιακού καθετηριασμού στον στεφανιαίο κόλπο. Η συσκευή *REDUCER* βοηθά τους περισσότερους ασθενείς, να μειώσουν σημαντικά τα συμπτώματα ανθεκτικής στηθάγχης και να επιτύχουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Συμπερασματικά, κεντρικό σημείο παραμένει η κλινική αντιμετώπιση της στηθάγχης, που προϋποθέτει έγκυρη διάγνωση μέσου στεφανιογραφίας και συχνά την εξέταση λειτουργίας στεφανιαίων αγγείων. Τα βήματα αυτά, επιτρέπουν τη σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου.

OLYMPUS

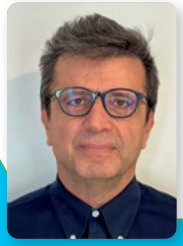
DIEGO
ELITE

MEDIWAY
MEDICAL SUPPLIES
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

64097



Δρακούλης Γιαννουκάκος
Κλινικός Εργαστηριακός Γενετιστής
Διευθυντής, Τμήμα Γενετικής Συμβουλευτικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Προδιάθεση στον καρκίνο

Γενετική ανάλυση & θεραπευτικά οφέλη

Η εμφάνιση του καρκίνου είναι ένα πολύ σύνθετο φαινόμενο και σχετίζεται με τον τρόπο ζωής (διατροφή-άσκηση), την ηλικία και βεβαίως το γενετικό υπόβαθρο. Ειδικότερα όσον αφορά το θέμα της ηλικίας, τα περισσότερα κρούσματα εμφανίζονται μετά τα 50-60 χρόνια ζωής. Υπάρχει βεβαίως ένα σημαντικό ποσοστό καρκίνων σε νεαρές ηλικίες που κυμαίνεται από 5%-20% ανάλογα με το είδος του καρκίνου.

Κληρονομικότητα Καρκίνου

Η εμφάνιση καρκίνου σε νεαρή ηλικία υποδηλώνει την πιθανή ύπαρξη κληρονομικότητας. Τα υψηλότερα ποσοστά κληρονομικότητας υπάρχουν:

- στον καρκίνο των ωοθηκών (15%-20%)
- στον καρκίνο του μαστού (5%-10%)
- στον καρκίνο του παχέος εντέρου και ενδομητρίου (5%-10%)

αλλά και σε άλλα όργανα του σώματος.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ο μοναδικός καρκίνος για τον οποίο γνωρίζουμε ότι συγκεκριμένες παράμετροι σχετίζονται στατιστικά με την εμφάνιση του καρκίνου (ηλικία εμμηναρχής-εμμηνόπαυσης και πρώτης τελειόμηνης κύησης).

Γονίδια και Καρκίνος

Τα τελευταία 30 χρόνια έχει υπάρξει εξαιρετικά σημαντική εξέλιξη στην κατανόηση της προδιάθεσης στον καρκίνο, ιδιαίτερα όσον αφορά τα γονίδια που εμπλέκονται σε αυτήν. Σήμερα γνωρίζουμε περισσότερα από 120 γονίδια που σχετίζονται με κληρονομικές μορφές καρκίνου. Ενδεικτικά αναφέρονται τα γονίδια BRCA1, BRCA2 και PALB2 που σχετίζονται με προδιάθεση στον καρκίνο μαστού-ωοθηκών κυρίως, τα γονίδια APC, MLH1, MSH2, MSH6, που σχετίζονται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ενδομητρίου και πολλά άλλα.

Η προδιάθεση στον καρκίνο οφείλεται σε αλλαγές (μεταλλάξεις ή παραλλαγές) σε κάποιο από αυτά τα γονίδια. Ανάλογα με το είδος της αλλαγής στο DNA, ποικίλει και ο δια βίου κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου και κυμαίνεται από 30%-90%. Τις αλλαγές αυτές συνήθως τις κληρονομούμε από τους γονείς μας, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις δημιουργούνται τυχαία.

Η εμφάνιση του καρκίνου είναι ένα πολύ σύνθετο φαινόμενο και σχετίζεται με τον τρόπο ζωής (διατροφή-άσκηση), την ηλικία και βεβαίως το γενετικό υπόβαθρο. Ειδικότερα όσον αφορά το θέμα της ηλικίας, τα περισσότερα κρούσματα εμφανίζονται μετά τα 50-60 χρόνια ζωής

Η πιο εύκολη ένδειξη κληρονομικότητας είναι η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού καρκίνου σε μία οικογένεια. Βεβαίως αυτό προϋποθέτει ότι:

- οι οικογένειες είναι πολυμελείς
- εκπροσωπούνται και τα δύο φύλα
- έχει καταγραφεί ένα πολύ αναλυτικό οικογενειακό ιστορικό από εξειδικευμένο γενετιστή.

Η εμφάνιση καρκίνου σε νεαρή ηλικία όπως και η επανεμφάνιση πρωτοπαθούς καρκίνου στο ίδιο ή άλλο όργανο, είναι ενδείξεις για την ύπαρξη κληρονομικότητας. Υπάρχουν όμως πολλές περιπτώσεις ύπαρξης κληρονομικότητας στον καρκίνο ενώ δεν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό. Αυτό οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως ολιγομελείς οικογένειες, απώλεια συγγενών σε νέες ηλικίες από άλλες αιτίες (π.χ. ατυχήματα), παρουσία πολλών ανδρών στην ευρύτερη οικογένεια (ενώ η ασθενής που εξετάζουμε έχει παρουσιάσει για παράδειγμα καρκίνο ωοθηκών), μη βιολογικοί γονείς και αρκετοί άλλοι λόγοι που σχετίζονται με τους διαφορετικούς τρόπους κληρονόμησης και ξεφεύγουν από τους στόχους αυτού του σημειώματος.

Τα τελευταία 30 χρόνια έχει υπάρξει εξαιρετικά σημαντική εξέλιξη στην κατανόηση της προδιάθεσης στον καρκίνο, ιδιαίτερα όσον αφορά τα γονίδια που εμπλέκονται σε αυτήν. Σήμερα γνωρίζουμε **περισσότερα από 120 γονίδια που σχετίζονται με κληρονομικές μορφές καρκίνου**.

Ποια είναι η αξία της γενετικής ανάλυσης σε ασθενείς με καρκίνο;

Είναι χρήσιμη τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όπως επίσης και για τους συγγενείς. Όσον αφορά τον ίδιο μπορεί να υπολογιστεί μέσω της γενετικής ανάλυσης ο κίνδυνος επανεμφάνισης πρωτοπαθούς καρκίνου στο ίδιο ή άλλο όργανο και κατά συνέπεια να παρακολουθείται με στοχευμένες διαγνωστικές εξετάσεις. Για παράδειγμα μια γυναίκα που διαγιγνώσκεται με καρκίνο μαστού στα 40 της χρόνια και φέρει μια παθογόνο παραλλαγή στο γονίδιο BRCA1 έχει 40% (26% για το BRCA2) πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο του μαστού τα επόμενα 20 χρόνια.

Αξίζει να σημειωθεί ότι μια υγιής γυναίκα που φέρει μια παθογόνο παραλλαγή στο γονίδιο BRCA1 έχει 72% πιθανότητες να αναπτύξει καρκίνο του μαστού και 44% καρκίνο των ωοθηκών μέχρι τα 80 της χρόνια. Όσον αφορά το γονίδιο BRCA2 τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 68% και 17%. Τα ποσοστά αυτά ποικίλουν εάν οι αλλαγές αυτές εντοπίζονται σε άλλα γονίδια όπως το PALB2, TP53, ATM, CHEK2, RAD51C κ.ά.

Πιθανά Αποτελέσματα Γενετικής Ανάλυσης

Όταν γίνεται γενετική ανάλυση στο DNA ενός ογκολογικού ασθενούς μπορούμε να έχουμε τα εξής αποτελέσματα:

α. εντοπίζεται μία παραλλαγή η οποία είναι σαφώς παθογόνος, άρα έχει επιπτώσεις στην κλινική διαχείριση

β. δεν εντοπίζεται κάποια παθογόνος παραλλαγή

γ. εντοπίζεται μία παραλλαγή άγνωστης κλινικής σημασίας.

Η αξιολόγηση των παραλλαγών σε σχέση με την κλινική διαχείριση, θα πρέπει να γίνεται από ειδικό γενετιστή σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό αλλά και όλες τις εμπλεκόμενες ειδικότητες (χειρουργό, ογκολόγο, παθολογοανατόμο, ακτινολόγο, κ.ά).

Ιδιαίτερη χρησιμότητα στην πρόληψη του καρκίνου έχει η ταυτοποίηση υγειών ατόμων υψηλού κινδύνου στην οικογένεια του ασθενούς, στην οποία έχει εντοπιστεί μία παθογόνος παραλλαγή. Ενώ είναι ευρέως διαδεδομένη η πεποίθηση ότι εάν υπάρχει προδιάθεση στον καρκίνο όλη η οικογένεια θα την έχει, στην πραγματικότητα περίπου οι μισοί συγγενείς θα φέρουν την παραλλαγή, άρα θα είναι υψηλού κινδύνου. Σε αυτήν την περίπτωση ο/η υγιής συγγενής θα πρέπει να παρακολουθείται με εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις (π.χ. μαγνητική τομογραφία) και ενδέχεται να του προταθούν προληπτικές χειρουργικές επεμβάσεις.

Μια υγιής γυναίκα που φέρει μια παθογόνο παραλλαγή στο γονίδιο BRCA1 έχει 72% πιθανότητες να αναπτύξει καρκίνο του μαστού και 44% καρκίνο των ωοθηκών μέχρι τα 80 της χρόνια. Όσον αφορά το γονίδιο BRCA2 τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 68% και 17%.

Ένα νέο σημαντικό δεδομένο που προστέθηκε τα τελευταία 10 χρόνια στις θεραπευτικές επιλογές των ογκολόγων είναι ότι οι ασθενείς με καρκίνο που φέρουν παθογόνες παραλλαγές σε γονίδια επιδιόρθωσης του DNA εμφανίζουν καλές ανταποκρίσεις σε νέα ογκολογικά φάρμακα. Αυτά τα φάρμακα έχουν εγκαινιάσει μια νέα εποχή στη θεραπεία του καρκίνου και έχουν οδηγήσει σε εθνικές πρωτοβουλίες ιατρικής ακριβείας και βελτιωμένες εξατομικευμένες θεραπευτικές επιλογές για τους ασθενείς.

Τόσο οι γενετικές (κληρονομικές), αλλά και οι επιγενετικές μεταλλάξεις που εντοπίζονται στους όγκους, αποτελούν νέους βιοδείκτες που βοηθούν αποτελεσματικά στην καλύτερη κλινική διαχείριση των ογκολογικών ασθενών.

Καλλιόπη Καλαϊτζή
Φυσίατρος Επιστημονικά Υπεύθυνη Lifestyle Medicine, Ευρωκλινική Αθηνών

Διάγνωση καρκίνου

Μάθε τι μπορείς να κάνεις εσύ για το νόσημά σου στο **Ιατρείο Τρόπου Ζωής της Ευρωκλινικής**

Η λέξη καρκίνος είναι μία λέξη που πάντα σοκάρει τον ασθενή, ακόμη και αν είναι πλέον γνωστό ότι οι περισσότερες μορφές καρκίνου θεραπεύονται, και όλοι έχουμε στον κύκλο μας φίλους και συγγενείς που ζουν μία εντελώς φυσιολογική ζωή πολλά χρόνια μετά την περιπέτειά τους με τη νόσο. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως, η διάγνωση είναι η αφορμή μετά το αρχικό σοκ να δει κανείς τι πήγαινε λάθος σε καθημερινές συνήθειες και να ξεκινήσει ένα ταξίδι αυτοφροντίδας.

Ήταν για μένα ένα μεγάλο μάθημα ζωής όταν η πρώτη ασθενής που μου είπε: *«Γιατρέ ευχαριστώ τον καρκίνο γιατί μου έμαθε να προσέχω και εμένα!»*. Έκτοτε το έχω ακούσει πολλές φορές και το έχω δει ακόμη περισσότερο να γίνεται με ασθενείς που επισκέπτονται το Ιατρείο Τρόπου Ζωής της Ευρωκλινικής.

Προσεγγίζοντας τον Καρκίνο με τον Ιατρό Lifestyle Medicine

Τι πρέπει όμως να προσδοκά αυτός ή αυτή που μετά τη διάγνωση «καρκίνος» επισκέπτεται το Ιατρείο Τρόπου Ζωής;

Να επισημάνουμε εδώ ότι τα τελευταία χρόνια, στον τομέα της ογκολογίας αναγνωρίζεται ο ρόλος του τρόπου ζωής όχι μόνο στην πρόληψη, αλλά και στη θεραπεία και την επιβίωση των ασθενών με καρκίνο. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι υγιεινές συνήθειες ζωής μπορούν:

- να επηρεάσουν θετικά τα αποτελέσματα της θεραπείας
- να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής
- να μειώσουν τον κίνδυνο υποτροπής του καρκίνου.

Η Ιατρική του Τρόπου Ζωής απαντά επιστημονικά και εμπεριστατωμένα σε ερωτήματα ασθενών και οικείων αναφορικά με τη διατροφή, την άσκηση, τον ύπνο, το κάπνισμα και το αλκοόλ βελτιώνοντας την ποιότητας ζωής κατά τη θεραπεία.

Η Ιατρική του Τρόπου Ζωής, μια ολιστική προσέγγιση που δίνει έμφαση σε υγιείς συμπεριφορές και τροποποιήσεις αυτών που δεν είναι ιδανικές, αποδεικνύεται ότι αποτελεί ένα ισχυρό εργαλείο και στη μάχη κατά του καρκίνου. Εστιάζοντας στη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, τον αναζωογονητικό ύπνο, τη διαχείριση του άγχους, τη διακοπή αλκοόλ-καπνίσματος κ.ά. ο Ιατρός Lifestyle Medicine με την ομάδα του ενδυναμώνουν τους

ασθενείς να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας και την ευεξία τους.

Η Ιατρική του Τρόπου Ζωής απαντά επιστημονικά και εμπεριστατωμένα σε ερωτήματα ασθενών και οικείων αναφορικά με τη διατροφή, την άσκηση, τον ύπνο, το κάπνισμα και το αλκοόλ, βελτιώνοντας την ποιότητας ζωής κατά τη θεραπεία και αντιμετωπίζοντας αμφιβόλου επιστημονικής αξιοπιστίας απαντήσεις που μπορεί να αναζητούν στο διαδίκτυο και στον κοινωνικό τους κύκλο.

Η Ιατρική του Τρόπου Ζωής, μια ολιστική προσέγγιση που δίνει έμφαση σε υγιείς συμπεριφορές και τροποποιήσεις αυτών που δεν είναι ιδανικές, αποδεικνύεται ότι αποτελεί ένα ισχυρό εργαλείο και στη μάχη κατά του καρκίνου.

Ο ρόλος της διατροφής στη διαχείριση του καρκίνου

Ο ασθενής έχει κάθε δικαίωμα να ρωτάει για τη διατροφή του κατά τη θεραπεία, ωστόσο δεν υπάρχουν μαγικές λύσεις. Επιστημονικές ενδείξεις υποστηρίζουν ότι μια διατροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, δημητριακά ολικής αλέσεως, όσπρια, ελαιόλαδο και ξηρούς καρπούς μπορεί να ενισχύσει το ανοσοποιητικό σύστημα, να αυξήσει τα επίπεδα ενέργειας και να συμβάλει στην ανάρρωση. Από την άλλη πλευρά, πρέπει να αποφεύγονται οι υπερ-επεξεργασμένες τροφές, τα ζαχαρούχα ποτά, το κόκκινο και το επεξεργασμένο κρέας, καθώς και το αλκοόλ. Η διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους είναι επίσης σημαντική. Στο Ιατρείο Τρόπου Ζωής, οι ασθενείς και οι φροντιστές τους εκπαιδεύονται σχετικά με τη διατροφή μέσω συνεδριών Γαστρονομικής Ιατρικής, καθοδηγούνται να επιλέγουν θρεπτικές και καλής ποιότητας πρώτες ύλες και να μαγειρεύουν γεύματα που θα βοηθήσουν τον οργανισμό να ανταπεξέλθει στις θεραπείες.

Σωματική δραστηριότητα: Ένα βήμα προς τη θεραπεία

Η σωματική δραστηριότητα είναι ένα άλλο βασικό συστατικό της ιατρικής του τρόπου ζωής στη φροντίδα του καρκίνου. Η τακτική άσκηση έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τη δύναμη, την αντοχή και τη συνολική ευεξία των ασθενών. Μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη θεραπεία, στη μείωση της κόπωσης και στην ενίσχυση της συναισθηματικής ευεξίας. Η άσκηση είναι φάρμακο για τον καρκίνο. Σε ένα Ιατρείο Τρόπου Ζωής ο/η ασθενής με καρκίνο λαμβάνει συνταγογραφημένο ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα άσκησης ως συμπληρωματική θεραπεία.

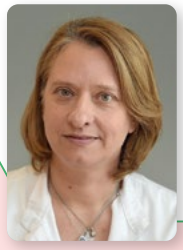
Η Σημασία της ψυχικής ευεξίας

Η διαχείριση του άγχους και η προώθηση της ψυχικής ευεξίας, αποτελούν επίσης κρίσιμες πτυχές της ιατρικής του τρόπου ζωής στη φροντίδα του καρκίνου. Μελέτες αποδεικνύουν ότι τεχνικές όπως η ενσυνειδητότητα, ο διαλογισμός και οι ασκήσεις χαλάρωσης, ακόμη και η προσευχή μειώνουν το άγχος, την κατάθλιψη και τη δυσφορία μεταξύ των ασθενών με καρκίνο. Στο ιατρείο του Τρόπου Ζωής γίνεται αξιολόγηση των επιπέδων stress, των συμπτωμάτων κατάθλιψης και συνολικά της ψυχικής υγείας και προτείνεται πάντα η συνεργασία με τον κατάλληλο επαγγελματία ψυχικής υγείας ψυχίατρο ή ψυχολόγο.

Το κλειδί για μια υγιή ζωή μετά τη διάγνωση του καρκίνου

Συνοψίζοντας, στη μάχη κατά του καρκίνου, η ιατρική του τρόπου ζωής απαντά με επιστημονικό τρόπο στο ερώτημα: Έχω διαγνωστεί με καρκίνο, υπάρχει κάτι που μπορώ να κάνω εγώ;

Ο Ιατρός του Τρόπου Ζωής συνεργάζεται με τον ασθενή, με τους υπολοίπους θεράποντες ιατρούς και την ομάδα επαγγελματιών Υγείας καθοδηγώντας τον /την ασθενή στη διάρκεια των θεραπειών και μετά σε μια πιο υγιή ζωή. Αυτό όμως που είναι ουσιαστικό είναι ότι σε αυτό το Ιατρείο ο ασθενής δε λαμβάνει απλά συμβουλές, αλλά μέσω τακτικών θεραπειών που βασίζονται σε τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς και προσωπικής ενδυνάμωσης, η ομάδα βοηθά τον ασθενή να αλλάξει τις συνήθειες του και να γίνει η καλύτερη εκδοχή του εαυτού του.



Ουρανία Κατωπόδη
Διευθύντρια Ογκολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

ΠΡΩΙΜΟΣ Καρκίνος Μαστού

Οι τελευταίες ανακαλύψεις για ασφαλή διακοπή ορμονοθεραπείας και επιτυχημένη εγκυμοσύνη

Καρκίνος Μαστού και Εγκυμοσύνη

Μία από τις πιο σημαντικές ερωτήσεις την οποία καλούμαστε ως ογκολόγοι να απαντήσουμε, προέρχεται από νέες γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο. Η ερώτηση αφορά το αν θα μπορέσουν να μείνουν έγκυες, κατά τη διάρκεια της ορμονοθεραπείας. Η παγκόσμια ιατρική κοινότητα μέχρι σήμερα, δεν συνιστούσε διακοπή της ορμονοθεραπείας στον ορμονοευαίσθητο καρκίνο μαστού. Οι γυναίκες με πρώιμο στάδιο ορμονικά (HR) θετικό καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζονται αρχικά με χειρουργική επέμβαση, ακτινοβολία ή/και χημειοθεραπεία. Ακολούθως και για 5 έως 10 χρόνια υποβάλλονται σε πρόσθετη ή επικουρική ορμονική θεραπεία. Η χορήγηση της ορμονοθεραπείας έχει στόχο τη μείωση της πιθανότητας υποτροπής μακροπρόθεσμα.

Ο ρόλος της ορμονικής θεραπείας στην καταπολέμηση του HR+ καρκίνου μαστού

Η ορμονική θεραπεία επιβραδύνει ή σταματά την ανάπτυξη HR-θετικών καρκίνων του μαστού. Τα φάρμακα αυτού του είδους εμποδίζουν την ικανότητα του σώματος να παράγει ορμόνες ή παρεμβαίνουν στις επιδράσεις των ορμονών στα καρκινικά κύτταρα του μαστού. Ωστόσο, πολλές νεαρές γυναίκες είναι απρόθυμες να λάβουν ορμονοθεραπεία, επειδή κατά τη διάρκεια της θεραπείας η σύσταση είναι να αποφεύγεται η εγκυμοσύνη. Το φάρμακο το οποίο συστήνεται κατά κύριο λόγο, είναι η Ταμοξιφαίνη.

Πολλές νεαρές γυναίκες είναι απρόθυμες να λάβουν ορμονοθεραπεία, επειδή κατά τη διάρκεια της θεραπείας η σύσταση είναι να αποφεύγεται η εγκυμοσύνη.

Πώς επηρεάζει η Ταμοξιφαίνη την εγκυμοσύνη;

Οι πληροφορίες που έχουμε όσον αφορά τη χορήγηση του φαρμάκου αυτού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, βασίζο-

νται σε μικρές αναδρομικές μελέτες και αναφορές μονομερών περιστατικών που έχουν ανακοινωθεί στη βιβλιογραφία.

Μελέτες σε ζώα έχουν δείξει ότι η έκθεση στην ταμοξιφαίνη στη μήτρα κατά την πρώιμη νεογνική περίοδο, σχετίζεται με δομικές και ιστολογικές αλλαγές του γεννητικού συστήματος του θήλεος. Η δυσπλασία του γεννητικού συστήματος ως συνέπεια της αλλοιωμένης οιστρογονικής σηματοδότησης κατά τη διάρκεια της εμβρυογένεσης, είναι εύλογη παρενέργεια και στη γυναίκα. Υπάρχουν αναφορές περιστατικών στη βιβλιογραφία που περιγράφουν ανωμαλίες των εξωτερικών γεννητικών οργάνων στη γυναίκα, μετά από εφαρμογή στη μήτρα. Υπάρχουν επίσης αρκετές αναφορές περιπτώσεων βρεφών με κρανιοπροσωπικές δυσπλασίες μετά από έκθεση σε ταμοξιφαίνη (αν και δεν υπάρχει διακριτό μοτίβο δυσπλασίας). Ωστόσο, υπάρχουν επίσης αναφορές που τεκμηριώνουν και τη γέννηση πολλών μη παραμορφωμένων βρεφών. Ο αναδρομικός χαρακτήρας αυτών των πληροφοριών, καθώς και η έλλειψη λεπτομερειών στη βιβλιογραφία, η συνέκθεση σε άλλα φάρμακα ταυτόχρονα και τέλος η πιθανή μεροληψία των δημοσιεύσεων προς ανεπιθύμητα αποτελέσματα, σημαίνει ότι οι διαθέσιμες πληροφορίες δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την απόδοση σύστασης βασισμένης σε έγκυρα επιστημονικά δεδομένα και την αξιολόγηση του συνολικού κινδύνου δυσπλασίας μετά από έκθεση κύησης στην ταμοξιφαίνη.

Η μελέτη POSITIVE, η οποία διεξήχθη σε τέσσερις ηπείρους, ήταν η πρώτη προοπτική μελέτη που παρακολούθησε γυναίκες που σταμάτησαν την ορμονοθεραπεία καθώς προσπαθούσαν να συλλάβουν.

Αντίθετα υπάρχει ισχυρή σύσταση αποφυγής εγκυμοσύνης λόγω πιθανών γενετικών ανωμαλιών που μπορεί να προκριθούν στο έμβρυο, αλλά και αυξημένης πιθανότητας υποτροπής της νόσου στις ασθενείς σε περίπτωση διακοπής της θεραπείας.

Τα δεδομένα όμως πρόσφατα άλλαξαν με την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων μιας διεθνούς κλινική μελέτης. Έτσι οι συζητήσεις με τις ασθενείς μας μπορούν να γίνουν σε τελείως διαφορετική βάση.

Τι είναι η κλινική μελέτη POSITIVE;

Η κλινική μελέτη «POSITIVE» περιλαμβάνει γυναίκες κάτω των 43 ετών που επιθυμούσαν να μείνουν έγκυες. Αυτές οι γυναίκες είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού θετικού σε ορμονικούς υποδοχείς, πρώιμου σταδίου (HR+ve) και είχαν λάβει τουλάχιστον 18 μήνες ορμονοθεραπείας.

Η μελέτη επικεντρώθηκε στο φάρμακο ταμοξιφαίνη και διαπίστωσε ότι οι γυναίκες θα μπορούσαν να σταματήσουν προσωρινά την ορμονοθεραπεία τους για έως και 2 χρόνια, καθώς προσπαθούν να εγκυμονήσουν και αυτό χωρίς να αυξήσουν τον κίνδυνο υποτροπής, βραχυπρόθεσμα.

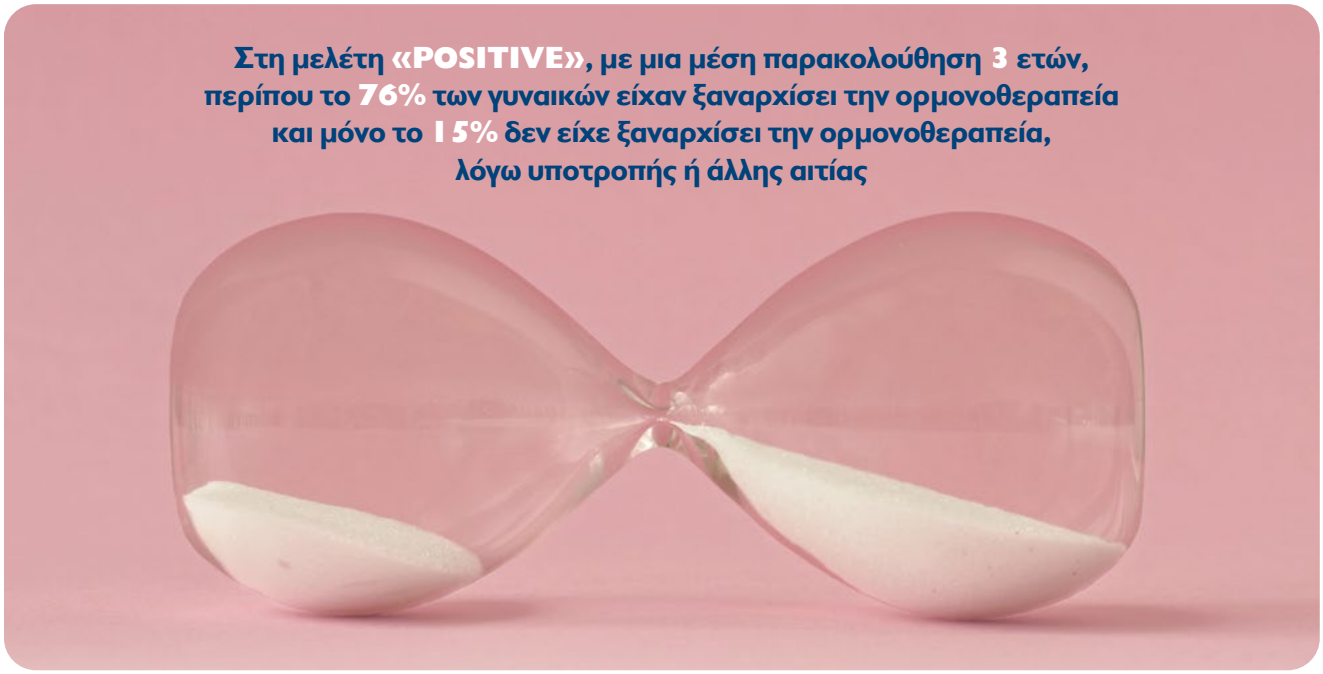
Παγκόσμια συμμετοχή και αποτελέσματα

Οι περισσότερες από τις γυναίκες στη μελέτη έμειναν έγκυες και γέννησαν ένα υγιές μωρό κατά τη διάρκεια της διακοπής της θεραπείας. Συνολικά 516 γυναίκες από 20 χώρες μετείχαν στη μελέτη και 497 από αυτές τελικώς έμειναν σε παρακολούθηση για καταγραφή εγκυμοσύνης. Από αυτή την ομάδα, 368 (74,0%) είχαν τουλάχιστον μία εγκυμοσύνη και 317 (63,8%) είχαν τουλάχιστον μία ζωντανή γέννηση. Αυτά τα ποσοστά σύλληψης και τοκετού ήταν παρόμοια ή υψηλότερα από τα ποσοστά στον γενικό πληθυσμό.

Εκτίμηση του Κινδύνου Υποτροπής

Εν συνεχεία κατά την παρακολούθηση μέχρι και 3 χρόνια μετά την αρχική θεραπεία τους, ο καρκίνος είχε υποτροπιάσει σε περίπου 9% των συμμετεχόντων. Αυτό το ποσοστό υποτροπής ήταν σχεδόν πανομοιότυπο με αυτό που παρατηρήθηκε σε μια παρόμοια ομάδα προεμμηνοπαυσιακών γυναικών που

Στη μελέτη «POSITIVE», με μια μέση παρακολούθηση 3 ετών, περίπου το 76% των γυναικών είχαν ξαναρχίσει την ορμονοθεραπεία και μόνο το 15% δεν είχε ξαναρχίσει την ορμονοθεραπεία, λόγω υποτροπής ή άλλης αιτίας



συμμετείχαν σε παρόμοια μελέτη, αλλά δεν είχαν διακόψει τη θεραπεία τους (ιστορικοί μάρτυρες). Συνολικά 317 μωρά γεννήθηκαν κατά τη διάρκεια της μελέτης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν στο Συμπόσιο για τον Καρκίνο του Μαστού του Σαν Αντόνιο (SABCS) στις 8 Δεκεμβρίου 2022.

Οι γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη θα παρακολουθούνται για τουλάχιστον 10 χρόνια μετά την έναρξη της μελέτης. Αυτή η ολοκληρωμένη παρακολούθηση θα χρειαστεί για να εκτιμηθεί ο κίνδυνος υποτροπής για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μεταξύ των γυναικών που σταμάτησαν την ορμονοθεραπεία.

Για πολλές νέες γυναίκες με καρκίνο του μαστού, οι ερωτήσεις σχετικά με τη γονιμότητα είναι «υψίστης σημασίας». Πολλές επιτυχημένες εγκυμοσύνες, καμία αύξηση στην υποτροπή του καρκίνου. Η μελέτη POSITIVE, η οποία διεξήχθη σε τέσσερις ηπείρους, ήταν η πρώτη προοπτική μελέτη που παρακολούθησε γυναίκες που σταμάτησαν την ορμονοθεραπεία καθώς προσπαθούσαν να συλλάβουν.

Αξιολόγηση Κινδύνου: Η Σημασία των 10ετών Δεδομένων Παρακολούθησης

Στη μελέτη «POSITIVE», με μια μέση παρακολούθηση 3 ετών, περίπου το 76% των γυναικών είχαν ξαναρχίσει την ορμονοθεραπεία και μόνο το 15% δεν είχε ξαναρχίσει την ορμονοθεραπεία, λόγω υποτροπής όπως αναφέρθηκε ή λόγω άλλης αιτίας. Μετά την ολοκλήρωση της μελέτης, οι συμμετέχοντες θα συνεχίσουν να λαμβάνουν ορμονοθεραπεία για έως και 5 έως 10 χρόνια. Η θεραπεία κάθε γυναίκας θα καθοριστεί σε συνεννόηση με το γιατρό της με βάση τον κίνδυνο υποτροπής. Είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι η παρακολούθηση των ασθενών στη μελέτη ήταν μόνο για 3 χρόνια και τα 10ετή δεδομένα παρακολούθησης θα είναι κρίσιμα για να επιβεβαιώσουν την ασφαλή διακοπή της επικουρικής ενδοκρινικής θεραπείας. Είναι γνωστό από τη βιβλιογραφία ότι οι υποτροπές του καρκίνου του μαστού αναφέρονται να συμβαίνουν με σταθερό ρυθμό έως και 20 χρόνια μετά τη διάγνωση μεταξύ ασθενών με νόσο θετική σε ορμονικούς υποδοχείς. Επομένως, τα 10ετή δεδομένα παρακολούθησης που καθορίζονται από το πρωτόκολλο θα είναι απαραίτητα για την καθιέρωση μακροπρόθεσμης ασφάλειας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης «POSITIVE» πιθανότατα θα βοηθήσουν τις ασθενείς με πρώιμο καρκίνο μαστού, να αισθάνονται πιο άνετα για την επιδίωξη μιας εγκυμοσύνης μετά τη διάγνωση.

Συμπέρασμα

Τα αποτελέσματα της μελέτης «POSITIVE» πιθανότατα θα βοηθήσουν τις ασθενείς με πρώιμο καρκίνο μαστού, τις οικογένειές τους και τους γιατρούς τους να αισθάνονται πιο άνετα για την επιδίωξη μιας εγκυμοσύνης μετά τη διάγνωση. Οι γιατροί θα πρέπει να ενσωματώσουν αυτά τα θετικά δεδομένα στην κοινή διαδικασία λήψης αποφάσεων με τις ασθενείς.

MIRUS

Endoscopic Linear Cutter & Reloads

GCP

Dedicated to **healthcare.**

Meril

Endo-Surgery

Better Control

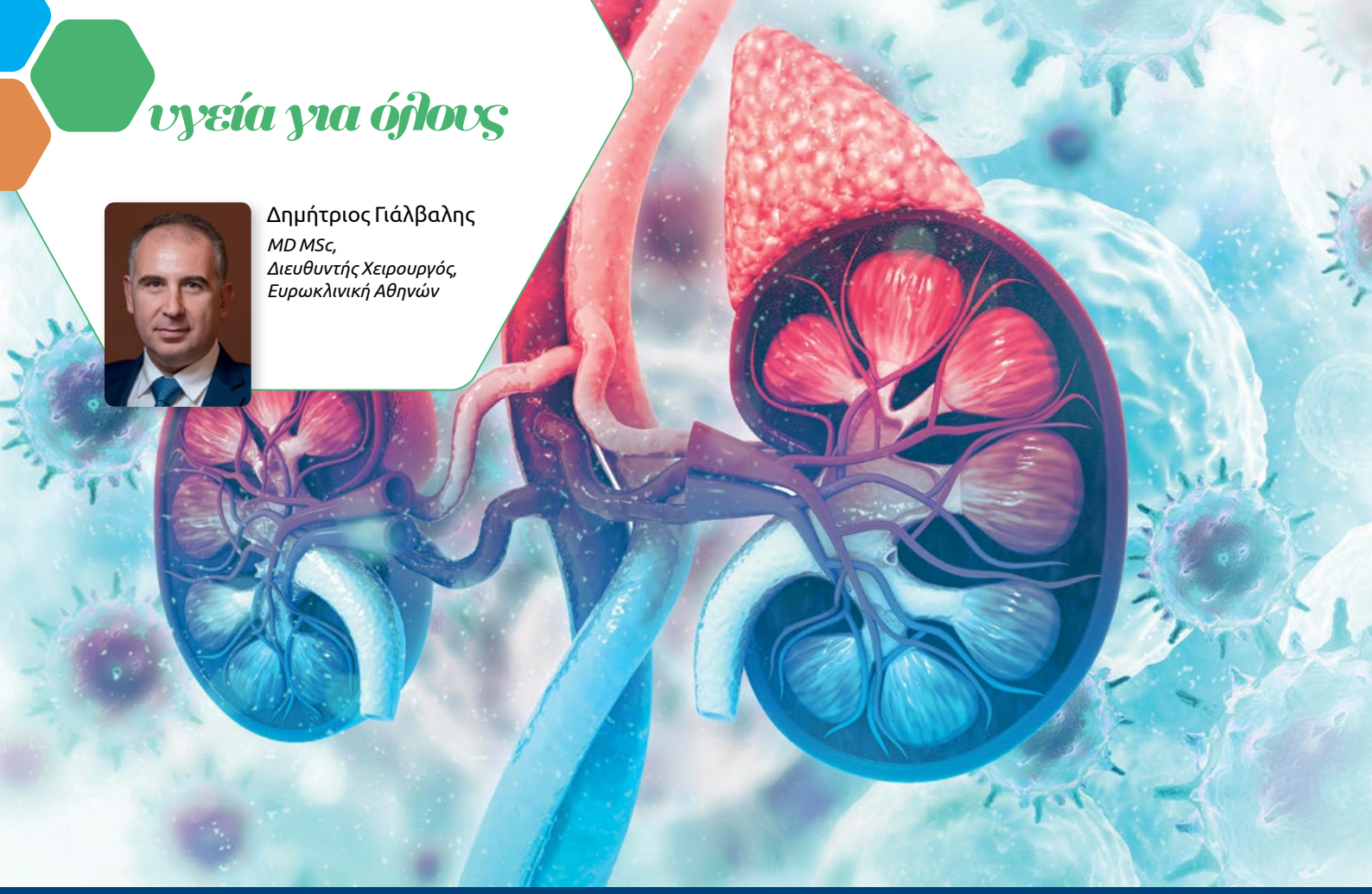
Greater Precision

Enhanced Flexibilty

We Add

MORE TO LIFE

Δημήτριος Γιάλβαλης
MD MSc,
Διευθυντής Χειρουργός,
Ευρωκλινική Αθηνών



Χειρουργική αντιμετώπιση παθήσεων των επινεφριδίων

Τι είναι τα επινεφρίδια;
Τα επινεφρίδια είναι δύο σημαντικοί ενδοκρινείς αδένες που βρίσκονται πάνω από κάθε νεφρό. Οι ορμόνες που παράγονται από τα επινεφρίδια είναι απαραίτητες για τη φυσιολογική λειτουργία πολλών συστημάτων του οργανισμού του ανθρώπου. Οι ορμόνες που παράγονται από τα επινεφρίδια περιλαμβάνουν:

- **Αλδοστερόνη** - ρυθμίζει την ισορροπία των ηλεκτρολυτών, νατρίου και καλίου και την αρτηριακή πίεση.
- **Ορμόνες του φύλου** (ανδρογόνα και οιστρογόνα) - επηρεάζουν τα φυσικά χαρακτηριστικά και τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων.
- **Κατεχολαμίνες** (επινεφρίνη/αδρεναλίνη, ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη) - επηρεάζουν τον καρδιακό ρυθμό και την αρτηριακή πίεση ή καταπολεμούν την απόκριση σε αυστηρή δραστηριότητα και στρες.
- **Κορτιζόλη** - επηρεάζει το ανοσοποιητικό σύστημα, το μεταβολισμό και την απόκριση σε άλλες ορμόνες.

Τα επινεφρίδια είναι δύο ενδοκρινείς αδένες που βρίσκονται πάνω από κάθε νεφρό. Παράγουν απαραίτητες ορμόνες για τη λειτουργία πολλών συστημάτων του οργανισμού του ανθρώπου

Ευτυχώς ο άνθρωπος χρειάζεται περίπου το ήμισυ ενός επινεφριδίου για επαρκή ορμονική λειτουργία. Έτσι λοιπόν δεν δημιουργείται δυσλειτουργία του οργανισμού όταν το ένα πρέπει να αφαιρεθεί χειρουργικά επειδή πάσχει. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις, μπορεί να πραγματοποιήσουμε χειρουργική επέμβαση για τη διατήρηση των επινεφριδίων και σε άλλες περιπτώσεις, μπορεί να χρειαστεί να αφαιρέσουμε και τα δύο επινεφρίδια, ακολουθούμενη από ιατρική αντικατάσταση βασικών ορμονών.

Πότε θα χρειαστεί να αφαιρεθεί το επινεφρίδιο;
Μια επινεφριδεκτομή μπορεί να γίνει εάν ένα επινεφρίδιο περιέχει όγκο ή αν παράγει και εκκρίνει πάρα πολύ μια ή περισσότερες ορμόνες. Οι όγκοι των επινεφριδίων είναι συνήθως καλοήθεις, αλλά σπάνια μπορεί να είναι κακοήθεις. Ενώ τα φάρμακα μπορούν μερικές φορές να ελέγξουν την υπερβολική παραγωγή ορμονών των επινεφριδίων, τις περισσότερες φορές η χειρουργική επέμβαση είναι η μόνη θεραπεία.

Οι παθήσεις των επινεφριδίων που αντιμετωπίζονται χειρουργικά είναι:

- **Οι μη λειτουργικοί όζοι των επινεφριδίων** που είναι **μεγαλύτεροι από 6 εκατοστά**, παρουσιάζουν ταχεία ανάπτυξη ή θέτουν υποψία ή παράγοντα κινδύνου για καρκίνο των επινεφριδίων.
- **Καρκίνος επινεφριδίων**, είναι μια σπάνια μορφή καρκίνου, αρκετά επιθετική, που μπορεί να παράγει υπερβολικά ορμόνες και να προκαλέσει ξαφνικά συμπτώματα ή να έχει σιωπηλή πορεία.
- **Τυχαίωμα επινεφριδίου**, πρόκειται για όγκο που ανακαλύφθηκε τυχαία σε αξονική ή μαγνητική τομογραφία. Μπορεί να επηρεάσει το ένα ή και τα δύο επινεφρίδια χωρίς κανένα σύμπτωμα. Απαιτεί θεραπεία όταν ο όγκος μεγαλώνει ή παράγει υπερβολικές ορμόνες.
- **Αλδοστερονώματα (Νόσος Conn)**, καλοήθεις όγκοι στο ένα ή και στα δύο επινεφρίδια που προκαλούν υπεραλδοστερονισμό (υπερπαραγωγή αλδοστερόνης), που οδηγεί σε σοβαρά υψηλή αρτηριακή πίεση που δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία και χαμηλά επίπεδα καλίου στο αίμα με συμπτώματα που περιλαμβάνουν μυϊκές κράμπες και αδυναμία.
- **Νόσος και σύνδρομο Cushing**, που προκαλείται από υπερπαραγωγή κορτιζόλης που μπορεί να σχετίζεται με καλοήθεις ή κακοήθεις παθήσεις των επινεφριδίων και τείνει να προκαλεί διάφορα συμπτώματα, όπως υψηλή αρτηριακή πίεση, ακμή, στρογγυλοποίηση του προσώπου, ανάπτυξη τριχών στο πρόσωπο στις γυναίκες, αύξηση βάρους, εύκολους μώλωπες, κόπωση, διαβήτη και ευαισθησία σε λοιμώξεις.
- **Φαιοχρωμοκύτωμα**, σπάνιος όγκος των επινεφριδίων που υπερπαράγει κατεχολαμίνες. Μπορεί να προκαλέσει επικίνδυνα υψηλή αρτηριακή πίεση που μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλικό και έμφραγμα εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία, όπως επίσης ταχυπαλμίες, άγχος, κρίσεις πανικού και δυνατούς πονοκεφάλους. Η χειρουργική αφαίρεση αυτών των όγκων μπορεί να αποτρέψει σοβαρές επιπλοκές.

Οι περισσότεροι όγκοι των επινεφριδίων, ειδικά αυτοί που είναι κάτω των 10 εκ., αφαιρούνται με ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές (λαπαροσκοπική ή ρομποτική επινεφριδεκτομή) και όταν είναι απαραίτητο πραγματοποιούμε ανοιχτή επινεφριδεκτομή.

Οι περισσότερες ελάχιστα επεμβατικές επινεφριδεκτομές διαρκούν περίπου δύο ώρες, ενώ η ανοικτή ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να διαρκέσει μέχρι 4 ώρες. Η ανάρρωση εξαρτάται από τον τύπο της επέμβασης και την υποκείμενη πάθηση.

Χειρουργική αντιμετώπιση
Οι περισσότεροι όγκοι των επινεφριδίων, ειδικά αυτοί που είναι κάτω των 10 εκ., αφαιρούνται με ελάχιστα επεμβατικές τεχνικές (**λαπαροσκοπική ή ρομποτική επινεφριδεκτομή**) και όταν είναι απαραίτητο πραγματοποιούμε **ανοιχτή επινεφριδεκτομή**.

Με μια ελάχιστα επεμβατική προσέγγιση, γίνονται τρεις ή τέσσερις μικρές τομές (περίπου 1,5 εκ.) στο δέρμα στην κοιλιά. Εισάγεται αέριο (διοξείδιο του άνθρακα) για τη δημιουργία χώρου και ένα λαπαροσκόπιο (κάμερα) στέλνει την εικόνα σε μια οθόνη τηλεόρασης. Ειδικά μακρά χειρουργικά εργαλεία (ή ρομποτικοί βραχίονες) χρησιμοποιούνται αντίστοιχα για την διεκπεραίωση της επέμβασης.

Εάν έχει προϋπάρξει άλλη επέμβαση στην κοιλιά, ο όγκος είναι πολύ μεγάλος ή υπάρχει ανησυχία για καρκίνο, τότε επιλέγουμε την ανοιχτή τεχνική, με μια μεγάλη τομή στην κοιλιά, στο πλάι ή στην πλάτη.

Ως επιπλοκές όπως σε κάθε επέμβαση, υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης (περίπου 1% έως 2%), αιμορραγίας (λιγότερο από 1%), ο σχηματισμός θρόμβων αίματος (δηλαδή εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση ή πνευμονική εμβολή που είναι πολύ σπάνιες), οι πνευμονικές λοιμώξεις είναι σπάνιες σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε λαπαροσκοπική επινεφριδεκτομή (έως 6% στην ανοιχτή) και ειλεός εμφανίζεται σε λιγότερο από το 3% των ασθενών. Οι περισσότερες ελάχιστα επεμβατικές επινεφριδεκτομές διαρκούν περίπου δύο ώρες, ενώ η ανοικτή ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να διαρκέσει μέχρι 4 ώρες.

Η ανάρρωση εξαρτάται από τον τύπο της επέμβασης και την υποκείμενη πάθηση. Γενικά, οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε **Λαπαροσκοπική ή Ρομποτική επινεφριδεκτομή** σιτίζονται και να περπατούν το βράδυ της επέμβασης, έχουν πολύ λιγότερο πόνο (σε σχέση με την ανοικτή επέμβαση), μπορούν να πάρουν εξιτήριο την επόμενη ημέρα της επέμβασης και οι περισσότεροι θα επιστρέψουν στην κανονική τους ρουτίνα μετά από 2 έως 4 εβδομάδες. Από την άλλη, μετά την **ανοιχτή επινεφριδεκτομή**, οι ασθενείς μένουν 3 έως 5 ημέρες, ενώ ο συνολικός χρόνος ανάρρωσης φτάνει τις 4 έως 6 εβδομάδες.

Σοφία Τσιρώνα
Ενδοκρινολόγος
Επιστημονικά Υπεύθυνη
Ενδοκρινολογικού Τμήματος
Ευρωκλινικής Αθηνών
και Πολυϊατρείου
Ευρωκλινικής

Ορμονικές διαταραχές

Αίτια & συμπτώματα

Οι ορμόνες είναι χημικές ουσίες, που συντονίζουν τις διάφορες λειτουργίες στο σώμα, μεταφέροντας μηνύματα μέσω του αίματός στα όργανα, το δέρμα, τους μύες και άλλους ιστούς. Αυτά τα μηνύματα λένε στο σώμα μας τι να κάνει και πότε είναι η κατάλληλη στιγμή να το κάνει. Μέχρι στιγμής οι επιστήμονες έχουν εντοπίσει περισσότερες από 50 ορμόνες στο ανθρώπινο σώμα.

Ποιος είναι ο ρόλος των ορμονών στο ανθρώπινο σώμα;

Οι ορμόνες ελέγχουν πολλές διαφορετικές σωματικές διεργασίες, όπως:

- Τον μεταβολισμό
- Την ομοιόσταση (σταθερή εσωτερική ισορροπία)
- Την ανάπτυξη
- Τη σεξουαλική λειτουργία
- Την αναπαραγωγή
- Τον κύκλο ύπνου-αφύπνισης
- Τη διάθεση.

Συμπτώματα ορμονικών διαταραχών

Οι ορμονικές διαταραχές είναι καταστάσεις που δημιουργούνται είτε από πλεόνασμα, είτε από έλλειψη παραγωγής ορμονών στο αίμα. Ορισμένες ορμονικές διαταραχές είναι παροδικές, ενώ άλλες μπορεί να είναι μόνιμες.

Τα συμπτώματα εξαρτώνται από το ποια ορμόνη είναι εκτός ισορροπίας καθώς και απο το φύλο του ατόμου.

Οι **συνηθέστερες εκδηλώσεις** τους είναι: Αλλαγές του βάρους σώματος, χαμηλότερη σεξουαλική ορμή, υπογονιμότητα, ακμή, εμμηνόπαυση, ανδρόπαυση, οστεοπόρωση, παχυσαρκία, διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση και νόσοι θυρεοειδούς, παραθυρεοειδών, επινεφριδίων και υπόφυσης.

Εάν παρατηρήσετε ποτέ μια αλλαγή στην καθημερινή σας υγεία και αντιμετωπίζετε νέα, επίμονα συμπτώματα, είναι σημαντικό να μιλήσετε με τον ενδοκρινολόγο σας - ανεξάρτητα από το ποια μπορεί να είναι η αιτία.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι πολλές από τις παραπάνω εκδηλώσεις μπορεί να προκληθούν και από άλλες καταστάσεις, όχι μόνο από ορμονική ανισορροπία.

Εάν παρατηρήσετε ποτέ μια αλλαγή στην καθημερινή σας υγεία και αντιμετωπίζετε νέα, επίμονα συμπτώματα, είναι σημαντικό να μιλήσετε με τον ενδοκρινολόγο σας - ανεξάρτητα από το ποια μπορεί να είναι η αιτία.

Αίτια ορμονικών διαταραχών

Πρέπει να γνωρίζουμε ότι ορισμένες περίοδοι της ζωής προ-

Συνήθη συμπτώματα ορμονικών διαταραχών

- Αργός καρδιακός παλμός (βραδυκαρδία) ή γρήγορος καρδιακός παλμός (ταχυκαρδία)
- Ανεξήγητη αύξηση ή απώλεια βάρους, κούραση, δυσκοιλιότητα ή διάρροια
- Μούδιασμα και μυρμήγκιασμα στα χέρια σας
- Κατάθλιψη ή έντονο άγχος
- Αδυναμία ανοχής σε χαμηλές ή υψηλές θερμοκρασίες
- Ξηρό, τραχύ δέρμα και μαλλιά ή και λεπτό, ζεστό και υγρό δέρμα
- Ακανόνιστη κατανομή σωματικού λίπους
- Σκουρόχρωμο δέρμα στη μασχάλη σας ή στην πλάτη και στα πλάγια του λαιμού σας *(acanthosis nigricans)*
- Πολυδιψία, αυξημένη πρόσληψη νερού και συχνοουρία

Αντιμετώπιση

- Διατήρηση υγιούς βάρους
- Ισορροπημένη, υγιεινή διατροφή
- Τακτική άσκηση
- Διαχείριση του άγχους σας
- Ποιοτικός ύπνος
- Διακοπή του καπνίσματος ή και των προϊόντων καπνού
- Καλή διαχείριση των χρόνιων καταστάσεων υγείας σας

καλούν πιο δραματικές αλλαγές και διακυμάνσεις στις ορμόνες, όπως:

- Εφηβεία
- Εγκυμοσύνη
- Εμμηνόπαυση.

Ωστόσο, υπάρχουν αρκετοί άλλοι λόγοι για τους οποίους τα επίπεδα των ορμονών σας μπορεί να είναι ακανόνιστα σε απροσδόκητες στιγμές. Μερικές από τις πιο κοινές αιτίες διακυμάνσεων ή ανισορροπίας των ορμονικών επιπέδων περιλαμβάνουν:

- Το στρες
- Ορισμένα φάρμακα
- Τη χρήση στεροειδών (κορτιζόνης).

Αυτές οι ορμονικές ανισορροπίες είναι πιο πιθανό να είναι παροδικές ή να διορθωθούν με μια αλλαγή στη φαρμακευτική αγωγή ή με σωστή διαχείριση του στρες.

Ορμονολογικές εξετάσεις

Οι χρόνιες ορμονολογικές παθήσεις μπορεί να έχουν πολλές διαφορετικές πιθανές αιτίες.

Ο ενδοκρινολόγος σας συνήθως συνιστά απλές εξετάσεις αίματος για να ελέγξει τα επίπεδα ορμονών, καθώς οι ενδοκρινείς αδένες απελευθερώνουν ορμόνες απευθείας στην κυκλοφορία του αίματός.

Σε άλλες περιπτώσεις που τα επίπεδα των ορμονών ποικίλλουν σημαντικά κατά τη διάρκεια της ημέρας, ο γιατρός μπορεί να ζητήσει πιο εξειδικευμένες εξετάσεις, όπως δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη ή δοκιμασία ανοχής ινσουλίνης ή τεστ προλακτίνης.

Διάγνωση και θεραπεία ορμονικών ανισορροπιών

Η θεραπεία μιας ορμονικής ανισορροπίας θα εξαρτηθεί από το τι την προκαλεί.

Εάν έχετε χαμηλότερα από τα κανονικά επίπεδα ορμονών, η κύρια θεραπεία είναι η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης. Ανάλογα με το ποια ορμόνη είναι ανεπαρκής, μπορείτε να πάρετε είτε φάρμακα από το στόμα, είτε ενέσιμα.

Για παράδειγμα, εάν έχετε χαμηλά επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών (υποθυρεοειδισμός), ο ενδοκρινολόγος σας μπορεί να συνταγογραφήσει χάπια θυρεοειδικών ορμονών. Εάν έχετε ανεπάρκεια τεστοστερόνης (στους άνδρες), πιθανότατα να χρειαστεί να κάνετε ενέσεις τεστοστερόνης.

Εάν έχετε υψηλότερα από τα κανονικά επίπεδα ορμονών, υπάρχουν πολλές επιλογές θεραπείας ανάλογα με την αιτία. Οι επιλογές περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία ή συνδυασμό αυτών.

Προληπτικά μέτρα για την υγεία των ορμονών

Αν και πολλές ορμονικές ανισορροπίες δεν μπορούν να αποφευχθούν, υπάρχουν ορισμένα πράγματα που μπορείτε να κάνετε για να βελτιστοποιήσετε τη γενική σας υγεία, τα οποία θα μπορούσαν να σας βοηθήσουν να διατηρήσετε τις ορμόνες σας ισορροπημένες, όπως:

- Διατήρηση υγιούς βάρους
- Ισορροπημένη, υγιεινή διατροφή
- Τακτική άσκηση
- Διαχείριση του άγχους σας
- Ποιοτικός ύπνος
- Καλή διαχείριση των χρόνιων καταστάσεων υγείας σας (εάν υπάρχει).
- Διακοπή του καπνίσματος ή και των προϊόντων καπνού.

Ορέστης Ελ. Λύρος
Διευθυντής Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Η σύγχρονη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου στομάχου

Στο άκουσμα της διάγνωσης «καρκίνος στομάχου» όλοι τρομάζουμε. Δικαιολογημένα, εάν αναλογιστούμε ότι πρόκειται για έναν δύσκολο καρκίνο, ο οποίος διακρίνεται τόσο για την «ύπουλη» εμφάνιση του (δίνει συμπτώματα σε προχωρημένο στάδιο) όσο και για την επιθετικότητα του (δίνει πρώιμα μεταστάσεις/υποτροπές). Η πραγματικότητα αυτή καθιστά την αντιμετώπιση του σαφώς απαιτητική, όχι όμως αδύνατη.

Νέες ελπιδοφόρες εξελίξεις

Οι εξελίξεις της ογκολογίας και της χειρουργικής, τόσο με τις στοχευμένες και «έξυπνες» φαρμακευτικές θεραπείες (π.χ. ανοσοθεραπεία) όσο και με τις σύγχρονες και ελάχιστα επεμβατικές χειρουργικές μεθόδους, έχουν συμβάλει καθοριστικά στην παράταση της επιβίωσης των ασθενών αυτών και σε σαφή βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Οι γνώσεις μας στο μοριακό επίπεδο για την βιολογία του καρκίνου του στομάχου αυξάνονται συνεχώς. Είναι πλέον πεποίθηση, ότι κάθε καρκίνος στομάχου δεν είναι ίδιος (έχουν αναγνωριστεί μοριακοί υπότυποι), αλλά και ότι ο κάθε ασθενής δεν είναι ίδιος (διαφορετικές αντοχές / συνοσηρότητες). Συνεπώς γνωρίζουμε πλέον, ότι η σύγχρονη αντιμετώπιση του καρκίνου στομάχου δεν μπορεί να είναι μόνο χειρουργική και φαρμακευτική, αλλά οφείλει να συνδυάζει διάφορες μορφές θεραπείας.

Το αν η χειρουργική επέμβαση θα συνδυαστεί για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων της επέμβασης με κάποια πρόσθετη θεραπεία (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ανοσοθεραπεία κ.λπ.), κρίνεται ανάλογα με:

- τον υπότυπο του καρκίνου
- την εντόπιση του στο στομάχι
- το μέγεθος του όγκου
- την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων (λεμφαδενικών ή απομακρυσμένων)

Οι εξελίξεις της ογκολογίας και της χειρουργικής, έχουν συμβάλει καθοριστικά στην παράταση της επιβίωσης των ασθενών και στη σαφή βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Συνεπώς, η θεραπεία του καρκίνου στομάχου δεν είναι πλέον ζήτημα ενός ιατρού ή μιας ειδικότητας, αλλά προϋποθέτει μια ολιστική προσέγγιση των ασθενών από ομάδα ειδικών ιατρών (ογκολογική ομάδα). Η ομάδα αυτή οφείλει να εξατομικεύσει κάθε ασθενή, αλλά και καρκίνο, και αρμονικά να σχεδιάσει τα θεραπευτικά βήματα.

Ο ρόλος του χειρουργού

Ο ρόλος του χειρουργού στην αντιμετώπιση του καρκίνου του στομάχου είναι κεντρικός. Δεν νοείται θεραπευτική προσέγγιση με στόχο την επίτευξη ίασης της νόσου, η οποία δεν συμπερι-

λαμβάνει το χειρουργείο. Ο εξειδικευμένος χειρουργός αποτελεί συνεπώς αναπόσπαστο κομμάτι της ογκολογικής ομάδας. Οφείλει να γνωρίζει, τόσο τις νεότερες θεραπείες, όσο και να μεταφέρει στη χειρουργική πρακτική του όλες τις σύγχρονες τεχνικές, οι οποίες καθιστούν ένα χειρουργείο ογκολογικά σωστό, ασφαλές αλλά και με την ελάχιστη επίπτωση στον ασθενή.

Ο ρόλος του χειρουργού στην αντιμετώπιση του καρκίνου του στομάχου συνοψίζεται στα παρακάτω:

- **Διενέργεια διερευνητικής λαπαροσκόπησης προ θεραπείας.** Η διερεύνηση της κοιλιακής χώρας μέσω λαπαροσκόπησης (είσοδος κάμερας μέσω μικρών οπών στην κοιλία για επισκόπηση) και με δυνατότητα λήψης βιοψιών, οφείλει να γίνεται μετά τη διάγνωση στα πλαίσια της σταδιοποίησης συνεπικουρικά με την αξονική τομογραφία. Στόχος είναι να αποκλειστούν με βεβαιότητα πιθανές μεταστάσεις εντός της κοιλιάς (περιτοναϊκές εμφυτεύσεις), οι οποίες εύκολα «ξεφεύγουν» της αξονικής τομογραφίας. Δεδομένου ότι στο 20%-25% των ασθενών με καρκίνο στομάχου εντοπίζονται περιτοναϊκές εμφυτεύσεις με την διάγνωση, αποτελεί η λαπαροσκόπηση αναγκαίο βήμα της σταδιοποίησης.
- **Τοποθέτηση καθετήρα έγχυσης χημειοθεραπείας.** Σε περίπτωση που απαιτείται ενδοφλέβια χημειοθεραπεία, τοποθετείται προηγουμένως από το χειρουργό ένα σύστημα port (πορτ), ένας ειδικός καθετήρας δηλαδή σε μια μεγάλη φλέβα του σώματος, ο οποίος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την έγχυση των φαρμάκων.
- **Διενέργεια αφαίρεσης του στομάχου στο πλαίσιο σωστής ογκολογικής επέμβασης**, όπου αφαιρείται το στομάχι με τον καρκίνο αλλά και τους περιβάλλοντες λεμφαδένες. Η επέμβαση αυτή, οφείλει να στοχεύει στον ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό (ριζική αφαίρεση όλων των λεμφαδένων) της περιοχής του στομάχου και των αγγείων που το τροφοδοτούν (D2 λεμφαδενεκτομή) αλλά και στην αφαίρεση με συγκεκριμένα υγιή όρια. Σημασία συνεπώς για την επιτυχία της, δεν έχει απλά η πραγματοποίηση μιας χειρουργικής επέμβασης, αλλά η σωστή διενέργειά της, με τρόπο ριζικό, που να συνάγει με τις βασικές αρχές της χειρουργικής ογκολογίας. Η ευλαβική τήρηση των αρχών αυτών από τον χειρουργό, επηρεάζει σημαντικά την πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο στομάχου.

Οι ογκολογικές γαστρεκτομές μπορούν να πραγματοποιηθούν λαπαροσκοπικά ή ρομποτικά, με πολλά οφέλη για τον ασθενή μέσω της ελαχιστοποίησης του τραύματος.

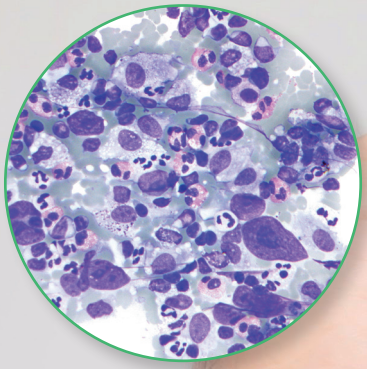
Ποια είναι τα οφέλη των σύγχρονων μεθόδων επέμβασης;

Οι ογκολογικές γαστρεκτομές μπορούν σήμερα να πραγματοποιηθούν λαπαροσκοπικά (μέσω λαπαροσκόπησης), ή ρομποτικά, με ασφάλεια αλλά και πολλά οφέλη για τον ασθενή μέσω της ελαχιστοποίησης του τραύματος. Με χρήση ειδικών εργαλείων υπερήχων διενεργούνται αναίμακτα, ενώ σε συνδυασμό με την εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας μπορούμε πλέον με ειδικές απεικονιστικές μεθόδους:

- να ορίσουμε τον όγκο και τις λεμφαδενικές μεταστάσεις
- να βελτιστοποιήσουμε την οπτική του χειρουργικού πεδίου κατά την διάρκεια της επέμβασης
- να γίνουμε πιο ακριβείς και ασφαλείς στην αφαίρεση του όγκου.

Κατερίνα Μεγαλακάκη

Αιματολόγος,
Ευρωκλινική Αθηνών



Τι είναι το λέμφωμα

ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ

Πρώτος ο Thomas Hodgkin το 1832 περιέγραψε μια «κακοήθη λεμφαδενοπάθεια» που πήρε το όνομά του, τη νόσο ή λέμφωμα Hodgkin. Κατόπιν αναγνωρίστηκαν και πολλές άλλες παρόμοιες παθήσεις, που έχουν ονομαστεί, σε αντιδιαστολή με το λέμφωμα Hodgkin, «μη Hodgkin λεμφώματα» ή απλώς «λέμφωμα». Από τότε η συχνότητα του λεμφώματος Hodgkin έχει παραμείνει σταθερή, αλλά η συχνότητα του (μη Hodgkin) λεμφώματος αυξήθηκε κατά τις τελευταίες δεκαετίες, και όλο και πιο συχνά ακούμε τη νόσο αυτή να έχει προσβάλει κάποιον γνωστό μας.

Αλλά τι ακριβώς είναι το λέμφωμα; Είναι αυτό που λέμε «καρκίνος των λεμφαδένων»;

Όχι, το λέμφωμα είναι μεν κακοήθης νεοπλασία, αλλά δεν είναι καρκίνος, όπως ο καρκίνος του μαστού ή του προστάτη, όπου προσβάλλεται ένα συγκεκριμένο όργανο. Το λέμφωμα αναπτύσσεται στον λεμφικό ιστό, δηλαδή στα λεμφοκύτταρα, τους λεμφαδένες, τον σπλήνα και σε κάποιες θέσεις στα σπλάγχνα. Πάντως, συχνά χρησιμοποιείται ο ανακριβής όρος «αιματολογικός καρκίνος», τόσο σε ελληνικές όσο και σε ξενόφωνες δημοσιεύσεις, για να περιγράψει τις αιματολογικές κακοήθειες, μεταξύ αυτών και το λέμφωμα.

Το λέμφωμα θεωρείται πράγματι μια ήπια μορφή κακοήθειας;

Κατ' αρχήν να πούμε ότι ο όρος «λέμφωμα» είναι πολύ ευρύς με πολλές υποκατηγορίες που διαφέρουν στον τρόπο που εμφανίζονται, στα συμπτώματα που προκαλούν και κυρίως στην πρόγνωσή τους. Ορισμένα είδη λεμφωμάτων είναι ήπιες χρόνιες παθήσεις, που απλώς τις παρακολουθούμε *(wait and watch)* και οι «πάσχοντες», που δεν είναι πάσχοντες, «συζούν» με το λέμφωμά τους και φθάνουν σε βαθιά γεράματα, ενίοτε χωρίς να χρειαστεί να κάνουν κάποια θεραπεία. Στο άλλο άκρο, υπάρχουν περιπτώσεις πολύ επιθετικών, απειλητικών για τη ζωή λεμφωμάτων, που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση. Η πλειονότητα των περιπτώσεων είναι κάπου ενδιάμεσα και οι περισσότεροι ασθενείς κάποια στιγμή υποβάλλονται σε θεραπεία αναλόγως του τύπου της νόσου.

Το λέμφωμα αναπτύσσεται στα λεμφοκύτταρα που κυκλοφορούν μέσα στο αίμα, στους λεμφαδένες, που είναι διάσπαρτοι μέσα στον οργανισμό, στον σπλήνα και σε κάποιες θέσεις στα σπλάγχνα

Πώς βρίσκουμε τον τύπο του λεμφώματος;

Για να κάνουμε σωστή διάγνωση είναι τελείως απαραίτητο να γίνει βιοψία, δηλαδή να πάρουμε κομματάκι ιστού από την προσβεβλημένη περιοχή και να γίνει ιστολογική ταυτοποίηση. Στη συνέχεια γίνεται σταδιοποίηση, δηλαδή βρίσκουμε πόση έκταση καταλαμβάνει, κάνοντας απεικόνιση (αξονικές κ.λπ.), βιοψία του μυελού των οστών και άλλες πιο σοφιστικέ μεθόδους. Βάσει του αριθμού των εστιών περιγράφουμε το στάδιο της νόσου από 1 (μία εστία) έως 4 (γενικευμένο).

Δηλαδή το στάδιο 4, το γενικευμένο λέμφωμα, είναι το τελευταίο στάδιο;
Όχι, απλώς δείχνει ότι τα λεμφωματικά κύτταρα έχουν εξαπλωθεί στον οργανισμό, αλλά το νόσημα εξακολουθεί να είναι αντιμετωπίσιμο ή και ιάσιμο. Εδώ είναι ένα ακόμη σημείο που διαφέρει το λέμφωμα από τον καρκίνο.

Πώς αντιμετωπίζεται το λέμφωμα;
Ανάλογα με την περίπτωση εφαρμόζεται χημειοθεραπεία, συνήθως μαζί με ανοσοθεραπεία, ενίοτε ακτινοθεραπεία και σπανίως χειρουργική παρέμβαση.

Εάν το λέμφωμα εντοπίζεται σε μία ομάδα λεμφαδένων, γιατί δεν τους αφαιρούμε;
Αφ' ενός τα κύτταρα του λεμφώματος μοιάζουν με τα φυσιολογικά λεμφοκύτταρα και ταξιδεύουν ελεύθερα στο σώμα μας και αφ' ετέρου οι λεμφαδένες είναι άπειροι σε αριθμό και βρίσκονται παντού μέσα στον οργανισμό.Επομένως, δεν έχει νόημα να αφαιρέσουμε τους διογκωμένους λεμφαδένες, διότι ακριβώς δίπλα μπορεί να υπάρχουν και άλλοι προσβεβλημένοι λεμφαδένες, που απλώς δεν έχουν φουσκώσει ακόμα.

Για να κάνουμε διάγνωση είναι απαραίτητο να γίνει βιοψία, δηλαδή να πάρουμε κομματάκι ιστού από την προσβεβλημένη περιοχή και να γίνει ιστολογική ταυτοποίηση

Η πρόγνωση εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο του λεμφώματος, το στάδιο της νόσου και τη γενική κατάσταση του πάσχοντα

Δηλαδή, έχουν γίνει μεταστάσεις;
Όχι, δεν είναι μεταστάσεις. Στον καρκίνο, όταν βρίσκουμε π.χ. κύτταρα του μαστού στα οστά, ή του πνεύμονα στο ήπαρ (το συκώτι), αυτό είναι μετάσταση, διότι φυσιολογικά δεν βρίσκουμε κύτταρα από τον μαστό μέσα στα οστά, ούτε από τον πνεύμονα στο ήπαρ. Αντίθετα, τα κύτταρα του λεμφώματος είναι παρόμοια με τα φυσιολογικά κύτταρα και έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε όλο τον οργανισμό.

Τότε, γιατί άλλοτε είναι εντοπισμένη η νόσος και άλλοτε γενικευμένη;
Υπάρχουν πολλές παράμετροι που καθορίζουν τη συμπεριφορά των κακοήθων λεμφωματικών κυττάρων. Άλλοτε τα κύτταρα αυτά αναπτύσσονται αργά και με ίσο «βηματισμό» σε όλους τους λεμφαδένες, δηλαδή όλοι οι λεμφαδένες διογκώνονται με παρόμοιο ρυθμό, άλλοτε κινούνται με αστραπιαία ταχύτητα αλλά παραμένουν περιχαρακωμένα σε μία ομάδα λεμφαδένων και άλλοτε αναπτύσσονται γρήγορα σε πολλούς λεμφαδένες ταυτοχρόνως. Επίσης πολύ συχνά βρίσκουμε εστίες του λεμφώματος σε όργανα όπως ο μυελός των οστών, το δέρμα, τα οστά, οι οφθαλμοί, οι όρχεις, ο φάρυγγας και γενικά όπου υπάρχουν λεμφικά κύτταρα, δηλαδή παντού.

Έχω ακούσει ότι το λέμφωμα Hodgkin είναι «καλό» ενώ το μη Hodgkin «κακό». Ισχύει;
Αυτό είναι μύθος. Υπάρχουν ήπια και επιθετικά νοσήματα σε αμφότερα τα είδη νοσημάτων. Αυτή η εντύπωση δημιουργήθηκε γιατί το λέμφωμα Hodgkin συχνά προσβάλλει νεαρούς εφήβους, που οι περισσότεροι θεραπεύονται οριστικά.

Πώς μπορούμε να ξεχωρίσουμε εάν κάποιος έχει καλή ή κακή πρόγνωση;
Η πρόγνωση της νόσου εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο του λεμφώματος, το στάδιο της νόσου και τη γενική κατάσταση του πάσχοντα.

Ισχύει ότι στα νεαρά άτομα είναι πιο επιθετικό το νόσημα και στους μεγάλους πιο ήπιο;
Στα λεμφώματα δεν ισχύει αυτό. Αντίθετα, άτομα μεγάλης ηλικίας με προβλήματα όπως π.χ. η καρδιακή ανεπάρκεια, δεν μπορούν να λάβουν την κατάλληλη αγωγή και έχουν χειρότερη πρόγνωση.

Πώς μπορούμε να το προλάβουμε;
Δεν γνωρίζουμε ούτε τι προκαλεί την εμφάνισή του, ούτε γιατί αυξήθηκε η συχνότητά του τις τελευταίες δεκαετίες. Επιπλέον δεν υπάρχουν συσχετίσεις όπως σε άλλα νοσήματα (κάπνισμα-καρκίνος πνεύμονος, ηλιακή ακτινοβολία-καρκίνος δέρματος κ.λπ.) ούτε οδηγίες για την πρόληψη του λεμφώματος. Ισχύει, ωστόσο, ότι καλή φυσική κατάσταση, αποφυγή καπνίσματος και υγιεινή διατροφή βοηθάνε τον οργανισμό να ανταπεξέλθει σε οποιαδήποτε κατάσταση ανάγκης.

ΥΓ. Αυτός ο φανταστικός διάλογος δομήθηκε από τη συνισταμένη των ερωτήσεων που έχω δεχθεί κατά τα πολλά χρόνια της ενασχόλησής μου με τις αιματολογικές κακοήθειες.

Βασίλειος Γκατζιώλης
Επιμελητής Γενικός Χειρουργός, Ευρωκλινική Αθηνών

Παχυσαρκία

Χειρουργικές ενδείξεις & Αποτελέσματα

Μία από τις σύγχρονες μάστιγες της ελληνικής και παγκόσμιας κοινωνίας αποτελεί η νοσογόνος παχυσαρκία. Η χώρα μας που ήταν γνωστή παγκοσμίως για τη μεσογειακή της διατροφή, σήμερα μετρά πάρα πολλούς παχύσαρκους, τόσο ενήλικες όσο και παιδιά. Η πάθηση αυτή ευθύνεται για εν δυνάμει ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης, απόφραξης μεγάλων αγγείων (π.χ. καρωτίδων), έμφραγμα μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, αρθραλγίες, οσφυαλγία, υπνική άπνοια, στεφανιαία νόσο, άσθμα, υπογονιμότητα, διαταραχές εμμήνου ρύσεως.

Ποιες είναι οι ενδείξεις για πραγματοποίηση χειρουργείου για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

- **Δείκτης μάζας σώματος >40kg/m² ή άνω του 35Kgr/m² σε συνδυασμό με συνοδές παθήσεις**. Ο δείκτης μάζας σώματος *(body mass index)* υπολογίζεται ως το αποτέλεσμα της διαίρεσης του βάρους με το τετράγωνο του ύψους. Δείκτης μάζας σώματος:
  - <18,5 είναι λιπόβαρος
  - 18,5-24,9 φυσιολογικός
  - 25-29,9 υπέρβαρος
  - 30-34,9 παχύσαρκος
  - 35-39,9 σοβαρά παχύσαρκος
  - 40-49,9 νοσογόνα παχύσαρκος
  - και >50 super παχύσαρκος
- **Αποτυχία απώλειας βάρους μέσω δίαιτας**, η οποία παρακολουθούνταν από διατροφολόγο και συνδυαζόταν με ανάλογη παρακολούθηση από αρμόδιο γυμναστή.
- **Ψυχικές διαταραχές** (π.χ. κατάθλιψη) που οδηγούν σε υπερκατανάλωση τροφής
- **Ύπαρξη αιτιών ανάπτυξης δευτεροπαθούς παχυσαρκίας**, όπως είναι ο υποθυρεοειδισμός, δηλαδή η υπολειτουργία του θυρεοειδούς αδένα.

Είδη χειρουργικών επεμβάσεων για καταπολέμηση της νοσογόνου παχυσαρκίας

- **Λαπαροσκοπική επιμήκης γαστρεκτομή** *(sleeve*

Η χώρα μας που ήταν γνωστή παγκοσμίως για τη μεσογειακή της διατροφή, σήμερα μετρά πάρα πολλούς παχύσαρκους, τόσο ενήλικες όσο και παιδιά

gastrectomy): Σε αυτήν την περιοριστικού τύπου (ογκομειωτική) επέμβαση αφαιρείται συνήθως λαπαροσκοπικά το μεγαλύτερο τμήμα του στομάχου και μένει πίσω ένα τμήμα του που μοιάζει σαν μανίκι ή σωλήνα. Κατά την επέμβαση ο ασθενής είναι σε ύπτια θέση με τα πόδια ανοιχτά. Για τη διενέργεια αυτής της επέμβασης πραγματοποιούνται συνήθως τέσσερις οπές στο δέρμα με διάμετρο 5-11mm, από τις οποίες εισέρχονται τα trocar εργασίας. Η αποτελεσματικότητα της επέμβασης συνίσταται τόσο στην επίτευξη της δραστικής μείωσης του όγκου του στομάχου όσο και στην αφαίρεση του θόλου του στομάχου που εμπεριέχει κύτταρα, τα οποία παράγουν μια ορμόνη, την γρελίνη. Αυτή η ορμόνη έχει βρεθεί ότι ελέγχει το αίσθημα της πείνας. Αξίζει να αναφερθεί ότι μετά από αυτή την επέμβαση δε χρειάζεται ο ασθενής να λάβει συμπληρώματα διατροφής, καθώς δεν προκαλεί δυσαπορρόφηση θρεπτικών συστατικών. Στη σύγχρονη χειρουργική φαρέτρα μας περιλαμβάνεται η χρήση τόσο εργαλείων υπερήχων που μειώνουν σημαντικά τη διεγχειρητική και μετεγχειρητική αιμορραγία όσο και τη χρήση κοπτορραπτών (εργαλεία που κόβουν και ράβουν ιστούς αυτόματα με συρραπτικά *clips*). Όλα αυτά τα σύγχρονα μέσα σε συνδυασμό

με μια ικανοποιητική καμπύλη εκμάθησης του χειρουργού καταφέρνουν να καταστήσουν τη *sleeve gastrectomy* ως μία από τις ασφαλέστερες μεθόδους απώλειας βάρους και διατήρησής του σε σταθερά επίπεδα.

- **Λαπαροσκοπικό γαστρικό *bypass* (γαστρική παράκαμψη):** Πρόκειται για επέμβαση κατά την οποία ο ασθενής λαμβάνει ακριβώς την ίδια θέση, όπως και στο γαστρικό μανίκι. Διενεργούνται ακριβώς οι ίδιες οπές για να εισέλθουν διά του δέρματος τα *trocar* εργασίας. Σε αυτή την επέμβαση δεν αφαιρούμε τμήμα στομάχου , αλλά το διαχωρίζουμε και αφήνουμε ένα μικρό ρεζερβουάρ ως λειτουργικό τμήμα του στομάχου. Έτσι, επέρχεται πιο γρήγορα ο κορεσμός του αισθήματος της πείνας. Και σε αυτή την επέμβαση παρακάμπτεται το τμήμα του στομάχου που εμπεριέχει τα κύτταρα που είναι υπεύθυνα για την παραγωγή της ορμόνης γρελίνης. Τέλος, το μικρό αυτό ρεζερβουάρ ενώνεται με το λεπτό έντερο, παρακάμπτοντας 180-200cm αυτού. Άρα, προκαλούμε μια τεχνητή δυσαπορρόφηση θρεπτικών συστατικών. Υπάρχει και η παραλλαγή του *mini gastric bypass*, το οποίο είναι πιο απλό τεχνικά, αλλά πολλές φορές ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος μετεγχειρητικά με την πολύ ενοχλητική παλινδρόμηση των χολικών υγρών από το λεπτό έντερο προς το στομάχι. Η γαστρική παράκαμψη εγγυάται οριστική λύση του προβλήματος της νοσογόνου παχυσαρκίας.

- **Τοποθέτηση γαστρικού δακτυλίου** που θεωρείται μια σχετικά παρωχημένη επέμβαση με πολλές επιπλοκές.
- **Χολοπαγκρεατική παράκαμψη** η οποία πρόκειται ουσιαστικά για μία μεγαλύτερη παράκαμψη του λεπτού εντέρου με ό,τι αυτό συνεπάγεται σε δυσαπορρόφηση θρεπτικών συστατικών απαραίτητων για την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού. Σε αυτή την επέμβαση έχουμε σοβαρού βαθμού μεταβολικές διαταραχές.
- **Γαστρική πτύχωση** η οποία επιτυγχάνει τη μείωση του όγκου του στομάχου με τοποθέτηση ραφών σε δύο ή τρία στρώματα.
- **Γαστρικό μπότοξ** ή **η τοποθέτηση γαστρικού μπαλονιού** οι οποίες επεμβάσεις πραγματοποιούνται ενδοσκοπικά και δε χαίρουν ιδιαίτερης αναγνώρισης, καθώς χαρακτηρίζονται από φτωχά αποτελέσματα σε ό,τι αφορά την απώλεια βάρους.

Ουσιαστικά οι επεμβάσεις που αφορούν την αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας είναι οι ογκομειωτικές, οι μικτού τύπου και οι δυσαπορροφητικού τύπου.

Επιπλοκές επεμβάσεων αντιμετώπισης παχυσαρκίας

- Αιμορραγία
- Διαφυγή από τη γραμμή συρραφής του στομάχου
- Κάκωση σπληνός
- Παγκρεατίτιδα

Αποτελέσματα Χειρουργικών Επεμβάσεων Παχυσαρκίας

Άμεσα μετεγχειρητικά, δηλαδή στο πρώτο εξάμηνο ή έτος, ο ασθενής οδηγείται στην απώλεια του 60%-80% του **πλεονάζοντος** βάρους του και συνεχίζεται η απώλεια βάρους και τα επόμενα χρόνια με σαφώς μειούμενους ρυθμούς. Ιδιαίτερα η *sleeve* δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να αλλάξει τον τρόπο ζωής του, αφού όμως εντάξει στην καθημερινότητα του την άσκηση και την καλύτερη διατροφή. Πολλές από τις συνοδές παθήσεις της νοσογόνου παχυσαρκίας τείνουν να εξαφανιστούν συν τω χρόνω βελτιώνοντας την ποιότητα και επιμηκύνοντας τη διάρκεια της ζωής.

Η νοσογόνος παχυσαρκία ευθύνεται για εν δυνάμει ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη, αρτηριακής υπέρτασης, απόφραξης μεγάλων αγγείων , έμφραγμα μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, αρθραλγίες, οσφυαλγία, υπνική άπνοια, στεφανιαία νόσο, άσθμα, υπογονιμότητα, διαταραχές εμμήνου ρύσεως

Πρέπει να καταστεί σαφές ότι η χειρουργική παρέμβαση πρέπει να συνιστά την ύστατη λύση, αφού προηγηθούν εκτεταμένες προσπάθειες απώλειας βάρους

Συμπέρασμα

Συμπερασματικά, η παχυσαρκία συνιστά νοσηρή κατάσταση που ευθύνεται για την ανάπτυξη πολλών ανεπιθύμητων καταστάσεων για τον οργανισμό. Ο παχύσαρκος θα πρέπει να αναζητήσει ενδελεχώς το απαραίτητο team που θα περιλαμβάνει τον ειδικά εκπαιδευμένο χειρουργό, ψυχολόγο, διατροφολόγο και γυμναστή. Γενικά θα πρέπει να αναλογιστεί ο ενδιαφερόμενος ότι πρόκειται να αφαιρέσει τμήμα υγιούς οργάνου ζωτικής σημασίας για την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού του. Υπάρχουν πλέον οι χειρουργικοί τρόποι για να καταπολεμήσουμε οριστικά την παχυσαρκία. Πρέπει να καταστεί σαφές ότι πρέπει να συνιστά την ύστατη λύση, αφού προηγηθούν εκτεταμένες προσπάθειες απώλειας βάρους. Ο εξειδικευμένος χειρουργός με την απαραίτητη καμπύλη εκμάθησης μπορεί να επιτύχει γρηγορότερη ανάρρωση με λιγότερο πόνο, ώστε ο ασθενής να επιστρεψει ταχύτερα στις καθημερινές του δραστηριότητες.

Δίγκας Γ.
MEDICAL EQUIPMENT

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ_ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ & ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΙΔΗ

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ & ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΠΟΔΟΛΟΓΙΑΣ - NAIL - SPA

3 ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ **4** ΤΟΜΕΙΣ **60** ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ **70** ΧΡΟΝΙΑ

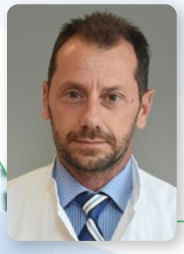
και ΠΑΝΩ ΑΠΟ **12.000** ΠΡΟΪΟΝΤΑ

Αθήνα:
Λ. Κηφισίας 354,
Χαλάνδρι Αττικής
Τηλ: 210 6825000, 210 6826000

Θεσσαλονίκη- Κεντρικά:
Τέρμα Καραολή Δημητρίου & Ειρήνης γωνία,
Φράγμα Θέρμης
Τηλ: 2310 272462,
2310 270425,
2310 221174

Κατάστημα Θεσσαλονίκη Κέντρο:
Τσιμισκή 137
Περιοχή ΧΑΝΘ
Τηλ: 2310 225 005
2310 225 025

E-SHOP_www.digas.gr



Νικόλαος Κατιρτζόγλου
Αναπληρωτής Διευθυντής Ογκολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Ιατρός - Ασθενής - Νοσηλευτής:

ΜΙΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Κάθε φορά, που από την επιστημονική μας οικογένεια -μικρή ή ευρύτερη- «αναχωρεί» ένα μέλος της, όπως η πρόσφατη επώδυνη απώλεια του αγαπητού Τόλη, όλοι εμείς που (απο)μένουμε πίσω για να συνεχίσουμε το θεάρεστο έργο της φροντίδας και ίσως ακόμα και της ίασης ψυχής τε και σώματος ασθενών, αναρωτιόμαστε…

Τι να είναι αυτό, που κάνει αυτή τη σχέση Ιατρού-Ασθενούς-Νοσηλευτή τόσο ιδιαίτερη;

Πόση σωματική κόπωση και ψυχική φθορά απαιτείται από όλες τις πλευρές, για την επίτευξη της πολυπόθητης Ίασης;

Ποιός είναι τελικά ο μεγάλος «Νικητής» και ποιος ο «Χαμένος» στον πολλάκις, άνισο πόλεμο κατά της αρρώστιας;

Είναι τελικά «δίκοπο μαχαίρι» για τον άρρωστο να βρίσκεται -αυτός κι ο πόνος του- ανάμεσα σε δύο ιερά τέρατα-αντιπρόσωπους του Ιπποκράτη (γιατρό και νοσηλεύτρια), αλλά και της σύγχρονης βιοτεχνολογίας και του ανταγωνισμού, που προτάσσουν οι καιροί μας;

Φιλοσοφικά ερωτήματα όντως, που χρήζουν διερεύνησης, διεξοδικής ανάλυσης, επιστημονικής προσέγγισης και απαντήσεων, όταν ο ενδιαφερόμενος μελετητής είναι -και πρέπει άραγε να είναι;- συναισθηματικά «άδειος», αποφορτισμένος και ψυχικά αποστασιοποιημένος από οτιδήποτε θα τον επισύρει σε δαιδαλώδη αδιέξοδα ή υποκειμενικές εκτιμήσεις. Για αυτόν ακριβώς το λόγο, και η μελέτη των αρχαίων κειμένων είναι υποβοηθητική, αν όχι απαραίτητη.

Η Ελλάδα, με τον πολιτισμό και την μακραίωνη ιστορία της, αποτελεί το λίκνο του Ευρωπαϊκού και Παγκόσμιου Πολιτισμού: έχει προικίσει την ιατρική και τη νοσηλευτική με τις καταβολές των ανθρωπιστικών αξιών, οι οποίες διέπουν την ολιστική φροντίδα των ασθενών στην ελληνική παράδοση. Ο αρχαιοελληνικός πολιτισμός αποτέλεσε την απαρχή αυτού, που σήμερα έχει εμφυσηθεί στους έλληνες ιατρούς και νοσηλευτές: ενός μεγάλου σεβασμού για την ανθρώπινη ζωή και φροντίδα της. Το ρήμα «θεραπεύω» στην αρχαϊκή του εκφορά σήμαινε «παρέχω φροντίδα», εξ' ου και το ουσιαστικό «Θεραπαινίς», δηλαδή υπηρέτρια ή δούλη, που παρείχε φροντίδες στους ασθενείς με την αρχαιοελληνική εννοιολογική σημασία. Νοσηλεύω σημαίνει φροντίζω, περιποιούμαι, προσφέρω ιατρική ή νοσοκομειακή βοήθεια σε ασθενή. Στην αρχαία Ελληνική - Ελληνιστική ιστορική περίοδο, τα όρια Νοσηλευτικής και Ιατρικής ήταν δυσδιάκριτα και οι θεραπευτές -γυναίκες και άνδρες- ασκούσαν ένα κράμα και των δύο. Στη σύγχρονη ζωή μας, λοιπόν, οι ασθενείς, που «φροντίζοντα» και από τις δύο κατηγορίες

Το ρήμα «θεραπεύω» στην αρχαϊκή του εκφορά σήμαινε «παρέχω φροντίδα», εξ' ου και το ουσιαστικό «Θεραπαινίς», δηλαδή υπηρέτρια ή δούλη, που παρείχε φροντίδες στους ασθενείς. Νοσηλεύω σημαίνει φροντίζω, περιποιούμαι, προσφέρω ιατρική ή νοσοκομειακή βοήθεια σε ασθενή.

(πολλώ μάλλον όταν η συνεργασία τούτη είναι -και απαιτείται να είναι- αγαστή, ηθική, αμόλυντη, αξιοπρεπής, μη ανταγωνιστική, αλλά συν-επικουρική), είναι εκείνοι οι ασθενείς που θα ωφεληθούν τα μέγιστα.

Γιατί, είναι δεδομένο και παγκοσμίως γνωστό πλέον, πως η σχέση μεταξύ των τριών μερών - ομάδων είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τα αποτελέσματα, αλλά και τις συνέπειες: η κούραση του «πολέμου κατά των συμπτωμάτων του ασθενούς και της ίδιας της ασθένειας» είναι κοινή και για γιατρούς και για νοσηλευτές, κοινή είναι και η απέραντη ευτυχία που κατακλύζει τις ψυχές αμφότερων με την υποχώρηση της νόσου και την ίαση, οι δε ασθενείς ως νικητές του πολέμου ανακτούν υγεία και αυτοπεποίθηση από ιατρούς και νοσηλευτές, οι νοσηλεύτριες αποτελούν το «δεύτερο σχολείο» των γιατρών και οι γιατροί αποτελούν το σημείο αναφοράς και ορθής επιστήμης των νοσηλευτριών, και οι δύο ομάδες αποτελούν τα «χέρια και τα στόματα» από τα οποία κρέμεται κυριολεκτικά η Ελπίδα των αρρώστων για να γίνουν καλά. Εδώ ταιριάζει γάντι το απόφθεγμα του σοφού λαού, «το ένα χέρι (του γιατρού) νίβει τ΄άλλο (της νοσηλεύτριας), και τα δυο το πρόσωπο» (του ταλαιπωρημένου αρρώστου). Επιπλέον, ποιος τη σήμερον ημέρα θα είχε το θράσος να υποστηρίξει ότι ο ίδιος ο ασθενής ΔΕΝ αποτελεί το σοφότερο σχολείο και την πιο εμπεριστατωμένη και πλήρη βιβλιοθήκη στην καθημερινή πρακτική γιατρών και νοσηλευτών; Πηγή ασίγαστης εμπειρίας και πολύτιμων γνώσεων, προς όφελος των νυν και μελλοντικών ασθενών, πηγή από την οποία πρέπει να «πίνουν νερ» όλοι, συνεχώς, ασταμάτητα, ανανεώνοντας τεχνικές, γνώσεις και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Τελικοί και αιώνιοι κερδισμένοι, οι «πρώην» ασθενείς, οι οποίοι κερδίζοντας την υγειά τους επιστρέφουν τα κεκτημένα πλεονεκτήματα και πάλι στον αγώνα για την ψυχοσωματική Υγεία των μελλοντικών γενεών. Ο ασθενής δεν είναι -δεν πρέπει ΠΟΤΕ να είναι- κάποιος «τρίτος»: ο ασθενής αποτελεί τον ενδιάμεσο κρίκο, ποτέ τον αδύναμο κρίκο. Τον κρίκο, που από αρχαιοτάτων χρόνων συνέδεε το παρόν με το μέλλον, τον Ιατρό με το Νοσηλευτή, την Υγεία με την Ασθένεια, τη χαρά με τη λύπη, την αισιοδοξία και την ελπίδα με τη ματαιοδοξία, το χαμόγελο με τα δάκρυα, την επί γης Ζωή με την Αιωνιότητα.

> *Δεν υπάρχει επαγγελματική τάξη ή άλλη ομάδα ανθρώπων του πνεύματος, των τεχνών ή της επιστήμης στη χώρα μας, που να μπορεί ως σύνολο να συγκριθεί με το σώμα των Ελλήνων γιατρών και νοσηλευτών.*

Στην τριαδική αυτή και ιερή σχέση δεν χωράει η έννοια του Ανταγωνισμού. Δεν χωράνε οι έννοιες της Αγοράς, της Οικονομίας ή του Εγωισμού. Τα οφέλη στην υγεία δεν προσμετρώνται ποσοτικά, τις συνέπειες των ασθενειών δεν (πρέπει να) τις μετράμε με το υποδεκάμετρο ή τη ζυγαριά. Ανθρωποέτη μετεκπαίδευσης στο εξωτερικό, αριθμός διδακτορικών διατριβών, διακρίσεις στο διεθνή ακαδημαϊκό στίβο, πληθώρα δημοσιευμάτων στον ιατρικό τύπο -ντόπιο και εξωτερικού-, μετεκπαιδευτικά ταξίδια και παρακολούθηση συνεδρίων και μύριων άλλων επιστημονικών δραστηριοτήτων, συγκροτούν επιβλητικό και μοναδικό για τον κάθε ιατρό «οπλοστάσιο» εφοδίων, για τα οποία ο ίδιος και η κοινωνία δικαιούνται να είναι περήφανοι. Τίποτε, ωστόσο, από όλα τα προαναφερθέντα δεν διδάσκουν στον ιατρό τη σεμνότητα και τη μετριοφροσύνη, το βαθμό καλλιέργειας και εξανθρωπισμού του συνετού ιατρού. Γιατί η ανθρωπιά -με αποδέκτες όλους ανεξαιρέτως, ασθενείς, συγγενείς αυτών, συνάδελφους προϊστάμενους ή υφιστάμενους, νοσηλευτές ή διοικητικούς- ΔΕΝ αποτελεί ιατρικό επάγγελμα, ΔΕΝ διδάσκεται στα Πανεπιστήμια, ΔΕΝ είναι όργανο κοινωνικής καταξίωσης, οικονομικής ευφορίας, αυτοπροβολής ή επιτυχίας.

Ο αείμνηστος Καθηγητής Ματσανιώτης κάποτε έγραφε: *«Δεν υπάρχει επαγγελματική τάξη ή άλλη ομάδα ανθρώπων του πνεύματος, των τεχνών ή της επιστήμης στη χώρα μας, που να μπορεί ως σύνολο να συγκριθεί με το σώμα των Ελλήνων γιατρών και νοσηλευτών».*

Στη μνήμη του αγαπητού μας συναδέλφου.

ΠΑΙΔΩΝ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
Είσαι στο Κέντρο!

PATIENTS' FRIENDLY HOSPITAL

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

Όλες οι παιδιατρικές ειδικότητες & υποειδικότητες

Στο κέντρο της Αθήνας, με εύκολη πρόσβαση

20 χρόνια πορείας

450.000 παιδιά έκαναν εξετάσεις ή νοσηλεύτηκαν

Συνεργασία με όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες

Τμήμα επειγόντων περιστατικών όλο το 24ωρο

Υπηρεσία valet parking

Περισσότερα από 24 παιδιατρικά τμήματα & εξειδικευμένα κέντρα

Εμπειρία υγείας
για το παιδί στο κέντρο της πόλης

παιδί

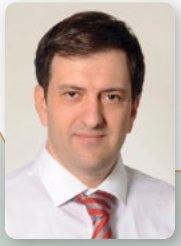
Κρυψορχία
Στη βρεφική ηλικία
Πώς αντιμετωπίζεται

Οι αθλητικές κακώσεις στα παιδιά και τους εφήβους

Β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος ομάδος Α στα παιδιά

Παιδική Βαρηκοΐα

Θορυβώδης Αναπνοή σε παιδιά
Από το νεογνό στον έφηβο



Νεκτάριος Σαρδιανός
Διευθυντής Παιδοχειρουργός, Ευρωκλινική Παίδων

Κρυψορχία
Στη βρεφική ηλικία
Πώς αντιμετωπίζεται

Οι όρχεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της ενδομήτριας ζωής, δεν βρίσκονται στη φυσιολογική τους θέση εντός του οσχέου, αλλά εντός της κοιλιακής χώρας.

Τις τελευταίες εβδομάδες πριν τη γέννηση, αρχίζει η κάθοδός τους προς τη φυσιολογική τους θέση στο όσχεο, διαμέσου του βουβωνικού πόρου, ένα κανάλι στο κατώτερο, πρόσθιο, κοιλιακό τοίχωμα, το οποίο έχει μία είσοδο, το έσω βουβωνικό στόμιο και μία έξοδο, το έξω βουβωνικό στόμιο, απ΄ όπου και περνάνε οι όρχεις προκειμένου να κατέλθουν στο όσχεο.

Κατά μήκος της διαδρομής αυτής και κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, υπάρχει περίπτωση να παγιδευτούν σε κάποιο σημείο, πράγμα που αναφέρεται ως κρυψορχία. Κρυψορχία λοιπόν είναι η ατελής κάθοδος του ενός ή και των δύο όρχεων προς το όσχεο. Ο όρχις δεν ψηλαφάται στο όσχεο ή δεν μπορεί να κατέλθει στο όσχεο με χειρισμούς κατά την διάρκεια της κλινικής εξέτασης. Εμφανίζεται συχνότερα σε πρόωρα νεογνά και μέχρι των 6ο μήνα ζωής, σε ένα ποσοστό 20% περίπου ο όρχις κατέρχεται από μόνος του. Ως εκ τούτου η 6μηνη παρακολούθηση θεωρείται σκόπιμη.

Κρυψορχία είναι η ατελής κάθοδος του ενός ή και των δύο όρχεων προς το όσχεο. Εμφανίζεται συχνότερα σε πρόωρα νεογνά και μέχρι των 6ο μήνα ζωής.

Πολύ σημαντικό είναι ο διαχωρισμός μεταξύ της κρυψορχίας και του ανασπώμενου όρχι, ο οποίος είναι απολύτως φυσιολογικός και δεν χρειάζεται θεραπεία. Η κλινική εξέταση από έμπειρο παιδοχειρουργό έχει τεράστια σημασία σ΄ αυτήν την περίπτωση.

Γιατί πρέπει να χειρουργείται η κρυψορχία;

Η κρυψορχία απαιτεί χειρουργι-

κή επέμβαση λόγω των ακόλουθων λόγων:

- **Επιπτώσεις στην γονιμότητα:** Ο όρχις που παραμένει εκτός του οσχέου σμικρύνεται και εμφανίζει προοδευτική μείωση των γεννητικών κυττάρων. Στην αρχή, ο αριθμός των γεννητικών κυττάρων παραμένει σε φυσιολογικά επίπεδα, αλλά με την πάροδο του χρόνου μειώνεται σημαντικά. Το 40% των μη κατελθόντων όρχεων στην συμπλήρωση της διετίας στερείται γεννητικών κυττάρων.
- **Εμφάνιση καρκίνου:** Από όλες τις περιπτώσεις καρκίνου του όρχεως το 11% αφορά τους κρυψόρχεις.

Η χειρουργική αποκατάσταση της κρυψορχίας λέγεται ορχεοπηξία. Η ιδανική ηλικία για την επέμβαση είναι μεταξύ 6 και 12 μηνών.

Πότε πρέπει να χειρουργείται η κρυψορχία;

Όπως ήδη αναφέραμε πολλοί από τους μη κατελθόντες όρχεις, κατέρχονται από μόνοι τους αυτόματα μέσα στους πρώτους 6 μήνες της ζωής. Λαμβάνοντας υπόψη ότι μετά τους 12 μήνες οι βλάβες που αναπτύσσονται στους όρχεις που βρίσκονται εκτός του οσχέου είναι μόνιμες και δημιουργούν προβλήματα γονιμότητας, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η ιδανική ηλικία για την επέμβαση είναι μεταξύ 6 και 12 μηνών.

Πώς χειρουργείται η κρυψορχία;

Η χειρουργική αποκατάσταση της κρυψορχίας λέγεται ορχεοπηξία. Είτε με την κλασσική μέθοδο (βουβωνική τομή), είτε με την λαπαροσκοπική (στις περιπτώσεις των ενδοκοιλιακών ή αψηλάφητων όρχεων), έχει άριστα ποσοστά επιτυχίας στα χέρια έμπειρου παιδοχειρουργού. Ο μικρός ασθενής εξέρχεται την ίδια μέρα από το νοσοκομείο και οι τομές σε λίγους μήνες είναι αόρατες.

Αναστάσιος Δάρας
Διευθυντής Ορθοπαιδικός, Ευρωκλινική Παίδων

Οι αθλητικές κακώσεις στα παιδιά και τους εφήβους

Τι είναι οι αθλητικές κακώσεις;

Αθλητικές Κακώσεις είναι αυτές που συμβαίνουν στον ανθρώπινο οργανισμό κατά τη συμμετοχή σε αθλητική δραστηριότητα. Μόλις το 2021, η Διεθνής Ολυμπιακή Επιτροπή, όρισε ομάδες εργασίας για τη συστηματική καταγραφή των κακώσεων στους αθλητές, προκειμένου να αναγνωριστούν οι αιτίες και να τεθούν μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης.

Στατιστικά στοιχεία για τις αθλητικές κακώσεις στα παιδιά και τους εφήβους

Όσον αφορά τις αθλητικές κακώσεις στα παιδιά και τους εφήβους, πρόσφατα στοιχεία από έγκυρες ερευνητικές ομάδες, όπως του Harvard και του Yale, δείχνουν ότι οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των επειγόντων περιστατικών, αυξάνονται συνεχώς σε αριθμό, μάλλον εξαιτίας της αύξησης των αθλητών σε αυτές τις ηλικίες, τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια. Συχνότερες ηλικίες αναφέρονται στο διάστημα 5-15 ετών, σε ποσοστό 80% και οι συχνότερες ορθοπαιδικές κακώσεις σε ποσοστό 75% αφορούν τις μυϊκές θλάσεις, τα διαστρέμματα της ποδοκνημικής (αστράγαλος) και τα κατάγματα του περιφερικού αντιβραχίου (καρπός). Οι τραυματισμοί στα αγόρια είναι συχνότεροι από τα κορίτσια με αναλογία

Αθλητικές Κακώσεις είναι αυτές που συμβαίνουν στον ανθρώπινο οργανισμό κατά τη συμμετοχή σε αθλητική δραστηριότητα

Συχνότερες ηλικίες αναφέρονται στο διάστημα 5-15 ετών, σε ποσοστό

80%

και οι συχνότερες ορθοπαιδικές κακώσεις σε ποσοστό

75%

αφορούν τις μυϊκές θλάσεις, τα διαστρέμματα της ποδοκνημικής (αστράγαλος) και τα κατάγματα του περιφερικού αντιβραχίου (καρπός). Οι τραυματισμοί στα αγόρια είναι συχνότεροι από τα κορίτσια με αναλογία

3:1

3:1. Οι σοβαροί τραυματισμοί της κεφαλής, του θώρακα και των σπλάγχνων ευτυχώς δεν είναι πολύ συχνοί και ακριβή στοιχεία αναμένεται να ανακοινωθούν βραχυπρόθεσμα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Έγκυρα στοιχεία των ΗΠΑ προ δεκαετίας, τονίζουν την αύξηση της τάσης των παιδιών προς τον αθλητισμό, με ετήσια αναφορά σε 30 εκατομμύρια νεαρών αθλητών και αθλητριών που συμμετείχαν σε οργανωμένες αθλητικές δραστηριότητες, με 9 εκατομμύρια επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία επειγόντων περιστατικών. Το 3% χρειάστηκε νοσηλεία και το συνολικό κόστος υπολογίστηκε σε 2 δισεκατομμύρια $.

Η ορθοπαιδική ειδικότητα έχει το ρόλο της θεραπείας, συντηρητικής ή χειρουργικής των αθλητικών κακώσεων και τονίζουμε ότι οι θεραπευτικές αρχές, σε κάθε μετατραυματική βλάβη, είναι οι ίδιες ανεξάρτητα από την αιτία που την προκάλεσε.

Ο ρόλος της αθλητιατρικής ειδικότητας στη φροντίδα των αθλητών

Η αθλητιατρική, είναι μια άλλη ιατρική ειδικότητα, που ασχολείται με την παθολογία του αθλητή, την ψυχολογική του ισορροπία, με τη βελτίωση της φυσικής του κατάστασης και την αποκατάσταση μετά από χειρουργικές επεμβάσεις, ιδίως ορθοπαιδικές.

Οι κακώσεις του μυοσκελετικού στους νεαρούς αθλητές, είναι διαφορετικές, αφού ο αναπτυσσόμενος σκελετός παρουσιάζει πολλές ιδιομορφίες σε σχέση με τον ενήλικα σκελετό και τονίζουμε την ύπαρξη στα παιδιά «οστικών ζωνών», που είναι υπεύθυνες για την ανάπτυξη των οστών. Στις περιοχές αυτές που είναι ευένδοτες, είναι δυνατό να συμβούν διαχωρισμοί, που εκφράζουν ιδιαίτερα κατάγματα και συνήθως χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση. Η γενική όμως θεώρηση της θεραπευτικής αντιμετώπισης των καταγμάτων στα παιδιά, επιβάλλει να είναι όσο περισσότερο συντηρητική (ακινητοποίηση με γύψινο επίδεσμο ή με νάρθηκες κυρίως) και αν απαιτηθεί χειρουργική αντιμετώπιση τότε χρησιμοποιούνται ελάχιστα υλικά οστεοσύνθεσης.

Οι τραυματισμοί στο μυοσκελετικό σύστημα των παιδιών και των εφήβων, κατά τη διάρκεια της αθλητικής δραστηριότητας χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, δηλαδή σε αυτές που συμβαίνουν στη διάρκεια της άθλησης με άμεση επίδραση δυνάμεων, όπως στη σωματική επαφή των ομαδικών αθλημάτων ή σε πτώσεις. Η άλλη κατηγορία περιλαμβάνει κακώσεις που γίνονται έπειτα από καταπόνηση, όπως κατάγματα από κόπωση στην κνήμη και στα μετατάρσια, οι τενοντίτιδες και οι μυϊκές θλάσεις.

Πρόληψη των αθλητικών κακώσεων

Η πρόληψη των νέων κυμάτων των κακώσεων, είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει έντονα την επιστημονική κοινότητα, από τον συνεχώς αυξανόμενο αριθμό των παιδιών που αθλούνται.

Τελευταία απασχολούν ιδιαίτερα τα πολύ σοβαρά περιστατικά που συμβαίνουν

Οδηγίες πρόληψης

Για τους γονείς

- Προληπτικές εξετάσεις και διατήρηση Φάκελου Υγείας (έγκαιρη διάγνωση παθήσεων)
- Συνεργασία με τον προπονητή, συμβουλές για πιστή εφαρμογή των προγραμμάτων άσκησης με σωστή εκτίμηση σωματότυπου παιδιού και επιλεγμένου αθλήματος
- Αποφύγετε τον πειρασμό να προβάλλετε στο παιδί σας τις φιλοδοξίες σας για πρωταθλητισμό
- Αν είστε γονείς με παιδιά ΑμεΑ επιδιώξτε και υποστηρίξτε την συμμετοχή του σε αθλήματα
- Σκοπός της άθλησης: Υγεία και ευγενής άμιλλα
- Η «νίκη πάση θυσία», αυξάνει την πίεση και την πιθανότητα τραυματισμού
- Προθέρμανση και αποφόρτιση πάντα, μετά από άσκηση
- Κατάλληλη και εξατομικευμένη διατροφή, σε συνεργασία με διατροφολόγο
- Ενυδάτωση: Ανάλογα με ένταση προπόνησης και θερμοκρασίας περιβάλλοντος
- Κατάλληλη ένδυση, προστατευτικός εξοπλισμός για κάθε άθλημα
- Αποφυγή χρήσης: Στεροειδών, συμπληρωμάτων
- Έγκαιρη εντόπιση πόνου ή δυσφορίας

Για τον προπονητή

- Απαραίτητη γνώση και ικανότητα μετάδοσης
- Σωστή αθλητική συμπεριφορά «ευ αγωνίζεσθαι»
- Εφαρμογή εξατομικευμένης προπόνησης
- Γνώση ψυχολογίας του παιδιού
- Γνώση βιολογικών παραγόντων ανάπτυξης
- Να διαθέτει προσωπικότητα με υπομονή, νηφαλιότητα, ψυχραιμία

στους αγωνιστικούς χώρους από το καρδιαγγειακό και το αναπνευστικό σύστημα με πολύ σοβαρές συνέπειες. Όλο αυτό το φάσμα των απειλητικών καταστάσεων προκάλεσε την προσπάθεια πολλών επιστημονικών φορέων, όπως το Harvard, με αποτέλεσμα την ανακοίνωση οδηγιών πρόληψης και αναμένεται άμεση επικαιροποίηση τους στο μέλλον.

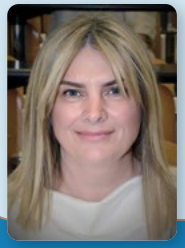
Τα μέτρα αυτά περιλαμβάνουν τρείς κυρίως άξονες, που αφορούν την τριγωνική σχέση νεαρού αθλητή, γονέων και προπονητή. Ορίστηκαν λοιπόν βασικές προληπτικές οδηγίες για τις σημαντικές παραμέτρους αυτής της σχέσης (δείτε τις οδηγίες πρόληψης στο διπλανό πλαίσιο).

Ποια είναι τα τέσσερα "C";

Τα τέσσερα "C" συνοψίζουν το «πακέτο των προσόντων» για την εξασφάλιση της προόδου του παιδιού αθλητή:

- *Competence* (επάρκεια),
- *Confidence* (αυτοπεποίθηση)
- *Connection* (επαφή)
- *Character* (χαρακτήρας)

Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι το παιδί έχει πολλές ιδιαιτερότητες και δεν πρέπει να θεωρείται σαν ένας μικρός ενήλικας. Ως εκ τούτου χρειάζεται ιατρική ομάδα για την πρόληψη των τραυματισμών για τη συμμετοχή στον αθλητισμό. Η ομάδα αυτή σε συνεργασία πάντα με τους προπονητές, είναι αυτονόητο ότι εξασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό την υγεία και την προσδοκώμενη απόδοση σε κάθε αθλητική δραστηριότητα.



Σοφία Σταματάκη
Διευθύντρια Ωτορινολαρυγγολόγος, Ευρωκλινική Παίδων

Θορυβώδης Αναπνοή σε παιδιά

Από το νεογνό στον έφηβο

Η λαϊκή ρήση λέει ότι τα παιδιά μας -και όχι μόνο- πρέπει να κοιμούνται σαν πουλάκια, αθόρυβα! Η αναπνοή τους θα πρέπει να είναι ήσυχη, τόσο κατά τη διάρκεια της μέρας, όσο και της νύχτας, και να γίνεται μέσα από τη μύτη και όχι από το στόμα. Ωστόσο, συχνά παρατηρούμε στα παιδιά θορυβώδη αναπνοή η οποία μπορεί να είναι σημάδι πολλών διαφορετικών παθήσεων.

Κάποιες από τις παθήσεις που προκαλούν τη θορυβώδη αναπνοή μπορεί να είναι πολύ ήπιες, ενώ κάποιες άλλες να χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση. Η θορυβώδης αναπνοή, τυπικά, προκαλείται από μερική απόφραξη σε κάποιο σημείο

της αεροφόρου οδού. Η αεροφόρος οδός, είναι ο σωλήνας που μεταφέρει το οξυγόνο στους πνεύμονές μας και ξεκινά από τη μύτη μας και φτάνει μέχρι τους βρόγχους.

Επομένως, η θορυβώδης αναπνοή σημαίνει «κακή» αναπνοή η οποία οδηγεί σε:

- Κακή ποιότητα ύπνου
- Άπνοιες –με μείωση του ποσοστού οξυγόνου στο αίμα μας
- Δυσκολία λήψης τροφής
- Εκνευρισμό του παιδιού.

Ο ήχος της θορυβώδους αναπνοής διαφέρει ανάλογα με το σημείο της απόφραξης. Όταν η απόφραξη είναι στη μύτη ακούμε το γνωστό σε όλους ροχαλητό.

Η θορυβώδης αναπνοή στα παιδιά, αν και συχνή, δεν είναι φυσιολογική. Όταν επιμένει ή εμφανίζεται ξαφνικά χωρίς σημεία φλεγμονής είναι απαραίτητη η εξέταση του παιδιού από εξειδικευμένο παιδο-ωτορινολαρυγγολόγο.

Όταν η απόφραξη εντοπίζεται πιο χαμηλά στο επίπεδο του λάρυγγα, τότε η θορυβώδης αναπνοή εμφανίζεται με ένα τραχύ ήχο υψηλής συχνότητας. Η διάκριση αυτή, βέβαια, συχνά δεν είναι τόσο απλή και μπορεί να γίνει με ασφάλεια μόνο από έναν έμπειρο παιδίατρο ή παιδο-ωτορινολαρυγγολόγο.

Τα αίτια της θορυβώδους αναπνοής είναι όπως προαναφέρθηκε πολλά και μπορούν να διακριθούν σε οξέα και χρόνια.

Αίτια οξείας θορυβώδους αναπνοής

Η ξαφνική εμφάνιση θορυβώδους αναπνοής σε ένα παιδί είναι συνήθως σημάδι κάποιας ίωσης -ένα απλό κρυολόγημα με βουλωμένη μύτη- ή πιο σοβαρής φλεγμονής, που χρήζει άμεσης αξιολόγησης από τον παιδίατρο. Ωστόσο, η αιφνίδια έναρξη θορυβώδους αναπνοής σε ένα παιδί μπορεί να είναι ένδειξη ξένου σώματος στην αεροφόρο οδό που θέλει άμεση αντιμετώπιση από εξειδικευμένο ωτορινολαρυγγολόγο παίδων.

Αίτια χρόνιας θορυβώδους αναπνοής

Τα χρόνια αίτια της θορυβώδους αναπνοής είναι διαφορετικά ανάλογα με την ηλικία του παιδιού.

Νεογνά

Στα νεογνά, το συχνότερο αίτιο θορυβώδους αναπνοής είναι η λαρυγγομαλακία. Η λαρυγγομαλακία σημαίνει ότι ο ιστός του λάρυγγα πέφτει μέσα στον αεραγωγό του παιδιού όταν εισπνέει, προκαλώντας χαρακτηριστικό θόρυβο, που λέγεται σιγμός.

Ο λάρυγγας μας είναι φτιαγμένος από χόνδρο και σε κάποια νεογέννητα, ο χόνδρος είναι πολύ μαλακός κι ανώριμος.

Τα συμπτώματα της λαρυγγομαλακίας μπορεί να είναι εκτός από τη θορυβώδη αναπνοή:

- Η δυσκολία στη σίτιση
- Η μειωμένη πρόσληψη βάρους
- Οι αναγωγές
- Οι εισολκές
- Οι άπνοιες.

Τα καλά νέα είναι ότι τα περισσότερα παιδιά με λαρυγγομαλακία θεραπεύονται μόνα τους μεγαλώνοντας. Ο χόνδρος του λάρυγγα γίνεται πιο σκληρός και η θορυβώδης αναπνοή υποχωρεί. Ωστόσο, τα νεογνά που υπολείπονται στην ανάπτυξή τους ή παρουσιάζουν άπνοιες, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με φαρμακευτική αγωγή και πιθανόν χειρουργική παρέμβαση.

Φυσικά στα νεογνά, εκτός από τη λαρυγγομαλακία, μπορεί να υπάρχουν και άλλα αίτια θορυβώδους αναπνοής, όπως η ατρησία ρινικών χοανών, η υπογλωττιδική στένωση, το υπογλωττιδικό αιμαγγείωμα κ.α. τα οποία χρήζουν άμεσης διάγνωσης από ειδικό, τόσο για την ασφάλεια του παιδιού, όσο και την ομαλή ανάπτυξη του.

Προσχολική-σχολική ηλικία

Στα μεγαλύτερα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας (κυρίως 3-6 χρόνων) το συχνότερο αίτιο θορυβώδους αναπνοής είναι η υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων και των αμυγδαλών, που αποφράσσει τον αεραγωγό στο επίπεδο της μύτης και του στόματος. Κατά συνέπεια, τα παιδιά δυσκολεύονται να αναπνεύσουν από τη μύτη κατά τη διάρκεια της ημέρας και όταν κοιμούνται ροχαλίζουν ή ακόμα σταματάνε να αναπνέουν για λίγα δευτερόλεπτα πολλές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται αποφρακτική υπνική άπνοια και οδηγεί σε χρόνια διαταραχή της ποιότητας του ύπνου στα παιδιά. Ως αποτέλεσμα είναι η κούραση, ο εκνευρισμός και η υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Η αποφρακτική υπνική άπνοια σχετίζεται και με διαταραχές συμπεριφοράς, μαθησιακές δυσκολίες και τη νυχτερινή ενούρηση. Επίσης, τα παιδιά με υπερτροφία αδενοειδών εκβλαστήσεων και αμυγδαλών, είναι περισσότερο επιρρεπή σε ιώσεις αναπνευστικού συστήματος και σε ωτίτιδες. Τέλος η χρόνια στοματική αναπνοή (όταν το παιδί αναπνέει με ανοιχτό το στόμα) οδηγεί σε γναθοπροσωπικές αλλοιώσεις που χρήζουν ορθοδοντικής παρέμβασης.

Έφηβοι

Στους έφηβους, η θορυβώδης αναπνοή μπορεί να οφείλεται και πάλι σε υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων και των αμυγδαλών. Ωστόσο, σε αυτή την ηλικία θορυβώδη αναπνοή μπορεί να προκαλεί συχνά η αλλεργική ρινίτιδα ή το αυξημένο βάρος. Σαφώς, μπορεί να υπάρχουν και ανατομικά κωλύματα, όπως η σκολίωση του ρινικού διαφράγματος και ρινοπολύποδες ή άλλα μορφώματα του ρινοφαρύγγα και του τραχήλου.

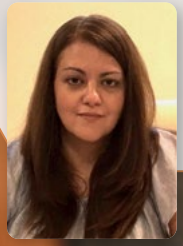
Στα νεογνά, το συχνότερο αίτιο θορυβώδους αναπνοής είναι η λαρυγγομαλακία. Η λαρυγγομαλακία σημαίνει ότι ο ιστός του λάρυγγα πέφτει μέσα στον αεραγωγό του παιδιού όταν εισπνέει, προκαλώντας χαρακτηριστικό θόρυβο, που λέγεται σιγμός. Ο λάρυγγας μας είναι φτιαγμένος από χόνδρο και σε κάποια νεογέννητα, ο χόνδρος είναι πολύ μαλακός κι ανώριμος.

Διάγνωση

Για τη διάγνωση του αίτιου της θορυβώδους αναπνοής σε ένα παιδί, πέρα από την τυπική κλινική εξέταση, ο εξειδικευμένος παιδο-ωτορινολαρυγγολόγος θα πρέπει να κάνει ενδοσκόπηση με το εύκαμπτο επιφαρυγγολαρυγγοσκόπιο, με το οποίο μπορούμε να ελέγξουμε την αεροφόρο οδό από τη μύτη έως το λάρυγγα στο επίπεδο των φωνητικών χορδών με τη βοήθεια κάμερας. Η διαδικασία αυτή είναι εύκολη -η ενόχληση μοιάζει με το γνωστό μας covid τεστ- και μπορεί να γίνει στο ιατρείο. Σε μεγάλα παιδιά που συνεργάζονται περισσότερο, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και τα άκαμπτα ενδοσκόπια.

Εάν ο ειδικός κρίνει ότι χρειάζεται έλεγχος της αεροφόρου οδού κάτω από το επίπεδο των φωνητικών χορδών, τότε πρέπει να προγραμματισθεί στην κλινική λαρυγγοσκόπηση- βρογχοσκόπηση με γενική αναισθησία. Συμπληρωματικά, μπορεί να ζητηθούν και άλλες απεικονιστικές ή εργαστηριακές εξετάσεις. Η θεραπεία, η οποία θα ακολουθήσει, εξαρτάται από την αιτία της θορυβώδους αναπνοής.

Συμπερασματικά, η θορυβώδης αναπνοή στα παιδιά, αν και συχνή, δεν είναι φυσιολογική. Όταν επιμένει ή εμφανίζεται ξαφνικά, χωρίς σημεία φλεγμονής είναι απαραίτητη η εξέταση του παιδιού από εξειδικευμένο παιδο-ωτορινολαρυγγολόγο για την ασφαλή διάγνωση και αντιμετώπισή της.



Χαρά Ασημάκη
Παιδίατρος - Λοιμωξιολόγος
Σύμβουλος λοιμώξεων,
Ευρωκλινική Παίδων

Β-αιμολυτικός **στρεπτόκοκκος** ομάδος Α στα παιδιά

Πόσο κινδυνεύουν;

Τους τελευταίους μήνες παρατηρείται μεγάλη έξαρση των λοιμώξεων από στρεπτόκοκκο σε παιδιά σχολικής και προσχολικής ηλικίας. Οι έξι θάνατοι που σημειώθηκαν στη χώρα μας λόγω διεισδυτικής στρεπτοκοκκικής λοίμωξης σε παιδιά κάτω των δέκα ετών εντείνουν την ανησυχία των γονιών, αλλά και των παιδιάτρων. Υπάρχει όντως λόγος ανησυχίας και πώς μπορούμε να είμαστε καλύτερα προετοιμασμένοι ώστε να καταλάβουμε ότι τα συμπτώματα ενός παιδιού μπορεί να οφείλονται σε λοίμωξη από το βακτήριο;

Ποια είναι τα συμπτώματα της λοίμωξης από β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο ομάδος Α;

Ο β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος ομάδος Α ή πυογόνος στρεπτόκοκκος, προκαλεί συνήθως αμυγδαλίτιδα σε παιδιά άνω των 3 ετών.

Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι:

- Υψηλός πυρετός
- Φαρυγγαλγία
- Δυσκολία στην κατάποση
- Κακουχία
- Κεφαλαλγία
- Διόγκωση των λεμφαδένων του τραχήλου
- Κοιλιακό άλγος
- Εμετοί.

Ενίοτε, μπορεί τα συμπτώματα αυτά να συνδυάζονται με εξάνθημα (οστρακιά). Επίσης, ο στρεπτόκοκκος μπορεί να είναι υπεύθυνος για επιφανειακές δερματικές λοιμώξεις όπως είναι το μολυσματικό κηρίο. Σπανιότερα, το βακτήριο είναι δυνατόν να εισέλθει στην κυκλοφορία του αίματος και να προκαλέσει σοβαρές διεισδυτικές λοιμώξεις όπως: πνευμονία, μηνιγγίτιδα, εν τω βάθει λοιμώξεις του δέρματος και των μυών καθώς και λοιμώξεις των αρθρώσεων, όπως η σηπτική αρθρίτιδα και η οστεομυελίτιδα.

Υπάρχει όντως λόγος ανησυχίας και πώς μπορούμε να είμαστε καλύτερα προετοιμασμένοι ώστε να καταλάβουμε ότι τα συμπτώματα ενός παιδιού μπορεί να οφείλονται σε λοίμωξη από το βακτήριο;

Σύνδρομο τοξικής καταπληξίας

Σοβαρότερο και απειλητικό για τη ζωή μπορεί να αποβεί το σύνδρομο τοξικής καταπληξίας, το οποίο μπορεί να έχει ταχύτατη εξέλιξη και κύρια κλινικά χαρακτηριστικά του μπορεί να είναι:

- Πυρετός
- Εξάνθημα
- Κοιλιακό άλγος
- Έντονες μυαλγίες
- Κεφαλαλγία
- Επηρεασμένη γενική κατάσταση του παιδιού.

Με ποιο τρόπο μεταδίδεται το βακτήριο;

Ο πυογόνος στρεπτόκοκκος με-

ταδίδεται από άτομο σε άτομο:

- Μέσω σταγονιδίων που μεταφέρονται με το βήχα ή το φτέρνισμα
- Μέσω της επαφής με το δέρμα
- Από μολυσμένες επιφάνειες ή αντικείμενα.

Ασυμπτωματικοί φορείς μπορεί να μεταδώσουν το βακτήριο. Υψηλό κίνδυνο για να προσβληθούν από τον στρεπτόκοκκο έχουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που πηγαίνουν σε παιδικό σταθμό, όπου η μετάδοση της λοίμωξης είναι εύκολη λόγω του συγχρωτισμού και των κακών συνθηκών ατομικής υγιεινής, λόγω της μικρής τους ηλικίας. Επίσης υψηλός είναι ο κίνδυνος μετάδοσης, όταν υπάρχει στενή επαφή με κρούσμα στην οικογένεια και κυρίως σε άτομα ανοσοκατασταλμένα, με χρόνια νοσήματα, σε υπερήλικες αλλά και σε βρέφη κάτω του έτους.

Υπάρχει έξαρση των στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων τη χρονιά που διανύουμε;

Από τον Οκτώβριο του 2022 παρατηρείται έξαρση των στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Τα περιστατικά που καταγράφονται, αφορούν συνήθως περιπτώσεις στρεπτοκοκκικής αμυγδαλίτιδας, που μάλιστα έχουν την τάση να υποτροπιάζουν, καθώς και περιπτώσεις οστρακιάς. Ειδικά στο Ηνωμένο Βασίλειο, καταγράφηκε τους τρεις τελευταίους μήνες του 2022 μεγάλη αύξηση τέτοιων περιστατικών, αλλά και δυστυχώς θανάτων, ιδίως σε παιδιά κάτω των δέκα ετών. Παρόμοια έξαρση παρατηρήθηκε και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Στην Ελλάδα, μεγαλύτερη επίπτωση των στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων, παρατηρείται από τον Φεβρουάριο του 2023 και μετά, οπότε καταγράφηκε και ο πρώτος θάνατος παιδιού από σοβαρή στρεπτοκοκκική λοίμωξη και σηψαιμία. Παραδοσιακά, παρατηρείται κάθε χρόνο αύξηση των λοιμώξεων από στρεπτόκοκκο μετά τον χειμώνα και το κύμα των ιογενών λοιμώξεων. Επίσης, κάθε χρόνο καταγράφονται και θάνατοι από στρεπτόκοκκο. Άρα, παρόλο που υπάρχει αύξηση των περιστατικών, αυτό δεν είναι κάτι που προκαλεί μεγάλη έκπληξη στους ειδικούς και ως ένα βαθμό, είναι αναμενόμενη. Ωστόσο λόγω της έξαρσης, σε απόλυτη εναρμόνιση με διεθνείς οργανισμούς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) και το ECDC, το Υπουργείο Υγείας και ο ΕΟΔΥ έχουν εκδόσει ειδικές οδηγίες για την αυστηρή επιτήρηση σοβαρών διεισδυτικών λοιμώξεων από στρεπτόκοκκο σε όλα τα παιδιατρικά νοσοκομεία της χώρας.

Πού οφείλεται η αύξηση αυτή των περιστατικών;

Φυσιολογικά τα παιδιά κάθε χρόνο εκτίθενται στο σχολείο και στις υπόλοιπες δραστηριότητες τους σε πολλά βακτήρια και ιούς και με αυτόν τον τρόπο «χτίζουν» την ανοσία τους. Κατά τη διάρκεια όμως, της πανδημίας COVID-19, λόγω της καραντίνας, της κοινωνικής αποστασιοποίησης και της εφαρμογής των μέτρων ατομικής υγιεινής (μάσκες, πλύσιμο χεριών), η έκθεση των παιδιών σε λοιμώδεις παράγοντες μειώθηκε κατακόρυφα. Κατά συνέπεια, χάθηκε και η ευκαιρία να αναπτύξουν τα παιδιά αυτήν την εποχική ανοσία, όπως είχαν αναπτύξει άλλες χρονιές. Μετά την άρση των περιοριστικών μέτρων τα παιδιά ήρθαν ξανά σε επαφή με ιούς και βακτήρια για τα οποία δεν είχαν καμιά προστασία, με αποτέλεσμα τη μεγάλη έξαρση των λοιμώξεων που παρατηρήθηκε φέτος και η οποία δεν αφορά μόνο τον στρεπτόκοκκο, αλλά πάρα πολλούς ιούς (αδενοϊό, εντεροϊούς, RSV, γρίπη) και άλλα βακτήρια όπως ο πνευμονιόκοκκος.

Σε κάθε οξύ εμπύρετο νόσημα, θα πρέπει οι γονείς να έρχονται σε επικοινωνία με τον παιδίατρό τους, ο οποίος θα τους κατευθύνει στην περαιτέρω παρακολούθηση αλλά και στη θεραπεία.

Η θεραπεία της λοίμωξης είναι απλή, καθώς ο στρεπτόκοκκος, αν και είναι ένα δυνητικά επικίνδυνο βακτήριο, είναι ευαίσθητο σε πολλά αντιβιοτικά.

Τι πρέπει να προσέχουν οι γονείς;

Σε κάθε οξύ εμπύρετο νόσημα, θα πρέπει οι γονείς να έρχονται σε επικοινωνία με τον παιδίατρό τους, ο οποίος λαμβάνοντας υπόψη το ιστορικό του παιδιού αλλά και τα συμπτώματα που εμφανίζει, θα κατευθύνει τους γονείς για την περαιτέρω παρακολούθηση αλλά και τη θεραπεία του. Εφόσον τα συμπτώματα του παιδιού παραπέμπουν σε στρεπτοκοκκική λοίμωξη, θα πρέπει να διενεργούνται εγκαίρως ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις όπως το *strep test* και η καλλιέργεια φαρυγγικού και επί θετικού αποτελέσματος θα πρέπει να χορηγείται κατάλληλη θεραπεία.

Η θεραπεία είναι απλή, καθώς ο στρεπτόκοκκος, αν και είναι ένα δυνητικά επικίνδυνο βακτήριο, είναι ευαίσθητο σε πολλά αντιβιοτικά. Σκοπός της θεραπείας, είναι ο έλεγχος των συμπτωμάτων, η αποτροπή των επιπλοκών και η παρεμπόδιση της μετάδοσης της λοίμωξης σε άτομα του περιβάλλοντος των πασχόντων. Τα διαγνωστικά τεστ θα πρέπει να διενεργούνται με σύνεση και μόνο μετά από τη σύμφωνη γνώμη του γιατρού, ώστε να μπορούν να αξιολογηθούν σωστά και να μην οδηγούν σε καταχρηστική και άνευ λόγου χρήση αντιβιοτικών.

Ελευθέριος Καραματζάνης
Διευθυντής Ωτορινολαρυγγολόγος, Ευρωκλινική Παίδων

Παιδική Βαρηκοΐα

Τι είναι η παιδική βαρηκοΐα

Η παιδική βαρηκοΐα αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές διαταραχές που μπορεί να εμφανιστούν μετά την γέννηση. Η μείωση της ακουστικής ικανότητας του παιδιού επηρεάζει την επικοινωνία και τη γνωστική ανάπτυξή του, προκαλώντας διαταραχές συμπεριφοράς.

Γονείς και παιδίατροι θα πρέπει να γνωρίζουν ότι στη σημερινή εποχή ο έλεγχος της ακοής μπορεί να γίνει αξιόπιστα και αντικειμενικά, από τις πρώτες κιόλας ώρες της ζωής του νεογέννητου. Η αποκατάσταση της παιδικής βαρηκοΐας σήμερα, με την πρόοδο σύγχρονων συντηρητικών και χειρουργικών μεθόδων (ακουστικά βαρηκοΐας, Β.Α.Η.Α.,κοχλιακά και εγκεφαλικά εμφυτεύματα), είναι εφικτή, με την προϋπόθεση πρώιμης ανίχνευσης των βαρήκοων αυτών παιδιών.

Συχνότητα

Αποτελεί τη συχνότερη συγγενή πάθηση στην παιδική ηλικία. Η συχνότητα της παιδικής βαρηκοΐας κυμαίνεται από 1 έως 4 σε κάθε 1.000 γεννήσεις τον χρόνο. Αν αναλογισθούμε ότι στην πατρίδα μας γεννιούνται 85.000 παιδιά τον χρόνο, υπολογίζουμε ότι από αυτά τα 100 με 200 κατά μέσο όρο θα είναι βαρήκοα. Για τον λόγο αυτό τα ανιχνευτικά προγράμματα (*screening*) θα πρέπει να απευθύνονται σε όλα ανεξαιρέτως τα νεογνά που γεννιούνται στην χώρα μας. Σε ποσοστό 25%-30% οι βαρηκοΐες της παιδικής ηλικίας δεν είναι παρούσες στην γέννηση, αλλά εμφανίζονται αργότερα (βρεφική, νηπιακή, σχολική). Επομένως δεν μπορούν να ανιχνευθούν με τα σημερινά νεογνικά προγράμματα *screening*.

Είδη βαρηκοΐας

Οι βαρηκοΐες ταξινομούνται βασικά σε τρεις κατηγορίες:

- **Βαρηκοΐα αγωγιμότητας:** Οφείλεται σε βλάβη στο σύστημα που μεταδίδεται ο ήχος (έξω και μεσον ους), μέχρι να φτάσει στον κοχλία και στο ακουστικό νεύρο
- **Βαρηκοΐα νευροαισθητήρια (αντιλήψεως):** Οφείλεται σε βλάβη του κοχλία (95%) ή του ακουστικού νεύρου (5%)
- **Βαρηκοΐα μεικτή:** Συνδυασμός των δύο πρώτων.

Πολύ πιο σπάνιες μορφές είναι η

κεντρική (διαταραχή διαχείρισης ακουστικής πληροφορίας), και η μη οργανική (βαρηκοΐα προσποιήσεως ή ψευδοϋπακουσία).

Από τι προκαλείται η βαρηκοΐα;

Τη βαρηκοΐα αγωγιμότητας προκαλούν διάφορες παθήσεις του έξω ή του μέσου ωτός, όπως για παράδειγμα οι ωτίτιδες ή οι συγγενείς ανωμαλίες. Η νευροαισθητήρια βαρηκοΐα μπορεί να οφείλεται σε πάθηση που συνέβη στην εμβρυική ζωή ή σε πάθηση μετά την γέννηση.

Με βάση τα σύγχρονα βιβλιογραφικά δεδομένα, πιστεύεται ότι οι μισές περιπτώσεις παιδικής βαρηκοΐας είναι κληρονομικές.

Διαχείριση

Η διαχείριση ενός παιδιού με βαρηκοΐα περιλαμβάνει τέσσερα βασικά στάδια απολύτως αλληλένδετα μεταξύ τους με την ακόλουθη σειρά: 1) Ανίχνευση 2) Διάγνωση 3) Διερεύνηση 4) Αντιμετώπιση

1 Ανίχνευση

Με τα σημερινά δεδομένα, για τα υγιή νεογνά/βρέφη η συνιστώμενη ανιχνευτική δοκιμασία είναι οι **Ωτοακουστικές εκπομπές**.

Στα νεογνά υψηλού κινδύνου χρησιμοποιούμε τις ωτοακουστικές εκπομπές και τα αυτόματα προκλητά δυναμικά εγκεφαλικού στελέχους.

Μία κοινά αποδεκτή κατευθυντήρια οδηγία είναι ο **κανόνας «1-3-6»** δηλαδή ανίχνευση της βαρηκοΐας στον 1ο μήνα της ζωής, οριστική διάγνωση της βαρηκοΐας μέχρι τον 3ο μήνα και έναρξη της αντιμετώπισης της βαρηκοΐας από τον 6ο μήνα της ζωής.

Η ανίχνευση δεν υποκαθιστά την διάγνωση.

2 Διάγνωση

Σε όλα τα παιδιά που θα παραπεμφθούν με υποψία βαρηκοΐας από τον ανιχνευτικό έλεγχο, καθώς και αυτά που έχουν ενδείξεις βαρηκοΐας, θα πρέπει να τεθεί το συντομότερο δυνατόν η διάγνωση ώστε να προβούμε στην αντιμετώπιση.

Η διάγνωση θα βασιστεί:

- Στο ιστορικό
- Στη φυσική εξέταση
- Στις ακουολογικές δοκιμασίες σύμφωνα με την χρονολογική και αναπτυξιακή ηλικία του παιδιού.

Υποκειμενικές και αντικειμενικές ακοολογικές δοκιμασίες

Οι ακοολογικές δοκιμασίες διακρίνονται σε υποκειμενικές και αντικειμενικές.

Οι υποκειμενικές όπως το τονικό ακοόγραμμα για παράδειγμα έχουν αξία σε μεγαλύτερες ηλικίες, γιατί απαιτούν την συνεργασία του παιδιού.

Οι αντικειμενικές είναι πιο αξιόπιστες, εφαρμόζονται από την στιγμή της γέννησης και δεν απαιτούν την συνεργασία του παιδιού. Αυτές είναι:

- Η τυμπανομετρία
- Τα ηχητικά αντανακλαστικά
- Οι ωτοακουστικές εκπομπές
- Τα ακουστικά προκλητά δυναμικά εγκεφαλικού στελέχους
- Τα διαρκή ακουστικά προκλητά δυναμικά.

Από τη στιγμή που θα τεθεί η διάγνωση, δηλαδή το είδος και το μέγεθος της βαρηκοΐας προχωράμε κατευθείαν στην αντιμετώπιση, ενώ παράλληλα διερευνούμε και το αίτιο της βαρηκοΐας.

3 Αντιμετώπιση

Εάν πρόκειται για βαρηκοΐα αγωγιμότητας προχωράμε σε συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία ανάλογα με την αιτία.

Εάν η βαρηκοΐα είναι νευροαισθητήριος, δύο είναι οι λύσεις
1) ακουστικά βαρηκοΐας
2) κοχλιακά εμφυτεύματα.

4 Διερεύνηση

Η διερεύνηση μιας βαρηκοΐας περιλαμβάνει πλήθος εξετάσεων όπως μικροβιολογικές, ΗΚΓ, εξετάσεις θυρεοειδούς, αξονική τομογραφία (CT), μαγνητική (MRI), υπερηχογράφημα νεφρών και θυρεοειδούς, οφθαλμολογική εξέταση και γονιδιακό έλεγχο .

Η διερεύνηση του κάθε βαρήκοου παιδιού πρέπει να είναι εξατομικευμένη για να αποφεύγονται οι περιττές εξετάσεις, σε εξειδικευμένα ακοολογικά κέντρα. Δυστυχώς σε > 30% των περιπτώσεων δεν ανευρίσκεται αιτία παρά τον οποιονδήποτε έλεγχο.

Συμπεράσματα

- Η **πρώιμη διάγνωση** της παιδικής βαρηκοΐας αποτελεί το πιο σημαντικό βήμα για την έγκαιρη θεραπεία
- Κάθε καθυστέρηση στην ανάπτυξη της ομιλίας (σε σχέση με την ηλικία) θα πρέπει να εγείρει την υποψία βαρηκοΐας
- Τα ανιχνευτικά προγράμματα (*screening*) είναι σημαντικό να απευθύνονται σε όλα τα νεογνά, γι αυτό είναι απαραίτητη η κατάλληλη ενημέρωση παιδιάτρων και γονέων
- Η συνιστώμενη αρχική δοκιμασία είναι οι ωτοακουστικές εκπομπές
- Παρακολούθηση ακοολογικά των νεογνών που έχουν νοσηλευτεί σε μονάδες εντατικής θεραπείας (High Risk νεογνά για βαρηκοΐα) **τουλάχιστον για τα τρία πρώτα χρόνια της ζωής τους.**

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Ενδείξεις ακοολογικού ελέγχου

- Βρέφη που παραπέμφθηκαν από νεογνικό screening ακοής
- Καθυστέρηση ομιλίας
- Οικογενειακό ιστορικό με βαρηκοΐα
- Νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών
- Ενδομήτριες λοιμώξεις (κυτταρομεγαλοϊός, έρπης, ερυθρά, τοξοπλάσμωση)
- Κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες
- Μεταγεννητικές λοιμώξεις (ερπης, ανεμεβλογιά, μηνιγγίτιδα)
- Παιδιά με ψυχοκινητική καθυστέρηση
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Χημειοθεραπεία

ΠΡΟΣΟΧΗ:
Ένα βρέφος με μεγάλη βαρηκοΐα μπορεί:

- Να παράγει άναρθρους φθόγγους τους πρώτους 2 - 4 μήνες
- Να γελά στους 4μήνες
- Να «φλυαρεί» πριν τους 6 μήνες
- Να λέει κάτι σαν «μαμά» ή «μπαμπαμπα» στους 9 και 12 μήνες, αντίστοιχα
- Τα σημεία αυτά μπορεί ορισμένες φορές να εκληφθούν λανθασμένα σαν φυσιολογική ανάπτυξη ομιλίας!

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Συμπεριφορά βαρήκοου παιδιού

0 – 2 ετών

- Αδιαφορία σε έντονους ήχους. Δεν τρομάζουν
- Η γνωστή βρεφική «φλυαρία» σταματά μετά τους πρώτους 8-12 μήνες
- Δε λένε έστω λίγες λέξεις στην ηλικία των 12-15 μηνών
- Δε σχηματίζουν φράσεις δύο λέξεων στην ηλικία των 2 ετών
- Δεν εμπλουτίζουν το λεξιλόγιό τους από την στιγμή που άρχισαν να μιλούν

> 2 ετών

- Δε διατυπώνουν σωστές προτάσεις 2 – 3 λέξεων στην ηλικία των 3 ετών
- Ζητούν συχνά να επαναλάβεις μία λέξη/φράση (τι;)
- Μιλούν δυνατά ή πολύ σιγά
- Γυρίζουν μία πλευρά του κεφαλιού προς τον ομιλητή
- Παρακολουθούν και συγκεντρώνονται στα χείλη του ομιλητή
- Συχνά κάνουν λάθος στην εκτέλεση απλών εντολών
- Αυξάνουν την ένταση της τηλεόρασης
- Έχουν τάση εσωστρέφειας και απομόνωσης
- Κουράζονται εύκολα σε μία συζήτηση
- Δεν προσέχουν το μάθημα στο σχολείο
- Δεν έχουν καλές σχολικές επιδόσεις
- Κάνουν «ασυνήθιστα» λάθη στη υπαγόρευση κειμένου
- «Ονειροπολούν» ή «ζουν στον κόσμο τους»
- Μπορεί να είναι «άτακτα»

ALTION Tonovit

Βρες την Ενέργειά σου!

Το Σκεύασμα αυτό δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο μιας ισορροπημένης διατροφής. Βεβαιωθείτε ότι ακολουθείτε την ποικιλία στη διατροφή σας. Θυμάστε, βάλτε τα θρεπτικά συστατικά στο ΕΟΦ. Αν η Ιστοσελίδα υπεβιβάζει τη διαπιστευμένη τιμή, δοκιμάστε, Μη φυλάσσεται μακριά από μικρά παιδιά.

Α.Φ. Γνωστ. του ΕΟΦ 60/07/06/06 Βεβαιωθείτε ότι η Ιστοσελίδα ανακαλείται στο ΕΟΦ. Αν η Ιστοσελίδα υπεβιβάζει τη διαπιστευμένη τιμή, δοκιμάστε, Μη φυλάσσεται μακριά από μικρά παιδιά.

Αρ. Γνωστ. ΕΟΦ: 63535/12-06-2018. Ο Αρ. Γνωστ. του ΕΟΦ 60/07/06/06 Βεβαιωθείτε ότι η Ιστοσελίδα ανακαλείται στο ΕΟΦ. Αν η Ιστοσελίδα υπεβιβάζει τη διαπιστευμένη τιμή, δοκιμάστε, Μη φυλάσσεται μακριά από μικρά παιδιά.

Η Ασφάλεια αυτού του Σκεύασμα αυτό δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο μιας ισορροπημένης διατροφής. Βεβαιωθείτε ότι ακολουθείτε την ποικιλία στη διατροφή σας. Θυμάστε, βάλτε τα θρεπτικά συστατικά στο ΕΟΦ. Αν η Ιστοσελίδα υπεβιβάζει τη διαπιστευμένη τιμή, δοκιμάστε, Μη φυλάσσεται μακριά από μικρά παιδιά.

VI: 23229-ALTION-04/2023

BIAN A.E.
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ:
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
Εξυπηρέτηση πελατών: 800 11 11 800

Μην φτάνεις στα άκρα για να ακουστείς

Αξιολόγησέ μας εύκολα εδώ. Η γνώμη σου μετράει!

ΣΚΑΝΑΡΕ ΕΔΩ:

Google

Facebook