

ΔΩΡΕΑΝ ΑΝΤΙΤΥΠΟ

art of
Life+
Health

ΤΕΥΧΟΣ #91



Παχυσαρκία

**Η ιατρική έχει
τις λύσεις**



Ζυμαρικά με λαχανικά

φτιαγμένα το ένα για το άλλο



5 γευστικοί / Έτοιμα σε
συνδυασμοί / 13'-15'



Ogilvy

editorial

Μια νέα αρχή!

Ανανέωση. Διαφορετικό στυλ. Μια νέα αρχή... Και κάπως έτσι, το περιοδικό που κρατάτε στα χέρια σας, το «Art of Life & Health», υποδέχεται το 2020 με βελτιωμένη διάθεση και εμφάνιση.

Με το ίδιο πνεύμα επιλέχθηκε και το αφιέρωμα του πρώτου μας ανανεωμένου τεύχους, ένα θέμα που αν αντιμετωπιστεί, φέρνει ανανέωση, καλύτερη διάθεση και μια νέα αρχή στη ζωή μας. Η παχυσαρκία σήμερα θεωρείται η μεγαλύτερη μάστιγα για την υγεία παγκοσμίως. Αφενός γιατί αφ' εαυτής είναι σημαντικό πρόβλημα. Αφετέρου -και το σημαντικότερο- μπορεί να προκαλέσει μια αλυσιδωτή αντίδραση από ζητήματα υγείας γι' αυτόν που πάσχει από αυτή.

Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, λοιπόν, δεν είναι απλά θέμα κοινωνικών στερεοτύπων ή προ-

τύπων ομορφιάς, είναι προπάντων θέμα υγείας. Το αφιέρωμα του «Art of Life & health» έχει έναν απλό στόχο: να ενημερώσει γι' αυτήν την πάθηση, αλλά και να αναδείξει ότι η ιατρική δίνει τις απαραίτητες λύσεις, είτε είναι ζήτημα διατροφής είτε είναι ένα παθολογικό ζήτημα. Διακεκριμένοι ιατροί από τα Νοσοκομεία του Ομίλου ΥΓΕΙΑ παρουσιάζουν αναλυτικά και εξηγούν όλα όσα πρέπει να γνωρίζουμε και τις λύσεις που υπάρχουν. Και επισημαίνουν πόσο σημαντική είναι η εκπαίδευση όλων μας στις υγιείς διατροφικές συνήθειες, στις οποίες θα εκπαιδευθούν και τα παιδιά μας.

Όσο για τους πάσχοντες, ας το ξαναπούμε: η ιατρική δίνει τις λύσεις, αρκεί η προσωπική θέληση και η προσπάθεια για μια νέα και καλύτερη αρχή στη ζωή – κάτι που αξίζουν όλοι!



ΟΜΙΛΟΣ ΥΓΕΙΑ

Με ευθύνη για τη ζωή

περιεχόμενα

art of
Life+
Health

Περιοδική ενημερωτική έκδοση των Νοσοκομείων του Ομίλου ΥΓΕΙΑ
Τεύχος 91 Μάιος - Δεκέμβριος 2019



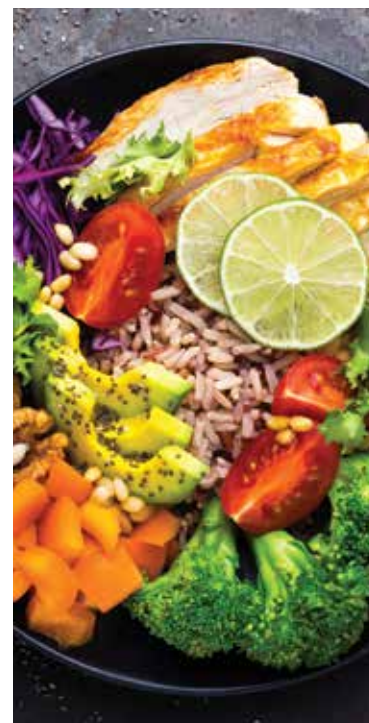
26



48



64



66

6 Τα νέα μας

Οι ειδήσεις και οι εξελίξεις στον Όμιλο ΥΓΕΙΑ

20 Για την κοινωνία

Οι δράσεις Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης του Ομίλου ΥΓΕΙΑ

26 Αφιέρωμα: Παχυσαρκία

Η ιατρική έχει τις λύσεις

48 Γρίπη

10 μύθοι και αλήθειες για τον εμβολιασμό

52 Χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ)

Νέα δεδομένα στη θεραπεία

54 Διαδερμική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας

Όλα όσα πρέπει να γνωρίζουμε

56 Οδοντικά εμφυτεύματα

Λειτουργικότητα και... όμορφο χαμόγελο!

58 Τριχόπτωση

Ο δερματολόγος έχει τις λύσεις!

60 Αιμορροϊδοπάθεια

Πότε χρειάζεται χειρουργική επέμβαση

64 Κοχλιακά εμφυτεύματα

Ένα μοναδικό ιατρικό επίτευγμα

66 Διατροφή

Η ιδανική συνταγή για... σωστό βάρος

70 Εγκυμοσύνη

Τα πολλαπλά οφέλη του φυσιολογικού τοκετού

72 Σπονδυλική στήλη - γόνατο

Σύγχρονες επεμβάσεις για την αντιμετώπιση του πόνου

74 Εξωσωματική γονιμοποίηση

Τα νέα δεδομένα στις επαναλαμβανόμενες αποβολές

76 Γυναικολογικοί καρκίνοι

Εγκυμοσύνη υπό προϋποθέσεις



84



92

78 Μν Επεμβατικός Προγεννητικός Έλεγχος (Non Invasive Prenatal Testing)

Μια εξελιγμένη εξέταση για τις χρωμοσωματικές ανωμαλίες

80 Εγκυμοσύνη - τοκετός

Δύο κοινά προβλήματα που αντιμετωπίζονται χειρουργικά

82 Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου (ΦΝΠ)

Μια σοβαρή απειλή για τη γονιμότητα

84 Ουρολοίμωξη με πυρετό

Πότε μπορεί να προκαλέσει μόνιμες βλάβες

88 Γυναικολόγος εφήβων

Προσοχή, εμπειρία και γνώση για μια ευαίσθητη ηλικία

90 Κρυφορχία

Γιατί χρειάζεται άμεση επέμβαση

92 Αποτρίχωση με laser

Από ποια ηλικία ξεκινάμε;

94 Εμβόλιο μηνιγγίτιδας Β'

Τι πρέπει να γνωρίζουμε

Ιδιοκτήτες

Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ Α.Ε.
Ερυθρού Σταυρού 4 & Κηφισίας, 15123 Μαρούσι
τηλ.: 210 6867000 | fax: 210 6845089
e-mail: info@hygeia.gr | www.hygeia.gr

Γενική, Μαιευτική, Γυναικολογική
& Παιδιατρική Κλινική ΜΗΤΕΡΑ Α.Ε.
Ερυθρού Σταυρού 6, 15123, Μαρούσι
τηλ.: 210 6869000 | fax: 210 6831077
e-mail: info@mitera.gr | www.mitera.gr

ΛΗΤΩ Μαιευτικό Γυναικολογικό & Χειρουργικό Κέντρο Α.Ε.
Μουσών 7-13, 11524, Αθήνα
τηλ.: 210 6902000, fax: 210 6902417
e-mail: info@leto.gr | www.leto.gr

Υπεύθυνη Έκδοσης

Κατερίνα Βασιλάκη
τηλ.: 210 686 7007 / fax: 210 686 7624
k.vasilaki@hygeia.gr

Commercial Management

Γιώργος Σώρας
τηλ.: 210 6867230 | fax: 210 6867624
g.soras@hygeia.gr

Υπεύθυνη Ύλης ΛΗΤΩ

Χριστίνα Μπάμπη
τηλ.: 210 6902411 | fax: 210 6902417
cmpami@leto.gr

Επιστημονική Επιμέλεια

ΥΓΕΙΑ: Ιωάννης Αποστολάκης, Κωστής Γεωργιλής, Γιώργος Τζίμας,
Δημήτρης Τσακαγιάννης
ΜΗΤΕΡΑ: Γεώργιος Καλλιπολίτης, Ιωάννης Ανδρέου
ΠΑΙΔΩΝ ΜΗΤΕΡΑ: Ευαγγελία Λαγκώνα
ΛΗΤΩ: Η επιλογή των θεμάτων γίνεται από Επιτροπή στην οποία συμμετέχουν μέλη του Διοικητικού και του Επιστημονικού Συμβουλίου. Η επιστημονική ευθύνη των γραφομένων ανήκει στους συγγραφείς των άρθρων.

Εκδότης

MEDIA2DAY ΕΚΔΟΤΙΚΗ Α.Ε.
Παπανικολή 50, Χαλάνδρι 15232
τηλ.: 210 6856120 | fax: 210 6843704

Υπεύθυνος

Χρήστος Ζαρίφης
zarifis@media2day.gr

Creative Director

Άντζελα Σοφianoπούλου

Δημιουργικό

Τάσος Λοβέρδος

Διαφήμιση -

Υποδοχή Διαφήμισης

Άννα Κίνν
annakini@media2day.gr

Παραγωγή

MEDIA2DAY ΕΚΔΟΤΙΚΗ Α.Ε.

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση και γενικά η αναπαραγωγή, μερική ή ολική, περιληπτική ή κατά παράφραση ή διασκευή του περιεχομένου του περιοδικού, με οποιοδήποτε μέσο και τρόπο, χωρίς έγγραφη άδεια του εκδότη και του ιδιοκτήτη. Η άποψη των συντακτών των άρθρων δεν εκφράζει απαραίτητα και την επίσημη άποψη του εκδότη και του ιδιοκτήτη.



Οργανισμός Διαπιστευμένος
από το Joint Commission International

ΥΓΕΙΑ: Νο 1 στην Ελλάδα στην ποιότητα και στην ασφάλεια των ασθενών

Ανανέωσε για ακόμα τρία χρόνια τη διεθνή
διαπίστευση Joint Commission International (JCI)

Για ακόμα μία τρίτη το ΥΓΕΙΑ ανανέωσε τη διεθνή διαπίστευση Joint Commission International (JCI). Το Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ **αξιολογήθηκε επιτυχώς** από τον οργανισμό Joint Commission International (JCI) και διατηρεί τη Χρυσή Σφραγίδα Έγκρισης (Gold Seal of Approval®), παραμένοντας εδώ και εννέα χρόνια το μοναδικό νοσοκομείο στην Ελλάδα που έχει λάβει αυτή τη διάκριση από το πλέον έγκριτο και διεθνώς αναγνωρισμένο Πρότυπο Διαπίστευσης Οργανισμών Υγείας.

Κατά τη διάρκεια της επιθεώρησης επαναδιαπίστευσης, η οποία διεξήχθη την τελευταία εβδομάδα του Ιουνίου 2019, τρεις εξειδικευμένοι επιθεωρητές διεθνούς εμπειρίας μέσω επιτόπιας αυτοψίας, συνεντεύξεων με ασθενείς και με το προσωπικό, έλεγχο εγγράφων και αρχείων, αξιολόγησαν τη συμμόρφωση των κλινικών, διοικητικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών του ΥΓΕΙΑ με τις **1.200 αυστηρές απαιτήσεις του προτύπου**, καλύπτοντας όλο το φάσμα της λειτουργίας ενός νοσοκομείου.

Σχολιάζοντας τη διαπίστευση ο **Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου ΥΓΕΙΑ, κ. Ανδρέας Καρταπάνης**, δήλωσε: «Η διαπίστευση JCI αποτελεί σύμβολο ποιότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, αλλά για εμάς στο ΥΓΕΙΑ είναι παράλληλα η επιβράβευση της μακρόχρονης δέσμευσής μας και της εντατικής προσπάθειας όλου του προσωπικού και των ιατρών μας για συνεχή βελτίωση. Είμαστε ιδιαίτερα υπερήφανοι που το ΥΓΕΙΑ διατηρεί την Χρυσή Σφραγίδα JCI και

παραμένει σε αυτή την επίλεκτη κατηγορία οργανισμών υγείας παγκοσμίως. **Όραμά μας είναι να είμαστε σημείο αναφοράς** για την παροχή υπηρεσιών υγείας, ως εκ τούτου συνεχίζουμε με την ίδια θέρμη και δυναμική, να επενδύουμε στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχουμε, και να αποδεικνύουμε το υψηλό επίπεδο της κλινικής, τόσο σε επιστημονικό όσο και σε λειτουργικό επίπεδο».

Το πρότυπο JCI έχει αναπτυχθεί από διεθνείς εμπειρογνώμονες και παρόχους υπηρεσιών υγείας, καθώς και με τη συμμετοχή ασθενών. Συνεχώς ανανεώνεται ώστε να **ενσωματώνει την τρέχουσα επιστημονική βιβλιογραφία** και περιλαμβάνει αυστηρές απαιτήσεις για την αντικειμενική αξιολόγηση των νοσοκομείων ως προς την ποιότητα υπηρεσιών, την ασφάλεια ασθενών και την αποτελεσματική οργάνωση.

Ο οργανισμός Joint Commission International (JCI) ιδρύθηκε το 1997 ως τμήμα του Joint Commission Resources, Inc. (JCR), μιας μη κερδοσκοπικής εταιρείας 100% θυγατρικής του The Joint Commission. Ο JCI, μέσω των διεθνών προγραμμάτων διαπιστεύσεων, συμβουλευτικών υπηρεσιών, εκδόσεων και εκπαίδευσης επεκτείνει την αποστολή του The Joint Commission και βοηθά στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας σε διεθνές επίπεδο.

Ο JCI υποστηρίζει οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, φορείς δημόσιας υγείας, υπουργεία υγείας και άλλους οργανισμούς **σε περισσότερες από 100 χώρες**.



Uyeyia

Uyeyia

ΕΙΣΡΥΜΗ



Uyeyia

EMERGENCY

EMERGENCY

EMERGENCY

Όμιλος ΥΓΕΙΑ: ξεχωρίζουμε γιατί...

Διαπίστευση της IVF ΜΗΤΕΡΑ κατά GCR

Η Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής IVF ΜΗΤΕΡΑ, συγκαταλέγεται πλέον στις κορυφαίες Μονάδες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής στην Ελλάδα και στις 50 καλύτερες στον κόσμο σύμφωνα με τη διαπίστευση που έλαβε από τον διεθνή Φορέα Αξιολόγησης Κλινικών GCR™ (www.gcr.org).



Κάθε έτος αξιολογείται το 100% των εργαζομένων και των στελεχών του Ομίλου

Η αξιολόγηση της απόδοσης των εργαζομένων αποτελεί μία εξαιρετικά σημαντική διαδικασία για όλους τους εργαζόμενους. Ένα κοινό Σύστημα Διαχείρισης της Απόδοσης εφαρμόζεται σε όλες τις εταιρείες του Ομίλου, το οποίο αποτελεί τη βάση του ενιαίου προγράμματος ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού.



Κατά το 2018 ο Όμιλος απασχόλησε **1.846** γυναίκες συνεργάτες ιατρούς και

2.076 άνδρες συνεργάτες ιατρούς



Το 2018 εγκαταστάθηκε στο ΥΓΕΙΑ η πλατφόρμα IBM Watson for Oncology (WFO)

Πρόκειται για τεχνολογία αιχμής που αξιοποιεί την τεχνητή νοημοσύνη και συμβάλλει στην ολοκληρωμένη επιλογή θεραπείας για τον καρκίνο.



Στον Όμιλο ΥΓΕΙΑ λειτουργούν 12 διαφορετικές Επιτροπές Ποιότητας

Βασικός τους σκοπός αποτελεί η έρευνα, ανάλυση και γνωμοδότηση σε θέματα που αφορούν στη συνεχή βελτίωση των κλινικών και διοικητικών λειτουργιών του Ομίλου.





Το **94,4%** των εσωτερικών ασθενών μας, αξιολόγησαν ως πολύ υψηλού επιπέδου τη φροντίδα που έλαβαν στις κλινικές μας.



Οργανισμός Διαπιστευμένος από το Joint Commission International

Το ΥΓΕΙΑ ανανέωσε το 2019 για ακόμα 3 χρόνια τη διεθνή διαπίστευση Joint Commission International (JCI)



Από το 2013, έχουμε υλοποιήσει 11 εκστρατείες στο πλαίσιο του προγράμματος Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης «Ταξιδεύουμε για την Υγεία»



Κατά το 2018, υλοποιήσαμε συνολικά 18.455 ώρες εκπαιδευτικών προγραμμάτων

Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρείται ζωτικής σημασίας, λόγω των ταχύτατων εξελίξεων που διαδραματίζονται στο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας και της προτεραιότητας που δίνεται από τους επαγγελματίες υγείας στην ασφάλεια του ασθενούς.



Το **70%** της συνολικής δύναμης είναι γυναίκες, ενώ σε κάποιες κατηγορίες προσωπικού, όπως το νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, το ποσοστό αυτό αγγίζει το **80%**



40 χρόνια ΜΗΤΕΡΑ: μαζί γιορτάζουμε τη ζωή!

Στις **29 Απριλίου 2019**, η Γενική, Μαιευτική-Γυναικολογική και Παιδιατρική Κλινική ΜΗΤΕΡΑ συμπλήρωσε 40 χρόνια συνεχούς και αδιάλειπτης λειτουργίας. Σε αυτά τα χρόνια, περίπου 500.000 νέες ζωές γεννήθηκαν, ενώ σημαντικές πρωτοπορίες, καινοτόμες υπηρεσίες και ιατρικά επιτεύγματα καθιέρωσαν το ΜΗΤΕΡΑ ως κέντρο αναφοράς για όλη την οικογένεια και για κάθε ηλικία!

Αποδίδοντας τιμή στην ιστορία του, τους ιδρυτές, αλλά και τους εργαζόμενους και ιατρούς του, το ΜΗΤΕΡΑ γιόρτασε αυτή την επέτειο **σε μια ξεχωριστή και συγκινητική εκδήλωση την Παρασκευή 15 Νοεμβρίου, στο Μουσείο Βορρέ.**

Στο πλαίσιο της εκδήλωσης, ο κ. **Ανδρέας Καρταπάνης**, Διευθύνων Σύμβουλος του ΥΓΕΙΑ και του ΜΗΤΕΡΑ, ανέφερε «Το ΜΗΤΕΡΑ, στα 40 χρόνια της αδιάλειπτης πορείας του έχει εδραιωθεί ως μια από τις μεγαλύτερες και πλήρως οργανωμένες ιδι-



ωτικές κλινικές της χώρας, έχοντας ανταποκριθεί με επιτυχία στις προκλήσεις του κλάδου των υπηρεσιών υγείας, προσφέροντας καθημερινά **κορυφαίες**





Ο κ. Ανδρέας Καρταπάνης, Διευθύνων Σύμβουλος των ΥΓΕΙΑ και ΜΗΤΕΡΑ.



Ο κ. Γεώργιος Πολίτης, Πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου του ΜΗΤΕΡΑ.



Ο κ. Γεώργιος Καλλιπολίτης, Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου του ΜΗΤΕΡΑ

υπηρεσίες υγείας σε όλα ανεξαιρέτως τα μέλη της οικογένειας.

Κατάφερε να αποτελέσει βασικό πυλώνα του σύγχρονου χάρτη της ιδιωτικής υγείας στη χώρα μας. Σε κάθε περίπτωση, η επιτυχημένη πορεία του ΜΗΤΕΡΑ είναι αδιαμφισβήτητο αποτέλεσμα σκληρής δουλειάς και αφοσίωσης όλων των ανθρώπων που εργάζονται καθημερινά, με σεβασμό στον άνθρωπο και τη ζωή, με υπευθυνότητα και ακεραιότητα, αξίες αναλλοίωτες από την πρώτη μέρα λειτουργίας του.»

Ο κ. **Γεώργιος Πολίτης**, Πρόεδρος του ΜΗΤΕΡΑ, σημείωσε: «Πριν από 40 χρόνια, 40 γιατροί-μαιευτήρες κατάφεραν και έβαλαν το “εμείς” πάνω από το “εγώ”, για το καλό των γυναικών -εγκύων και μη- και συνεργαζόμενοι όλοι μαζί έφτιαξαν την Κλινική ΜΗΤΕΡΑ. Μια κλινική παντού πρωτοπόρα: στη νοσηλεία, στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας προώρων, στην Παιδιατρική Κλινική, στην Καρδιοχειρουργική Κλινική Νεογνών και Παίδων, στη Γενική Κλινική. Μια κλινική στην οποία γεννήθηκαν περισσότερα από 500.000 μωρά και που στα χρόνια που ακολούθησαν, αυτά τα παιδιά μεγάλωσαν τις δικές τους οι-



Η κ. Μαρία Σαράφογλου ήταν η παρουσιάστρια της εκδήλωσης για τον εορτασμό των 40 χρόνων του ΜΗΤΕΡΑ.

κογένειες στους ίδιους χώρους, **στην ίδια οικογένεια του ΜΗΤΕΡΑ».**

Μια σπουδαία ιστορία

Η ιδέα δημιουργίας του ΜΗΤΕΡΑ **ξεκίνησε το 1979**, από μια ομάδα 40 ιατρών, μαιευτήρων - γυναικολόγων, που είχαν το όραμα να λειτουργήσουν ένα νοσηλευτικό ίδρυμα-πρότυπο για τον ελληνικό χώρο, το οποίο θα παρέχει υψηλού επιπέδου ιατρικές υπηρεσίες στις μέλλουσες μητέρες, δημιουργώντας

το πρώτο μεγάλο σύγχρονο μαιευτήριο της χώρας.

Το 2003, μια χρονιά από τους σημαντικότερους σταθμούς στο ΜΗΤΕΡΑ, λειτούργησε η **Παιδιατρική Κλινική**, με όραμα να καλύπτει ακόμα και τα πιο δύσκολα περιστατικά και να δίνει ελπίδα στις οικογένειες ότι το παιδί τους μπορεί να θεραπευτεί εντός των συνόρων της χώρας. Το ΜΗΤΕΡΑ Παίδων- με 121 κλίνες, εκ των οποίων οι 10 κλίνες είναι ΜΕΘ πολυδύναμη, παιδοκαρδιοχειρουργική- έχει εξελιχθεί σε υποδειγματικό κέντρο νοσηλείας παιδιών, καθώς είναι η μοναδική ιδιωτική, τριτοβάθμια, παιδιατρική κλινική της χώρας που καλύπτει το σύνολο των παιδιατρικών περιστατικών όλων των υποειδικοτήτων.

Το 2011, η Διοίκηση του ΜΗΤΕΡΑ αντιλαμβανόμενη εγκαίρως τις εξελίξεις στην ελληνική επιχειρηματικότητα και οικονομία, επέτρεψε την στρατηγικής της και αναπτύχθηκε η **Γενική Κλινική**.

Η ανάπτυξη όλων των ειδικοτήτων και των δραστηριοτήτων της Γενικής Κλινικής έκανε πράξη τη μετατροπή ενός άρτιου Μαιευτηρίου που προηγήθηκε της εποχής του, σε μια δυναμική και εξελισσόμενη γενική κλινική, που παρέχει υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου σε όλους τους ασθενείς κάθε ηλικίας και φύλλου. Αυτή τη στιγμή, αντιμετωπίζονται παθολογικά

και χειρουργικά περιστατικά **οποιασδήποτε βαρύτητας, με μεθόδους πρωτοποριακές και με άριστα αποτελέσματα.**

Στους ανακαινισμένους χώρους της κλινικής σήμερα λειτουργούν, πλήρως οργανωμένα τμήματα, εξωτερικά ιατρεία διαθέσιμα 24/7, ειδικές μονάδες, μονάδες ημερήσιας θεραπείας και χειρουργεία με τον πλέον σύγχρονο εξοπλισμό.

Στα 40 χρόνια πορείας του, το ΜΗΤΕΡΑ παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας υψηλών προδιαγραφών. Με την προοπτική που στηρίζεται στην σχέση προσήλωσης, άριστης κατάρτισης και ποιότητας του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, προσφέρει πρόληψη, διάγνωση και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση κάθε προβλήματος υγείας σε κάθε παιδί και ενήλικα για οποιαδήποτε πρόβλημα υγείας προκύψει. Και αυτό είναι που χαρακτηρίζει το ΜΗΤΕΡΑ ως τη μοναδική ολοκληρωμένη κλινική στην Ελλάδα- για όλη την οικογένεια και για κάθε ηλικία!

Τιμή για τους ανθρώπους μας

Στο πλαίσιο της εκδήλωσης απονεμήθηκαν **τιμητικές διακρίσεις** σε ανθρώπους που διαδραμάτισαν και





Ο κ. Κυριάκος Κυριακού (αριστερά)
με τον κ. Ανδρέα Καρταπάνη.



Η κ. Σωτηρία Θεοχάρη στο βήμα της εκδήλωσης.



Τιμητική βράβευση για τα ιδρυτικά μέλη
του ΜΗΤΕΡΑ. Ο κ. Κωνσταντίνος Σταύρου (στη μέση)
με τον κ. Ανδρέα Καρταπάνη.



Ο κ. Δημήτρης Βλασταράς (δεξιά) με τον κ. Ανδρέα
Καρταπάνη.

διαδραματίζουν έναν ξεχωριστό ρόλο στη μεγάλη
ιστορία του ΜΗΤΕΡΑ. Ειδικότερα:

- Η κ. **Σωτηρία Θεοχάρη** είναι η παλαιότερη εν ενεργεία εργαζόμενη του ΜΗΤΕΡΑ: το 2019 συμπλήρωσε 38 χρόνια υπηρεσίας! Είναι δηλαδή στο ΜΗΤΕΡΑ από τα πρώτα χρόνια της λειτουργίας του κι έχει ζήσει, εκ των έσω, όλη την πορεία της Κλινικής μέχρι σήμερα.
- Ο κ. **Δημήτρης Βλασταράς** είναι ο παλαιότερος εν ενεργεία επιμελητής της Μαιευτικής Κλινικής του ΜΗΤΕΡΑ, με τεράστια πείρα. Στην πολυετή καριέρα του έχει αντιμετωπίσει κάποια από τα δυσκολότερα περιστατικά στην ιστορία της Κλινικής, πάντα με μεγάλη επιτυχία.
- Ο κ. **Κυριάκος Κυριακού**, Καθηγητής Χειρουργικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, μαζί με την ομάδα του,

στήριξε με αποτελεσματικότητα τους μαιευτήρες, προσφέροντάς τους ασφάλεια και σιγουριά.

- Στον κ. **Κωνσταντίνο Σταύρου**, τέλος, η τιμητική διάκριση είχε ιδιαίτερη βαρύτητα καθώς στο πρόσωπό του τιμήθηκαν συνολικά τα ιδρυτικά μέλη του ΜΗΤΕΡΑ, οι γιατροί που χάρη στην πρωτοβουλία και το όραμά τους χάρισαν στην Ελλάδα μια Κλινική-πρότυπο. Ο κ. Κ. Σταύρου, διακεκριμένος μαιευτήρας-γυναικολόγος και ένας εκ των βασικών ιδρυτών του ΜΗΤΕΡΑ, διετέλεσε Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου του ΜΗΤΕΡΑ για τα περισσότερα από τα 40 χρόνια της διαδρομής του.

Υψηλές τιμητικές διακρίσεις για το ΥΓΕΙΑ

Με δύο κορυφαίες διακρίσεις τιμήθηκε ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ, γεγονός που αποδεικνύει ότι αναγνωρίζονται και «έμπρακτα» η αναπτυξιακή του πορεία, αλλά και το πνεύμα εταιρικής υπευθυνότητας που διαπνέει την πορεία αυτή.

Ειδικότερα, το ΥΓΕΙΑ αναδείχθηκε **Κορυφαία Εταιρική Επωνυμία στην Ελλάδα το 2018**, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του διεθνούς διαγωνισμού «**Superbrands 2018-2019**». Το ΥΓΕΙΑ αναγνωρίστηκε ως «**Corporate Superbrands Greece 2018**» στην κατηγορία «Νοσηλευτικά Ιδρύματα - Διαγνωστικά Κέντρα» και επιλέχθηκε ανάμεσα σε 1.500 υποψήφιας εταιρικές επωνυμίες -τις μεγαλύτερες που δραστηριοποιούνται στην ελληνική αγορά- από τις οποίες περίπου 250 αναδείχθηκαν κορυφαίες στην Ελλάδα. Ο θεσμός των Superbrands στοχεύει στην προώθηση του branding και στην επιβράβευση των κορυφαίων επωνυμιών (brands) κάθε χώρας. Είναι ένας **διεθνής θεσμός** που πραγματοποιείται σε περίπου 90 χώρες σε όλο τον κόσμο. Στόχος της οργάνωσης του διαγωνισμού «Superbrands» είναι η επιβράβευση και προβολή των ποιοτικών, αξιόπιστων, συνεπών και ιστορικών μαρκών, προϊόντων, υπηρεσιών και παραγωγών και η ενθάρρυνσή τους για τη δημιουργία και τοποθέτηση στην αγορά προϊόντων, που να καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες των καταναλωτών και να κερδίζουν την εμπιστοσύνη τους. Στα βραβεία Superbrands η επιλογή των εταιρειών γίνεται από τους διοργανωτές, με τη συμμετοχή της Κριτικής Επιτροπής. Στην Ελλάδα ο διαγωνισμός διεξάγεται από το 2005 και φέτος διεξήχθη για 6η φορά.

Παράλληλα, το ΥΓΕΙΑ τιμήθηκε με την **κορυφαία διάκριση SILVER**, καθώς και με τον Έπαινο ως «**Καλύτερη Νεοεισερχόμενη Εταιρεία**» (Best New Entry) από το Ινστιτούτο Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης (Corporate



Responsibility Institute). Η εν λόγω διάκριση αποτελεί επιβράβευση της πολιτικής και των δράσεων που αναπτύσσει το ΥΓΕΙΑ, με διαχρονική συνέπεια, προς όφελος του κοινωνικού συνόλου, της τοπικής και εθνικής οικονομίας, των εργαζομένων και του περιβάλλοντος.

Το **Ινστιτούτο Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης (Corporate Responsibility Institute)** είναι αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία που έχει αναλάβει την αποκλειστική εκπροσώπηση του CR Index στην Ελλάδα σε συνεργασία με το Business in the Community (BITC). Στόχος είναι να παρέχει στις ελληνικές επιχειρήσεις και οργανισμούς το πιο αναγνωρισμένο εργαλείο αξιολόγησης και σημείο αναφοράς για την αναγνώριση των επιδόσεών τους σε θέματα ΕΚΕ με βάση διεθνή κριτήρια, τον Εθνικό Δείκτη Εταιρικής Υπευθυνότητας CR Index. Το Ινστιτούτο Εταιρικής Ευθύνης πρόσφατα συμπλήρωσε 11 χρόνια παρουσίας στην Ελλάδα, έχοντας υποστηρίξει περισσότερες από 50 εταιρείες και οργανισμούς από 12 διαφορετικούς κλάδους να οργανώσουν και να συστηματοποιήσουν την προσέγγισή τους στην Εταιρική Υπευθυνότητα, εντάσσοντας ουσιαστικά και αποτελεσματικά υπεύθυνες πρακτικές στην εταιρική τους στρατηγική.



IVF ΜΗΤΕΡΑ: «Δέσμευση» για πληρέστερες υπηρεσίες



Η Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής IVF ΜΗΤΕΡΑ είναι η πρώτη μονάδα εξωσωματικής γονιμοποίησης στην Ελλάδα που υιοθέτησε τη «Δέσμευση προς τον Ασθενή» (**The Patient Pledge**), το πρόγραμμα υποστήριξης ασθενών του Fertility Network UK. Το Fertility Network UK είναι κορυφαίος φιλανθρωπικός οργανισμός γονιμότητας στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο οποίος προσφέρει δωρεάν συμβουλευτικές υπηρεσίες σε όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας. Με ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών προς υποψήφιους γονείς, ο φιλανθρωπικός οργανισμός προσφέρει ενημέρωση σε πρακτικό και συναισθηματικό επίπεδο σε όλους τους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας. Η «Δέσμευση προς τον Ασθενή» είναι το πιο πρόσφατο **πρόγραμμα υποστήριξης του οργανισμού Fertility Network UK**, το οποίο προωθείται σε επιλεγμένες μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ευρώπη, που έχουν δεσμευθεί να προσφέρουν μοναδική ψυχική υποστήριξη στους ασθενείς τους.

Η Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής IVF ΜΗΤΕΡΑ είναι η πρώτη μονάδα εξωσωματικής γονιμοποίησης στην Ελλάδα που υιοθετεί τη «Δέσμευση προς τον Ασθενή» και εγγυάται ότι όλοι οι ασθενείς θα λάβουν υποδειγματική φροντίδα στην προσπάθειά τους για γονιμοποίηση.

Η Μονάδα του ΜΗΤΕΡΑ, μία από τις πλέον εξειδικευμένες μονάδες της Ελλάδας και της Ευρώπης, στελεχώνεται από εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό



προσωπικό, κορυφαίους εμβρυολόγους, διατροφολόγους και επιστήμονες ψυχικής υγείας, με πολυετή πείρα στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το γεγονός ότι η Μονάδα λειτουργεί μέσα σε μεγάλη και οργανωμένη Γενική, Μαιευτική

- Γυναικολογική και Παιδιατρική Κλινική, όπως είναι το ΜΗΤΕΡΑ, που έχει φέρει στη ζωή πάνω από 465.000 μωρά, είναι ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι πολλών άλλων μονάδων στην Ελλάδα και το εξωτερικό, καθώς **εξασφαλίζει τη μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια και κάλυψη για τα ζευγάρια.**

Η Μονάδα είναι πιστοποιημένη κατά ISO 9001:2015 και EN 15224:2012 και έχει διαπιστευθεί ως μία από τις καλύτερες μονάδες εξωσωματικής γονιμοποίησης στην Ελλάδα και μέσα στις 50 καλύτερες παγκοσμίως από τον οργανισμό Global Clinic Rating™ (GCR).



Ευρωπαϊκή αναγνώριση... καρδιάς για το ΥΓΕΙΑ

Μια ιδιαίτερα τιμητική διάκριση για τον Διευθυντή της Γ' Καρδιολογικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ, **Δρ Δημοσθένη Γ. Κατρίτσου**, MD, PhD, FRCP, FESC, FACC, ο οποίος προήδρευσε της Συντακτικής Επιτροπής των νέων κατευθυντήριων οδηγιών (Guidelines) της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (European Society of Cardiology-ESC) για την αντιμετώπιση των υπερκοιλιακών ταχυκαρδιών. Οι κατευθυντήριες οδηγίες των διεθνών εταιρειών Ευρώπης και ΗΠΑ είναι βασικά κλινικά εγχειρίδια για τη διάγνωση και θεραπεία καρδιολογικών παθήσεων και οι οδηγίες που παρέχονται, φέρουν ιδιαίτερο ιατρικό, αλλά και νομικό κύρος. Συγκεκριμένα, η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία δημοσίευσε τις **νέες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση των υπερκοιλιακών ταχυκαρδιών**, οι οποίες και είναι οι πιο συχνές ρυθμικές ταχυκαρδίες στον πληθυσμό. Πρόεδροι της Συντακτικής Επιτροπής ήταν ο Δρ Δημοσθένης Γ. Κατρίτσου και ο διάσημος Ισπανός καρδιολόγος, καθηγητής Dr. Joseph Brugada. Δεδομένου ότι, στις επιτροπές αυτές επιλέγονται να υπηρετήσουν οι πλέον αναγνωρισμένοι επιστήμονες με τεράστιο ερευνητικό έργο επί του θέματος, η επιλογή του Δρ Κατρίτσου, είναι ιδιαίτερα τιμητική και **ενδεικτική του υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών που**

παρέχονται από το ΥΓΕΙΑ.

Στο πλαίσιο της παρουσίσεως, ο Δρ Δημοσθένης Γ. Κατρίτσου, σχολίασε: «Οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν πολλές αλλαγές σχετικά με τη χρήση των αντιαρρυθμικών φαρμάκων. Τα περισσότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των ταχυκαρδιών είναι συγχρόνως και προ-αρρυθμικά (δηλαδή προκαλούν άλλες, πλέον επικίνδυνες αρρυθμίες από αυτές που ενδεχομένως αναστέλλουν). Η μεγαλύτερη αλλαγή στην κλινική πράξη τα τελευταία 16 χρόνια που υποστηρίζεται από τις καινούργιες κατευθυντήριες οδηγίες είναι η **κατάλυση με καθετήρα (catheterablation)** με ποσοστό επιτυχίας που σε ορισμένες περιπτώσεις προσεγγίζει το 100%».

Η **Γ' Καρδιολογική Κλινική του ΥΓΕΙΑ** προσφέρει ολοκληρωμένη καρδιολογική περίθαλψη, καθώς είναι οργανωμένη σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά και αμερικανικά πρότυπα και διαθέτει ομάδα καρδιολόγων πολλών υποειδικοτήτων υπό τη διεύθυνση του Δρ Δ. Κατρίτσου, Επίτιμου Διευθυντή Καρδιολογίας στο St Thomas' Hospital, London, UK, και μέχρι προσφάτως Visiting Professor, City University, London και μέλος του διδακτικού προσωπικού της Harvard Medical School, Boston, USA.



Στις
αξιοθαύμαστες
επιχειρήσεις
της Ελλάδας
ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ

Για δεύτερη φορά ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ βραβεύθηκε ως **μία από τις 20 πιο «Αξιοθαύμαστες επιχειρήσεις της Ελλάδας 2019»** («Most Admired Companies 2019»), μετά από ψηφοφορία που πραγματοποιήθηκε από 319 ελληνικές επιχειρήσεις με ετήσιο τζίρο άνω των 50 εκατ. ευρώ, με γνώμονα ποσοτικά και ποιοτικά κριτήρια που συνέστησε η αμερικανική έκδοση του «Fortune». Για την κατάρτιση της λίστας πραγματοποιήθηκε έρευνα, σε συνεργασία με τη διεθνή εταιρεία παροχής ελεγκτικών, φορολογικών και συμβουλευτικών υπηρεσιών KPMG. Για την υλοποίηση της πρώτης φάσης συμμετείχαν **πάνω από 1.700 κορυφαία στελέχη των εταιρειών** (CEOs, CFOs, COOs, γενικοί διευθυντές, marketing managers, εμπορικοί διευθυντές, HR directors, Sales Directors και Corporate Communication Managers), επιλέγοντας τις καλύτερες εταιρείες του κλάδου τους, με γνώμονα τα εννέα κριτήρια του Fortune (Καινοτομία, Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού, Διαχείριση Εταιρικών Πόρων, Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη, Χαρακτηριστικά-Ποιότητα Διοίκησης, Οικονομική Ευρωστία, Μακροπρόθεσμη Επενδυτική Αξία, Ποιότητα Προσφερόμενων Προϊόντων και Υπηρεσιών, Εξωστρέφεια/Ανταγωνιστικότητα).

Υπερσύγχρονο Νεφρολογικό Κέντρο στο ΥΓΕΙΑ

Πιστό στο όραμα του για τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την εφαρμογή των πλέον σύγχρονων και καινοτόμων θεραπειών στον χώρο της ιατρικής, το ΥΓΕΙΑ δημιούργησε ένα υπερσύγχρονο Νεφρολογικό Κέντρο.

Το **Κέντρο Διάγνωσης, Θεραπείας & Έρευνας Νεφρικών Νοσημάτων (ΚΕΔΙΘΕΝΝ)**, στελεχωμένο με έμπειρο και καταρτισμένο ιατρικό προσωπικό, αναλαμβάνει τη διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και παρακολούθηση ασθενών με παθήσεις των νεφρών, με φυσιολογική ή μη φυσιολογική νεφρική λειτουργία (νεφρική ανεπάρκεια).

Ειδικότερα, στο Κέντρο Διάγνωσης, Θεραπείας & Έρευνας Νεφρικών Νοσημάτων του ΥΓΕΙΑ, έχει αναπτυχθεί **Νεφρολογική Κλινική - Τμήμα** για τη νοσηλεία ασθενών με νεφρολογικά προβλήματα, καθώς και **δύο τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία** (ιατρείο σπειροπαθειών - σπειροματονεφριτίδων και ιατρείο χρόνιας νεφρικής νόσου/χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας) για την παρακολούθηση εξωτερικών ασθενών κατόπιν ραντεβού.

Το ένα εξ αυτών, διαχειρίζεται ασθενείς με σπειρα-

ματικές παθήσεις οποιασδήποτε αιτιολογίας, καθώς και με κληρονομικά νοσήματα με προσβολή των νεφρών, ενώ το δεύτερο διαχειρίζεται ασθενείς με σοβαρή ή προχωρημένη χρόνια νεφρική νόσο.

Επιπλέον, οι ιατροί του Νεφρολογικού Κέντρου παρακολουθούν ασθενείς που νοσηλεύονται σε άλλα Τμήματα και Κλινικές του ΥΓΕΙΑ, εφόσον παρουσιάσουν νεφρολογικά προβλήματα, σε συνεννόηση με τους θεράποντες ιατρούς.

Ο κ. **Χρήστος Ιατρού, Διευθυντής Κέντρου Διάγνωσης, Θεραπείας & Έρευνας Νεφρικών Νοσημάτων του ΥΓΕΙΑ**, ανέφερε σχετικά: «Το Νεφρολογικό Κέντρο του ΥΓΕΙΑ είναι σε θέση να παρέχει όλες τις συμβατικές και καθιερωμένες θεραπείες για την αντιμετώπιση των νεφρολογικών προβλημάτων. Παράλληλα έχει αναπτύξει διεθνείς συνεργασίες με κορυφαία ερευνητικά κέντρα του εξωτερικού και φορείς από τον χώρο της βιοτεχνολογίας και της αναγεννητικής ιατρικής.

Ο στόχος μας είναι να προσφέρουμε στους ασθενείς τις πλέον καινοτόμες θεραπείες για την αντιμετώπιση της χρόνιας νεφρικής νόσου».

Πρωτοποριακή επέμβαση στο ΥΓΕΙΑ



Στο ΥΓΕΙΑ, και για πρώτη φορά στην Ελλάδα, πραγματοποιήθηκαν με επιτυχία **δύο οπίσθιες οπισθοπεριτοναϊκές επινεφριδεκτομές**, από τον Καθηγητή **Δημήτρη Λινό** με τη βοήθεια της νέας τρισδιάστατης ελάχιστη επεμβατικής τεχνολογίας. Με την τεχνική της άμεσης προσπέλασης του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου από πίσω, που ακολουθείται στο ΥΓΕΙΑ αποφεύγονται πλήρως οι κινητοποιήσεις των ενδοπεριτοναϊκών οργάνων, όπως και πιθανές συμφύσεις από προηγούμενες επεμβάσεις. Οι ασθενείς μετεγχειρητικά δεν αναφέρουν πόνο, κινητοποιούνται και τρώνε σε λίγες ώρες μετά την επέμβαση και συνήθως επιστρέφουν στο σπίτι τους την επόμενη μέρα. Ο Καθηγητής Δημήτρης Λινός, Διευθυντής Χειρουργικής του Ομίλου ΥΓΕΙΑ, δήλωσε: «Η εντυπωσιακή κλινική πορεία των ασθενών μετά την οπίσθια ενδοσκοπική επινεφριδεκτομή συμπληρώνεται **με την καινούργια τρισδιάστατη τεχνολογία** που προσφέρεται στον Όμιλο ΥΓΕΙΑ. Η νέα αυτή τεχνολογία δίνει στο χειρουργό καινούργιες δυνατότητες τρισδιάστατης όρασης χωρίς να χάνεται η “οπτική ικανότης”».

Νέο Τμήμα Κοχλιακών Εμφυτευμάτων στο ΜΗΤΕΡΑ

Το πρώτο αδειοδοτημένο Τμήμα Κοχλιακών Εμφυτευμάτων στον ιδιωτικό τομέα δημιουργήθηκε στην ΩΡΛ Κλινική του ΜΗΤΕΡΑ, υπό τη διεύθυνση του καθηγητή κ. Ιάκωβου Πετμεζάκη. Με επιστημονικά υπευθύνους τον κ. **Κωνσταντίνο Χρηστίδη** και την κ. **Αλεξάνδρα Βασιλείου**, η ΩΡΛ Κλινική του ΜΗΤΕΡΑ αναλαμβάνει τον πλήρη ακοολογικό έλεγχο και την χειρουργική αποκατάσταση με κοχλιακό εμφύτευμα σε ασθενείς με πλήρη κώφωση.

Τα κοχλιακά εμφυτεύματα είναι το τελευταίο επίτευγμα της τεχνολογίας. Σήμερα, οι άνθρωποι όλων των ηλικιών που έχουν υποστεί σοβαρή ή και στα όρια της κώφωσης απώλεια ακοής, με τα κοχλιακά εμφυτεύματα έχουν τη δυνατότητα αποκατάστασης της ακοής τους. Εν αντιθέσει, με τα ακουστικά βαρηκοΐας, το κοχλιακό εμφύτευμα δεν καθιστά ισχυρότερο ή ευκρινέστερο τον ήχο, αλλά παρακάμπτει τα τμήματα του ακουστικού συστήματος που έχουν υποστεί βλάβη και **διεγείρει άμεσα τα ακουστικά νεύρα**, έχοντας ως αποτέλεσμα τη δυνατότητα αντίληψης του ήχου.

Ο καθηγητής κ. **Ιάκωβος Πετμεζάκης**, Συντονιστής Διευθυντής της Κλινικής ΩΡΛ του ΜΗΤΕΡΑ, σχολίασε

σχετικά: «Η κώφωση μέχρι πριν από μερικά χρόνια δεν είχε κανένα ουσιαστικό τρόπο αντιμετώπισης και οι κωφοί ήταν αναγκασμένοι να ζουν χωρίς αυτή την πολύτιμη αίσθηση. Σήμερα τα κοχλιακά εμφυτεύματα είναι μια **εντυπωσιακή ανακάλυψη της ιατρικής** που για πρώτη φορά κατάφερε να αποκαταστήσει μια αίσθηση -την ακοή- που χάθηκε ή δεν υπήρχε ποτέ».



Πρωτοποριακή τεχνική για αναίμακτη θεραπεία στένωσης της κοινής μηριαίας αρτηρίας

εκτεταμένη ασβέστωση. Γι' αυτό στην περιοχή αυτή, απαγορεύεται η χρήση stent και η απλή αγγειοπλαστική -λόγω της ασβέστωσης- δεν είναι επιτυχής, με αποτέλεσμα η συνήθης επιλογή να είναι η ανοικτή επέμβαση. Σε αυτούς τους ασθενείς, η χρήση του κατευθυνόμενου αθηροτόμου τελευταίας γενιάς επιτρέπει την αναίμακτη θεραπεία και αποφεύγει την ανοικτή επέμβαση. Η επέμβαση γίνεται με τοπική αναισθησία, ανώδυνα και με νοσηλεία μίας ημέρας. Ο κ. Σταύρος Καλλιάφας, Διευθυντής της Α' Αγγειοχειρουργικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ, σχολίασε χαρακτηριστικά ότι «Οι τεχνικές βελτιώσεις του κατευθυνόμενου αθηροτόμου τελευταίας γενιάς, **έλυσαν τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν οι προηγούμενοι** σε μεγάλα αγγεία» και τόνισε: «Η Α' Αγγειοχειρουργική Κλινική του ΥΓΕΙΑ είναι πάντα πρωτοπόρος στην αναίμακτη θεραπεία των αγγειακών παθήσεων, αξιοποιώντας όλες τις σύγχρονες αναίμακτες αγγειακές τεχνικές, οι οποίες επιτρέπουν την ανώδυνη, ασφαλή και άμεση θεραπεία της συντριπτικής πλειονότητας των αγγειακών ασθενών».

Με επιτυχία εφαρμόστηκε στο ΥΓΕΙΑ, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, **νέα μέθοδος** αναίμακτης θεραπείας για αντιμετώπιση στένωσης της κοινής μηριαίας αρτηρίας, από τον κ. **Σταύρο Καλλιάφα** και την **ομάδα της Α' Αγγειοχειρουργικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ**.

Λόγω της θέσης της η κοινή μηριαία αρτηρία προσβάλλεται από βαριά αθηρωμάτωση με

Καινοτόμος μέθοδος επιδιόρθωσης ανευρύσματος θωρακικής αορτής

Μια καινοτόμος μέθοδος για τη θεραπεία ασθενών με ανεύρυσμα θωρακικής αορτής με τη χρήση ενδαγγειακού υπερήχου εφαρμόζεται πλέον στο ΥΓΕΙΑ. Συγκεκριμένα, ασθενής με ανεύρυσμα κατιούσης θωρακικής αορτής υπεβλήθη σε επέμβαση επιδιόρθωσης του ανευρύσματος **με την καθοδήγηση του συστήματος ενδαγγειακού υπερήχου IVUS (intravascular ultrasound)**. Ο ασθενής είχε μειωμένη νεφρική λειτουργία, οπότε η αποφυγή του σκια-

γραφικού (που είναι τοξικό στα νεφρά) ήταν μεγάλης σημασίας. Τα ανευρύσματα της κατιούσης θωρακικής αορτής αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο ενδαγγειακά, καθώς έχει αποδειχθεί ότι ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος θανάτου και άλλων επιπλοκών σε σχέση με το ανοικτό χειρουργείο. Έως τώρα, η απεικόνιση γινόταν με ακτινοσκόπηση τη στιγμή που ο χειρουργός τοποθετούσε σκιαγραφικό εντός της αορτής με καθετήρα. Όπως εξηγεί ο Καρδιοχειρουργός της Β' Καρδιοχειρουργικής Κλινικής και Αναπλ. Διευθυντής του Τμήματος Διαδερμικών Βαλβίδων του ΥΓΕΙΑ, κ. **Γρηγόρης Παττακός**, «Με τη νέα μέθοδο του ενδαγγειακού υπερήχου IVUS, μειώνεται η χρήση σκιαγραφικού και ο χρόνος έκθεσης στην ακτινοβολία της ακτινοσκόπησης, ενώ υπάρχει η δυνατότητα μέτρησης των διαστάσεων του ανευρύσματος με ακρίβεια. Παράλληλα, ο υπέρηχος μας επιτρέπει να δούμε όλη την περίμετρο της αορτής, να απεικονίσουμε τα βαθύτερα στρώματα του τοιχώματός της, κάτι που δεν γίνεται με την ακτινοσκόπηση κι επιπρόσθετα επιβεβαιώνει τη σωστή εφαρμογή του stent στο τοίχωμα της αορτής».

Επιστημονική πρωτιά για την Ελλάδα από ΥΓΕΙΑ - ΜΗΤΕΡΑ

Ο κ. **Γ. Τσιώτος**, Διευθυντής της Α' Χειρουργικής Κλινικής του ΜΗΤΕΡΑ, σε συνεργασία με την Γ' & Δ' Παθολογική - Ογκολογική κλινική του ΥΓΕΙΑ και την Ογκολογική Κλινική του ΜΗΤΕΡΑ, δημοσίευσε στο εξειδικευμένο στον παγκρεατικό καρκίνο αμερικανικό επιστημονικό περιοδικό «**Journal of Pancreatic Cancer**» την πρώτη από την Ελλάδα σειρά περιστατικών μετατροπής του ανεγχείρητου καρκίνου του παγκρέατος σε εγχειρήσιμο, με συνακόλουθο σχεδόν τετραπλασιασμό της επιβίωσης των εν λόγω ασθενών. Οι εν λόγω εγχειρήσεις έχουν πραγματοποιηθεί στην Α' Χειρουργική Κλινική του ΜΗΤΕΡΑ από το 2012, καθιστώντας τον Όμιλο ΥΓΕΙΑ, πρωτοπόρο στη χειρουργική παγκρέατος στη χώρα μας.

Η ανάλυση των πρώτων 24 ασθενών (2012-2017) μετατροπής του ανεγχείρητου καρκίνου σε εγχειρήσιμο (με αφαίρεση της πυλαίας φλέβας), αποδεικνύει ότι η επιβίωση ασθενών -με καλή γενική κατάσταση-, σχεδόν τετραπλασιάζεται σε σχέση με σήμερα. Είναι **η πρώτη φορά που δημοσιεύεται επιστημονικό άρθρο επί του θέματος από την Ελλάδα**.

Η παρούσα επιστημονική δημοσίευση σειράς περιστατικών με στατιστική σημαντικότητα σε αμερικανικό



περιοδικό, έχοντας αξιολογηθεί προηγουμένως από παγκοσμίως αναγνωρισμένους καθηγητές παγκρεατικής χειρουργικής και τις αντίστοιχες κριτικές επιτροπές (peer review), αποδεικνύει **την πρωτοπορία του επιστημονικού ιατρικού δυναμικού** και των Κλινικών του Ομίλου ΥΓΕΙΑ και αποτελεί αδιαμφισβήτητη απόδειξη της πρωτοπορίας του Ομίλου σε αυτόν τον τομέα σε όλη τη χώρα.

Το ΜΗΤΕΡΑ στο 1ο Φεστιβάλ Γονιμότητας στην Ελλάδα

Το ΜΗΤΕΡΑ ως βασικός χορηγός του 1ου Fertility Festival στην Ελλάδα, συμμετείχε ενεργά στο φεστιβάλ που πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά στη χώρα μας, στις 8-9 Ιουνίου στο Ζάππειο Μέγαρο.

Στο διήμερο συνέδριο συμμετείχαν **κορυφαίοι Έλληνες και ξένοι επιστήμονες**, με εξειδίκευση σε θέματα υπογονιμότητας, από νοσοκομεία και κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής όλο του κόσμου, καθώς και εκπρόσωποι διεθνών σωματείων και επιστημονικών οργανισμών ιατρικού τουρισμού. Έγιναν ομιλίες σχετικά με τις επιστημονικές εξελίξεις στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, τους τρόπους προστασίας και ενίσχυσης της γονιμότητας, την κοινωνική διάσταση του ζητήματος της υπογεννητικότητας, καθώς και του νομικού πλαισίου σε διεθνές και σε ελληνικό επίπεδο. Το ΜΗΤΕΡΑ ήταν **βασικός χορηγός του Φεστιβάλ** και παρουσίασε την ανανεωμένη Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής IVF ΜΗΤΕΡΑ, προσελκύοντας το ενδιαφέρον των επισκεπτών. Έτσι, ενισχύθηκε η ιδέα ότι η Ελλάδα αποτελεί σημείο α-

ναφοράς για ζευγάρια από όλο τον κόσμο που επιθυμούν να αποκτήσουν οικογένεια, αντιμετωπίζουν όμως θέματα υπογονιμότητας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον συγκέντρωσαν οι ομιλίες των Ιατρών εκπροσώπων του ΜΗΤΕΡΑ:

- Η κ. **Σταυρούλα Μαραγκού**, Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Επιστ. Συνεργάτις Μονάδας Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής IVF ΜΗΤΕΡΑ, παρουσίασε το θέμα «Φόβοι και ανησυχίες στην εξωσωματική».
- Ο κ. **Γεώργιος Ιωαννίδης**, Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Επιστ. Συνεργάτις Μονάδας Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής IVF ΜΗΤΕΡΑ, ανέπτυξε το θέμα «Διατήρηση της γονιμότητας με κατάψυξη ωαρίων».
- Τέλος, ο κ. **Χάρης Χηνιάδης**, Μαιευτήρας - Γυναικολόγος, Επιστ. Συνεργάτις Μονάδας Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής IVF ΜΗΤΕΡΑ, έκανε την κεντρική παρουσίαση της Μονάδας IVF και ανέπτυξε τους λόγους για τους οποίους κάποιος πρέπει να επιλέξει το ΜΗΤΕΡΑ.

Εκπαίδευση για την Ελληνογερμανική Αγωγή



Το ΥΓΕΙΑ ανταποκρίθηκε πρόθυμα στην πρωτοβουλία των εκπαιδευτριών της Ελληνογερμανικής Αγωγής και του καθηγητή **Κώστα Σούτου** να εκπαιδεύσουν τους καθηγητές φυσικής αγωγής των Εκπαιδευτριών στην βασική καρδιοαναπνευστική ανάνηψη. Έτσι, στις 7 Σεπτεμβρίου 2019 η **Α' Καρδιολογική Κλινική και η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του ΥΓΕΙΑ** οργάνωσαν σχετική ημερίδα. Ο Επίτιμος Διευθυντής της Α' Καρδιολογικής Κλινικής **Κώστας Μάλλιος** και ο Διευθυντής **Αθανάσιος Πιπιλής** μίλησαν για τις καρδιακές αρρυθμίες και τα αίτια που μπορεί να οδηγήσουν σε ανακοπή. Στη συνέχεια ο Διευθυντής ΜΕΘ **Χάρης Πασκαλής** με τη βοήθεια της προϊσταμένης **Ελένης Δημάκη** και της νοσηλεύτριας **Μαρίας Τσοχιά** ανέλαβαν την πρακτική εξάσκηση των συμμετεχόντων στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, χρησιμοποιώντας το ειδικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα προσομοίωσης. Οι εκπαιδευθέντες εξέφρασαν την ικανοποίησή τους, καθώς οι βασικές γνώσεις ανάνηψης και η διατήρηση ψυχραιμίας θα τους είναι χρήσιμα σε περίπτωση κάποιου ατυχού συμβάντος.



Για να είστε fit κάθε μέρα, σε κάθε δραστηριότητά σας
Εξειδικευμένα πακέτα προληπτικού ελέγχου υγείας

Εργασία και υγεία μαζί για καλύτερη απόδοση!

Φροντίστε την υγεία σας και ταξιδέψτε με ασφάλεια!

Κολυμπήστε ελεύθερα αλλά με ασφάλεια!

Αθληθείτε με ασφάλεια!

Τώρα η υγεία σας «μετρείται» κάθε μέρα!

Οδηγείτε; Η υγεία σας ο πρώτος στόχος!

Εργάζεστε στην εστίαση; Αποκτήστε το κατάλληλο πιστοποιητικό υγείας!



fito2
work

fito2
travel

fito2
swim

fito2
play

fito2
play advanced

fito2
drive

fito2
cook



ΟΜΙΛΟΣ ΥΓΕΙΑ

Με ευθύνη για τη ζωή

ΤΜΗΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

www.hygeia.gr

www.mitera.gr

T: 210 6867 000

T: 210 6869 000

Η κοινωνική μας δράση συνεχίζεται!

Ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ, πιστός στην αποστολή και στη δέσμευσή του για συνεισφορά σε κάθε επίπεδο, συνέχισε και το προηγούμενο διάστημα την κοινωνική του δράση. Μάλιστα, αυτή αγγίζει ένα μεγάλο εύρος δράσεων: από τη στήριξη της Ελληνικής Ολυμπιακής Ομάδας μέχρι τη δωρεάν ιατρική φροντίδα για ανήλικους μετανάστες και από την εθελοντική συμμετοχή των εργαζομένων του στον αγώνα «Greece Race for the Cure» μέχρι τη («θεσμοθετημένη») πια εθελοντική αιμοδοσία.

Στον δρόμο για το Τόκιο 2020

Ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ προάγει και στηρίζει έμπρακτα τις αρχές και τις αξίες του Ολυμπισμού και του αθλητισμού, αυτή τη φορά ως **επίσημος υποστηρικτής της Ελληνικής Ολυμπιακής Ομάδας για τους Ολυμπιακούς Αγώνες του Τόκιο το 2020**. Σε εορταστική εκδήλωση στο Συνεδριακό Κέντρο «Ν.

Λούρος» του ΜΗΤΕΡΑ, παρουσιάστηκε η συνολική υποστήριξη που παρέχει ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ στους αθλητές από το 2018, με τη δωρεάν κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των αθλητών του προγράμματος «**Υιοθετήστε έναν Αθλητή στον Δρόμο για το ΤΟΚΙΟ 2020**». Η υποστήριξη των αθλητών περιλαμβάνει δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία και χειρουργικές επεμβάσεις, με στόχο την καλύτερη προετοιμασία για τους Αγώνες.

Σχετικά με την πρωτοβουλία αυτή, ο Πρόεδρος της Ελληνικής Ολυμπιακής Επιτροπής κ. **Σπύρος Καπράλος**, δήλωσε: «Είμαστε ιδιαίτερα χαρούμενοι που στη μεγάλη οικογένεια της Ελληνικής Ολυμπιακής Επιτροπής έχει ενταχθεί και ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ ως Υποστηρικτής της Ολυμπιακής ομάδας προσφέροντας δωρεάν κάλυψη των υγειονομικών αναγκών σε όλα τα μέλη της. Η βοήθεια αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική για όλες τις αθλήτριες και



Αθλητές της Ελληνικής Ολυμπιακής Ομάδας.



Ο Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου ΥΓΕΙΑ, κ. Ανδρέας Καρταπάνης (αριστερά) και ο Πρόεδρος της Ελληνικής Ολυμπιακής Επιτροπής, κ. Σπύρος Καπράϊλος.

τους αθλητές μας που προπονούνται εντατικά και σε έντονους ρυθμούς ώστε να εξασφαλίσουν την πρόκριση στους Ολυμπιακούς του Τόκιο. Πλέον, με τον Όμιλο ΥΓΕΙΑ στο πλευρό τους γνωρίζουν ότι μπορούν να υποβληθούν χωρίς καμία επιβάρυνση σε όλες τις απαραίτητες, για έναν αθλητή υψηλού επιπέδου, εξετάσεις και να λάβουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα, από ένα άρτια εκπαιδευμένο και ικανότατο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό».

Στήριξη σε ανήλικους μετανάστες

Ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ και ο **Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (ΔΟΜ)** δημιούργησαν ένα δίκτυο συνεργασίας υπό το οποίο διενεργούνται και παρέχονται εξειδικευμένες ιατρικές εξετάσεις σε ανήλικους μετανάστες που διαμένουν σε ξένες φιλο-

ξενίας στην Αθήνα. Ανταποκρινόμενος στο αίτημα υποστήριξης του ΔΟΜ, ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ **διενεργεί και παρέχει δωρεάν:** εξέταση DNA για εξακρίβωση συγγένειας, οφθαλμολογικές Εξετάσεις / παρεμβάσεις, ορθοπαιδικές Εξετάσεις / παρεμβάσεις, εμβολιασμούς όποτε κρίνεται απαραίτητο, εξειδικευμένες γυναικολογικές εξετάσεις - παρεμβάσεις, ιατρικό έλεγχο σε περίπτωση κύησης, εξειδικευμένο αναπτυξιολογικό έλεγχο, ιατρικό έλεγχο για την εξακρίβωση ανηλικότητας, παροχή φαρμάκων σε περίπτωση ανάγκης, παροχή σε σταθερή βάση πακέτων πρώτων βοηθειών στις δομές φιλοξενίας. Ακόμα, παρέχει σε συστηματική βάση είδη ένδυσης - υπόδησης σε όσους αποχωρούν από την Ελλάδα για την ολοκλήρωση των νομικών τους υποθέσεων. Πρόκειται για **ένα σύνολο εξειδικευμένων εξε-**

τάσεων υψηλού κόστους, που διενεργούνται συμπληρωματικά των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασυνόδευτους ανηλίκους από το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

«Η στήριξη και η προσφορά του Ομίλου ΥΓΕΙΑ στο Πρόγραμμα είναι πολύτιμη και για τα 131 παιδιά που ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης φιλοξενεί στις 6 Δομές Φιλοξενίας. Ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ από την έναρξη του προγράμματος βρίσκεται αρωγός στην προσπάθεια, προσφέροντας υπηρεσίες υγείας εξειδικευμένες ή και μεγάλου κόστους, συμβάλλοντας ενεργά στη διασφάλιση του επιπέδου διαβίωσης των ασυνόδευτων παιδιών», σχολίασε ο **Τζιανλούκα Ρόκο**, επικεφαλής της ελληνικής αποστολής του ΔΟΜ. Η συνεργασία του ΔΟΜ με τον Όμιλο ΥΓΕΙΑ πραγματοποιείται στο πλαίσιο του προγράμματος «Λειτουργία Έξι Δομών Φιλοξενίας Ασυνόδευτων Ανηλίκων στην Ελλάδα» με τη δυναμικότητα των δομών να ανέρχεται στις 131 θέσεις. Το πρόγραμμα ξεκίνησε την 1η Ιανουαρίου του 2019 και μέχρι στιγμής **έχει φιλοξενήσει 252 ασυνόδευτους ανηλίκους**. Η χρηματοδότηση του προγράμματος που υλοποιεί ο ΔΟΜ και αφορά τη στέγαση ασυνόδευτων ανηλίκων γίνεται από το Ταμείο Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Τρέξαμε για το καλό!

Το πνεύμα κοινωνικής ευθύνης διαπνέει όλο τον Όμιλο ΥΓΕΙΑ και έτσι **244 εθελοντές εργαζόμενοι**

των Νοσοκομείων ΥΓΕΙΑ, ΜΗΤΕΡΑ και ΛΗΤΩ συμμετείχαν στον αγώνα δρόμου 5 κήμ. και περιπάτου 2 κήμ. **«Greece Race for the Cure»**, που οργάνωσε ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού Άλμα Ζωής στην Αθήνα, την Κυριακή 29 Σεπτεμβρίου 2019.

Ο αγώνας Greece Race for the Cure είναι η μεγαλύτερη παγκόσμια πρωτοβουλία ευαισθητοποίησης για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Δίνουμε αίμα, δίνουμε ζωή

Τέλος, **το ΛΗΤΩ διοργάνωσε εθελοντική αιμοδοσία** σε συνεργασία με το Β' Περιφερειακό Κέντρο Αιμοδοσίας του Λαϊκού Νοσοκομείου, στην Αίθουσα Διαλέξεων «Επαμεινώνδας Μεγαπάνος», την Πέμπτη 19 Σεπτεμβρίου 2019. Όλοι οι εργαζόμενοι και οι συνεργάτες ιατροί του ΛΗΤΩ, θα συνεχίσουν να βρίσκονται δίπλα στις προσπάθειες ευαισθητοποίησης του κοινού, αλλά και στην υποστήριξη των συνανθρώπων μας που χρειάζονται βοήθεια.

Αξίζει τα πάντα
... δεν κοστίζει τίποτα !



Οι εθελοντές του Ομίλου ΥΓΕΙΑ που έλαβαν μέρος στο «Greece Race for the Cure».



ΟΜΙΛΟΣ ΥΓΕΙΑ

Με ευθύνη για τη ζωή



Ο σκοπός μας,
δεν σταματά.

11 ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΕΣ | 11.165 ΚΑΤΟΙΚΟΙ | 43.143 ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

*Λειψοί και Αγαθονήσι, Καρπενήσι, Κάρπαθος, Καλάβρυτα, Καλαμπάκα, Λέρος,
Τήλος και Νίσυρος, Άργος Ορεστικό, Σύμη, Αργιθέα και Σίφνος.*



Από το 2013, ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ, στο πλαίσιο του προγράμματος εταιρικής κοινωνικής ευθύνης «**Ταξιδεύουμε για την Υγεία**», ταξιδεύει σε ορεινές και νησιωτικές περιοχές της χώρας μας και παρέχει δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες. Φέτος 13 & 14 Απριλίου βρεθήκαμε στη Σίφνο με 28 ιατρούς 17 ειδικοτήτων, καθώς και 35 εθελοντές από το νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό του ομίλου, πραγματοποιώντας 2.315 εξετάσεις σε 629 κατοίκους.

Επόμενος προορισμός, όπου υπάρχει ανάγκη.



—
αφιέρωμα





Παχυσαρκία

Η ιατρική έχει τις λύσεις

Δεν είναι τυχαίο ότι σήμερα η παχυσαρκία θεωρείται ο υπ' αριθμόν 1 κίνδυνος για την υγεία παγκοσμίως και ο «μεγάλος εχθρός» οργανισμών υγείας και κυβερνήσεων σε όλο τον κόσμο. Κι αυτό γιατί τα προβλήματα που προκαλεί δεν είναι μόνο κοινωνικά ή αισθητικά, αλλά και προβλήματα υγείας. Επί της ουσίας, η παχυσαρκία είναι το φυτίλι που οδηγεί στην έκρηξη μιας σειράς επικίνδυνων ασθενειών για τον άνθρωπο.

Πώς αντιμετωπίζουμε την παχυσαρκία, λοιπόν; Όλες οι αποτελεσματικές λύσεις περνούν από την ιατρική.

Η πρώτη (και ίσως η σημαντικότερη) είναι ο «απόλυτος κανόνας» της ιατρικής: η πρόληψη. Έτσι, είναι σημαντικό να προνοούμε οι ίδιοι για την ποιότητα και την ποσότητα της τροφής μας, γνωρίζοντας γι' αυτήν. Και είναι απολύτως αναγκαίο πλέον να εκπαιδεύουμε τα παιδιά μας να διατρέφονται σωστά, εμψυώνοντας και ωθώντας σε συνήθειες που θα τις ακολουθούν σε όλη τους τη ζωή.

Οι άλλες λύσεις, για τους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν κάποιου άλλου είδους παχυσαρκία, είναι θεραπευτικές. Η αναμφίβολη πρόοδος από μια σειρά ιατρικών ερευνών έχει εισαγάγει μια σειρά επεμβάσεων που αντιμετωπίζουν υφιστάμενα προβλήματα παχυσαρκίας και δίνουν τη δυνατότητα στον κάθε πάσχοντα να αρχίσει πραγματικά τη ζωή του από το μηδέν, σε σχέση με αυτό το πρόβλημα.

Τα θέματα αυτά αναλύουν διακεκριμένοι ιατροί του Ομίλου ΥΓΕΙΑ, παρουσιάζοντας όλο το πλέγμα των λύσεων στα προβλήματα της παχυσαρκίας, αλλά και τονίζοντας την αξία της πρόληψης. Γι' αυτό, πάνω απ' όλα, το αφιέρωμα που ακολουθεί δεν είναι μόνο πηγή γνώσης για όλους, αλλά κυρίως ένα μήνυμα ελπίδας για όσους θέλουν να νικήσουν την παχυσαρκία.



Φούλα Βασιλαρά
Παθολόγος,
Επιστ. Συνεργάτρια ΥΓΕΙΑ

Μάιρα Αρκουμάνη
Πρώην Μεταπτυχιακή
Σπουδάστρια ΥΓΕΙΑ

Η πιο μεγάλη σύγχρονη επιδημία

Η παχυσαρκία είναι μια πολυπαραγοντική νόσος, δηλαδή είναι αποτέλεσμα περιβαλλοντικών, συμπεριφορικών, ορμονικών και γενετικών παραγόντων ή συνδυασμού τους. Κύριο γενεσιουργό αίτιο για την πρόκληση της παχυσαρκίας είναι η αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης σε σχέση με την ενεργειακή κατανάλωση. Πιο απλά, οι θερμίδες που προσλαμβάνουμε μέσω της τροφής υπερβαίνουν τις θερμίδες που καταναλώνει το σώμα για τις βασικές του ανάγκες και τη φυσική δραστηριότητα. Ο αγχώδης και ενίοτε ασταθής σύγχρονος τρόπος ζωής έχει οδηγήσει την πλειονότητα του πληθυσμού σε ένα ασταθές ωράριο διατροφής, μακριά από το οικογενειακό τραπέζι και το σωστά μαγειρεμένο φαγητό. Το συνεχές τσιμπολόγημα τροφίμων με υψηλή θερμιδική αξία, η αύξηση του γρήγορου και λιπαρού φαγητού και η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού σε ένα και μόνο γεύμα μέσα στη μέρα, οδηγούν στην αύξηση της συνολικής ημερήσιας προσλαμβανόμενης ενέργειας και στη διαταραχή του ισοζυγίου.

Παράλληλα, η μείωση της φυσικής δραστηριότητας είναι θεμελιώδης παράγοντας εξάπλωσης της παχυσαρκίας. Σχεδόν τα μισά παιδιά στην Ελλάδα (σημειωτέον, η χώρα μας είναι δεύτερη στην Ευρώπη στα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας) ασκούνται λιγότερο από 1 ώρα τη μέρα, ενώ πλέον αποφεύγουν τα παιχνίδια σε υπαίθριους χώρους και μένουν καθηλωμένα μπροστά στις οθόνες τους. Το φαινόμενο της παχυσαρκίας

καταγράφεται εντονότερο σε στρώματα του πληθυσμού με χαμηλό κοινωνικό, οικονομικό και βιοτικό επίπεδο, στα οποία υιοθετούνται σε μεγαλύτερο βαθμό λανθασμένες διατροφικές συνήθειες (που ενδέχεται να κοστίζουν λιγότερο). Η εκπαίδευση σε θέματα διατροφής και σωματικής δραστηριότητας

είναι ένας από τους βασικούς στόχους της παγκόσμιας καμπάνιας για τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα.

Σημαντικό ρόλο παίζει και το οικογενειακό ιστορικό, τόσο σε επίπεδο σωματότυπου όσο και σε επίπεδο διατροφικών συμπεριφορών. Αν ένας γονέας είναι παχύσαρκος, τότε το παιδί έχει 50% πιθανότητες να γίνει και αυτό. Κι αν είναι και οι 2 γονείς, τότε υπάρχουν 80% πιθανότητες για εμφάνιση παχυσαρκίας. Τάση για παχυσαρκία (με ευκολότερους ρυθμούς και με βάση έναν μειωμένο μεταβολισμό) σαφώς υπάρχει, αλλά δεν μπορεί να εκδηλωθεί, παρά μόνο αν συντρέχουν λανθασμένες διατροφικές συνήθειες παράλληλα με έναν καθιστικό τρόπο ζωής.

Υγειονομική βόμβα

Η παχυσαρκία δεν είναι αισθητικό πρόβλημα, αλλά υγειονομική βόμβα. Τα παχύσαρκα άτομα διατρέχουν πολύ αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν ή ακόμα και να πεθάνουν από πληθώρα νοσημάτων. Είναι γνωστό ότι η παχυσαρκία είναι άρρηκτα συνυφασμένη με την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, μια κατάσταση που αφ' εαυτής αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακές επιπλοκές. Ακόμη, όμως, και χωρίς την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη, ένα παχύσαρκο άτομο έχει σχεδόν πενταπλάσιο κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο σε σχέση με άτομο κανονικού βάρους ίδιας ηλικίας. Ένα άτομο με Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) 30 kg/m² διατρέχει τετραπλάσιο κίνδυνο να νοσήσει από υπέρταση σε σύγκριση με άτομο με ΔΜΣ 21 kg/m². Αυτό συμβαίνει διότι από το λίπος, ιδιαίτερα το ενδοκοιλιακό (σπλαχνικό), παράγονται πολλές ουσίες που προκαλούν αύξηση στην τάση των αρτηριών και κατακράτηση υγρών, ενώ επιπλέον η παχυσαρκία οδηγεί σε ενεργοποίηση τμήματος του νευρικού συστήματος που είναι υπεύθυνο για την αύξηση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας. Η απώλεια βάρους, έστω και μέτρια, μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Υπολογίζεται ότι απώλεια 10% του

“

Η εκπαίδευση σε θέματα διατροφής και σωματικής δραστηριότητας είναι ένας από τους βασικούς στόχους της παγκόσμιας καμπάνιας για τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα.

”

αρχικού βάρους μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της συστολικής και διαστολικής πίεσης μεταξύ 10 και 20 mmHg. Ιδιαίτερα αυξημένος εμφανίζεται στον πληθυσμό αυτό ο κίνδυνος για εμφάνιση εμφράγματος, καθώς και εγκεφαλικού επεισοδίου, λόγω της σημαντικού βαθμού αθηρωμάτωσης που παρουσιάζουν και οδηγεί σε απόφραξη των αγγείων του εγκεφάλου.

Τη στενή σχέση της παχυσαρκίας με τα καρδιαγγειακά ενισχύει η συχνή συνύπαρξη του διαβήτη με τη δυσλιπιδαιμία. Το συντριπτικό ποσοστό των περιπτώσεων σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 μπορεί να αποδοθεί στην παχυσαρκία, ενώ μέτρια μόνο απώλεια βάρους μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου σε ποσοστό άνω του 50%. Σημαντική είναι επιπλέον η συνεισφορά της παχυσαρκίας στην εμφάνιση δυσλιπιδαιμίας, δηλαδή της διαταραχής των συγκεντρώσεων των λιπιδίων στο αίμα. Συγκεκριμένα, στα παχύσαρκα άτομα παρατηρείται συχνά αύξηση της «κακής» LDL χοληστερόλης και ακόμη πιο συχνά μείωση της «καλής» HDL χοληστερόλης και αύξηση των τριγλυκεριδίων. Οι συνθήκες αυτές επιβαρύνουν επιπλέον τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Η πιθανότητα ενός παχύσαρκου ασθενούς να αναπτύξει υπερχοληστερολαιμία είναι περίπου διπλάσια έναντι ενός ατόμου με φυσιολογικό βάρος. Η απώλεια βάρους μπορεί να οδηγήσει σε αξιοσημείωτες ευνοϊκές επιδράσεις στα λιπίδια: κάθε απώλεια 3 kg συνοδεύεται από αύξηση της «καλής» HDL κατά 1 mg/dl, ενώ απώλεια της τάξεως του 10% του αρχικού βάρους από μείωση της «κακής» LDL κατά 15%.

Η σημαντική συμβολή της παχυσαρκίας στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων καθιστά επιβεβλημένη τόσο την προσπάθεια πρόληψής της όσο και την αντιμετώπισή της στον βαθμό που αυτό είναι δυνατό.

Η αντιμετώπιση

Για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, αλλά και των κινδύνων που προκύπτουν απ' αυτήν απαιτείται ουσιαστική αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς, καθώς και αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, με συστηματική και καθημερινή άσκηση. Η φαρμακευτική υποστήριξη με σκευάσματα, που χρησιμοποιήθηκαν κατά το παρελθόν, είναι πολύ

περιορισμένη λόγω ασήμαντων αποτελεσμάτων και παρενεργειών παρενεργειών κατά τη χρήση τους.

Τα τελευταία χρόνια η βαριατρική χειρουργική είναι μια ουσιαστική θεραπευτική παρέμβαση στο πρόβλημα της νοσογόνου παχυσαρκίας και εφαρμόζεται σε άτομα υπερβολικά παχύσαρκα που ταυτόχρονα έχουν και δύο τουλάχιστον συνοσηρότητες. Η βαριατρική χειρουργική απαιτεί τη συνεργασία ομάδας επιστημόνων, που αποτελείται από χειρουργό, ενδοκρινολόγο, ψυχολόγο και διατροφολόγο, για την άριστη προετοιμασία, αλλά και για την καλή μετεχειρητική πορεία του παχύσαρκου ασθενή.

Η παχυσαρκία, λοιπόν, σαν νοσολογική κατάσταση είναι σήμερα μια πρωταρχική κρίση δημόσιας υγείας που καλείται να αντιμετωπίσει η παγκόσμια κοινότητα. Η συνεχής απόκτηση γνώσης σχετικά με την παχυσαρκία, την αιτιοπαθογένεια και τις επιπλοκές που τη συνοδεύουν, θα βοηθήσει ουσιαστικά στην πρόληψη, αλλά και στην αποτελεσματική θεραπεία και θα συμβάλει σημαντικά στην αντιμετώπιση αυτής της παγκόσμιας επιδημίας της σύγχρονης κοινωνίας.





Μαρία Καραντζα

- **Χαρώνη**

Ενδοκρινολόγος

Παιδων, Δ/ντρια Κλινικής

Παιδιατρικής - Εφηβικής

Ενδοκρινολογίας Παιδων

ΜΗΤΕΡΑ

Κομβική η εκπαίδευση των παιδιών

Στις ΗΠΑ, αλλά και στην Ελλάδα η επίπτωση της παιδικής παχυσαρκίας όπως ορίζεται ως δείκτης μάζας σώματος BMI >95% για την ηλικία και το φύλο, έχει τριπλασιαστεί τα τελευταία 40 χρόνια. Το 16,5% των παιδιών είναι παχύσαρκα και το 15% υπέρβαρα (BMI 85%-95%).

Η αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας είναι ιδιαίτερα ανησυχητική, καθώς αυξάνεται συνεχώς η

διάγνωση νόσων που σχετίζονται με την παχυσαρκία στον παιδικό πληθυσμό, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, η υπνική άπνοια, η λιπώδης διήθηση του ήπατος.

Εν τη απουσία αποτελεσματικών μεθόδων πρόληψης και θεραπείας της παιδικής παχυσαρκίας, εκατομμύρια παιδιά θα ενθλιβθούν με τις σωματικές, αλλά και τις ψυχικές επιπτώσεις του πλεονάζοντος λιπώδους ιστού.

Η παχυσαρκία είναι γενετική νόσος, καθώς νεότερα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι το 60%-80% της παρατηρούμενης μεταβλητότητας του σωματικού βάρους μπορεί να αποδοθεί σε κληρονομικούς παράγοντες.

Ταυτόχρονα, όμως, η παχυσαρκία είναι και περιβαλλοντική νόσος, καθώς τα τελευταία

40 χρόνια οι γενετικές μας καταβολές άλλαξαν ελάχιστα, ενώ η παχυσαρκία τριπλασιάστηκε, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί μόνο σε εξωγενείς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την «ενεργειακή οικονομία» του παιδιού.

Ζήτημα εκπαίδευσης

Η παχυσαρκία στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι επίκτητη και οφείλεται σε περιβαλλοντικούς, διατροφικούς, φαρμακευτικούς και επιγενετικούς παράγοντες. Τα γενετικά και ενδοκρινικά αίτια είναι πολύ σπανιότερα και η διαγνωστική προσέγγιση θα πρέπει να είναι ανάλογη των κλινικών συμπτωμάτων.

Η θεραπεία της παχυσαρκίας πλέον στα περισσότερα κέντρα του εξωτερικού, αλλά και στην Παιδιατρική - Εφηβική Κλινική Ενδοκρινολογίας του Παιδων ΜΗΤΕΡΑ, γίνεται με το μοντέλο της «ομάδας» και βασίζεται στη συνεργασία παιδοενδοκρινολόγου - διαιτολόγου - ψυχολόγου για βοήθεια της αλλαγής συμπεριφοράς.

Έχουμε διαπιστώσει ότι η κλινική συνεκτίμηση από τη διεπιστημονική ομάδα δημιουργεί μια «τράπεζα» κλινικών πληροφοριών, που βοηθούν στη διαμόρφωση συντονισμένου προγράμματος για την υποστήριξη κάθε παιδιού ή εφήβου και της οικογένειάς του.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την επιτυχία αυτής της παρέμβασης, η εκπαίδευση να γίνεται με δραστικό τρόπο, ώστε το παιδί να συμμετέχει και να νιώθει ότι παίρνει τον έλεγχο στη διαδικασία αυτή, με την υποστήριξη της «ομάδας» και της οικογένειας.

Ο βαθμός επιτυχίας της προσπάθειας σχετίζεται με την ετοιμότητα της οικογένειας να υιοθετήσει και να υποστηρίξει έναν υγιεινό τρόπο ζωής και διατροφής για όλα τα μέλη της, όχι με τη νοοτροπία της δίαιτας στα παιδιά. Εφόσον το περιβάλλον εκτός σπιτιού είναι «παχυσαρκογενές» (obesogenic), αν υπάρχει μια «υγιεινή ασπίδα» στο σπίτι.

“

Η θεραπεία της παχυσαρκίας πλέον στα περισσότερα κέντρα γίνεται με το μοντέλο της «ομάδας» για βοήθεια της αλλαγής συμπεριφοράς του παιδιού.

”

Το διατροφικό μοντέλο για τις μικρές ηλικίες

Η υγιεινή διατροφή για τα παιδιά σχολικής ηλικίας περιλαμβάνει ποικιλία τροφών. Μάλιστα, τα πρότυπα τροφίμων θα πρέπει να τονίζουν αυτή την ποικιλία σε θρεπτικά συστατικά.

Τα γεύματα και τα σνακ θα πρέπει να περιλαμβάνουν όλες τις ομάδες τροφίμων (βιταμίνες, ανόργανα άλατα, πρωτεΐνες, λιπαρά, υδατάνθρακες) μέσα από τα δημητριακά, λαχανικά και φρούτα, γαλακτοκομικά προϊόντα, περιορισμένο κορεσμένο λίπος, χωρίς προσθήκη μεταποιημένου κρέατος και στην ενδεδειγμένη μερίδα, για την υποστήριξη της σωματικής ανάπτυξης.

Τρόφιμα με υψηλό ποσοστό ζάχαρης που κολλάνε στα δόντια, όπως οι αλατισμένοι ξηροί καρποί, οι καραμέλες, οι τσίχλες, οι σοκολάτες, συμβάλλουν στην τερηδόνα, αυξάνουν το σωματικό βάρος και δεν είναι κατάλληλα σνακ.

Αυτά τα τρόφιμα καλύτερο να καταναλώνονται ως μέρος ενός γεύματος ή, όταν είναι δυνατόν, να βουρτσίζονται τα δόντια μετά.

Το «junk food» ανήκει στην κατηγορία τροφίμων που μπορεί να είναι υψηλά σε ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: θερμίδες, λιπαρά, ζάχαρη, αλάτι, καφεΐνη.

Μπορούν να καταναλώνονται με μέτρο, αλλά σε καμία περίπτωση σαν βασικό γεύμα και απαιτείται εκπαίδευση για τη χρήση τους. Ωστόσο, η κατανάλωση τροφών υψηλής ενέργειας από μόνη της δεν μπορεί να εξηγήσει πλήρως την εκθετική αύξηση του επιπολασμού των υπέρβαρων-παχύσαρκων παιδιών τα τελευταία χρόνια.

Η σωματική δραστηριότητα είναι επίσης βασικός παράγοντας για την

εξίσωση του ισοζυγίου ενέργειας και οι μετρήσεις της επιστημονικής κοινότητας για υποκινητικότητα και περισσότερο χρόνο που τα παιδιά παρακολουθούν τηλεόραση ή παίζουν βιντεοπαιχνίδια στον ελεύθερο χρόνο τους, καταγράφεται όλο και πιο έντονα.



Άννα Παπαγεωργίου
Κλινική Διαιτολόγος -
Διατροφολόγος, Επιστ.
Συεργάτις Κλινικής
Παιδιατρικής - Εφηβικής
Ενδοκρινολογίας Παιδών
ΜΗΤΕΡΑ



Αντιμετωπίζοντας τα ψυχικά αίτια της παιδικής παχυσαρκίας



Λουίζα Βελετζά
Δρ Ψυχολογίας,
Επιστ. Συνεργάτις
Παιδών ΜΗΤΕΡΑ

Η κατανόηση των παραγόντων που έχουν συμβάλει στην παιδική παχυσαρκία είναι σημαντική για τη διαμόρφωση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής. Η πολυπλοκότητα των αιτιών της παιδικής παχυσαρκίας, η οποία μελετάται τα τελευταία χρόνια, και η συμβολή του οικογενειακού στρες, έχουν προκαλέσει την προσοχή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Τις τελευταίες δεκαετίες, ερευνητικά πορίσματα συμπέραναν ότι:

- Το 40% των παιδιών με παχυσαρκία έχουν κατάθλιψη.
- Η χρόνια παχυσαρκία έχει σχέση με ψυχοπαθολογία.
- Η παιδική παχυσαρκία συνδέεται με ψυχοπαθολογία.
- Η παχυσαρκία συνδέεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Η σχέση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και παχυσαρκίας ξεκινά στην παιδική - εφηβική ηλικία, κυρίως στα κορίτσια.

Ο ψυχολόγος συμβάλλει στη διαδικασία εκτίμησης και προσφέρει τη δική του οπτική, κάνοντας αξιολόγηση του αναπτυξιακού σταδίου και των γνωσιακών, συναισθηματικών και κοινωνικών ικανοτήτων του παιδιού.

Η θεραπεία

Για τη θεραπεία, ακολουθούμε τη μέθοδο παράλληλης διεπιστημονικής παρέμβασης, που περιλαμβάνει συνέντευξη για τον εντοπισμό κινήτρων (motivational interviewing), προσαρμοσμένη στην ηλικία του παιδιού ή του εφήβου. Πιστεύουμε πως πιθανή ύπαρξη αναπτυξιακών ή άλλων ιατρικών θεμάτων χρειάζεται μεγαλύτερη προσοχή και ειδική αντιμετώπιση. Αξιολογούμε το οικογενειακό περιβάλλον, για να εντοπίσουμε σημεία θετικής προσέγγισης και μετά ξεκινά η διαδικασία διατροφικής ενημέρωσης και επιμόρφωσης. Συχνά η οικογένεια έχει αποθαρρυνθεί από προηγούμενες ατυχείς προσπάθειες.

Το αίτημα του γονέα, το αίτημα του παιδιού, οι τρέχουσες συνθήκες ζωής, η σχολική επίδοση, η

άθληση-άσκηση, οι οικογενειακές σχέσεις, οι κοινωνικές σχέσεις, οι φίλιες είναι πληροφορίες που βοηθούν στη δημιουργία εικόνας του υποστηρικτικού συστήματος του ενδιαφερόμενου πετύχει τον σκοπό του να χάσει βάρος.

Το αναπτυξιακό ιστορικό, το σχολικό-ακαδημαϊκό ιστορικό, το οικογενειακό ιστορικό, πιθανά στρεσογόνα περιστατικά στη ζωή του παιδιού ή και της οικογένειας βοηθούν στην κατανόηση των συνθηκών και πιθανών παραγόντων που πυροδοτούν τη διατροφική συμπεριφορά. Στη συνέχεια, τα κίνητρα του γονέα, τα κίνητρα του παιδιού, το ιστορικό προσπαθειών, οι καθημερινές συνθήκες και το συναίσθημα παίζουν ρόλο στο σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης.

Συνηθισμένα κίνητρα των γονιών είναι ο φόβος για την υγεία του παιδιού, οι ενοχές τους και η πρόθεση για πρόληψη ασθενειών, που συχνά είναι κληρονομικές. Ανάμεσα στα κίνητρα των παιδιών είναι η αποφυγή των πειραγμάτων στο σχολικό ή το οικογενειακό περιβάλλον, η καλύτερη εμφάνιση, η μεγαλύτερη επιλογή ρούχων και η ικανότητα να αθλούνται πιο εύκολα ή να ανήκουν σε αθλητικές ομάδες.

Όταν τα παιδιά και οι οικογένειές τους συμφωνούν στον καθορισμό συγκεκριμένων στόχων, παρακολουθούμε στενά τις προσπάθειες και εντοπίζουμε τόσο τις επιτυχίες όσο και τις δυσκολίες, τις οποίες αντιμετωπίζουμε σύμφωνα με τις ανάγκες του παιδιού, λ.χ. εστιάζοντας στον ρόλο του συναισθήματος ή με συμπεριφορική προσέγγιση. Επαναξιολογούμε τους στόχους και ενδυναμώνουμε το οικογενειακό σύστημα, ώστε να αντιμετωπίσει τα όποια προβλήματά του και να στηρίξει το παιδί. Η σταθερότητα στις επισκέψεις, η κινητοποίηση του παιδιού και η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας είναι αποφασιστικά σημεία για την επιτυχία ενός τέτοιου προγράμματος.



Η σχέση συμπτωμάτων κατάθλιψης και παχυσαρκίας ξεκινά στην παιδική - εφηβική ηλικία, κυρίως στα κορίτσια.





Ελευθέριος Σακαδάκης
Καρδιολόγος, Α΄ Επι-
μελητής Καρδιολογικής
Κλινικής Ενηλίκων ΜΗ-
ΤΕΡΑ, Διδάκτωρ Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου
Αθηνών

Το παράδοξο της παχυσαρκίας στις καρδιαγγειακές νόσους

Η επίπτωση της παχυσαρκίας έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, παίρνοντας διαστάσεις επιδημίας. Η παχυσαρκία ορίζεται ως αύξηση της μάζας του λίπους που επηρεάζει την υγεία του οργανισμού. Οι άνθρωποι που έχουν δείκτη μάζας σώματος $>30 \text{ kg/m}^2$ (υπολογίζεται διαιρώντας το βάρος σε κιλά με το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα) θεωρούνται παχύσαρκοι. Όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης μάζας σώματος πάνω από το προαναφερθέν όριο, τόσο αυξάνεται η επίδραση της παχυσαρκίας στην υγεία.

Η παχυσαρκία είναι ένας ισχυρός ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων ακόμα κι όταν απουσιάζουν άλλοι παράγοντες κινδύνου, όπως είναι το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι δυσλιπιδαιμίες κ.λπ. Οι ερευνητές και οι κλινικοί ιατροί ιστορικά τόνιζαν ότι η αύξηση της μάζας του σώματος έχει σοβαρές επιπτώσεις στην πρόληψη, αλλά και στην εξέλιξη μίας καρδιαγγειακής πάθησης. Αντίθετα σε αυτή τη γραμμή σκέψης, αυτή η υπόθεση φαίνεται να μην είναι εντελώς σωστή. Πολλές μελέ-

Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει ως παχύσαρκους τους ανθρώπους που έχουν δείκτη μάζας σώματος πάνω από ένα συγκεκριμένο όριο, χωρίς να λαμβάνει υπόψη την αναλογία των συστατικών που αποτελούν τον κάθε οργανισμό -και πιο συγκεκριμένα την αναλογία λίπους σε σχέση με τους υπόλοιπους ιστούς, όπως είναι η μυϊκή μάζα- καθώς επίσης και την κατανομή του λίπους στο σώμα. Για τον λόγο αυτό υπάρχουν ασθενείς με παρόμοιο δείκτη μάζας σώματος και παρόμοια συνολική μάζα λίπους, αλλά με εντελώς διαφορετικό προφίλ καρδιαγγειακού κινδύνου. Έτσι, η συσσώρευση λ.χ. λίπους στα σπλάχνα έχει αναγνωριστεί ως ένας μείζων μεταβολικός παράγοντας κινδύνου με αθηρογόνες και επιβλαβείς ιδιότητες στην καρδιακή λειτουργία. Αντίθετα, η συσσώρευση υποδόριου λίπους, καθώς και το βάρος που προσδίδει σε έναν οργανισμό η αυξημένη μυϊκή μάζα, φαίνεται πως δεν είναι εξίσου επιβλαβή όπως το σπλαχνικό λίπος.

Προστατευτικές ιδιότητες

Παρόλο που είναι αναμφίβολο ότι η παχυσαρκία διαδραματίζει έναν καθοριστικό ρόλο για την ανάπτυξη καρδιακής ανεπάρκειας και σχετίζεται με την επιδείνωση παραγόντων που οδηγούν στην εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, μπορεί παράλληλα να έχει σε ορισμένες περιπτώσεις και κάποιες προστατευτικές ιδιότητες. Αυτή η παράδοξη συσχέτιση έχει κυρίως αποδειχθεί σε ασθενείς με ήπιου βαθμού παχυσαρκία (δηλαδή με δείκτη μάζας σώματος έως 35 kg/m^2). Το παράδοξο της παχυσαρκίας στην καρδιακή ανεπάρκεια έχει κυρίως παρατηρηθεί σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο, όπου η συνύπαρξη του αυξημένου βάρους συσχετίστηκε με καλύτερη πρόγνωση σε σύγκριση με τους ασθενείς που είχαν φυσιολογικό βάρος ή ήταν λιποβαρείς.

Ο μοριακός μηχανισμός μέσω του οποίου το αυ-

“

Το παράδοξο της παχυσαρκίας δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να αποτελέσει παράδειγμα προς μίμηση.

”

τες έδειξαν ότι η παχυσαρκία μπορεί να διαδραματίζει έναν προστατευτικό ρόλο όταν συνυπάρχει με κάποια καρδιαγγειακή νόσο. Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε «Το παράδοξο της παχυσαρκίας» (obesity paradox). Το παράδοξο της παχυσαρκίας μελετήθηκε σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και στεφανιαία νόσο, καθώς και σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση, κολπική μαρμαρυγή, πνευμονική αρτηριακή υπέρταση και συγγενείς καρδιοπάθειες.

Σε αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο να αποσαφηνιστεί το γεγονός ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός



ξημένο σωματικό βάρος μπορεί να βελτιώνει την πρόγνωση σε κάποιους ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο, δεν έχει βιβλιογραφικά πλήρως αποσαφηνιστεί. Η βασικότερη, όμως, υπόθεση είναι ότι η αυξημένη μυϊκή μάζα και η σωστή κατανομή του λίπους οδηγούν σε βελτιωμένη καρδιοαναπνευστική φυσική κατάσταση τον οργανισμό, γεγονός που οδηγεί σε σημαντικά βελτιωμένα μακροχρόνια αποτελέσματα. Αντίθετα, όταν το αυξημένο σωματικό βάρος οφείλεται κυρίως σε συσσώρευση σπλαχνικού λίπους και συνδυάζεται με μειωμένη μυϊκή ισχύ, τότε εκκρίνονται στο αίμα πρωτεΐνες με φλεγμονώδη δράση, οι οποίες μπορούν να επιδεινώνουν απευθείας τη συστολική και διαστολική καρδιακή λειτουργία, καθώς και να οδηγούν στη δημιουργία αθηρωματικών πλακών στις αρτηρίες.

Αναμφίβολος εχθρός

Συμπερασματικά όταν το αυξημένο σωματικό βάρος και η καρδιακή ανεπάρκεια συνυπάρχουν, η πρόγνωση σε κάποιους από τους ασθενείς που ο-

ρίζονται «ήπια παχύσαρκοι» μπορεί να είναι καλύτερη σε σχέση με αυτούς που έχουν φυσιολογικό σωματικό βάρος ή είναι αδύνατοι. Είναι προφανές ότι το παράδοξο της παχυσαρκίας δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να αποτελέσει παράδειγμα προς μίμηση για τον γενικό πληθυσμό και ειδικά για ασθενείς που δεν έχουν εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. Άλλωστε, είναι αποδεδειγμένο ότι, αν η παχυσαρκία είχε προληφθεί, αυτό θα είχε οδηγήσει σε μικρότερο αριθμό ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο από την πρώτη στιγμή. Καθίσταται, λοιπόν, πολύ σημαντική η ανάπτυξη στρατηγικών άσκησης και διαίτας που θα οδηγήσουν σε βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής φυσικής κατάστασης του οργανισμού και στη βελτίωση της αναλογίας της μάζας του σπλαχνικού λίπους σε σχέση με τη μάζα του μη σπλαχνικού λίπους του σώματος, θωρακίζοντας με αυτόν τον τρόπο την υγεία του πληθυσμού, ώστε να είναι σε θέση να έχει καλύτερη πρόγνωση εάν και όταν παρουσιαστεί κάποια καρδιαγγειακή νόσος.



Ιωάννης Καλαβριτίνος
Ορθοπαιδικός, Δ/ντής
Δ' Ορθοπαιδικής Κλινικής
ΥΓΕΙΑ



Διονύσιος Ντούσις
Ορθοπαιδικός,
Επιμελητής
Δ' Ορθοπαιδικής
Κλινικής ΥΓΕΙΑ



**Παναγιώτης
Πολυκάρπουλης**
Ορθοπαιδικός,
Επιμελητής
Δ' Ορθοπαιδικής
Κλινικής ΥΓΕΙΑ

Κίνδυνος για το μυοσκελετικό

Είναι πλέον ευρέως αναγνωρισμένο ότι η παχυσαρκία είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση μυοσκελετικών συμπτωμάτων και παθήσεων. Οι επιπτώσεις της είναι εμφανείς καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και συχνά είναι σημαντικές ήδη από την παιδική ηλικία.

Ο αναπτυσσόμενος σκελετός των παιδιών και των εφήβων είναι ευάλωτος στα αυξημένα φορτία με την υπέρμετρη αύξηση του σωματικού βάρους. Κύρια σημεία ευαισθησίας είναι τα σημεία ανάπτυξης των οστών, γνωστά ως επιφύσεις. Η αυξημένη επιβάρυνση στις επιφύσεις σχετίζεται με την εμφάνιση διαφόρων παθήσεων, όπως:

- Η επιφυσιολίσθηση της μηριαίας κεφαλής.
 - Η νόσος του Blount, κατά την οποία τα γόνατα αναπτύσσουν ραιβότητα.
 - Η εμφάνιση βλαιογονίας (τα γόνατα αναπτύσσουν βλαιοσύτητα).
 - Η οστεοχονδρίτιδα της κεφαλής του μηριαίου (Νόσος Legg Calve Perthes).
 - Ο αυξημένος κίνδυνος για κατάγματα στα οστά των άκρων, λόγω μειωμένης οστικής πυκνότητας.
- Στους ενήλικες η παχυσαρκία θεωρείται ένας από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση οστεοαρθρίτιδας και μυοσκελετικού πόνου, καταστάσεις που οδηγούν σε μειωμένη λειτουργικότητα των ανθρώπων στην καθημερινότητα και μείωση της ποιότητας της ζωής τους.

Η επιβάρυνση των αρθρώσεων

Η σχέση ανάμεσα στην παχυσαρκία και την οστεοαρθρίτιδα ίσως είναι προφανής λόγω των αυξημένων φορτίων με τα οποία επιβαρύνονται οι μεγάλες αρθρώσεις του σώματος, δηλαδή τα ισχία και τα γόνατα, που οδηγούν στην πρόωμη μηχανική καταπόνηση και φθορά τους.


Παρά ταύτα η άμεση μηχανική επιβάρυνση των αρθρώσεων δεν είναι ο μοναδικός τρόπος που η παχυσαρκία τις επιβαρύνει. Ο λιπώδης ιστός είναι ένας ενεργός μεταβολικά ιστός και συνεχώς

απελευθερώνει στην κυκλοφορία χημικές ουσίες, κάποιες από τις οποίες λειτουργούν ως πρωτεΐνες διαμεσολαβητές της φλεγμονής (π.χ. TNF-α, interleukin 1). Αυτές κυκλοφορούν στο αίμα και συντηρούν μια ήπια βαθμού φλεγμονώδη αντίδραση σε ολόκληρο τον οργανισμό. Στους χόνδρους των αρθρώσεων, αυτή η φλεγμονώδης αντίδραση προκαλεί μεταβολές που τους κάνουν πιο ευαίσθητους και επιρρεπείς στη βαθμιαία καταστροφή τους.

Επιπλέον, το μηχανικό φορτίο που δέχονται οι μεγάλες αρθρώσεις εξαιτίας του αυξημένου σωματικού βάρους, προκαλεί καταπόνηση στους χόνδρους και τους ενεργοποιεί ώστε να παράγουν και αυτοί με τη σειρά τους τοπικά φλεγμονώδεις πρωτεΐνες, που επάγουν επίσης την προοδευτική καταστροφή των αρθρώσεων αυτών. Με αυτούς τους μηχανισμούς η παχυσαρκία οδηγεί σε αυξημένη εμφάνιση οστεοαρθρίτιδας στα ισχία, και κυρίως στα γόνατα, όπου η πιθανότητα να παρουσιαστεί είναι 4,7 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με λεπτόσωμα άτομα, αλλά και στα χέρια, με 2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης, και στη σπονδυλική στήλη. Μάλιστα, η επίπτωση της οστεοαρθρίτιδας φαίνεται να είναι δόσοεξαρτώμενη όσον αφορά το σωματικό βάρος, με μεγαλύτερη επίπτωση όσο αυξάνεται αυτό.

Σκελετός υπό πίεση

Η συσσώρευση λίπους, ιδίως στον κορμό, προκαλεί εμβιομηχανική διαταραχή στη στάση του σώματος και τη θέση που διατηρεί η σπονδυλική στήλη, κυρίως χαμηλά στην οσφυϊκή της μοίρα. Συγκεκριμένα, η πύελος αποκτά αυξημένη πρόσθια κλίση, οδηγώντας την οσφυϊκή μοίρα σε υπερέκταση για να διατηρηθεί η όρθια στάση, με αποτέλεσμα να αλλάξει η θέση του Ο5 σπονδύλου σε σχέση με το ιερό οστό και τη λεκάνη και να υπερφορτώνεται η περιοχή με συμπιεστικά και διατμητικά φορτία. Αυτή η κατάσταση οδηγεί σε χρόνια οσφυαλγία από μηχανική υπερφόρτωση της περιοχής και δημιουργεί τις συνθήκες για να αναπτυχθεί φθορά και οστεοαρθρίτιδα τοπικά. Μπορεί, μάλιστα, να παρομοι-



αστεί με τη θέση που παίρνει η πύελος κατά την εγκυμοσύνη και την αντίστοιχη οσφυαλγία που τη συνοδεύει.

Όταν μελετήθηκε η ποιότητα ζωής ατόμων παχύσαρκων και μη, με ήδη υπάρχουσα οστεοαρθρίτιδα, βρέθηκε ότι και εδώ η παχυσαρκία έχει σημαντική αρνητική συμβολή. Τα παχύσαρκα άτομα, σε σύγκριση με τα μη παχύσαρκα με οστεοαρθρίτιδα σε ισχία ή γόνατα, αναφέρουν χειρότερη ποιότητα ζωής, αυξημένη λήψη φαρμάκων για τον πόνο, μειωμένη ταχύτητα βάρδισης και μειωμένη φυσική δραστηριότητα, ενώ καταγράφεται και αύξηση του κινδύνου για επιδείνωση στις καθημερινές τους δραστηριότητες εντός εξαετίας. Παρουσιάζουν επίσης αυξημένη πιθανότητα, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, να εμφανίσουν οστεοαρθρίτιδα τελικού σταδίου στα ισχία και τα γόνατα και να χρειαστεί να υποβληθούν σε επέμβαση ολικής αρθροπλαστικής σε αυτές τις αρθρώσεις.

Η αντίδραση

Προφανώς, ο κύριος τρόπος αποφυγής των επιπτώσεων της παχυσαρκίας στο μυοσκελετικό σύστημα, είναι η έγκαιρη και σταθερή μείωση του σωματικού βάρους στα φυσιολογικά όρια. Όσο το αυξημένο σωματικό βάρος παραμένει, μπορούν να χρησιμοποιηθούν συντηρητικά μέσα, όπως παυσίπονα και φυσικοθεραπείες, για την ανακούφιση των μυοσκελετικών συμπτωμάτων. Όταν πλέον η οστεοαρθρίτιδα έχει προχωρήσει σημαντικά και οδεύει στο τελικό στάδιο, η λύση μπορεί να δοθεί μόνο με χειρουργική επέμβαση και η εκλογή για το ισχίο και το γόνατο είναι η ολική αρθροπλαστική της άρθρωσης. Με τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά το κύριο αίτιο του πόνου, αντικαθίσταται δηλαδή η κατεστραμμένη άρθρωση και δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να διατηρήσει το επίπεδο των καθημερινών δραστηριοτήτων του.

Η ολική αρθροπλαστική στο ισχίο και το γόνατο είναι εξαιρετικά αποτελεσματική θεραπεία και στα παχύσαρκα άτομα, όπως και στον υπόλοιπο πληθυσμό, με τους ασθενείς να αναφέρουν σημαντική βελτίωση στην καθημερινότητά τους και ότι είναι συνολικά ικανοποιημένοι μετά την επέμβαση.

Ειδικά η ρομποτικά υποβοηθούμενη αρθροπλαστική, η οποία εφαρμόζεται με ιδιαίτερη επιτυχία τα τελευταία 2 έτη στο ΥΓΕΙΑ, έχει μεγαλύτερη ένδειξη στους παχύσαρκους, λόγω των τεχνικών δυσκολιών που προκύπτουν κατά την επέμβαση. Θεωρείται ιδιαίτερα ασφαλής, με πολύ μικρή πιθανότητα για την εμφάνιση επιπλοκών, αυτές όμως είναι πιο συχνές στα παχύσαρκα άτομα σε σχέση με τα λεπτόσωμα.

“ Η παχυσαρκία οδηγεί σε αυξημένη εμφάνιση οστεοαρθρίτιδας στα ισχία, και κυρίως στα γόνατα. ”



Ευανθία Διαμάντη

- Κανδαράκη

Ενδοκρινολόγος - Διαβητολόγος, Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών, Δ/ντρια Τμήματος Ενδοκρινολογίας Διαβήτη & Μεταβολισμού ΥΓΕΙΑ

Ποσότητα ή ποιότητα;

Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στον τομέα της υγείας παγκοσμίως είναι η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, λόγω της ισχυρής συσχέτισής της με προβλήματα υγείας, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και διάφοροι τύποι καρκίνου. Τα αίτια της παχυσαρκίας περιλαμβάνουν γενετικούς, κοινωνικούς, οικολογικούς παράγοντες, καθώς και «πολιτικές» επιρροές. Παρότι τα τελευταία χρόνια πραγματοποιούνται πολλές εκστρατείες για την ενημέρωση και την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας από τους σημαντικότερους ιατρικούς οργανισμούς παγκοσμίως, εξακολουθεί να παρατηρείται ένα μεγάλο χάσμα στο τι ένα άτομο γνωρίζει για τη διατροφή και στο τι τελικά επιλέγει να φάει. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα (2019) του παγκοσμίου κύρους ιατρικού περιοδικού JAMA, η κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων έχει σχετιστεί με 15% αύξηση του κινδύνου εμφάνισης διαβήτη, καταδεικνύοντας ότι η ποιότητα είναι εξίσου σημαντική παράμετρος στις διατροφικές μας επιλογές και, κατ'επέκταση, στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας.

πρόσληψης θερμίδων, μέσω της μείωσης της ποσότητας της τροφής, και η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.

Τι πρέπει να επιλέγουμε

Μεγάλη σημασία, όμως, για την επίτευξη, αλλά και τη διατήρηση του βέλτιστου σωματικού βάρους έχει και η ποιότητα της προσλαμβανόμενης τροφής. Σήμερα, οι επιπτώσεις των κλιματικών αλλαγών στο έδαφος, η υπέρμετρη χρήση συνθετικών λιπασμάτων και φυτοφαρμάκων, καθώς και οι αυξανόμενες εφαρμογές της γενετικής, ώστε να μπορέσει να τραφεί ο ταχέως αυξανόμενος πληθυσμός της Γης, έχουν οδηγήσει στην απώλεια σημαντικών θρεπτικών συστατικών των τροφών.

Έτσι, οι επεξεργασμένες τροφές χάνουν μεγάλο μέρος της θρεπτικής τους αξίας τους, όπως πρωτεΐνες και φυτικές ίνες, ενώ ταυτόχρονα είναι πλούσιες σε ενέργεια και σε ζάχαρη, αλάτι και κορεσμένα λιπαρά. Ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα είναι οι τροφές τύπου fast food, που παρασκευάζονται εύκολα, μαζικά, με μικρό κόστος και είναι διαθέσιμες όλο το 24ωρο. Οι τροφές αυτές χαρακτηρίζονται από μεγάλη περιεκτικότητα σε αλάτι, ζάχαρη και πρόσθετα συντηρητικά, ενώ έχουν ασθενή ικανότητα προαγωγής του κορεσμού. Επιπρόσθετα, λόγω του ότι μαγειρεύονται γρήγορα σε υψηλές θερμοκρασίες, περιέχουν υψηλά επίπεδα γλυκοτοξινών (AGEs), οι οποίες έχουν καταστροφικές επιπτώσεις στον οργανισμό. Έτσι, έχειδειχθεί ότι η κατανάλωση fast food περισσότερο από 2 φορές την εβδομάδα, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας, καρδιαγγειακής νόσου και σακχαρώδη διαβήτη.



Η κατανάλωση τροφών fast food περισσότερο από 2 φορές την εβδομάδα, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας, καρδιαγγειακής νόσου και σακχαρώδη διαβήτη.



Το θέμα των θερμίδων

Η ποσότητα της ενέργειας σε ένα είδος τροφής ή ποτού μετριέται σε θερμίδες. Ο μέσος όρος των θερμίδων ανά ημέρα που χρειάζεται ένας άνθρωπος είναι εξατομικευμένος και εξαρτάται από το φύλο, την ηλικία, το σωματικό βάρος, αλλά και το επίπεδο της φυσικής του δραστηριότητας. Η παχυσαρκία δημιουργείται από την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας θερμίδων, ιδιαίτερα λιπαρών και

ζάχαρης, που δεν καίγονται μέσω της άσκησης και της φυσικής δραστηριότητας, με αποτέλεσμα το πλεόνασμα να αποθηκεύεται στο σώμα ως λίπος. Αντίθετα, όταν η ενέργεια που λαμβάνουμε ισοδυναμεί με την ενέργεια που καταναλώνουμε μέσω της φυσικής δραστηριότητας, τότε το σωματικό βάρος παραμένει σταθερό. Έτσι, ένας τρόπος ρύθμισης του σωματικού βάρους είναι η μείωση

Η σωστή αντίδραση

Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι και η ποιότητα της διατροφής είναι το κλειδί για την καταπολέμηση της παγκόσμιας επιδημίας της παχυσαρκίας, αλλά και των νοσηροτήτων που την ακολουθούν. Η βελτίωσης της ποιότητας της διατροφής -και όχι μόνο η μείωση της ποσότη-



τας- θα πρέπει να είναι ο κυριότερος στόχος όλων των υγειονομικών οργανισμών ανά τον κόσμο, ώστε να περιοριστεί η παχυσαρκία με όλες τις συνοσπρόπτες, ο επιβαρυντικός ρόλος της παχυσαρκίας στην πρόγνωση καρκίνου, αλλά και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του σύγχρονου ανθρώπου.

Υγιεινοδαιτητικές παρεμβάσεις σε σχολεία, διαφημιστικές καμπάνιες ενημέρωσης στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και η ανάπτυξη συνεργασιών μεταξύ των προμηθευτών και της βιομηχανίας τροφίμων είναι κάποιες από τις στρατηγικές που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους καταναλωτές στο να κάνουν πιο υγιεινές επιλογές.

Επίσης, ο ρόλος της τεχνολογίας είναι πολλά υποσχόμενος και στον τομέα των διατροφικών παρεμβάσεων και, με τις σωστές ιατρικές υποδείξεις, οι ενδιαφερόμενοι θα έχουν στη διάθεσή τους δυνατότητες για νέες εφαρμογές υγείας και ευεξίας. Οι δυνατότητες των «έξυπνων τηλεφώνων» και η εξοικείωση με την ψηφιακή τεχνολογία, σε συνδυασμό με την εξατομικευμένη προσέγγιση των εφαρμογών για δίαιτα και διαχείριση βάρους, μπορούν να συμβάλουν στην εκπαίδευση και κυρίως στην αύξηση της συμμόρφωσης των ενδιαφερομένων σε διαιτητικές παρεμβάσεις.





Γιώργος Π.

Σταυρόπουλος

Χειρουργός, Αν. Δ/ντής
Δ' Χειρουργικής
Κλινικής ΥΓΕΙΑ, Υπεύθυνος
Κέντρου Χειρουργικής
Παχυσαρκίας ΥΓΕΙΑ

Μια σύγχρονη επέμβαση για την κακοήθη παχυσαρκία

Η επιμήκης γαστρεκτομή (ή γαστρικό ΜΑΝΙΚΙ) είναι μία από τις σύγχρονες επεμβάσεις για την αντιμετώπιση της νοσογόνου (κακοήθους) παχυσαρκίας. Οι ενδείξεις για επέμβαση αφορούν όσους ασθενείς έχουν δείκτη μάζας σώματος (BMI) μεγαλύτερο από 40 -ή μεγαλύτερο από 35- αν η σοβαρή παχυσαρκία συνοδεύεται και από άλλα νοσήματα όπως υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, υπερλιπιδαιμία κ.ά.

Η επιμήκης γαστρεκτομή είναι κυρίως εγχείρηση περιοριστικού τύπου, που σημαίνει ότι ο ασθενής δεν μπορεί πλέον να λαμβάνει μεγάλες ποσότητες φαγητού και έτσι επιτυγχάνει την απώλεια βάρους. Όμως, πέραν του περιορισμού, υπάρχουν και ορμονικές επιδράσεις που βοηθούν σε αυτό το σκοπό. Η πρώτη αφορά τη μείωση της γρελίνης, που είναι ορμόνη του θύλου του στομάχου και μετά την επέμβαση τα επίπεδά της είναι μειωμένα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει έντονο το αίσθημα της

πείνας. Η δεύτερη αφορά την επίδραση σε ορμόνες του εντέρου και του λιπώδους ιστού που έχουν σχέση με την κένωση του στομάχου και το αίσθημα του κορεσμού.

Η διαδικασία

Οι ασθενείς χρειάζονται λεπτομερή προεγχειρητικό έλεγχο, ο οποίος περιλαμβάνει εξετάσεις αίματος, καρδιολογική και πνευμονολογική εκτίμηση, γαστροσκόπηση και υπερηχογράφημα κοιλίας. Άλλοι παράγοντες, όπως προηγούμενες επεμβάσεις, οι διατροφικές συνήθειες και η ψυχική κατάσταση του ασθενούς, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη.

Η επέμβαση γίνεται λαπαροσκοπικά και η νοσηλεία διαρκεί συνήθως δύο ημέρες.

Το στομάχι κόβεται και ράβεται κατά τον επιμήκη άξονα και έτσι δημιουργείται ένας μακρόστενος σωλήνας με χωρητικότητα περίπου 10%-15% του προηγούμενου όγκου του στομάχου και ο θύλος



“

Με την επιμήκη γαστρεκτομή ο ασθενής δεν μπορεί πλέον να λαμβάνει μεγάλες ποσότητες φαγητού.

”

του στομάχου αφαιρείται.

Οι ασθενείς εξέρχονται με οδηγίες και για τις πρώτες μέρες λαμβάνουν υδρική δίαιτα. Σταδιακά επανέρχονται σε κανονική διατροφή, δίνοντας βάση στην καλή ποιότητα της τροφής, που είναι πλούσια σε πρωτεΐνη, και την αποφυγή όλων των συμπυκνωμένων θερμίδων (γλυκά, παγωτά, οινοπνευματώδη, ξηροί καρποί, αναψυκτικά κ.λπ.), οι οποίες -αν καταναλωθούν από τον ασθενή- θα μειώσουν την αποτελεσματικότητα της εγχείρησης.

Οι επιπλοκές είναι ευτυχώς σπάνιες, αλλά σε περίπτωση που συμβούν, είναι σοβαρές. Η πιο σοβαρή επιπλοκή της επεμβάσεως, σε ποσοστό 1%-5%, είναι η διαφυγή (έξοδος γαστρικού περιεχομένου στην κοιλιακή χώρα από αστοχία της γραμμής συρραφής του στομάχου). Συνήθως συμβαίνει στις πρώτες δύο εβδομάδες και γίνεται αντιληπτή από πυρετό, ταχυκαρδία και πόνο.

Οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίζονται συντηρητικά με καλά αποτελέσματα, ορισμένοι όμως μπορεί να χρειαστούν επανεπέμβαση ή και να έχουν μακρόχρονη νοσηλεία.

Τα αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα που αφορούν την απώλεια βάρους

είναι καλά και για τα πρώτα τρία χρόνια είναι παρόμοια με αυτά της γαστρικής παράκαμψης (gastric bypass), περίπου δηλαδή απώλεια στο 65%-75% του περιττού βάρους του ασθενούς. Η παλινδρόμηση είναι μία από τις μακροπρόθεσμες παρενέργειες της επεμβάσεως και πρέπει να αντιμετωπίζεται όταν υπάρχουν κλινικά συμπτώματα ή ενδοσκοπικά ευρήματα.

Η επανάκτηση βάρους μπορεί να παρουσιαστεί έπειτα από χρόνια, γεγονός που σημαίνει απώτερη αποτυχία της επεμβάσεως. Αυτό συμβαίνει σε μικρό ποσοστό ασθενών και μπορεί να οδηγήσει στη μετατροπή της επέμβασης σε γαστρική παράκαμψη ή σε χολοπαγκρεατική εκτροπή.

Συμπέρασμα

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η επιμήκης γαστρεκτομή είναι μια πολύ καλή λύση για την αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με άλλη επέμβαση για σταδιακή αντιμετώπιση της νόσου. Η επέμβαση είναι εγκεκριμένη από διεθνείς ιατρικούς - χειρουργικούς οργανισμούς και είναι η πιο συχνή επέμβαση παγκοσμίως για τη θεραπεία της κακόηθους παχυσαρκίας.



Χαρίλαος Κ. Παππής
Χειρουργός, Διευθυντής
Γ' Χειρουργικής Κλινικής,
Νοσοκομείου ΥΓΕΙΑ,
Πρόεδρος Ελληνικής
Χειρουργικής Εταιρείας
Παχυσαρκίας

Ο «χρυσός κανόνας» της χειρουργικής παρέμβασης

Το γαστρικό bypass (γαστρική παράκαμψη) είναι ο χρυσός κανόνας της χειρουργικής της παχυσαρκίας. Πρόκειται για επέμβαση που πρωτοεφαρμόστηκε το 1967 από τον Mason και έκτοτε πραγματοποιείται σε όλο τον κόσμο με εξαιρετικά αποτελέσματα. Υπάρχουν παραλλαγές της επέμβασης, προσαρμόζοντάς τη στον εκάστοτε ασθενή. Όμως, η λογική της επέμβασης παραμένει σχεδόν ίδια.

Η χειρουργική επέμβαση σήμερα γίνεται λαπαροσκοπικά και για τον σκοπό αυτό απομονώνεται μικρό κομμάτι του στομάχου (νεοστόμαχος) χωρητικότητας περίπου 30-35 ml και συνδέεται με το πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου (νήστιδα). Όταν το μήκος του λεπτού εντέρου είναι περίπου 60-80 εκ., γίνεται μια δεύτερη σύνδεση μεταξύ τμημάτων λεπτού εντέρου, ώστε τα πεπτικά υγρά να έρχονται σε επαφή με την τροφή. Αυτό γίνεται στα 100-150 εκ. από το στομάχι και συνιστά το standard γαστρικό bypass. Αν οι έλικες του λεπτού εντέρου έχουν

μεγαλύτερο μήκος, τότε μιλάμε για τη γαστρική παράκαμψη μακρών ελίκων. Την τελευταία εικοσαετία αυξάνεται συνεχώς με επιτυχία η λεγόμενη γαστρική παράκαμψη μίας αναστόμωσης, κατά την οποία γίνεται μόνο μία ένωση λεπτού εντέρου με το μικρό στομάχι, κάτι που αυξάνει τη

δυσασπορρόφηση τροφών και την αποτελεσματικότητα της επέμβασης (γνωστό και ως mini gastric bypass).

Τα αποτελέσματα

Οι μηχανισμοί με τους οποίους φέρνει τα καλά της αποτελέσματα αυτή η επέμβαση, είναι πολλοί. Κατ' αρχάς μειώνεται δραστικά το μέγεθος του στομάχου και κατά συνέπεια η πρόσληψη του όγκου τροφής. Αυτό σε συνδυασμό με τη σωστή διατροφική καθοδήγηση (δηλαδή με την τήρηση των σωστών γευμάτων μέσα στη μέρα) είναι πολύ ισχυρός παράγοντας για απώλεια βάρους. Μετά την επέμβαση

εκκρίνονται ορμόνες από το πεπτικό του ασθενούς, οι οποίες δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν μια σειρά από ευεργετικά αποτελέσματα. Μερικά από αυτά είναι η ανορεξία, η απέχθεια για τα γλυκά και τα λιπαρά, η βελτίωση του μεταβολισμού και η κινητοποίηση των λιποαποθηκών.

Έτσι, τα μακροπρόθεσμα καλά αποτελέσματα αυτών των επεμβάσεων δεν οφείλονται μόνο στο ότι τρώνε λίγο οι ασθενείς, αλλά υποβοηθούνται σημαντικά και από ορμονικούς παράγοντες. Γι' αυτό σήμερα δεν μιλάμε μόνο για βariatρική χειρουργική, αλλά και για μεταβολική χειρουργική, με εξαιρετικά αποτελέσματα σε μεταβολικά νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Η βελτίωση του μεταβολισμού της γλυκόζης βελτιώνει ή και θεραπεύει τον διαβήτη και αυξάνει σημαντικά τις καύσεις. Επίσης, μειώνει τη χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια. Στις θετικότερες συνέπειες της επέμβασης είναι η βελτίωση του ύπνου και η εξάλειψη των απνοιών, η ρύθμιση ή θεραπεία της υπέρτασης και η αντιμετώπιση πολλών μυοσκελετικών προβλημάτων.

Θα πρέπει να αναφέρουμε και την αισθητική διάσταση του θέματος, καθώς η σοβαρή παχυσαρκία δημιουργεί έντονα ψυχικά προβλήματα, κοινωνικό ρατσισμό, αλλά και ζητήματα στις εργασιακές σχέσεις. Όλα αυτά βελτιώνονται θεαματικά μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Η νοσογόνος παχυσαρκία αποτελεί σήμερα ίσως το σοβαρότερο πρόβλημα της ανθρωπότητας. Δημιουργεί προβλήματα σε όλα τα συστήματα του οργανισμού, με συνέπεια να αυξάνει τις νοσηλείες και τη νοσηρότητα και κυρίως να προκαλεί τεράστιο αριθμό θανάτων. Πρέπει, λοιπόν, να αντιμετωπίζεται ως νόσος και όχι ως αισθητικό πρόβλημα. Γι' αυτό και η μόνη σταθερή λύση είναι η χειρουργική, κάτι που έχει αναγνωριστεί από το NIH από το 1991. Η χειρουργική της παχυσαρκίας δεν είναι θέμα «της μόδας» όπως ίσως κάποιοι νομίζουν. Εφαρμόζεται από το 1953. Το πρόβλημα, όμως, της σοβαρής παχυσαρκίας έχει πάρει στις μέρες μας σοβαρές διαστάσεις.

“

Σήμερα δεν μιλάμε μόνο για βariatρική χειρουργική, αλλά και για μεταβολική χειρουργική, με εξαιρετικά αποτελέσματα.

”





Ευάγγελος Μπεηλιώνιας
Πλαστικός Χειρουργός,
Επιστ. Συνεργάτης ΥΓΕΙΑ

Ο ρόλος της πλαστικής χειρουργικής

Η σύγχρονη πλαστική χειρουργική είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ολιστικής αντιμετώπισης των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε επεμβάσεις βariatρικής χειρουργικής, δηλαδή επεμβάσεις που βοηθούν στη μαζική απώλεια βάρους. Οι ασθενείς αυτοί, μετά την απώλεια βάρους και εφόσον έχουν σταθεροποιηθεί, καταφεύγουν στον πλαστικό χειρουργό για να βελτιώσουν την εμφάνιση τους. Αντιμετωπίζουν τη ζωή τους πλέον με μια διαφορετική ψυχολογία και έχουν την αίσθηση ότι δικαιούνται μια πιο ισορροπημένη εξωτερική εμφάνιση. Έτσι, καταφεύγουν στη βοήθεια της σύγχρονης πλαστικής χειρουργικής για να αντιμετωπίσουν τόσο τη μεγάλη χαλάρωση του δέρματος που έχει χάσει κάθε δυνατότητα σύσφιξης από μόνο του στο πρόσωπο και στον λαιμό, στους βραχίονες, στον θώρακα, στην κοιλιά, στη μέση και στους μηρούς, όσο και την απώλεια όγκου των μαστών και των γλουτών.

κώματος αντιμετωπίζονται στον ίδιο χειρουργικό χρόνο, με τη βοήθεια τόσο της λαπαροσκοπικής χειρουργικής όσο και με την τοποθέτηση πλεγμάτων.

Οι γλουτοί

Το κρέμασμα και άδειασμα των γλουτών διορθώνεται με την επέμβαση της ανόρθωσης των γλουτών. Στην επέμβαση της ανόρθωσης των γλουτών, τμήμα των ιστών που περισσεύει χρησιμοποιείται σαν αιματούμενο μαξιλάρι για την αύξηση της προβολής των γλουτών (αυτόλογη αυξητική των γλουτών) κυρίως στις γυναίκες, δίνοντάς τους έτσι ένα πολύ ελκυστικό αποτέλεσμα. Οι ουλές στην επέμβαση αυτή σχεδιάζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να κρύβονται επαρκώς κάτω από το εσώρουχο ή το μαγιό.

Σε περιπτώσεις όπου η χαλάρωση είναι πιο προχωρημένη, μπορεί να χρειαστεί να γίνει δερμολιπεκτομή που να αφορά όλη την περίμετρο του σώματος στο ύψος της ζώνης (belt lipectomy, lower body lift). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ανόρθωση των ιστών και τη βελτίωση του περιγράμματος του σώματος.

Οι μαστοί και οι μηροί

Η χαλάρωση και το άδειασμα των μαστών απαιτεί ιδιαίτερη προσέγγιση. Στους άντρες το πρόβλημα των μαστών αντιμετωπίζεται με αφαίρεση του δέρματος που περισσεύει και μετάθεση των θηλών στη σωστή θέση. Στις γυναίκες, εκτός από την ανόρθωση των μαστών, χρειάζεται συχνά και τοποθέτηση ενθεμάτων σιλικόνης για την αποκατάσταση του όγκου των μαστών, δηλαδή αυξητική μαστοπληξία.

Η χαλάρωση των βραχιόνων αντιμετωπίζεται με τη βραχιονοπλαστική. Στην επέμβαση αυτή αφαιρείται το λίπος και το δέρμα που περισσεύουν και γίνεται ανόρθωση και περιμετρική σύσφιξη των μηράτων. Οι τομές τοποθετούνται στην έσω επιφάνεια των μηράτων και έτσι φαίνονται ελάχιστα.

“

Η σύγχρονη πλαστική χειρουργική αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι μιας οργανωμένης βariatρικής θεραπείας.

”

Η κοιλιά

Το πλέον συχνό πρόβλημα δημιουργείται από τη χαλάρωση και την πτώση της κοιλιάς, που προκαλεί όχι μόνο αισθητικά, αλλά και λειτουργικά προβλήματα, που δυσκολεύουν την καθημερινότητα του ασθενή. Τα προβλήματα αυτά σχετίζονται τόσο με το ντύσιμο και τη

γενικότερη εμφάνιση, αλλά και με πόνους στη μέση από τη μετατόπιση του κέντρου βάρους, με το σκύψιμο, καθώς επίσης και με δερματίτιδες στο σημείο της αναδίπλωσης.

Το πρόβλημα της κρεμάμενης κοιλιάς αντιμετωπίζεται με ασφάλεια και μικρούς χρόνους αποθεραπείας με τις σύγχρονες τεχνικές κοιλιοπλαστικής, οι οποίες στα χέρια του πεπειραμένου πλαστικού χειρουργού οδηγούν σε άριστα αποτελέσματα τόσο από αισθητικής όσο και από λειτουργικής άποψης. Τυχόν συνυπάρχουσες κήλες του κοιλιακού τοι-



Η ανόρθωση των μηρών κατά παρόμοιο τρόπο αντιμετωπίζει τη χαλάρωση και την πτώση των μηρών. Μπορεί να συνδυαστεί και με λιπογλυπτική. Οι τομές και εδώ τοποθετούνται στην έσω επιφάνεια των μηρών για να είναι λιγότερο ορατές.

Το πρόσωπο

Η χαλάρωση και το άδειασμα των όγκων του προσώπου αντιμετωπίζονται με την επέμβαση της ρυτιδοπλαστικής (Facelift), η οποία μπορεί να συνδυαστεί με τις σύγχρονες μεθόδους της λιπομεταφοράς για την αποκατάσταση των όγκων του

προσώπου και την αντιγήρανση.

Σε προσεκτικά επιλεγμένες περιπτώσεις μπορεί στην ίδια χειρουργική επέμβαση να γίνει συνδυασμός επεμβάσεων, δηλαδή αυξητική μαστοπηξία και κοιλιοπλαστική βραχιονοπλαστική και ανόρθωση μηρών. Οι παραπάνω περιπτώσεις προϋποθέτουν την ύπαρξη εξειδικευμένης ομάδας πλαστικών χειρουργών για να κρατηθεί ο χρόνος της επέμβασης σε ασφαλή επίπεδα.

Η σύγχρονη πλαστική χειρουργική αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι μιας οργανωμένης βαριατρικής θεραπείας.



Ζυμαρικά με Λαχανικά από τον Μπάρμπα Στάθη!

Φτιαγμένα το ένα για το άλλο!

Επιλεγμένα ελληνικά ζυμαρικά συναντούν εκλεκτά λαχανικά, τόσο αγνά και φρέσκα όσο τη στιγμή που κόπηκαν, με τη μοναδική φροντίδα και την εγγύηση Μπάρμπα Στάθης. Μέσα από 5 ξεχωριστούς συνδυασμούς, δημιουργεί μια νέα απόλαυση με υψηλή διατροφική αξία, φτιαγμένη γι' αυτούς που αγαπούν τόσο τα ζυμαρικά όσο και τα λαχανικά. Απολαύστε τις 5 υπέροχες γεύσεις ως πλήρες γεύμα ή συνοδευτικό, σε μόλις 15 λεπτά, βάζοντας μόνο νερό και ελαιόλαδο!

Ζυμαρικά με Λαχανικά από τον Μπάρμπα Στάθη. Φτιαγμένα το ένα για το άλλο!

Ξεχωρίζουν γιατί...

- Συνδυάζουν ιδανικά τα φρέσκα, αγνά και θρεπτικά λαχανικά Μπάρμπα Στάθης με επιλεγμένα ελληνικά ζυμαρικά
 - Είναι απλοί συνδυασμοί, χωρίς πρόσθετα
 - Χρειάζονται μόνο μαγείρεμα - δεν είναι έτοιμο φαγητό
 - Είναι ολοκληρωμένη θρεπτική και γευστική πρόταση, για κυρίως ή συνοδευτικό γεύμα
- Είναι συσκευασίες 500 γρ., που ισοδυναμούν με 2 μερίδες φαγητού
 - Ετοιμάζονται σε μόλις 13-15 λεπτά
- Για να μαγειρευτούν, χρειάζονται μόνο νερό και ελαιόλαδο
 - Είναι ιδανική βάση για ευφάνταστες συνταγές με ζυμαρικά με λαχανικά



Υλικά (για 2 άτομα)

- 1 συσκευασία Κριθαράκι με πιπεριές & ντομάτα Μπάρμπα Στάθης 500 γρ.
- 3 κ.σ. ελαιόλαδο
- 750 ml χλιαρό ζωμό λαχανικών
- 160 γρ. πεκορίνο τριμμένο
- ½ φλ. διάφορα μυρωδικά (μαϊντανό, άνηθο, ρίγανη)
- αλάτι, φρεσκοτριμμένο πιπέρι

Κριθαρότο με πιπεριές & ντομάτα, πεκορίνο και μυρωδικά

Εκτέλεση

Σε ένα βαθύ τηγάνι ρίχνουμε το περιεχόμενο της συσκευασίας Κριθαράκι με Πιπεριές & Ντομάτα Μπάρμπα Στάθης 500 γρ. και το σοτάρουμε με το ελαιόλαδο για 5-6 λεπτά. Χαμηλώνουμε την ένταση της φωτιάς και ρίχνουμε μια κουτάλα από τον ζωμό λαχανικών. Ανακατεύουμε μέχρι να απορροφηθεί και επαναλαμβάνουμε τη διαδικασία κουτάλα - κουτάλα, μέχρι να απορροφηθεί όλη η ποσότητα του ζωμού. Αλατοπιπερώνουμε και ρίχνουμε τα μυρωδικά και το τριμμένο πεκορίνο και ανακατεύουμε προσεκτικά. Αφήνουμε να σταθεί για 3 λεπτά και σερβίρουμε με το υπόλοιπο τριμμένο τυρί.



Συνδυασμός που είναι πηγή φυτικών ινών, πρωτεϊνών και έχει υψηλή περιεκτικότητα σε βιταμίνη C.



Σουφλέ με πένες με σπανάκι και κατσικίσιο τυρί

Υλικά (για 2 άτομα)

- 1 συσκευασία Πένες με σπανάκι Μπάρμπα Στάθης 500 γρ.
- 4 κ.σ. ελαιόλαδο
- 2 αβγά μεγάλα
- 160 ml κρέμα γάλακτος
- 150 γρ. κατσικίσιο τυρί θρυμματισμένο
- Λίγη τριμμένη παρμεζάνα
- Αλάτι και φρεσκοτριμμένο πιπέρι



Εκτέλεση

Σε ένα βαθύ τηγάνι ρίχνουμε 3 κ.σ. ελαιόλαδο και σοτάρουμε τις Πένες με σπανάκι με αρακά & κολλοκυθάκι για 5-6 λεπτά. Στη συνέχεια, ρίχνουμε το νερό και βράζουμε τα ζυμαρικά με λαχανικά, ανακατεύοντας συχνά, για 8-10 λεπτά. Σε ένα μπολ μεγάλο χτυπάμε τα αβγά με την κρέμα γάλακτος και αλατοπιπερώνουμε. Ρίχνουμε τις πένες και το κατσικίσιο τυρί και ανακατεύουμε προσεκτικά. Λαδώνουμε καλά ένα πυρίμαχο σκεύος και ρίχνουμε το μίγμα. Πασπαλίζουμε με λίγη τριμμένη παρμεζάνα. Ψήνουμε σε προθερμασμένο φούρνο στους 180°C για 20 λεπτά.



Συνδυασμός που είναι πηγή πρωτεϊνών, βιταμίνης Α, βιταμίνης C, μαγγανίου και σεληνίου.

Βίδες μεμανιτάρια & καρότο και σάλτσα ντομάτας με ελιές, κάπαρη και βασιλικό

Υλικά (για 2 άτομα)

- 1 συσκευασία Βίδες μεμανιτάρια & καρότο Μπάρμπα Στάθης 500 γρ
- 120 ml νερό
- 5 κ.σ. ελαιόλαδο
- 1 κ.σ. ψιλοκομμένο κρεμμύδι Μπάρμπα Στάθης
- 160 ml. σάλτσα ντομάτας για λαδερά
- 2 κ.σ. ελιές αποπυρηνωμένες και κομμένες σε ροδέλες
- 2 κ.σ. κάπαρη
- ½ φλ. φύλλα βασιλικού χοντροκομμένα
- αλάτι και φρεσκοτριμμένο πιπέρι



Εκτέλεση

Σε ένα βαθύ τηγάνι ρίχνουμε 3 κ.σ. ελαιόλαδο και σοτάρουμε τις Βίδες μεμανιτάρια & καρότο Μπάρμπα Στάθης για 5-6 λεπτά. Στη συνέχεια ρίχνουμε το νερό και βράζουμε τα ζυμαρικά με λαχανικά, ανακατεύοντας συχνά, για 10-12 λεπτά. Σε ένα άλλο σκεύος ρίχνουμε το υπόλοιπο ελαιόλαδο και το κρεμμύδι ψιλοκομμένο και σοτάρουμε για 2-3 λεπτά. Ρίχνουμε τη σάλτσα για λαδερά, τις ελιές και την κάπαρη και σιγοβράζουμε για 3 λεπτά ακόμη. Αλατοπιπερώνουμε και ανακατεύουμε προσεκτικά. Σερβίρουμε πασπαλίζοντας με φύλλα βασιλικού.



Συνδυασμός που είναι πηγή πρωτεϊνών, χαλκού, μαγγανίου και υψηλή περιεκτικότητα σε σελήνιο.



Μας κάνει καλό

Μπάρμπα Στάθης
Κάθε μέρα μια νόστιμη και θρεπτική ιδέα
με λαχανικά στο πιάτο μας!

www.barbastathis.com



για όλους



Γρίπη

10 μύθοι και αλήθειες για τον εμβολιασμό



Ελένη Πατρόζου
Παθολόγος -
Λοιμωξιολόγος, Επιστ.
Συνεργάτις ΥΓΕΙΑ

Κάθε χρόνο στην Ελλάδα χάνονται 1.000 άνθρωποι από τη γρίπη και τις επιπλοκές της. Ο αριθμός κρίνεται αδικαιολόγητος, αφού υπάρχει η δυνατότητα του εμβολιασμού, ο οποίος μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα άμυνας όλων μας. Ποιοι, όμως, είναι οι μύθοι που αποτρέπουν κάποιους από το να εμβολιαστούν και τι πραγματικά πρέπει να γνωρίζουμε;

Ο εμβολιασμός θεωρείται μία από τις σημαντικότερες ανακαλύψεις στην ιστορία της ιατρικής. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), «Δύο παρεμβάσεις είχαν τη μεγαλύτερη επίδραση στη δημόσια υγεία διεθνώς: το καθαρό νερό και τα εμβόλια». Παρ' όλα αυτά στις μέρες μας, ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες χώρες, ανθεί ο σκεπτικισμός έναντι των εμβολίων και συχνά επικρατούν μύθοι όπως αυτοί που καταρρίπτονται στη συνέχεια.

Μύθος #1: Είναι προτιμότερο η ανοσοποίηση να επιτυγχάνεται από την ίδια την ασθένεια παρά με τον εμβολιασμό.

Τα εμβόλια αλληλεπιδρούν με το ανοσοποιητικό σύστημα για να παράγουν μια ανοσιακή απάντηση όμοια με αυτή που παράγεται από τη φυσική λοίμωξη, αλλά χωρίς να προκαλούν την ίδια την ασθένεια και τις δυνητικές επιπλοκές της.

Μύθος #2: Η γρίπη είναι μια απλή ίωση.

Η γρίπη είναι μια σοβαρή λοίμωξη του αναπνευστικού και υπολογίζεται ότι στη χώρα μας σκοτώνει 1.000 άτομα κάθε χρόνο. Οι ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι έγκυες, τα μικρά παιδιά, οι ηλικιωμένοι, καθώς και τα άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν και να πεθάνουν. Αλλά ακόμα και υγιή άτομα κινδυνεύουν από τη γρίπη και τις επιπλοκές της.

Μύθος #3: Το εμβόλιο είναι μόνο για τους ηλικιωμένους και όσους έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας.

Από το 2010 το Αμερικανικό Κέντρο Ελέγχου Λοι-

μώξεων συνιστά τη χορήγηση του αντιγριπικού εμβολίου σε τα παιδιά άνω των 6 μηνών και όλους τους ενήλικες. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίδεται στις ομάδες υψηλού κινδύνου:

1. Άτομα άνω των 60 ετών
 2. Άτομα υψηλού κινδύνου, όπως:
 - Άτομα με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή άσθμα, χρόνια καρδιακά, νεφρικά και ηπατικά νοσήματα.
 - Ασθενείς με μειωμένη άμυνα (λόγω υποκείμενης κακοήθειας, λήψης κορτιζόνης και άλλων αντινεοπλασματικών φαρμάκων, ακτινοβολιών).
 - Άτομα με δρεπανοκυτταρική νόσο και σπληνεκτομή.
 - Οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη.
 - Έγκυες οποιοσδήποτε τριμήνου, λεχωίδες και θηλάζουσες.
 3. Παιδιά που παίρνουν χρονίως ασπιρίνη.
 - Κλειστοί πληθυσμοί.
 - Παχύσαρκοι.
3. Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
 4. Αυτοί που φροντίζουν παιδιά μικρότερα των 6 μηνών ή άτομα υψηλού κινδύνου όταν δεν μπορούν να εμβολιαστούν, ώστε να τα προστατεύσουν.
 5. Όλοι οι καπνιστές.

Μύθος #4: Το εμβόλιο της γρίπης δεν είναι αποτελεσματικό.

Όταν οι ιοί της γρίπης που περιλαμβάνει το εμβόλιο

“

Ο εμβολιασμός των εγκύων έχει το πρόσθετο πλεονέκτημα της προστασίας των νεογέννητων για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής τους.

”

είναι παρόμοιοι με τους ιούς που «κυκλοφορούν» τη συγκεκριμένη περίοδο, είναι πολύ αποτελεσματικό. Από μελέτες που έχουν γίνει, έχει δείχθει ότι προστατεύεται από τη νόσο το 70%-90% των ατόμων που εμβολιάζονται. Στους ηλικιωμένους και σε αυτούς που πάσχουν από σοβαρά χρόνια νοσήματα το εμβόλιο συχνά είναι λιγότερο αποτελεσματικό, αλλά ακόμη και σε αυτές τις περιπτώσεις μειώνει τις εισαγωγές στο νοσοκομείο και τους θανάτους από επιπλοκές.

Μύθος #5: Το εμβόλιο προκαλεί γρίπη.

Το εμβόλιο περιέχει νεκρούς ιούς γρίπης ή τμήματα του ιού και για τον λόγο αυτό δεν προκαλεί τη νόσο.

Μύθος #6: Το εμβόλιο έχει σοβαρές παρενέργειες.

Το αντιγριπικό εμβόλιο είναι ασφαλές και καλά ανεκτό. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες περιορίζονται σε ήπιες αντιδράσεις στο σημείο χορήγησης του εμβολίου. Σπάνια μπορεί να παρατηρηθούν μυαλγίες και δέκατα.

Μύθος #7: Το εμβόλιο πρέπει να γίνεται τον Σεπτέμβριο.

Ο εμβολιασμός πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο κατά το χρονικό διάστημα Οκτωβρίου - Νοεμβρίου. Χρειάζονται περίπου 2 εβδομάδες από τον εμβολιασμό ώστε ο οργανισμός να δημιουργήσει προστατευτικά αντισώματα για τη γρίπη. Παρότι ο καλύτερος χρόνος για εμβολιασμό είναι η περίοδος Οκτωβρίου - Νοεμβρίου, μπορεί κάποιος να εμβολιαστεί καθ' όλη τη διάρκεια δραστηριότητας του ιού.

Μύθος #8: Το εμβόλιο δεν είναι ασφαλές στην εγκυμοσύνη.

Το αντιγριπικό εμβόλιο είναι ασφαλές σε όλη τη διάρκεια της κύησης. Οι έγκυες γυναίκες έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να νοσηλευθούν σε μονάδα εντατικής θεραπείας λόγω επιπλοκών της γρίπης. Ο εμβολιασμός των εγκύων έχει το πρόσθετο πλεονέκτημα της προστασίας των νεογέννητων για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής.

Μύθος #9: Ηλικιωμένοι και ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς πρέπει να κάνουν 2 δόσεις του εμβολίου.

Όχι. Στους ενήλικες αρκεί να γίνεται μόνο μία δόση εμβολίου κάθε χρόνο. Μελέτες έχουν δείξει ότι επαναληπτική δόση του εμβολίου γρίπης δεν προσφέρει στη βελτίωση της ανοσίας. Στα παιδιά ηλικίας μικρότερης των 9 ετών που εμβολιάζονται για πρώτη φορά κατά της γρίπης, πρέπει να γίνονται δύο δόσεις εμβολίου, σε διάστημα τουλάχιστον ενός μήνα η μία από την άλλη.

Μύθος #10: Άτομα που είναι αλλεργικά στο αυγό δεν πρέπει να κάνουν το αντιγριπικό εμβόλιο.

Η αλλεργία στο αυγό είναι αρκετά ασυνήθιστη, παρουσιάζεται στα παιδιά σε ποσοστό 1,3% και στους ενήλικες σε ποσοστό 0,2%. Άτομα με ήπιες αλλεργικές αντιδράσεις στο αυγό (π.χ. εξάνθημα) μπορούν να εμβολιαστούν. Μόνο άτομα με σοβαρές αλλεργικές αντιδράσεις του τύπου της αναφυλαξίας στο αυγό ή σε προηγούμενο αντιγριπικό εμβολιασμό, πρέπει να απέχουν του εμβολίου.





ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΦΡΟΥ ΜΗΤΕΡΑ

Επιλογή ποιότητας και στήριγμα ζωής

Η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού λειτουργεί εντός του ΜΗΤΕΡΑ, μίας μεγάλης και πλήρως οργανωμένης κλινικής, που εξασφαλίζει ασφαλή και αξιόπιστη ιατρική φροντίδα.

- 🏥 Ιατροί όλων των ειδικοτήτων και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό 24/7.
- 🏥 Σύγχρονος εξοπλισμός με 14 μηχανήματα τεχνητού νεφρού FRESenius 5008S με επιλογή online αιμοκάθαρσης.
- 🏥 Δίκτυο επικοινωνίας με κέντρα αιμοκάθαρσης στην Ελλάδα και το εξωτερικό, με σκοπό τη διευκόλυνση μετακίνησης των ασθενών της Μονάδας.
- 🏥 Άμεση δυνατότητα κλήσεως σε περίπτωση έκτακτων περιστατικών.
- 🏥 Ευχάριστο και φιλόξενο περιβάλλον με απόλυτο σεβασμό στις ανάγκες του κάθε ασθενή (ατομική εγκατάσταση οξυγόνου, συσκευή τηλεόρασης, ραδιόφωνο, τηλεφωνική γραμμή και πρόσβαση στο Wi-Fi της Κλινικής).

ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΜΗΤΕΡΑ

📞 210 6869 412 | 210 6869 407

Ερυθρού Σταυρού 6, 15123, Μαρούσι. F: 210 6869 926
E: nefro@mitera.gr

www.mitera.gr



- 📘 Facebook/mitera.hospital
- ▶ Youtube/Ekdiloseismitera
- 🌐 LinkedIn/company/mitera-hospital-
- 📷 Instagram/mitera.gr



Χρήστος Ιατρού
Νεφρολόγος, Διευθυντής
Κέντρου Διάγνωσης και
Θεραπείας Νεφρικών
Νοσημάτων ΥΓΕΙΑ,
Διευθυντής Μονάδας
Τεχνητού Νεφρού
ΜΗΤΕΡΑ

Χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) Νέα δεδομένα στη θεραπεία

Η χρόνια νεφρική νόσος είναι μία όχι σπάνια πάθηση, η οποία έχει σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή του πάσχοντα. Τι είναι, όμως, και τι αλλάζει στη θεραπευτική της αντιμετώπιση;

Η χρόνια νεφρική νόσος (ΧΝΝ) είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μόνιμη νεφρική βλάβη, με ή χωρίς έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, η οποία έχει σημαντικές επιπτώσεις στον πάσχοντα, αλλά και στα ασφαλιστικά συστήματα των κρατών. Η συχνότητα εμφάνισής της στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται παγκοσμίως στο 10%-14%, που σημαίνει ότι ένας στους περίπου 10 κατοίκους πάσχει από ΧΝΝ. Οι επιπτώσεις της συνίστανται κυρίως στο ότι οι πάσχοντες έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων (στεφανιαίας νόσου, καρδιακής ανεπάρκειας, εγκεφαλικών επεισοδίων), μείωση της ποιότητας ζωής και πρόωρο θάνατο. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή της είναι κυρίως η ύπαρξη υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας (αύξηση της χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων), παχυσαρκίας, καρδιαγγειακών νοσημάτων και υπερουρική αιμία (αύξηση του ουρικού οξέος). Επιπρόσθετοι παράγοντες είναι το κάπνισμα, η έκθεση σε νεφροτοξικά φάρμακα (π.χ. η μακροχρόνια λήψη ακόμα και ήπιων αναλγητικών ή η χωρίς περίσκεψη λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών - φάρμακα που εύκολα λαμβάνονται για οσφυαλγία, ρευματικούς πόνους) κ.ά.


Τα στάδια της νόσου

Η νόσος έχει κατηγοριοποιηθεί σε πέντε κατηγορίες ή στάδια. Στο στάδιο 1 η νεφρική λειτουργία είναι φυσιολογική, που σημαίνει ότι στις συνήθεις εξετάσεις αίματος που κάποιος κάνει στο πλαίσιο ενός προσυμπτωματικού ελέγχου (check up) δεν διαπιστώνεται η νεφρική βλάβη και ενδείξεις ότι οι νεφροί πάσχουν είναι η διαπίστωση αιματουρίας

(δηλαδή ύπαρξη περισσότερων των αναμενόμενων ερυθρών αιμοσφαιρίων) στη γενική ούρων ή η διαπίστωση μικροαλβουμιουρίας ή πρωτεϊνουρίας (και αυτές προσδιορίζονται σε εξέταση ούρων), καθώς επίσης η ύπαρξη ευρημάτων σε ακτινολογικό έλεγχο ή υπερηχογράφημα νεφρών ή ιστολογικών βλαβών (στην περίπτωση που γίνει βιοψία νεφρού).

Κατά την πρώτη διάγνωση της νόσου οι περισσότεροι ασθενείς βρίσκονται συνήθως στο στάδιο 3, δηλαδή στο στάδιο που χαρακτηρίζεται από σημαντική νεφρική βλάβη και απώλεια της νεφρικής λειτουργίας κατά 50% περίπου, χωρίς όμως να υπάρχουν συμπτώματα (στο στάδιο αυτό υπάρχουν πλέον ευρήματα στις συνήθεις εξετάσεις αίματος και ούρων, μέσω των οποίων αναγνωρίζεται η νεφρική βλάβη, όπως π.χ. η αύξηση των τιμών ουρίας και κρεατινίνης στο αίμα κ.ά.). Παρά το προχωρημένο αυτό στάδιο, είναι ατυχές ότι μόνο το 45%-50% των πασχόντων φαίνεται να γνωρίζει ότι πάσχει από ΧΝΝ (συνολικά το 95% των ασθενών με νεφρική βλάβη και λίγο μειωμένη νεφρική λειτουργία δεν το γνωρίζουν).

Όταν έχει χαθεί το 85%-90% της νεφρικής λειτουργίας, ο ασθενής βρίσκεται πλέον στο στάδιο 5 (τελευταίο) με σαφή στοιχεία στις εξετάσεις αίματος και ούρων (π.χ. πολύ υψηλές τιμές κρεατινίνης και ουρίας στο αίμα και χαμηλό ειδικό βάρος ούρων), που δηλώνουν το πολύ προχωρημένο της νόσου, αλλά συχνά και συνύπαρξη κλινικών συμπτωμάτων (π.χ. αδυναμία, καταβολή, ανορεξία, ναυτία κ.ά.). Στο στάδιο αυτό ο ασθενής, για να επιβιώσει, θα πρέπει να αρχίσει να υποβάλλεται σε εξωνεφρική



κάθαρση (αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση) ή να υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού (υπό προϋποθέσεις μπορεί να γίνει και πριν από την έναρξη αιμοκάθαρσης).

Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εξέλιξη της νόσου είναι η μεγαλύτερη ηλικία των ασθενών, το φύλο (στους άνδρες παρατηρείται ταχύτερη εξέλιξη), το οικογενειακό ιστορικό (δηλαδή η ύπαρξη ασθενούς με νεφρική ανεπάρκεια στο οικογενειακό περιβάλλον είναι κακός προγνωστικός δείκτης για την εξέλιξη της νόσου), ο βαθμός της υπάρχουσας πρωτεϊνουρίας και ο ανεπαρκής έλεγχος των μεταβαλλόμενων προδιαθεσικών παραγόντων (υπέρτασης, σακχάρου κ.ά.).

Η αντιμετώπιση

Σήμερα, η επιβράδυνση της εξέλιξης της ΧΝΝ εξαρτάται από την έγκαιρη παραπομπή του ασθενούς στον ειδικό νεφρολόγο και την εφαρμογή των μέχρι σήμερα υπάρχουσών φαρμακευτικών και διαιτητικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Αυτές αποσκοπούν στην αντιμετώπιση του αιτίου που προκάλεσε την αρχική νεφρική βλάβη ή των μηχανισμών εξέλιξής της.

Στο κοντινό μέλλον, όμως, η αντιμετώπιση - επιβράδυνση της εξέλιξης της ΧΝΝ φαίνεται ότι βρίσκεται στη εφαρμογή καινοτόμων κυτταρικών και γονιδιακών θεραπειών από τον χώρο της αναγεννητικής ιατρικής και τον τομέα αυτό, έπειτα από έρευνα και μελέτες, σκοπεύει να προωθήσει στη χώρα μας (και όχι μόνο) το Νεφρολογικό Κέντρο του ΥΓΕΙΑ (βλέπε δραστηριότητες του Κέντρου στον ιστότοπο του ΥΓΕΙΑ).



Κωνσταντίνος

Σπάργιας

Επεμβατικός

Καρδιολόγος, Δ/ντής

Τμήματος Διαδερμικών

Βαλβίδων ΥΓΕΙΑ

Διαδερμική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας

Όλα όσα πρέπει να γνωρίζουμε

Η σοβαρή στένωση της αορτικής βαλβίδας προκαλεί σημαντική νοσηρότητα, μειώνει δραματικά το προσδόκιμο επιβίωσης και είναι η συχνότερη βαλβιδοπάθεια που αντιμετωπίζεται χειρουργικά. Την τελευταία 10ετία η μέθοδος της διαδερμικής αντικατάστασης της βαλβίδας έχει απλοποιήσει θεαματικά τη θεραπεία της πάθησης και ενδείκνυται πλέον για τους περισσότερους ασθενείς. Ποια είναι αυτή, λοιπόν, και πότε συνιστάται η εφαρμογή της;

Η αορτική βαλβίδα είναι μία από τις τέσσερις βαλβίδες της καρδιάς και μέσω αυτής εξωθείται το αίμα από την καρδιά προς όλο το σώμα. Το φυσιολογικό άνοιγμα της αορτικής βαλβίδας είναι περίπου 3-4 τετραγωνικά εκατοστά. Σημαντική θεωρείται η στένωση όταν το στόμιο της αορτικής βαλβίδας γίνεται μικρότερο από 1 τετραγωνικό εκατοστό.

Ο εκφυλιστικός μηχανισμός που δημιουργεί τη στένωση της αορτικής βαλβίδας, είναι δυναμικός και εξελικτικός. Κύρια χαρακτηριστικά της διαδικασίας αυτής είναι η σταδιακή σκλήρυνση και πάχυνση της βαλβίδας με εναπόθεση ασβεστίου σε αυτή, με προοδευτικό περιορισμό της κινητικότητας των γλωκίνων της και τελικά της διάνοιξής της.

Περίπου το 5% των ανθρώπων ηλικίας άνω των 75 ετών έχει αναπτύξει τουλάχιστον μετρίου βαθμού στένωση της αορτικής βαλβίδας.

Η πάθηση, όταν καθίσταται σημαντική, εξελίσσεται ταχέως και έχει κακή πρόγνωση με μεγάλη νοσηρότητα και ταλαιπωρία για τους ασθενείς, αλλά και για τους οικείους τους.

Τα συμπτώματα και η θεραπεία

Τα συνήθη συμπτώματα της στένωσης της αορτικής βαλβίδας είναι δύσπνοια, στηθαγχικός πόνος, ζαλάδες έως και συγκοπικά επεισόδια.

Από τη στιγμή εμφάνισης αυτών των συμπτωμάτων, η αναμενόμενη επιβίωση του ασθενούς μει-

ώνεται δραματικά.

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να ανακουφίζει προσωρινά κάποια συμπτώματα, αλλά δεν επηρεάζει και δεν θεραπεύει την πάθηση της βαλβίδας. Η μόνη θεραπεία είναι η αντικατάσταση της στενωμένης βαλβίδας, η οποία μέχρι πριν από λίγα χρόνια μπορούσε να γίνει μόνο χειρουργικά.

Ωστόσο, πολλοί ασθενείς όταν εμφανιστούν τα συμπτώματα είναι ήδη προχωρημένης ηλικίας και συχνά πάσχουν και από άλλες παθήσεις, με αποτέλεσμα ο κίνδυνος της κλασικής καρδιοχειρουργικής επέμβασης να γίνεται μεγάλος έως και απαγορευτικός.

Ως αποτέλεσμα η χειρουργική αντικατάσταση σε αυτούς τους ασθενείς θεωρείται «υψηλού κινδύνου» και συχνά δεν υποβάλλονται σε χειρουργική θεραπεία (υπολογίζεται ότι για κάθε 2 ασθενείς που υποβάλλονται σε κλασική χειρουργική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας, υπάρχει τουλάχιστον άλλος 1 ασθενής που απορρίπτεται!).

Η πρόγνωση αυτών των ασθενών είναι κακή, αλλά και η νοσηρότητα μεγάλη και επίπονη.

Η μέθοδος TAVR

Η διαδερμική αντικατάσταση (εμφύτευση) αορτικής βαλβίδας - Transcatheter Aortic Valve Replacement (Implantation) (TAVR ή TAVI) - εφαρμόζεται με επιτυχία από το 2007 αρχικά σε αυτούς



“

Με χαμηλά ποσοστά θνητότητας και γρήγορη επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες, τα πλεονεκτήματα της διαδερμικής μεθόδου είναι προφανή.

”

ακριβώς τους ασθενείς, οι οποίοι παλαιότερα έμεναν χωρίς καμία θεραπεία.

Από το 2011 η διαδερμική αντικατάσταση εγκρίθηκε και εφαρμόζεται πλέον και σε ασθενείς που θα μπορούσαν να χειρουργηθούν, αλλά ο κίνδυνος της χειρουργικής επέμβασης κρίνεται υψηλός. Με χαμηλά, μονοψήφια ποσοστά θνητότητας και γρήγορη κινητοποίηση και επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες, τα πλεονεκτήματα της διαδερμικής μεθόδου είναι προφανή.

Το 2016, τα αποτελέσματα νέων κλινικών μελετών έδειξαν καλύτερη επιβίωση με τη διαδερμική αντικατάσταση σε σχέση με τη χειρουργική και σε ασθενείς χαμηλότερου (μεσαίου) κινδύνου και από τότε η χρήση της μεθόδου επεκτάθηκε και σε αυτούς τους ασθενείς.

Τέλος, το 2018 οι νεότερες κλινικές μελέτες έδειξαν παρόμοια αποτελέσματα της διαδερμικής μεθόδου και σε χαμηλού κινδύνου ασθενείς (ουσιαστικά δηλαδή σε όλους πλέον τους ασθενείς)

και ως αποτέλεσμα η μέθοδος έλαβε πρόσφατα (2019) την έγκριση και ένδειξη από τον Αμερικανικό Οργανισμό Φαρμάκου (FDA) για εφαρμογή ουσιαστικά σε όλους τους ασθενείς με στένωση της αορτικής βαλβίδας.

Στο ΥΓΕΙΑ

Στο ΥΓΕΙΑ πραγματοποιούνται διαδερμικές εμφυτεύσεις όλων των τύπων βαλβίδων που είναι διαθέσιμες σήμερα (SAPIEN 3, Edwards Lifesciences - Evolut PRO, Medtronic - Portico, Abbott - Accurate neo και Lotus, Boston Scientific) και με όλες τις δυνατές μεθόδους εμφύτευσης (διαμηριαία, δια-αορτικά, διαθωρακικά, δια της υποκλειδίου). Η πείρα του προσωπικού του Τμήματος Διαδερμικών Βαλβίδων ξεπερνάει τις 1.400 επεμβάσεις (η μεγαλύτερη στην Ελλάδα και από τις μεγαλύτερες παγκοσμίως) και διαχρονικά η νοσοκομειακή θνητότητα των διαμηριαίων επεμβάσεων είναι περί το 1%.



Δημήτριος Ζαμπάρας
Οδοντίατρος, Δ/ντής
Τμήματος Οδοντικών
Εμφυτευμάτων & Ιστικής
Αναγέννησης ΥΓΕΙΑ

Οδοντικά εμφυτεύματα Λειτουργικότητα και... όμορφο χαμόγελο!

Τα δόντια έχουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή μας: ένα όμορφο χαμόγελο ενισχύει τη συνολική μας παρουσία και κοινωνική ζωή, ενώ η υγιής οδοντοστοιχία μας επιτρέπει να τρώμε, να μιλάμε και γενικά να ζούμε με αυτοπεποίθηση. Ποιες λύσεις, λοιπόν, δίνουν σε τυχόν προβλήματα τα οδοντικά εμφυτεύματα;

Τα οδοντικά εμφυτεύματα είναι τεχνητά υποκατάστατα δοντιού, που τοποθετούνται εκεί που έχει χαθεί το φυσικό δόντι. Έτσι, ακόμα κι αν έχουν χαθεί μερικά ή όλα τα δόντια, μπορούμε να τα αντικαταστήσουμε με σταθερές προθέσεις, που στηρίζονται πάνω σε εμφυτεύματα. Το οδοντικό εμφύτευμα έχει τη μορφή μικρής βίδας κατασκευασμένης από τιτάνιο υψηλής ποιότητας και καθαρότητας.

Τοποθετείται εντός του οστού της γνάθου και με την πάροδο του χρόνου ενσωματώνεται στο οστό των γνάθων.

Πρόκειται για μια απλή και ανώδυνη διαδικασία, η οποία πραγματοποιείται με τοπική οδοντιατρική αναισθησία και νευροληπτοαναλγησία (μέθη), κατόπιν επιλογής του ασθενή.

Οι απαιτούμενες εργασίες του χειρουργικού σταδίου (εξαγωγές δοντιών, τοποθέτηση εμφυτευμάτων και οστική ανάπλαση) πραγματοποιούνται στην ίδια συνεδρία.

Οι προσθετικές αποκαταστάσεις ολοκληρώνονται σε 3 έως 5 μήνες. Οι πρόχειρες μεταβατικές αποκαταστάσεις τοποθετούνται σε 2 εβδομάδες και -υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις- ταυτόχρονα με τη χειρουργική επέμβαση.

Οδοντικά εμφυτεύματα τοποθετούνται όταν:

- 1.** Η κατασκευή ολικών οδοντοστοιχιών είναι προβληματική.
- 2.** Μερικές ή ολικές οδοντοστοιχίες δεν μπορούν να γίνουν αποδεκτές από τον ασθενή.
- 3.** Λείπουν δόντια που δεν μπορούν να αντικατα-

σταθούν με ακίνητες γέφυρες.

4. Απαιτείται βελτίωση της αισθητικής και της μασητικής ικανότητας, με την επαναφορά της «αίσθησης των φυσικών δοντιών».

Προϋποθέσεις και πλεονεκτήματα

Οι προϋποθέσεις για να τοποθετηθούν ένα ή περισσότερα εμφυτεύματα είναι:

- 1.** Να έχει ελεγχθεί και να έχει θεραπευθεί κάθε νόσος στα δόντια που παραμένουν στο στόμα.
- 2.** Να το επιτρέπει η γενική κατάσταση της υγείας.
- 3.** Να γίνεται σχολαστική φροντίδα της υγιεινής του στόματος.
- 4.** Να ακολουθείται πιστά το πρόγραμμα επανεξετάσεων και υποστήριξης των εμφυτευμάτων.

Τα πλεονεκτήματα είναι σημαντικά:

- 1.** Τα οδοντικά εμφυτεύματα συνιστούν σταθερή βάση για τεχνητά δόντια και διαφυλάσσουν την ακεραιότητα των παρακείμενων δοντιών και της οστικής δομής.
- 2.** Οι άριστες αισθητικά και λειτουργικά προσθετικές εργασίες απαλλάσσουν τους ασθενείς από το άγχος των τεχνητών οδοντοστοιχιών, εξασφαλίζουν τη σωστή μάσηση και ομιλία, ενώ χαρίζουν ξανά ένα όμορφο χαμόγελο.
- 3.** Εμφυτεύματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για στήριξη συμβατικών ή και κινητών τεχνητών οδοντοστοιχιών.

Το Τμήμα Οδοντικών Εμφυτευμάτων του ΥΓΕΙΑ παρέχει δεκαετή εγγύηση για τα τοποθετούμενα εμφυτεύματα, εφόσον ο ασθενής ακολουθεί τις ο-

“

Η διαδικασία είναι απλή
και ανώδυνη,
ενώ πραγματοποιείται με τοπική
οδοντιατρική αναισθησία και
νευροληπτοαναλγησία (μέθη).

”

δηγίες της ιατρικής ομάδας σχετικά με τη στοματική υγιεινή και δεν αμελεί τις συχνές επανεξετάσεις από εξειδικευμένους οδοντιάτρους. Κυρίως για τους καπνιστές, απαιτείται σχολαστική στοματική υγιεινή και, στο πλαίσιο αυτό, στο Τμήμα εφαρμόζεται συγκεκριμένο πρωτόκολλο αποφυγής κατά το δυνατόν της περιεμφυτευματίτιδας.

Το ΥΓΕΙΑ

Το Τμήμα Οδοντικών Εμφυτευμάτων και Ιστικής Αναγέννησης του ΥΓΕΙΑ λειτουργεί από το 1989 και αποκαθιστά όλα τα προβλήματα που προκύπτουν από την έλλειψη δοντιών, εστιάζοντας στην εμφύτευση και την ανάπτυξη του οστού. Το ιατρικό δυναμικό, με την πολυετή πείρα που διαθέτει, ολοκληρώνει τόσο το χειρουργικό όσο και το προσθετικό μέρος του σχεδίου θεραπείας, βάσει των σύγχρονων επιστημονικών δεδομένων, για ένα άριστο αποτέλεσμα. Το Τμήμα από το 1995 ερευνά την ποιότητα του οστού, εκπονώντας πλήθος ερευνών για την αναγέννηση των οστών. Μέχρι σήμερα έχει λάβει το Α' Βραβείο στο Παγκόσμιο Συνέδριο Οστεολογίας το 2006 και, με αναβαθμισμένο και εμπλουτισμένο υλικό, το 2019 έλαβε το Α' Βραβείο στο New York University.



**Ιωάννης
Παπαγγελόπουλος**
Δερματολόγος -
Αφροδισιολόγος,
Υπεύθυνος Τμήματος
Μεταμόσχευσης
Μαθηλιών ΥΓΕΙΑ

Τριχόπτωση

Ο δερματολόγος έχει τις λύσεις!

Η τριχόπτωση είναι ένα πραγματικό πρόβλημα -και όχι... τρίκες- αφού μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ψυχική υγεία του ανθρώπου που χάνει τα μαλλιά του. Εξίσου σημαντικό είναι να γνωρίζουμε ότι υπάρχουν λύσεις, ανάλογα με την αιτία που προκαλεί το πρόβλημα. Ποιες, όμως, είναι αυτές;

Πόσες φορές έχουμε πιάσει τον εαυτό μας να κοιτά το μαξιλάρι ή τη χτένα με τον φόβο της απώλειας τριχών; Η τριχόπτωση είναι ένα ζήτημα που απασχολεί έντονα τόσο τον ανδρικό όσο και τον γυναικείο πληθυσμό, καθώς τα μαλλιά αποτελούν σύμβολο αυτοπεποίθησης των ανδρών και σύμβολο ομορφιάς των γυναικών. Έρευνες έχουν δείξει, μάλιστα, ότι η αραίωση μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία του ατόμου και να οδηγήσει σε κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή κ.ά.

Κάποια από τα βασικά ερωτήματα που βασανίζουν τα δύο φύλα είναι: «Υπάρχει τρόπος αντιμετώπισης της τριχόπτωσης»; «Αν ναι, ποιες είναι οι κατάλληλες θεραπείες για την περίπτωσή μου»; «Αν όχι, η μεταμόσχευση είναι το τελικό βήμα που πρέπει να ακολουθήσω για να βρω λύση στο πρόβλημά μου»;

Οι αιτίες

Υπάρχουν απαντήσεις στα ερωτήματα, αρκεί ωστόσο κάποιος να αντιληφθεί τότε πραγματικά μιλάμε για τριχόπτωση. Όσο ο άνθρωπος μεγαλώνει, χάνει όγκο και δύναμη στα μαλλιά. Ο φυσιολογικός αριθμός των τριχών που ένα άτομο μπορεί να χάνει είναι από 50 έως 100 τη μέρα. Πέραν αυτού του αριθμού, η τριχόπτωση χαρακτηρίζεται παθολογική και το ζητούμενο είναι να βρεθούν τα αίτια που την προκαλούν.

Πολλοί παράγοντες καθορίζουν την εξέλιξη του τριχωτού της κεφαλής κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου, όπως: κληρονομικότητα, εξωτερικά αίτια (υπερβολική τριβή, χρήση χημικών

ουσιών όπως βαφής, υπερβολική θερμότητα κατά το στέγνωμα των μαλλιών, χρήση ακατάλληλων προϊόντων περιποίησης), διαταραχές (όπως π.χ. παθήσεις θυρεοειδούς, ορμονικές διαταραχές, έλλειψη σιδήρου), παθήσεις τριχωτού κεφαλής (ανδρογενετικού τύπου αλωπεκίες, ουλωτικές κ.λπ.), αλωπεκίες έπειτα από λήψη φαρμάκων, κακή διατροφή, εξαντλητικές δίαιτες, άγχος.

Τα αίτια της τριχόπτωσης ποικίλλουν ανάλογα την περίπτωση και ως εκ τούτου η έγκαιρη διάγνωση από τον δερματολόγο είναι σημαντική, καθώς, όταν το πρόβλημα βρίσκεται σε αρχικό στάδιο, μπορεί να αντιμετωπιστεί με καλύτερο τρόπο και με μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας.

Οι λύσεις

Έτσι, οι θεραπείες που προτείνονται συσχετίζονται με τους λόγους τριχόπτωσης και τα αποτελέσματά τους εξειδικεύονται με την κάθε περίπτωση, αφού το κάθε δέρμα μπορεί να αντιδράσει με διαφορετικό τρόπο στην εκάστοτε θεραπεία. Η εφαρμογή της έχει σαν στόχο την πρόληψη και την καθυστέρηση της εξέλιξης της αλωπεκίας.

Ενδεικτικά, οι θεραπείες για την ανδρική και γυναικεία τριχόπτωση είναι οι εξής:

- Η ανδρική τριχόπτωση μπορεί να αντιμετωπιστεί με θεραπείες, όπως: φιναστερίδη, μινοξιδίλη 5%, ντουταστερίδη, ενώ η γυναικεία με μινοξιδίλη 2%, σπιρονολακτόνη, σιμετιδίνη, οξεϊκή κυπροτερόνη, αιθυνιλοιστραδιόλη κ.ά.
- Μεσοθεραπεία: Πρόκειται για κατάλληλα πο-



“

Οριστική λύση
στην καταπολέμηση
της αλωπεκίας, δίνει
η μεταμόσχευση μαλλιών

”

λυβιταμινούχα φάρμακα, μέταλλα, ιχνοστοιχεία, αντιοξειδωτικές ουσίες σε συνδυασμό με φαρμακευτικές ουσίες, τα οποία εφαρμόζουμε τοπικά στο τριχωτό με τη χρήση πολύ λεπτών βελονών.

- PRP θεραπεία (Platelet Rich Plasma): Περιλαμβάνει απλή αιμοληψία (όπως και στη διενέργεια γενικών εξετάσεων αίματος) από 10 ως και 50 cc αίματος, φυγοκέντρηση του αίματος για απομόνωση του πλάσματος, έγχυση του εμπλουτισμένου πλάσματος στις αραιωμένες περιοχές του τριχωτού.
- Βλαστοκύτταρα: Πρόκειται για μια μέθοδο που έχει ως βάση τη χρήση παραγόντων του ίδιου του οργανισμού μας, όπως είναι τα βλαστοκύτταρα, τα οποία λαμβάνουμε από το περιομφαλικό λίπος. Οι παράγοντες αυτοί ενισχύουν τη ζωτικότητα του τριχωτού της κεφαλής, επιβραδύνοντας τη φυσική γήρανση του θύλακα της τρίχας, ενώ παράλληλα ανανεώνουν τα κύτταρα.

Η μεταμόσχευση μαλλιών

Την οριστική λύση καταπολέμησης της αλωπεκίας

δίνει η μεταμόσχευση μαλλιών. Ο υποψήφιος οφείλει να γνωρίζει ότι τα μεταμοσχευμένα μαλλιά δεν πέφτουν ποτέ, διατηρώντας τις ιδιότητες που είχαν στην αρχική τους θέση. Επίσης, μπορούν να υποβληθούν σε κάθε είδους περιποίηση, π.χ. κόψιμο, λούσιμο, βαφή, όπως δηλαδή γίνεται και στα «κανονικά» μαλλιά.

Η μεταμόσχευση θα πρέπει να πραγματοποιείται μόνο από δερματοχειρουργό που διαθέτει πείρα, τεχνογνωσία, εξειδίκευση και από εξειδικευμένο και κατάλληλα καταρτισμένο ιατρικό προσωπικό, ώστε να γίνεται παράλληλα σωστή επιλογή τεχνικής (FUE, Micro-strip, FUT) για την περίπτωση του.

Επομένως, κάνουμε σωστή επιλογή ιατρού για να μην υπάρξουν δυσάρεστες συνέπειες. Ένας πεπειραμένος δερματοχειρουργός θα μας δώσει σίγουρα το οπτικό αποτέλεσμα, που θέλουμε να έχουμε μετά τη μεταμόσχευση και δεν θα βλάψει τα υπάρχοντα μαλλιά, εφόσον διαθέτει εμπειρία και κατάλληλη τεχνογνωσία.



Κωνσταντίνος Στάμου

Γενικός Χειρουργός,

Διευθυντής

Β΄ Χειρουργικής Κλινικής

ΜΗΤΕΡΑ

Αιμορροϊδοπάθεια

Πότε χρειάζεται χειρουργική επέμβαση

Η αιμορροϊδοπάθεια (ή «αιμορροΐδες», όπως τις αποκαλούμε συνήθως) είναι μια πάθηση που μπορεί να επηρεάσει καταλυτικά την ποιότητα ζωής ενός ασθενούς. Η πλέον αποτελεσματική θεραπεία γι' αυτήν είναι η χειρουργική επέμβαση. Σε ποιες περιπτώσεις χρειάζεται, όμως, και γιατί δεν αρκούν οι συντηρητικές θεραπείες;

Τι είναι οι αιμορροΐδες;

Οι αιμορροΐδες είναι φλέβες, αγγεία γεμάτα αίμα, που φυσιολογικά βρίσκονται στον πρωκτό όλων των ανθρώπων. Μπορεί, λοιπόν, όλοι οι άνθρωποι να έχουν αιμορροΐδες, αλλά μόνο λίγοι έχουν συμπτώματα και ακόμη λιγότεροι χρειάζονται ειδική θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση.

να τις βοηθήσει να επιστρέψουν μέσα στο έντερο.

• 4ου βαθμού είναι οι αιμορροϊδικοί όζοι που βρίσκονται μονίμως εκτός του πρωκτικού δακτυλίου.

Τι συμπτώματα έχει η αιμορροϊδική νόσος;

Τα συμπτώματα των αιμορροΐδων είναι ανεξάρτητα από την εικόνα τους! Μπορεί άνθρωποι με μικρές αιμορροΐδες να έχουν έντονα συμπτώματα, αλλά και το αντίστροφο. Τα πιο συχνά συμπτώματα της αιμορροϊδοπάθειας είναι:

- ζωηρό κόκκινο αίμα κατά την κένωση,
- πόνος κατά την κένωση ή το απλό κάθισμα,
- φαγούρα ή αίσθημα βάρους.

Τα συμπτώματα της αιμορροϊδικής νόσου εμφανίζονται με εξάρσεις και υφέσεις. Πρακτικά, όλοι οι άνθρωποι τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους έχουν εμφανίσει συμπτώματα που σχετίζονται με τις αιμορροΐδες.

Τι προκαλεί τα συμπτώματα της αιμορροϊδοπάθειας;

Οι διογκωμένες αιμορροΐδες είναι πιο συχνές σε άτομα με έντονη δυσκοιλιότητα, που κάνουν καθιστική ζωή και ακολουθούν κακή διατροφή με πολύ κόκκινο κρέας και χωρίς πολλές φυτικές ίνες. Είναι επίσης συχνότερες σε γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη και έπειτα από φλεγμονές της περιοχής.

Πώς γίνεται η διάγνωση της αιμορροϊδοπάθειας;

Η διάγνωση γίνεται με την απλή εξέταση της περιοχής, η οποία γίνεται από τον κλινικό ιατρό. Κατά την πρώτη εξέταση απαραίτητη είναι η ορθοσκόπηση, δηλαδή η εξέταση των τελευταίων 15 cm του εντέρου. Αυτή η εξέταση γίνεται στο ιατρείο και χωρίς ιδιαίτερη προετοιμασία. Μεγάλη προσοχή, όμως, χρειάζεται σε ασθενείς άνω των 50 ετών με απώλεια αίματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις συνιστάται η πλήρης κολonosκόπηση. Σε νεότερους ηλικιακά ασθενείς μπορεί, ανάλογα με τα συμπτώματα και το ιστορικό, να συστηθεί επίσης κολonosκόπηση.

Υπάρχουν διαφορετικοί βαθμοί στην αιμορροϊδοπάθεια;

Οι αιμορροΐδες διακρίνονται σε τέσσερις βαθμούς, ανάλογα με κάποια χαρακτηριστικά:

- 1ου βαθμού χαρακτηρίζονται οι αιμορροΐδες που βρίσκονται εσωτερικά στο έντερο και δεν βγαίνουν ποτέ προς τα έξω.
- 2ου βαθμού χαρακτηρίζονται οι αιμορροΐδες που βγαίνουν προς τα έξω κατά την κένωση, αλλά αυτόματα επιστρέφουν μέσα στο έντερο.
- 3ου βαθμού είναι οι αιμορροΐδες που κατά την κένωση βγαίνουν προς τα έξω και πρέπει ο ασθενής

“

Οι διογκωμένες αιμορροΐδες είναι πιο συχνές σε άτομα με έντονη δυσκοιλιότητα, που κάνουν καθιστική ζωή και ακολουθούν κακή διατροφή.

”





Τι επιπλοκές έχει η αιμορροϊδική νόσος;

Οι επιπλοκές της αιμορροϊδοπάθειας σπάνια είναι επικίνδυνες, αλλά συχνά είναι ιδιαίτερα επώδυνες και ενοχλητικές. Συχνότερη επιπλοκή είναι η θρόμβωση, δηλαδή η πήξη του αίματος μέσα στην αιμορροϊδική φλέβα. Αυτή μπορεί να είναι τόσο επώδυνη που να απαιτηθεί η χειρουργική αφαίρεση του θρόμβου για να ανακουφιστεί ο ασθενής. Άλλες φορές, μπορεί η αιμορραγία να είναι τόσο σημαντική ή τόσο συχνή που να προκαλέσει αναιμία. Η πτώση του αιματοκρίτη είναι συχνότερη σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά φάρμακα για καρδιολογικές ή άλλες παθήσεις.

Ποια είναι η θεραπεία της αιμορροϊδικής νόσου;

Η οριστική θεραπεία της αιμορροϊδοπάθειας είναι αποκλειστικά χειρουργική. Υπάρχουν συντηρητικά μέτρα που βοηθούν, αλλά μόνο προσωρινά. Το συσπαστικό ερώτημα είναι «πότε πρέπει να χειρουργούνται οι αιμορροϊδες;». Η αιμορροϊδοπάθεια χειρουργείται όταν τα συμπτώματα είναι συχνά, έντονα και απασχολούν σημαντικά τον ασθενή. Η απλή ανακάλυψη «αιμορροϊδων» σε μια κολονοσκόπηση δεν είναι λόγος χειρουργικής επέμβασης. Σοβαρή ένδειξη για επέμβαση έχουν ασθενείς με έντονες αιμορραγίες που λαμβάνουν αντιπηκτικά φάρμακα (π.χ. ασπιρίνη), ασθενείς με συχνά επεισόδια πόνου και ασθενείς με 4ου βαθμού αιμορροϊδες ανεξάρτητα από το είδος των συμπτωμάτων.

Ποιες είναι οι συντηρητικές θεραπείες;

Συντηρητικά μέτρα υπάρχουν πολλά και συνήθως προσφέρουν προσωρινή ανακούφιση στα επώδυνα επεισόδια. Γεγονός είναι ότι οι διάφορες αλοιφές και τα κλιαρά λουτρά δεν θεραπεύουν τη νόσο, απλά μεταθέτουν την ανάγκη για οριστική θεραπεία. Στις συντηρητικές θεραπείες περιλαμβάνονται και μια σειρά από τεχνικές «ιατρείου», που προσωρινά ανακουφίζουν, αλλά χαρακτηρίζονται από μεγάλα ποσοστά υποτροπής. Τέτοιες τεχνικές είναι οι

σκληροθεραπείες, η απλή απολίνωση των όζων, η φωτοπηξία, η κρυοπηξία κ.ά.

Ποιες είναι οι επεμβατικές θεραπείες;

Η χειρουργική θεραπεία της αιμορροϊδικής νόσου είναι η κλασική αιμορροϊδεκτομή. Αν και η επέμβαση αυτή εφαρμόζεται για περισσότερο από έναν αιώνα, παραμένει η καλύτερη επιλογή λόγω των εξαιρετικών αποτελεσμάτων σε βάθος χρόνου. Υπολογίζεται ότι πάνω από το 90% των χειρουργημένων με την κλασική τεχνική θα θεραπευθούν πλήρως από την αιμορροϊδοπάθεια. Η τεχνική έχει μικρές και σπάνιες επιπλοκές και εξακολουθεί να θεωρείται η πρώτη προτεινόμενη θεραπεία. Το μόνο «πρόβλημα» της επέμβασης είναι η κακή φήμη που τη συνοδεύει λόγω του μετεγχειρητικού πόνου. Αν, όμως, ο πόνος ελεγχθεί σωστά, η επέμβαση έχει εξαιρετικά αποτελέσματα.

Πόσο αποτελεσματικές είναι οι νεότερες τεχνικές για την αιμορροϊδοπάθεια;

Στην προσπάθεια για πιο ανώδυνες τεχνικές θεραπείες, αναπτύχθηκαν πολλές μέθοδοι, οι οποίες όμως ακόμη βρίσκονται στο στάδιο αξιολόγησης. Μεγαλύτερο ενδιαφέρον έχουν τεχνικές με χρήση ακτίνων Laser, οι οποίες όμως αφορούν μόνο ασθενείς με μικρής βαρύτητας πρόβλημα. Αντίστοιχη είναι και η τεχνική της απολίνωσης των αιμορροϊδικών αρτηριών, που όμως σε νεότερες μελέτες φαίνεται να βοηθά λιγότερους από τους μισούς ασθενείς σε βάθος χρόνου.

Τι να περιμένετε μετά την επέμβαση;

Ανεξάρτητα από την τεχνική και για 7-10 ημέρες, μπορεί να υπάρχει μικρή ποσότητα αίματος κατά τις κενώσεις. Επίσης, μπορεί να υπάρχει πόνος, που όμως υποχωρεί με απλά παυσίπονα. Το κάθε σύμπτωμα αντιμετωπίζεται ξεχωριστά και έπειτα από επικοινωνία με τον ιατρό. Σε λίγες περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει δυσκολία στην ούρηση, διανοχική του δέρματος με υγρά ή χαμηλός πυρετός.



Όργανισμός Διαπιστευμένος
από το Joint Commission International

Αξεπέραστη ακρίβεια και νέες δυνατότητες
επεμβάσεων γόνατος και ισχίου στο ΥΓΕΙΑ
με το ρομποτικό σύστημα ορθοπαιδικής
χειρουργικής **Mako™**



Η ρομποτική τεχνολογία στο ΥΓΕΙΑ

Διαμορφώνοντας
το μέλλον της
ορθοπαιδικής
χειρουργικής

Μάθε περισσότερα
στο hygia.gr





Κωνσταντίνος

Γ. Χρηστίδης

Ωτορινολαρυγγολόγος,
Δ/ντής Ωτοχειρουργικού
Τμήματος ΩΡΛ Κλινικής
ΜΗΤΕΡΑ, Διδάκτωρ
Πανεπιστημίου Αθηνών

Κοχλιακά εμφυτεύματα Ένα μοναδικό ιατρικό επίτευγμα

Η βαρνοκοΐα ή η πλήρης κώφωση αντιμετωπίζονται πλέον απόλυτα με τα κοχλιακά εμφυτεύματα, τα οποία καταφέρνουν να αποκαθιστούν την αίσθηση της ακοής – μια ξεχωριστή πρωτιά για την επιστημονική έρευνα. Ποιοι, όμως, μπορούν να επωφεληθούν από αυτά και με ποιον τρόπο;

Το κοχλιακό εμφύτευμα (ΚΕ) είναι μια ηλεκτρονική συσκευή, η οποία προσφέρει την αίσθηση του ήχου σε άτομα με σοβαρού βαθμού νευροαισθητήριο βαρνοκοΐα ή πλήρη κώφωση.

Σε αντίθεση με τα ακουστικά βαρνοκοΐας που απλώς ενισχύουν τον ήχο, τα ΚΕ παρακάμπτουν τα κατεστραμμένα αισθητηριακά κύτταρα του έσω ωτός και ερεθίζουν απ' ευθείας τις απολήξεις του ακουστικού νεύρου, έτσι ώστε ο εγκέφαλος λαμβάνει ηλεκτρικά σήματα, τα οποία ερμηνεύει ως ομιλία, μουσική κ.λπ. Το ΚΕ είναι η μόνη ανθρώπινη επινοήση και κατασκευή, η οποία υποκαθιστά αίσθηση στο ανθρώπινο σώμα.

Αν και οι πρώτες προσπάθειες για ηλεκτρικό ερεθισμό του ακουστικού νεύρου έγιναν στο τέλος της δεκαετίας του 1950, η ευρεία εξέλιξη και διάδοση των ΚΕ ξεκίνησε τη δεκαετία του 1980. Σήμερα περίπου 500.000 άτομα παγκοσμίως φέρουν ΚΕ.

Τι είναι

Το ΚΕ αποτελείται από δύο τμήματα: το εξωτερικό, το οποίο έχει συνήθως μορφή οπισθοωτιαίου ακουστικού, και το εσωτερικό, που τοποθετείται με χειρουργική επέμβαση κάτω από το δέρμα και μέσα στον κοχλία του έσω ωτός.

- Το εξωτερικό τμήμα περιέχει μια μπαταρία, ένα ή περισσότερα μικρόφωνα για να συλλαμβάνουν τον ήχο, ένα μικροεπεξεργαστή που μετατρέπει τα ηχητικά κύματα σε ψηφιακά σήματα και ένα πνίνο-πομπό, αποστολή του οποίου είναι η μετάδοση των ηλεκτρικών σημάτων δια μέσου του δέρματος

στον εσωτερικό δέκτη με τη μορφή ραδιοκυμάτων.

- Το εσωτερικό τμήμα αποτελείται από έναν δέκτη - διεγέρτη και έναν μικροσκοπικό φορέα ηλεκτροδίων, που εμφυτεύεται στον κοχλία του έσω ωτός. Ο δέκτης - διεγέρτης υποδέχεται τα ψηφιακά σήματα, τα αποκωδικοποιεί και τα μετατρέπει σε μικρά ηλεκτρικά ερεθίσματα, τα οποία εν συνεχεία διοχετεύονται στα ηλεκτρόδια και ερεθίζουν διάφορες περιοχές του ακουστικού νεύρου.

Ενδείξεις για κοχλιακή εμφύτευση έχουν τα άτομα που λόγω σημαντικά ελαττωμένης ακοής δεν έχουν ικανοποιητική επικοινωνία και αδυνατούν να βοηθηθούν με συμβατικά ακουστικά.

Υποψήφιοι για εμφύτευση είναι αφενός παιδιά και ενήλικες που έχουν χάσει την ακοή τους μετά την ανάπτυξη της ομιλίας (μεταγλωσσικοί ασθενείς), αφετέρου παιδιά με σοβαρή βαρνοκοΐα ή κώφωση κατά τη γέννηση. Σε αυτές τις περιπτώσεις η διάγνωση της βαρνοκοΐας θα πρέπει να γίνεται αμέσως μετά τη γέννηση του παιδιού, διότι η ωρίμανση του κέντρου της ακοής στον εγκέφαλο και η φυσιολογική ανάπτυξη της ακουστικής οδού γίνεται κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της ζωής και εξαρτάται από τα λαμβανόμενα ακουστικά ερεθίσματα. Δεδομένου ότι η διαδικασία αυτή ολοκληρώνεται σχεδόν στην ηλικία των 6 ετών, θα πρέπει σε αυτό το κρίσιμο διάστημα να μη χάνεται πολύτιμος χρόνος και να αντιμετωπίζεται η έλλειψη ακοής.

Η αντιμετώπιση γίνεται αρχικά με ακουστικά και, εφόσον αυτά δεν είναι αποτελεσματικά, συνιστώνται κοχλιακά εμφυτεύματα ακόμη και σε ηλικία



“

Η συνήθης διάρκεια της επέμβασης είναι περίπου 2 ώρες και ο ασθενής κατά κανόνα είναι σε θέση να βγει από το νοσοκομείο την επομένη.

”

κάτω των 12 μηνών.

Οι ενδείξεις και η επέμβαση

Ο καθορισμός της ένδειξης, καθώς και ο προεγχειρητικός έλεγχος γίνονται κατά κύριο λόγο από τον ακολόγο και τον χειρουργό - ωτορινολαρυγγολόγο με πείρα σε τοποθέτηση κοχλιακών εμφυτευμάτων. Σημαντική είναι, όμως, η συμμετοχή και άλλων ειδικοτήτων στον σχηματισμό ομάδας, η οποία θα υποστηρίξει τη μετεγχειρητική παρακολούθηση και εκπαίδευση για την αποκατάσταση της ακοής και της ομιλίας στους ασθενείς. Η τοποθέτηση του κοχλιακού εμφυτεύματος γίνεται με γενική αναισθησία, με μία τομή πίσω από το πτερύγιο. Η συνηθισμένη διάρκεια της επέμβασης είναι περίπου 2 ώρες και ο ασθενής στις περισσότερες περιπτώσεις είναι σε θέση να βγει από το νοσοκομείο την επομένη. Οι επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν δεν είναι

συχνές και δεν διαφέρουν από τις παρατηρούμενες σε άλλες ωτοχειρουργικές επεμβάσεις.

Το ΜΗΤΕΡΑ

Στην ΩΡΛ Κλινική του Νοσοκομείου ΜΗΤΕΡΑ δημιουργήθηκε πρόσφατα Τμήμα Κοχλιακών Εμφυτευμάτων, στο οποίο γίνεται ο απαιτούμενος πλήρης ακοολογικός έλεγχος, καθώς και η τοποθέτηση κοχλιακών εμφυτευμάτων στους ασθενείς εκείνους που πληρούν τις σχετικές προϋποθέσεις. Κατά την πρώτη ανακοίνωση της δημιουργίας του Τμήματος, ο καθηγητής κ. Ιάκωβος Πετμεζάκης, Διευθυντής της ΩΡΛ Κλινικής του Νοσοκομείου ΜΗΤΕΡΑ, ανέφερε χαρακτηριστικά: «Σήμερα τα κοχλιακά εμφυτεύματα αποτελούν μια εντυπωσιακή ανακάλυψη της ιατρικής, που για πρώτη φορά κατάφερε να αποκαταστήσει μια αίσθηση, την ακοή, που χάθηκε ή δεν υπήρχε ποτέ».

για όλους



Διατροφή

Η ιδανική συνταγή για... σωστό βάρος

Στα θέματα διατροφής, υπάρχει κάτι πιο δύσκολο από την απώλεια κιλών: η διατήρηση του σωστού βάρους. Κι αυτό γιατί πρέπει να υιοθετήσουμε συνήθειες και πρακτικές που θα μας συνοδεύουν για πάντα. Ποιο είναι, όμως, το... αλφαβητάρι για να επιτύχουμε και να διατηρήσουμε ένα υγιές σωματικό βάρος;

Αν η απώλεια βάρους μοιάζει με αγώνα ταχύτητας, η διατήρηση της απώλειας και η συντήρηση ενός υγιούς βάρους είναι... μαραθώνιος. Για να διατηρήσει κανείς ένα υγιές βάρος θέλει καθημερινή προσπάθεια και τήρηση ενός ισορροπημένου προγράμματος διατροφής. Η καθημερινή αυτή προσπάθεια μπορεί να ενισχυθεί με ορισμένες πρακτικές συμβουλές.

Πολύ σημαντικό είναι να καταναλώνει κάποιος τα τρόφιμα που αναλογούν στην ημέρα, με πρόγραμμα, π.χ. 3 κύρια γεύματα και 2 σνακ, σε περιορισμένες ποσότητες, με χρήση μικρών σκευών. Τα περισσότερα γεύματα της ημέρας συνιστάται να λαμβάνονται στο σπίτι ή με φαγητό που έχει προετοιμαστεί στο σπίτι και όχι έξω, ώστε να είναι σίγουρος κανείς για την ποιότητα και το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών.

Σε περίπτωση που χρειαστεί να γευματίσετε εκτός σπιτιού, φροντίστε να φάτε ένα μικρό υγιεινό σνακ πριν από την έξοδό σας, έτσι ώστε να ελέγξετε καλύτερα την ποσότητα του φαγητού που θα καταναλώσετε. Επιλέξτε απλά μαγειρεμένα τρόφιμα, σε μικρή μερίδα, προτιμώντας λαχανικά ως γαρνιτούρα αντί για υδατάνθρακες, καθώς και σος με βάση το γιασούρτι για τις σαλάτες σας. Εάν καταναλώσετε κάποιο τρόφιμο που είναι συσκευασμένο, δώστε προσοχή στη διατροφική ετικέτα και στο θερμιδικό περιεχόμενο.

Τι προτιμάμε, τι αποφεύγουμε

Όσον αφορά στην ποιότητα της διατροφής σας, φροντίστε να καταναλώνετε 5 μερίδες φρούτων

και λαχανικών ημερησίως. Επιλέξτε μια ποικιλία από λαχανικά και φρούτα εποχής, ώστε να επωφεληθείτε από την περιεκτικότητα στις διάφορες βιταμίνες. Προτιμήστε τα λαχανικά σας φρέσκα και τα φρούτα σας ολόκληρα και όχι σε χυμό. Ωστόσο, εάν επιλέξετε χυμό, φροντίστε να είναι 100% χυμός φρούτων, χωρίς προσθήκη συντηρητικών και ζάχαρης.

Προτιμήστε γαλακτοκομικά προϊόντα, όπως γάλα, γιασούρτι και τυρί, χαμηλά σε λιπαρά, σκόμμι και όταν παραγγέλνετε τον αγαπημένο σας καφέ με γάλα. Αντικαταστήστε τα επεξεργασμένα δημητριακά με προϊόντα ολικής άλεσης στα περισσότερα γεύματα της ημέρας και περιορίστε την κατανάλωση αρτοσκευασμάτων πλούσιων σε ζάχαρη, αλάτι και λιπαρά, όπως η πίτσα, η τυρόπιτα και τα κέικ. Ωστόσο, αν θέλετε να καταναλώσετε τέτοιες τροφές, προτιμήστε να τα φτιάχνετε στο σπίτι, με χρήση αγνών υλικών και γαλακτοκομικών χαμηλών σε λιπαρά.

Τα μυστικά της ισορροπίας

Μια ισορροπημένη διατροφή περιλαμβάνει επαρκείς ποσότητες πρωτεΐνης, κατά προτίμηση άπαχης, μέσω της κατανάλωσης πουλερικών, κόκκινου κρέατος, ψαριών, αβγών, οσπρίων και γαλακτοκομικών.

Δώστε έμφαση στην κατανάλωση πουλερικών,



**Πολυξένη Κουτκιά
- Μυλωνάκη**

Ενδοκρινολόγος -
Διαβητολόγος,
Διευθύντρια
Διαιτολογικού Τμήματος
Νοσοκομείου ΥΓΕΙΑ

“

Είναι πολύ σημαντικό να καταναλώνει κάποιος τα τρόφιμα που αναλογούν στην ημέρα, με πρόγραμμα.

”



ψαριών, ιδιαίτερα λιπαρών ψαριών πλούσιων σε Ω3 λιπαρά οξέα (όπως ο σολομός και οι σαρδέλες) και οσπρίων και λιγότερο στην κατανάλωση κόκκινου κρέατος (μία φορά την εβδομάδα), επιλέγοντας ωστόσο, πάντα το άπαχο μέρος από τα πουλερικά και το κόκκινο κρέας. Αποφύγετε το τηγάνισμα ή το πανάρισμα για να μειώσετε τις θερμίδες και για να έχετε ένα πιο υγιεινό πιάτο.

Σε μια ελαιοπαραγωγό χώρα όπως η Ελλάδα, δεν θα μπορούσαμε παρά να τονίσουμε την ανωτερότητα του ελαιόλαδου έναντι των υπόλοιπων υγρών ή στερεών ελαίων, όπως το βούτυρο και το ηλιέλαιο.

Ωστόσο, η χρήση του ελαιόλαδου στο μαγείρεμα και στις σαλάτες χρειάζεται να γίνεται με μέτρο για να κρατήσετε τις θερμίδες υπό έλεγχο.

Όσοι από εσάς αγαπάτε το αλκοόλ, να ξέρετε ότι δεν είναι ελεύθερο... θερμίδων. Περιορίστε την κατανάλωση αλκοόλ τόσο σε συχνότητα όσο και σε ποσότητα. Όταν οι κοινωνικές περιστάσεις το επιβάλλουν, επιλέξτε απλά ποτά και όχι κοκτέιλ, χωρίς προσθήκη αναψυκτικού, χυμού φρούτων ή άλλων πρόσθετων. Την καλύτερη επιλογή θερμιδικά αποτελούν το κρασί (λευκό ή κόκκινο) και η μπίρα. Εναλλακτικά, μπορείτε να αποφύγετε εντελώς το

αλκοόλ και να προτιμήσετε ανθρακούχο νερό, σόδα και αναψυκτικά χωρίς ζάχαρη.

Το λευκό που... ξεγελά

Για το τέλος αφήσαμε τις δύο λευκές «απολαύσεις»: το αλάτι και τη ζάχαρη. Προσπαθήστε να περιορίσετε το αλάτι που καταναλώνετε μέσα στην ημέρα, προσέχοντας την ποσότητα στο μαγείρεμα και τις σαλάτες, αλλά και τις κρυφές πηγές άλατος, όπως οι κονσέρβες και τα αλλαντικά. Χρησιμοποιείτε λεμόνι, ξίδι και μπαχαρικά για να κάνετε το φαγητό σας πιο νόστιμο.

Όσον αφορά τη ζάχαρη, προσπαθήστε να μειώσετε την κατανάλωση τροφίμων που περιέχουν πρόσθετα σάκκαρα, όπως τα γλυκά, τα μπισκότα, τα αναψυκτικά κ.ά., σε μία φορά ανά εβδομάδα. Εναλλακτικά, χρησιμοποιείτε γλυκαντικά όπως η στέβια αντί για ζάχαρη, εάν δεν μπορείτε να ζήσετε χωρίς τη γλυκιά γεύση.

Εκτός από τη σωστή και ισορροπημένη διατροφή, για τη συντήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους χρειάζεται να αναφέρουμε και τον σημαντικό ρόλο της φυσικής δραστηριότητας. Επιλέξτε ποια μορφή άσκησης σας ταιριάζει και εντάξτε την στην καθημερινότητά σας!



Πρόβα τοκετού

Η γέννηση ενός παιδιού είναι μια μοναδική στιγμή στη ζωή της γυναίκας και του ζευγαριού. Μια νέα εμπειρία, ξεχωριστή και πρωτόγνωρη, για την οποία είναι ωραίο να έχετε προετοιμαστεί.

Γι' αυτό, στο **ΜΗΤΕΡΑ** σας προσφέρουμε την **υπηρεσία «Πρόβα Τοκετού»**.

Κλείστε σήμερα ραντεβού και ελάτε να σας ξεναγήσουμε δωρεάν στους αναβαθμισμένους χώρους μας και να σας ενημερώσουμε για τη διαδικασία εισαγωγής σας στο Μαιευτήριο.

Ταυτόχρονα, θα δώσουμε απαντήσεις σε όλες τις απορίες σας και θα συζητήσουμε τα ζητήματα που σας απασχολούν, ώστε να νιώσετε οικειότητα και ασφάλεια και η παραμονή σας στο ΜΗΤΕΡΑ να είναι ευχάριστη και άνετη, για εσάς και τους οικείους σας.

Με το καλό!

Κλείστε το ραντεβού σας
στο 210 6869000



Ερυθρού Σταυρού 6, 15123 Μαρούσι

Email: info@mitera.gr

www.mitera.gr



ΜΗΤΕΡΑ



Χαράλαμπος Δ. Γρηγοριάδης
Χειρουργός - Μαιευτήρας
- Γυναικολόγος,
Διδάκτωρ Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου
Αθηνών,
Επιστ. Συνεργάτης ΑΗΤΩ

Εγκυμοσύνη

Τα πολλαπλά οφέλη του φυσιολογικού τοκετού

Είναι γεγονός ότι οι περισσότερες γυναίκες επιθυμούν να γεννήσουν φυσιολογικά το μωρό τους. Όμως, ο φυσιολογικός τοκετός δεν είναι μόνο ζήτημα επιθυμίας, κάποιας εξιδανικευμένης εικόνας ή ηθικής επιταγής, αλλά και ζήτημα υγείας. Πώς προκύπτει, όμως, αυτό και γιατί θα πρέπει να παροτρύνονται οι γυναίκες να γεννούν φυσιολογικά;

Η γέννηση ενός μωρού είναι μια μοναδική στιγμή απέραντης ευτυχίας, χαράς και συναισθηματικής ολοκλήρωσης για τη μητέρα, αλλά και για όλη την οικογένεια. Ο ερχομός του νεογνού στον κόσμο συνοδεύεται από μακρά προσαμολή εννέα μηνών, κατά τη διάρκεια των οποίων το ζευγάρι καλείται να διανύσει ένα όμορφο ταξίδι σκέψεων, ονείρων και ενίοτε προβλημάτων μέχρι να έρθει η

επιθυμητή καλή ώρα. Δεν είναι εξάλλου λίγες οι κοπέλες που έχουν πλάσει στο μυαλό τους εικόνες για τον τοκετό τους πολλά χρόνια πριν καν επέλθει η εγκυμοσύνη.

Είναι γεγονός πως η μεγάλη πλειονότητα των μελλοντικών μητέρων επιθυμεί να γεννήσει φυσιολογικά. Προς την κατεύθυνση αυτή πρέπει να κινούνται

και οι προσπάθειες του μαιευτικού προσωπικού. Αποτελεί ηθική υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας στον χώρο της μαιευτικής η ψυχολογική στήριξη και παρότρυνση των επιτόκων καθ' όλη την περίοδο της κυήσεως και ιδιαίτερα κατά τον τελευταίο μήνα. Η καλλιέργεια ενός γόνιμου πεδίου εμπιστοσύνης βοηθά να αποβληθούν ενδεχόμενες φοβίες και άγχη σχετικά με κάτι το πρωτόγνωρο και άγνωστο, ιδίως όταν πρόκειται

για την πρώτη γέννα.

Άμεσα πλεονεκτήματα

Εξάλλου, τα οφέλη του φυσιολογικού τοκετού για τη μητέρα, για το νεογνό, αλλά και για το ζευγάρι γενικότερα, είναι ιδιαίτερα σημαντικά.


Η λεχώνα μόνο λίγες ώρες μετά τον φυσιολογικό τοκετό έχει αναρρώσει πλήρως. Δύνатаι άμεσα να πάρει το νεογνίτητο στην αγκαλιά της και να θηλάσει τόσο εντός της Αίθουσας Τοκετών όσο και στο δωμάτιό της, καθώς μπορεί να κινείται πολύ άνετα, απαλλαγμένη γρήγορα από ορούς και καθετήρες. Δεν χρειάζεται να είναι καθηλωμένη στο κρεβάτι της και μόνο λίγες ώρες μετά τον τοκετό μπορεί να κάνει το μπάνιο της. Ο πόνος συνήθως είναι ελάχιστος και περιγράφεται ως τράβηγμα στην περιοχή του περινέου, που μπορεί να αντιμετωπιστεί με απλά αναλγητικά.

Επομένως, ο θηλασμός ξεκινά νωρίτερα, η πρώτη επαφή μητέρας - νεογνού είναι άμεση και ως εκ τούτου αυξάνονται οι πιθανότητες ευκολότερης εδραίωσης του θηλασμού και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, επιδρώντας καταλυτικά στη σωματική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του βρέφους. Αλλά και οι συναισθηματικοί δεσμοί ενισχύονται μέσα από τη διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού. Η επίτοκος νιώθει πως πράγματι προσπαθεί και συμμετέχει ενεργά στη γέννηση του μωρού

“

Μέσα από τη διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού ενισχύονται και οι συναισθηματικοί δεσμοί μητέρας - βρέφους.

”



της με κάθε εξώθηση. Η γέννηση του νεογνού αποτελεί τη μέγιστη επιβράβευσή της, γεμίζοντάς τη με ένα ανεπανάληπτο αίσθημα ολοκλήρωσης και ευτυχίας. Παράλληλα, η διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού δίνει και στον πατέρα τη δυνατότητα να στέκεται στο πλάι της συζύγου του, να την ενισχύει συνεχώς και να μοιράζεται όλες αυτές τις μαγικές στιγμές μαζί της, βλέποντας τη γέννηση του μωρού τους από κοντά.

«Γερό» μωρό

Επίσης, για την ίδια την υγεία του νεογνού ο φυσιολογικός τοκετός φέρει πολλαπλά οφέλη. Αποτελεί ουσιαστικά μια διαδικασία φυσιολογικής ωρίμανσης του αναπνευστικού συστήματος του εμβρύου, ώστε να ανταποκριθεί ευκολότερα στις συνθήκες του εξωμήτριου περιβάλλοντος. Επομένως, ο κίνδυνος αναπνευστικής δυσχέρειας του νεογνού μετά τη γέννησή του απομακρύνεται σημαντικά επί φυσιολογικού τοκετού. Επιπρόσθετα, ο αποικισμός του δέρματος και του εντέρου του νεογνού από τα «καλά» βακτήρια της φυσιολογικής κλωρίδας του κόλπου κατά τη διέλευσή του από το πυελογεννητικό σύστημα της μητέρας, ενισχύει ιδιαίτερα το ανοσοποιητικό του σύστημα και παρέχει ισχυρή προστασία καθ' όλη τη μετέπειτα ζωή του. Άλλωστε, δεν είναι λίγες οι μελέτες που καταδεικνύουν σημαντικά μακροπρόθεσμα οφέλη για την υγεία των νεογνών που γεννήθηκαν φυσιολογικά, όπως ελάττωση της επίπτωσης βρογχικού άσθματος και σακχαρώδους διαβήτη. Στις μέρες μας και στη χώρα μας ειδικότερα η μαιευτική επιστήμη στέκεται στο πλευρό της μέλλουσας μητέρας με υπευθυνότητα, προσφέροντας υψηλό επίπεδο ασφαλείας για την ίδια και το μωρό της, προκειμένου να απολαύσει το δικό της μοναδικό θαύμα της φύσης.



Γεώργιος Πετασίνης
MD, PhD

Ορθοπαιδικός
χειρουργός
- Αρθροσκόπος,
Διευθυντής Κέντρου
Μυοσκελετικών
Κακώσεων & Υγείας της
Αθλούμενης Γυναίκας
ΜΗΤΕΡΑ, Διδάκτωρ
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
εξειδικευμένος στην
Ελβετία στη χειρουργική
του γόνατος - σπονδυλικής
στήλης - επεμβάσεις
μικρών τομών
- αρθροσκοπική
χειρουργική

Σπονδυλική στήλη - γόνατο

Σύγχρονες επεμβάσεις για την αντιμετώπιση του πόνου

Είναι πολλές οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα στη σπονδυλική τους στήλη και στα γόνατα. Υπάρχουν, όμως, νέες χειρουργικές τεχνικές, που φέρνουν άριστα αποτελέσματα, με ελάχιστο χρόνο νοσηλείας και άριστο αισθητικό αποτέλεσμα. Ποιες είναι αυτές και σε ποιες περιπτώσεις συνιστώνται;

Ο πόνος στη σπονδυλική στήλη και το γόνατο είναι ένα από τα πιο βασανιστικά προβλήματα που ταλαιπωρούν τη σύγχρονη γυναίκα. Τα τελευταία χρόνια και εφόσον αποτύχουν οι συντηρητικές μέθοδοι θεραπείας (φάρμακα, φυσικοθεραπείες κ.λπ.), η τάση της σύγχρονης χειρουργικής αντιμετώπισης είναι οι πιο minimal και αναίμακτες χειρουργικές τεχνικές, που οι περισσότερες απαιτούν νοσηλεία μισής ή μίας ημέρας.

Στη σπονδυλική στήλη δύο από τα συχνότερα προβλήματα είναι η δισκοκήλη (δισκοπάθεια) και τα κατάγματα στις μεγαλύτερες ηλικίες (περισσότερο στις γυναίκες), λόγω οστεοπόρωσης. Οι πιο σύγχρονες μέθοδοι αντιμετώπισης είναι η δισκοπλαστική με Discogel για τη δισκοκήλη, ενώ για τα κατάγματα η κυφοπλαστική με μπαλόνι.

Η δισκοπλαστική είναι ελάχιστα επεμβατική, αναίμακτη και ασφαλής τεχνική. Πραγματοποιείται με μια ένεση που γίνεται στο κέντρο του δίσκου, που βρίσκεται μεταξύ των σπονδύλων, με ένα παχύρρευστο υλικό (Discogel), που δρα ωσμωτικά συρρικτώνοντας τον πυρήνα του δίσκου. Έτσι, αίρεται η πίεση που προκαλεί η κήλη πάνω στα νεύρα, με αποτέλεσμα να εξαφανίζονται οι πόνοι, τα μουδιασμάτα και το βάρος στη μέση και στα πόδια. Η συγκεκριμένη τεχνική μπορεί να γίνει με μέθη ή ακόμη και τοπική αναισθησία. Μετά από λίγη ώρα, η ασθενής φεύγει περπατώντας και επιστρέφει στην καθημερινές της δραστηριότητες.

Η κυφοπλαστική είναι επίσης ελάχιστα επεμβατική και αναίμακτη μέθοδος για την αντιμετώπιση ενός ή περισσότερων σπασμένων σπονδύλων, λόγω οστεοπόρωσης.

Φιλοσοφία της μεθόδου είναι η ανάταξη των σπασμένων σπονδύλων με το φούσκωμα ενός μπαλονιού και η έγχυση στην κοιλότητα που δημιουργείται, ενός ειδικού ιατρικού τσιμέντου, που σταθεροποιεί τον σπόνδυλο, αποκαθιστώντας το ύψος του.

Η τεχνική πραγματοποιείται με 2 σωληνάκια, που εισάγονται μέσω 2 τομών του δέρματος 5 mm και φτάνουν έως το σώμα του σπασμένου σπονδύλου. Η ασθενής κινητοποιείται μετά από λίγες ώρες και εξέρχεται από το νοσοκομείο την ίδια μέρα ή την επομένη περπατώντας. Η ανακούφιση από τον πόνο είναι άμεση, μόνιμη, πλήρης και επαναφέρει την ασθενή στην καθημερινότητά της, βελτιστοποιώντας την ποιότητα της ζωής της.

Οστεοαρθρίτιδα και ρήξεις μηνίσκων

Στο γόνατο, τα συχνότερα προβλήματα που προκαλούν πόνο είναι η οστεοαρθρίτιδα, στις ηλικίες άνω των 50 ετών, και οι ρήξεις των μηνίσκων, σε όλες τις ηλικίες.

Η οστεοαρθρίτιδα σε προχωρημένα στάδια αντιμετωπίζεται πλήρως μόνο με ολική αρθροπλαστική, δηλαδή αντικατάσταση της φθαρμένης άρθρωσης του γόνατος με μία τεχνητή άρθρωση. Τα τελευ-



“

Οι minimal χειρουργικές τεχνικές εξασφαλίζουν άμεση αντιμετώπιση του πόνου, ελάχιστο χρόνο νοσηλείας, γρήγορη επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες και μειωμένο κόστος νοσηλείας.

”

ταία χρόνια, εφαρμόζεται με ιδιαίτερη επιτυχία η ολική αρθροπλαστική ελάχιστης επεμβατικότητας, γνωστή ως MIKA (Minimally Invasive Knee Arthroplasty). Η εμφύτευση της αρθροπλαστικής γίνεται με ειδικό εξοπλισμό και τεχνική, μέσω μικρής τομής και ελάχιστης διατάραξης των μαλακών μορίων. Τα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης τεχνικής, εκτός από το αναμφισβήτητο καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα σε σχέση με την κλασική τεχνική, είναι ότι ελαχιστοποιείται η απώλεια αίματος και ο μετεγχειρητικός πόνος, αποκαθίσταται γρηγορότερα η κίνηση του γόνατος και η ασθενής επιστρέφει ταχύτερα στις καθημερινές της δραστηριότητες.

Τέλος, οι ρήξεις των μηνίσκων, που δεν αφορούν μόνο αθλητές, αλλά όλους μας, ανεξαρτήτως ηλικίας, αντιμετωπίζονται στην πλειονότητά τους με την αρθροσκόπηση του γόνατος. Η αρθροσκόπη-

ση είναι μια επέμβαση που γίνεται μέσω 2 τομών του δέρματος 5 χιλιοστών. Από τη μία εισάγεται μια πολύ μικρή κάμερα, που επιτρέπει τον πλήρη έλεγχο της άρθρωσης του γόνατος, ενώ από την άλλη με ειδικά εργαλεία γίνεται η αποκατάσταση των βλαβών. Η ασθενής μπορεί να επιστρέψει την ίδια μέρα στο σπίτι της περπατώντας, χωρίς πατερίτσες, χωρίς νάρθηκες.

Τα πλεονεκτήματα

Οι minimal χειρουργικές τεχνικές απαιτούν ιδιαίτερη πείρα και υψηλού βαθμού εξειδίκευση του χειρουργού και δίνουν απάντηση στις ανάγκες της σύγχρονης γυναίκας-ασθενούς, εξασφαλίζοντας άμεση αντιμετώπιση του πόνου, ελάχιστο χρόνο νοσηλείας, γρήγορη επιστροφή στις καθημερινές ή αθλητικές δραστηριότητες, συντομότερη επάνοδο στην εργασία και μειωμένο κόστος νοσηλείας.



Στέλιος Παπαδόπουλος
Μαιευτήρας -
Γυναικολόγος, ειδικός
στην εξωσωματική
γονιμοποίηση,
Επιστημονικός
συνεργάτης Μονάδας
Υποβοηθούμενης
Αναπαραγωγής IVF
ΜΗΤΕΡΑ

Εξωσωματική γονιμοποίηση Τα νέα δεδομένα στις επαναλαμβανόμενες αποβολές

Οι επαναλαμβανόμενες αποβολές πρώτου τριμήνου είναι ένα από τα σημαντικά προβλήματα για τις γυναίκες που έχουν συλλάβει με εξωσωματική γονιμοποίηση. Όμως, πλέον η αντιμετώπισή τους σε κάποια σημεία έχει αλλάξει. Ποια είναι αυτά τα νέα δεδομένα, λοιπόν, και πού εστιάζει ο ιατρός;

Οι αποβολές πρώτου τριμήνου απασχολούν το ¼ των γυναικών που προσπαθούν για εγκυμοσύνη. Ο κίνδυνος αποβολής στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 11%-22%, ενώ στην εξωσωματική το 25,7% των εγκύων μετά από εξωσωματική θα αποβάλλουν.

Οι επαναλαμβανόμενες αποβολές απασχολούν το 1%-2% των γυναικών και ορίζονται σε δύο ή παραπάνω αποβολές πριν από τις 20 εβδομάδες

εγκυμοσύνης. Επηρεάζουν σοβαρά την ποιότητα ζωής του ζευγαριού και ψυχολογικά την ίδια την γυναίκα, που αμφιβάλει για το αν ποτέ θα κάνει παιδιά.

Οι μισές από τις αποβολές 1ου τριμήνου οφείλονται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Άλλες αιτίες είναι η προχωρημένη ηλικία της μητέρας, παχύσαρκες ή πολύ λεπτές γυναίκες, το κάπνισμα, η ενδομητρίωση, αποφραγμένες

σάλπιγγες, προηγούμενες αποβολές και η απόπτωση του σπέρματος.

Στην εξωσωματική γονιμοποίηση έχει αποδειχθεί ότι ο μεγαλύτερος αριθμός ωαρίων μειώνει τα ποσοστά αποβολής.

Οι γυναίκες που απέβαλαν στον πρώτο κύκλο εξωσωματικής, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας στον επόμενο κύκλο εξωσωματικής από

τις γυναίκες που δεν έμειναν ποτέ έγκυες.

Το ερώτημα είναι αν η εξωσωματική αποτελεί θεραπεία για τις επαναλαμβανόμενες αποβολές. Το ποσοστό ανευπλοειδίας, δηλαδή χρωμοσωμικών ανωμαλιών, εξαρτάται από την ηλικία της μητέρας και αυξάνεται δραματικά μετά τα 40, φτάνοντας το 90% των εμβρύων. Αφού, όπως αναφέραμε, το μεγαλύτερο ποσοστό αποβολών οφείλονται στις χρωμοσωμικές ανωμαλίες, είναι φανερό ότι η προεμφυτευτική διάγνωση των εμβρύων που μπορεί να γίνει κατά την εξωσωματική, δηλαδή η ανάλυση των χρωμοσωμάτων, θα ξεχωρίσει τα υγιή έμβρυα και θα μειώσει το ποσοστό αυτό κάτω του 10%.

Οι ανατομικές ανωμαλίες του ενδομητρίου, όπως το διάφραγμα ή τα υποβλεννογόνια ινομύματα, εμποδίζουν την εξέλιξη της κύησης και αυξάνουν το ποσοστό αποβολής. Με την είσοδο της υστεροσκόπησης στην καθημερινή μας πράξη, έχουν μειωθεί κατά πολύ οι αποβολές των γυναικών αυτών.

Σημεία προσοχής

Μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια στις επαναλαμβανόμενες αποβολές αποκτά η χρόνια ενδομητρίτιδα, που αφορά τη φλεγμονή του ενδομητρίου, επειδή αποτελεί μια κρυφή παθολογία που τις περισσότερες φορές δεν δίνει συμπτώματα. Η διάγνωση γίνεται με την επισκόπηση του ενδομητρίου κατά την υστεροσκόπηση με νέα διαγνωστι-

“

Πέραν των ιατρικών εξελίξεων και των προσπαθειών των ιατρών αναπαραγωγής, θα πρέπει και το ζευγάρι να έχει ανάλογη υγιεινή ζωή.

”

κά κριτήρια, όπως οι μικρο-πολύποδες, η υπεραιμία, οι συμφύσεις, και με την ιστολογική εξέτασή του μετά από βιοψία με νέες μοριακές τεχνικές. Αυτές οι μοριακές τεχνικές θα μας δώσουν ακριβείς πληροφορίες για την παρουσία μικροβίων στο ενδομήτριο και στη στοχευμένη θεραπεία τους.

Η επίκτητη και κληρονομική θρομβοφιλία και το αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο είναι από τις πλέον γνωστές αιτίες επαναλαμβανόμενων αποβολών. Η διάγνωση γίνεται εύκολα με εξετάσεις αίματος, ενώ η θεραπεία με χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη και ασπιρίνη, έχει βελτιώσει τα ποσοστά κύησης.

Ένα ενδιαφέρον ερώτημα που απασχολεί τις γυναίκες με επαναλαμβανόμενες αποβολές είναι αν χρειάζεται να κάνουν θεραπεία για τα φυσικά φονικά κύτταρα (NK cells). Πλέον γνωρίζουμε τη σημαντική σημασία τους στην εμφύτευση του εμβρύου στο ενδομήτριο λόγω της επίδρασής τους στα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, στην αποφυγή φλεγμονής και στην αγγειογένεση του ενδομητρίου.

Επίσης, εκτός τα φονικά κύτταρα του περιφερικού αίματος, σημαντική θέση αποκτούν στη διάγνωση και θεραπεία των επαναλαμβανόμενων αποβολών και τα φονικά κύτταρα του ενδομητρίου (uterine NK cells).

Η θεραπεία αρχίζει και γίνεται πιο απλή όπου, εκτός από κορτιζόνη, μπορούμε να κάνουμε έκχυση λιπιδίων διαλυμάτων για τη μείωση των φονικών κυττάρων κατά τη διάρκεια της εμφύτευσης στην εξωσωματική και στην αρχόμενη κύηση για την αποφυγή αποβολής.

Ο ρόλος τους ζευγαριού

Πέραν όμως των ιατρικών εξελίξεων και των προσαθειών των ιατρών αναπαραγωγής, θα πρέπει και το ζευγάρι να έχει ανάλογη υγιεινή ζωή και συμπεριφορά πριν από την επίτευξη εγκυμοσύνης. Η διακοπή του καπνίσματος και από τους δύο συντρόφους, η μείωση του βάρους, της καφεΐνης και του αλκοόλ, η υγιεινή διατροφή, η αποφυγή του άγχους και η εβδομαδιαία άσκηση είναι μερικές από τις αλλαγές που μειώνουν σημαντικά τα ποσοστά αποβολών και επιταχύνουν τον χρόνο επίτευξης εγκυμοσύνης και γέννησης ενός υγιούς μωρού.





Γυναικολογικοί καρκίνοι

Εγκυμοσύνη

υπό προϋποθέσεις

Οι γυναίκες νεαρής ηλικίας που προσβάλλονται από κάποιο είδος γυναικολογικό καρκίνο, αντιμετωπίζουν μεταξύ άλλων και το πρόβλημα της δυνατότητας για τεκνοποίηση. Πόσο εφικτό, όμως, είναι αυτό;

Τα τελευταία χρόνια έχει δειχθεί ότι η ανάπτυξη κακοήθων νεοπλασμάτων δεν φείδεται ηλικιών, με αποτέλεσμα όλο και περισσότερα περιστατικά να διαγιγνώσκονται σε νεαρότερες ηλικίες. Αυτονόητο είναι ότι η αντιμετώπισή τους έχει σαν βασικό στόχο την ασφαλέστερη και σύμφωνα με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα θεραπευτική προσέγγιση, η οποία όμως πρέπει να λαμβάνει υπόψη εξατομικευμένα τα δεδομένα κάθε ασθενούς.

Ειδικά σε ό,τι αφορά τον γυναικολογικό καρκίνο, γυναίκες νεαρής ηλικίας που επιθυμούν να διατηρήσουν την αναπαραγωγική τους ικανότητα και να αποκτήσουν παιδιά, μπορεί να προσβληθούν από καρκίνο ωοθηκών, καρκίνο τραχήλου μήτρας είτε καρκίνο σώματος μήτρας. Στις περιπτώσεις αυτές η διατήρηση της γονιμότητας είναι εφικτή υπό προϋποθέσεις. Η επιθυμία της ασθενούς για τεκνοποίηση λαμβάνεται υπόψη και είναι αναγκαία συνθήκη, δεν είναι όμως η καθοριστική στην τελική απόφαση, μιας και το κύριο μέλημά μας είναι η ζωή της.

Η απόφαση και οι περιπτώσεις

Έτσι, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, εφαρμόζοντας αυστηρά διεθνώς αποδεκτά επιστημονικά κριτήρια για ασφαλή ογκολογική αντιμετώπιση, προτείνονται πιο συντηρητικές χειρουργικές παρεμβάσεις που διενεργούνται με τη σύμφωνη γνώμη της ασθενούς, η οποία, έπειτα από λεπτομερή και αναλυτική ενημέρωση, λαμβάνει γνώση όλων των δεδομένων που την αφορούν και αποφασίζει για το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσει. Σε κάθε περίπτωση, όπως για όλα τα ογκολογικά περιστατικά, και στα περιστατικά αυτά η συζήτηση και η απόφαση του ογκολογικού συμβουλίου είναι αναγκαία.

Ειδικότερα:

- Στην περίπτωση καρκίνου της ωοθήκης, η διατήρηση της γονιμότητας είναι ασφαλής σε στάδιο 1Α της νόσου και σε καλά διαφοροποιημένους όγκους.
- Στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε συγκεκριμένα περιστατικά μπορεί να πραγματοποιηθούν επεμβάσεις όπως κωνοειδής εκτομή (εκτομή τμήματος μόνο του τραχήλου), τραχηλεκτομή ή ριζική τραχηλεκτομή με στόχο την διατήρηση του σώματος της μήτρας, έτσι ώστε η ασθενής να μπορέσει στο μέλλον να κυοφορήσει.
- Τέλος, σε ό,τι αφορά τον καρκίνο ενδομητρίου η γονιμότητα μπορεί να διατηρηθεί σε καλά διαφοροποιημένους όγκους που δεν διηθούν το μυομήτριο (μυϊκό τοίχωμα της μήτρας), με χορήγηση φαρμακευτικού σκεύασματος (παράγωγο της προγεστερόνης). Η Κλινική μας έχει αντιμετωπίσει με επιτυχία πολλές τέτοιες περιπτώσεις νέων γυναικών. Αρκετές εξ αυτών, σε συνεργασία με τους ιατρούς που ασχολούνται με υπογονιμότητα, έχουν καταφέρει στην πορεία να αποκτήσουν υγιή παιδιά με ασφάλεια.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι σε κάθε περίπτωση οι ασθενείς αυτές πρέπει να παρακολουθούνται πολύ στενά και, μετά την επίτευξη εγκυμοσύνης και τη γέννηση παιδιού, να εκτιμώνται εκ νέου ογκολογικά, προκειμένου να αξιολογηθεί το ενδεχόμενο διενέργειας μιας ριζικότερης χειρουργικής επέμβασης. Συμπερασματικά, οι επιστημονικές εξελίξεις στη γυναικολογική ογκολογία επιτρέπουν στους εξειδικευμένους στο αντικείμενο αυτό ιατρούς να είναι σε θέση να επιλέγουν από όλες τις ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο, αυτές στις οποίες με ασφάλεια μπορεί να διατηρηθεί η γονιμότητα, με σκοπό την επίτευξη εγκυμοσύνης και τη γέννηση υγιών μωρών.



Νίκος Ακρίβος

Μαιευτήρας -
Γυναικολόγος,
Διευθυντής Γ' Κλινικής
Γυναικολογικής
Ογκολογίας ΥΓΕΙΑ



Λίνα Φλωρεντίν
Κλινική Εργαστηριακή
Γενετίστρια,
Επιστ. Διευθύντρια
ΆλφαLAB Κέντρο
Γενετικής & Γενωμικής

Μη Επεμβατικός Προγεννητικός Έλεγχος (Non Invasive Prenatal Testing)

Μια εξελιγμένη εξέταση για τις χρωμοσωματικές ανωμαλίες

Η ανάπτυξη μιας προγεννητικής εξέτασης για το σύνδρομο Down χωρίς κάποια επεμβατική διαδικασία, ήταν σταθερός στόχος των γενετιστών εδώ και πολλά χρόνια. Αυτή η εξέταση πλέον υπάρχει, απλοποιώντας κάποιες διαδικασίες του προγεννητικού ελέγχου. Ποια είναι, όμως, και πότε ενδείκνυται;

Επί σειρά ετών, ο στόχος επιστημονικών ομάδων γενετιστών ήταν να αναπτύξουν μια προγεννητική εξέταση για το σύνδρομο Down, η οποία δεν θα συμπεριλαμβάνει μια επεμβατική διαδικασία όπως είναι λ.χ. η αμνιοπαρακέντηση. Ο εντοπισμός και η ανάλυση του ελεύθερου εμβρυϊκού DNA που κυκλοφορεί στο αίμα της μητέρας, οδήγησε στην ανάπτυξη της εξέτασης που ονομάστηκε Μη Επε-

μβατικός Προγεννητικός Έλεγχος (Non Invasive Prenatal Testing - NIPT), κατά τον οποίο ο έλεγχος των πιο συχνών χρωμοσωματικών ανωμαλιών του εμβρύου μπορεί να γίνει από μια λήψη περιφερικού αίματος της εγκύου. Η εξέταση αυτή είναι ένα εξελιγμένο τεστ σάρωσης (screening test) για το σύνδρομο Down,

με ευαισθησία και ειδικότητα που προσεγγίζει το 99%, αλλά επίσης και για άλλες πολύ συχνές τρισωμίες, όπως τρισωμία 13 (σύνδρομο Patau) (87%), τρισωμία 18 (σύνδρομο Edwards) (97%) και αριθμητικές ανωμαλίες του φύλου (86%).

Η συμβολή του NIPT

Όπως σε κάθε εξέταση βιολογικού δείγματος, έτσι και στο NIPT, η πλήρης και σωστή ενημέρωση του ενδιαφερόμενου προσδίδει επιπλέον αξία στο

τεστ. Η κάθε εξεταζόμενη που θα επιλέξει να πραγματοποιήσει το τεστ NIPT, θα πρέπει να γνωρίζει ότι ο έλεγχος δεν είναι διαγνωστικός και δεν έχει στόχο να υποκαταστήσει την προγεννητική διάγνωση χρωμοσωματικών ανωμαλιών και γενετικών νοσημάτων έπειτα από λήψη τροφοβλάστης ή αμνιακού υγρού. Επίσης, δεν υποκαθιστά σε καμία περίπτωση τους υπερηχογραφικούς και βιοχημικούς ελέγχους 1ου και 2ου τριμήνου, αλλά χρησιμοποιείται ως συμπληρωματικός έλεγχος μεγάλης ακριβείας μόνο για ορισμένα συχνά σύνδρομα.

Το NIPT μπορεί να γίνει από τη 10η εβδομάδα της εγκυμοσύνης και μετά. Πριν από αυτό το διάστημα δεν υπάρχει αρκετό ελεύθερο εμβρυϊκό DNA (cfDNA) στο αίμα της μητέρας. Αυτό μπορεί να συμβεί στο περίπου 3% των περιστατικών και ιδίως σε γυναίκες που είναι υπέρβαρες. Στις περιπτώσεις αυτές είναι δυνατή η ανάλυση σε νέο δείγμα αίματος, σαφώς χωρίς επιπλέον οικονομική επιβάρυνση.

Η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα ολοκληρώνονται σε 10-15 ημέρες. Ένα αποτέλεσμα χαμηλού κινδύνου υποδεικνύει ότι η πιθανότητα το έμβρυο να πάσχει από κάποιο εκ των ελεγχόμενων συνδρόμων, π.χ. σύνδρομο Down, είναι πολύ χαμηλή. Εάν το αποτέλεσμα είναι υψηλού κινδύνου, τότε η πιθανότητα

“

Η πλήρης και σωστή ενημέρωση του ενδιαφερόμενου προσδίδει επιπλέον αξία στο τεστ.

”



το έμβρυο να πάσχει είναι πολύ υψηλή και πρέπει οπωσδήποτε να γίνει επιβεβαίωση αποτελέσματος έπειτα από λήψη τροφοβλάστης ή αμνιακού υγρού. Σε καμία περίπτωση δεν συνιστάται διακοπή κύησης εάν πρώτα δεν επιβεβαιωθεί το αποτέλεσμα του NIPT.

Στα νέα τεστ που προσφέρονται, δίνεται η δυνατότητα ελέγχου και ορισμένων συνδρόμων μικροελλείψεων. Η πλειονότητα των συνδρόμων αυτών χαρακτηρίζεται από πνευματική καθυστέρηση, ιδιάζον προσωπείο, πνευματική και ψυχοκινητική καθυστέρηση και πληθώρα ιατρικών προβλημάτων. Από τα περίπου 220 γνωστά σύνδρομα μικροελλείψεων που μπορούν να ελεγχθούν στο έμβρυο, στο NIPT συμπεριλαμβάνονται περίπου τα 5 πιο συχνά, η συχνότητα των οποίων είναι περίπου 1/2.500 κυήσεις. Η ευαισθησία και η ειδικότητα της ανάλυσης αυτής αγγίζει το 60%-70% συνολικά.

Πότε συνιστάται και από ποιους

Ο μη επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος πρέπει να προσφέρεται στην έγκυο κατόπιν εντολής του θεράποντος ιατρού της, που γνωρίζει το οικογε-

νειακό ιστορικό του ζεύγους και το ιατρικό ιστορικό της εγκυμοσύνης, ή του ειδικού στην εμβρυομητρική ιατρική ή μέσω κέντρων γενετικής. Εάν η κύηση είναι μονήρης ή δίδυμη, εάν το έμβρυο έχει προκύψει από εξωσωματική γονιμοποίηση ή με σπέρμα δότη ή ωάριο δότριας, αυτές είναι πληροφορίες απαραίτητες προκειμένου να δοθεί ένα αξιόπιστο αποτέλεσμα. Σε άλλη περίπτωση, όταν εντοπίζονται υπερηχογραφικά ευρήματα στο έμβρυο, συνιστάται σχεδόν πάντα προγεννητική διάγνωση έπειτα από λήψη τροφοβλάστης ή αμνιακού υγρού. Επειδή οι πληροφορίες αυτές, όπως και άλλες, είναι σημαντικές, το NIPT είναι προτιμότερο να μην προσφέρεται απευθείας στην έγκυο (direct to consumer test), δηλαδή χωρίς την εντολή ειδικού. Τέλος, η γενετική συμβουλευτική πριν και μετά το NIPT είναι πολύ χρήσιμη, διότι επιτρέπει στο ζευγάρι να κατανοήσει τι τους προσφέρει η εξέταση αυτή, αν είναι κατάλληλη για την περίπτωση τους και ποιες πτυχές της υγείας του παιδιού τους καλύπτει σε σχέση με την προγεννητική διάγνωση έπειτα από λήψη τροφοβλάστης ή αμνιακού υγρού. Έτσι, οι μέλλοντες γονείς μπορούν να πάρουν τις αποφάσεις τους πλήρως ενημερωμένοι.



Γιώργος Ευσταθίου
Γενικός Χειρουργός,
Επιστ. Συνεργάτης ΛΗΤΩ

Εγκυμοσύνη - τοκετός

Δύο κοινά προβλήματα που αντιμετωπίζονται χειρουργικά

Οι αλλαγές που υφίσταται το γυναικείο σώμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολλές. Συχνά, όμως, συνοδεύονται από παθήσεις που μπορεί να χρειαστούν χειρουργική αντιμετώπιση. Ποιες είναι αυτές, όμως, και πότε η έγκυος πρέπει να απευθυνθεί σε χειρουργό;

Η εγκυμοσύνη είναι μια από τις ευτυχέστερες περιόδους στη ζωή της γυναίκας. Όμως, οι αλλαγές που υφίσταται το γυναικείο σώμα είναι δυνατόν να επιδεινώσουν ή και να προκαλέσουν την εμφάνιση παθήσεων που χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση. Δύο από τις συνηθέστερες αυτές καταστάσεις είναι η ομφαλοκήλη και η αιμορροϊδοπάθεια.

Η ομφαλοκήλη

Η ομφαλοκήλη είναι συχνότερη στις γυναίκες απ' ό,τι στους άντρες. Μπορεί να πρωτοεμφανιστεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή να καταστεί εμφανής μια μικρή προϋπάρχουσα λόγω της σταδιακά αυξανόμενης ενδοκοιλιακής πίεσης. Η συχνότητα εμφάνισης της ομφαλοκήλης στις εγκυμονούσες γυναίκες είναι 0,08%.

Προς το παρόν δεν υπάρχει ομοφωνία ανάμεσα στους χειρουργούς για τον τρόπο αντιμετώπισης μιας κήλης σε εγκυμονούσες ή σε γυναίκες που σκοπεύουν να μείνουν έγκυες και αυτό λόγω των αλλαγών που υφίσταται το γυναικείο σώμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η χρονική στιγμή κατά την οποία θα αποφασιστεί η αποκατάσταση της κήλης εξαρτάται από το εάν και εφόσον αυτή παρουσιάζει συμπτώματα. Μικρές ασυμπτωματικές κήλες είναι προτιμότερο να αντιμετωπίζονται είτε κατά τη διάρκεια του τοκετού, σε περίπτωση καισαρικής τομής, είτε μετά από τουλάχιστον 8 εβδομάδες από τον τοκετό.

Σε περίπτωση που παρουσιάζει συμπτώματα, αλλά δεν έχει επιπλακεί (περίσφιξη), η ασθενής δύναται να υποβληθεί σε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ιδανικά στο δεύτερο τρίμηνο, με μεγάλη ασφάλεια τόσο για την ίδια όσο και για το έμβρυο.

Ιδιαίτερη περίπτωση αποτελεί η περισφιγμένη ομφαλοκήλη, η οποία είναι επείγουσα χειρουργική κατάσταση και χρήζει άμεσης χειρουργικής αντιμετώπισης.

Συχνά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να εμφανιστεί διάσταση της λευκής γραμμής (διάσταση ορθών κοιλιακών μυών). Η κατάσταση αυτή δεν αποτελεί κήλη, δύναται όμως να συνυπάρχει με κήλη και η διόρθωσή της μπορεί να γίνει μόνο για αισθητικούς λόγους.

Η αποκατάσταση της ομφαλοκήλης μπορεί να γίνει είτε με συρραφή του χάσματος είτε με τοποθέτηση πλέγματος, με ανοιχτή ή λαπαροσκοπική επέμβαση.

Η αιμορροϊδοπάθεια

Ακόμα ένα συχνό πρόβλημα που παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μπορεί να παραμείνει και έπειτα από αυτή, είναι η διόγκωση των αιμορροϊδων.

Οι αιμορροϊδες εμφανίζονται συνηθέστερα κατά το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο, διότι η ευμεγέθης μήτρα εκείνη την περίοδο πιέζει την κάτω κοί-



“

Η συχνότητα εμφάνισης της ομφαλοκήλης στις εγκυμονούσες γυναίκες είναι 0,08%.

”

λη φλέβα, με αποτέλεσμα να γίνεται συμφόρηση στις φλέβες του αιμορροϊδικού πλέγματος. Αυτό, σε συνδυασμό με τις αλλαγές στην κινητικότητα του εντέρου τις οποίες επιφέρουν οι ορμονικές αλλαγές που συνοδεύουν την κύηση, αλλάζει την κυκλοφορία του αίματος στην περιοχή. Επιπλέον, κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης παρουσιάζεται συχνά δυσκοιλιότητα, την οποία επιτείνει η φτωχή σε φυτικές ίνες διατροφή.

Τα συμπτώματα μπορεί να είναι από απλή φαγούρα έως εμφάνιση αίματος κατά την κένωση ή και ακούσια απώλεια αερίων. Αυτό μπορεί να αγχώσει την έγκυο, που ούτως ή άλλως διανύει μια ευαίσθητη περίοδο της ζωής της.

Η αντιμετώπισή τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνίσταται κυρίως στην αποφυγή της δυσκοιλιότητας. Στο πλαίσιο αυτό, η έγκυος πρέπει να πίνει πολύ νερό, να καταναλώνει τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες και να φροντίζει την υγιεινή της περιοχής.

Σε ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών οι αιμορροΐδες θα εξαφανιστούν μετά το πέρας της εγκυμοσύνης. Στην περίπτωση, όμως, που επιμένουν είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής της. Η σύγχρονη χειρουργική είναι πλέον σε θέση να προσφέρει ένα μεγάλο εύρος λύσεων, οι οποίες εγγυώνται ένα ανώδυνο και μόνιμο αποτέλεσμα (μέθοδος HAL, Laser κ.ά.).



Παναγιώτης Οικονομίδης
Μαιευτήρας
- Γυναικολόγος,
Επιστ. Συνεργάτης ΛΗΤΩ

Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου (ΦΝΠ) Μια σοβαρή απειλή για τη γονιμότητα

Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου προσβάλλει συνήθως νέες και σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες που δεν παίρνουν μέτρα προφύλαξης κατά των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Καθώς η υπογονιμότητα μίας στις τρεις γυναίκες οφείλεται σε αυτήν την ασθένεια, γίνεται σαφές το μέγεθος του κινδύνου. Τι πρέπει να γνωρίζουμε, λοιπόν;

Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου (ΦΝΠ) είναι λοίμωξη της μήτρας, των σαλπίγγων και των γειτονικών πυελικών ιστών που προκαλείται συνήθως από παθογόνους μικροοργανισμούς οι οποίοι ανέρχονται από τον κόλπο και τον τράχηλο προς τα έσω γεννητικά όργανα (ενδομήτριο, σάλπιγγες, ωοθήκες) του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας.

Η ΦΝΠ αφορά συνήθως νέες γυναίκες, σεξουαλικά δραστήριες, που έχουν πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους και που δεν παίρνουν μέτρα προφύλαξης κατά των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, δηλαδή δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό.

Τα συμπτώματα και οι αιτίες

Το πιο συχνό σύμπτωμα είναι το άλγος στο υπογάστριο ή το πυελικό άλγος. Συνυπάρχει έντονη ευαισθησία κατά τη φυσική εξέταση του τραχήλου, των σαλπίγγων ή των ωοθηκών. Επίσης η ασθενής μπορεί να έχει πυώδες ή δύσοσμο κολπικό έκκριμα. Σε πιο προχωρημένη μορφή, η ασθενής μπορεί να εμφανίσει πυρετό, ρίγη, ναυτία, έμετο, κολπική αιμόρροια και έντονο πόνο στην ούρηση ή τη σεξουαλική επαφή.

Τα χλαμύδια (*Chlamydia trachomatis*) και ο γονόκοκκος (*Neisseria gonorrhoeae*) είναι οι πιο συχνές αιτίες φλεγμονώδους νόσου της πυέλου, αν και ε-

μπλέκονται συχνά και άλλα αναερόβια μικρόβια, όπως η *Escherichia coli*, και άλλοι μικροοργανισμοί.

Η διάγνωση

Η διάγνωση της νόσου ξεκινά από το ιστορικό, τη γυναικολογική εξέταση, ενώ στη συνέχεια διενεργείται αιματολογικός έλεγχος, καλλιέργειες κολπικού υγρού, υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων και αξονική τομογραφία. Επίσης η διάγνωση τίθεται χειρουργικά με λαπαροσκόπηση.

Καταστάσεις με παρόμοια κλινική εικόνα είναι η σκωληκοειδίτιδα, η εξωμήτριος κύηση, η εκκολπωματίτιδα, η ρήξη ωχρού σωματίου, η ενδομητρίωση κ.ά.

Ο διαχωρισμός της φλεγμονώδους νόσου της πυέλου από άλλες αιτίες κατώτερου κοιλιακού ή πυελικού άλγους μπορεί να είναι δύσκολος και η διάγνωσή της συχνά απαιτεί χειρουργική επιβεβαίωση.

Οι επιπλοκές

Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου μπορεί να προκαλέσει συμφύσεις των οργάνων της πυέλου (μήτρα, σάλπιγγες, ωοθήκες, έντερο, σκωληκοειδής απόφυση), μερική ή πλήρη απόφραξη των σαλπίγγων και είναι συχνή αιτία πυελικού άλγους, εξωμήτριας κύησης και υπογονιμότητας.

Σχεδόν το ένα τρίτο όλων των γυναικών που είναι υπογόνιμες, έχουν απωλέσει την ικανότητά τους να συλλάβουν λόγω φλεγμονώδους νόσου της πυέλου.

“

Η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να μειώσει την πιθανότητα δημιουργίας σαλπινγικών συμφύσεων και υπογονιμότητας.

”

Περιστασιακά, η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου προκαλεί ενδοπεριτοναϊκά αποστήματα.

Η αντιμετώπιση

Η συντηρητική αντιμετώπιση της ΦΝΠ περιλαμβάνει την αντιβιοτική αγωγή (από του στόματος ή ενδοφλεβίως, ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου), ενώ συχνά απαιτείται νοσηλεία και χειρουργική αντιμετώπιση όταν συνυπάρχει απόστημα ή σοβαρές συμφύσεις. Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει την παροχέτευση των αποστημάτων, τη λύση συμφύσεων και τον έλεγχο της βατότητας των σαλπίνγων. Αν και σπανίως, μπορεί να χρειαστεί ακόμα και αφαίρεση των σαλπίνγων. Η επέμβαση είναι πολλές φορές διαγνωστική και θεραπευτική και μπορεί να γίνει λαπαροσκοπικά ή με λαπαροτομία.

Η πρόληψη

Σε γυναίκες με την παραπάνω συμπτωματολογία ή σε νεαρές κοπέλες με συχνές τραχηλίτιδες - κολπίτιδες, σε άτομα που παρουσιάζουν έντονη δυσμηνόρροια ή πόνο στη σεξουαλική επαφή, συνιστάται τακτικός γυναικολογικός έλεγχος με υπέρηχο έσω γεννητικών οργάνων και διενέργεια καλλιιεργειών κολπικού επιχρίσματος. Η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να μειώσει την πιθανότητα δημιουργίας σαλπινγικών συμφύσεων και υπογονιμότητας. Η χρήση δε του προφυλακτικού είναι μονόδρομος, καθώς συμβάλλει τα μέγιστα στην πρόληψη της ΦΝΠ.

Τέλος, σημαντικός κρίνεται και ο έλεγχος του συντρόφου για σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις σε περίπτωση που συνυπάρχει συμπτωματολογία (δυσουρικές ενοχλήσεις, εκκρίσεις, άλγος στο όσχεο, κνησμός) ή όταν παρατηρούνται υποτροπές της ΦΝΠ στη σύντροφο.





**Κωνσταντίνος
Στεφανίδης**
Νεφρολόγος παιδων,
Διευθυντής
Παιδονεφρολογικού
Τμήματος Παιδων
ΜΗΤΕΡΑ

Ουρολοίμωξη με πυρετό Πότε μπορεί να προκαλέσει μόνιμες βλάβες

Οι ουρολοιμώξεις είναι ένα συχνό πρόβλημα στην παιδική ηλικία. Το πρόβλημα, όμως, περιπλέκεται όταν συνυπάρχει και πυρετός, γιατί αυτό μπορεί να σημαίνει βλάβη στα νεφρά. Τι σημαίνει, λοιπόν, αυτό για την υγεία του παιδιού και πώς αντιμετωπίζεται;

Οι ουρολοιμώξεις είναι ένα συχνό πρόβλημα στην παιδική ηλικία. Το 7% των κοριτσιών και το 2% των αγοριών θα παρουσιάσουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο ουρολοίμωξης μέχρι τα 7 τους χρόνια. Η ουρολοίμωξη χωρίς πυρετό δεν προκαλεί βλάβες στα νεφρά και συνήθως εντοπίζεται στην ουροδόχο κύστη. Όταν ένα παιδί έχει ουρολοίμωξη με πυρετό συνήθως έχουν προσβληθεί τα νεφρά

του και πάσχει από οξεία πυελονεφρίτιδα (ΟΠ). Το 60%-70% των παιδιών στη διάρκεια της ΟΠ εμφανίζει βλάβες στο σπινθηρογράφημα νεφρών, που είναι συνήθως παροδικές. Έτσι μόνο το 10%-20% συνεχίζει να έχει βλάβες έπειτα από περισσότερο από έξι μήνες από την ΟΠ. Οι βλάβες αυτές είναι μόνιμες και λέγονται νεφρικές ουλές. Τα παιδιά που έχουν αυτές τις βλάβες έχουν αυ-



“

Οι απαραίτητες εξετάσεις
γίνονται επιλεκτικά
και οι ενδείξεις τους
εξατομικεύονται.

”

ξημένες πιθανότητες να αποκτήσουν στο μέλλον κι άλλες, νέες ουλές μετά από ΟΠ. Συνήθως οι μικρές και περιορισμένες νεφρικές ουλές δεν έχουν επιπλοκές. Όμως, οι εκτεταμένες νεφρικές βλάβες μπορεί να συσχετίζονται με σοβαρά προβλήματα, όπως είναι η υπέρταση και η νεφρική ανεπάρκεια, που εμφανίζονται σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Οι αιτίες

Οι ουρολοιμώξεις στα αγόρια είναι πιο συχνές κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής, ενώ στα κορίτσια εμφανίζονται αργότερα και συνήθως συνεχίζονται μέχρι να αποκτήσουν τον έλεγχο της ούρησης. Στα μεγαλύτερα κορίτσια οι ουρολοιμώξεις συσχετίζονται συνήθως με τη δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας της κύστης είναι επιβεβλημένη για την πρόληψη των ουρολοιμώξεων και των επιπλοκών τους.

Τα ούρα από τα νεφρά αποβάλλονται με τα αποχετευτικά όργανα του ουροποιητικού συστήματος στους ουρητήρες και μετά στην ουροδόχο κύστη.

Κυστεοурητηρική παλινδρόμηση (ΚΟΠ) λέγεται η παθολογική επιστροφή των ούρων από την ουροδόχου κύστη στους ουρητήρες. ΚΟΠ θα διαγνωστεί στο 30% περίπου των παιδιών που παρουσίασαν ουρολοίμωξη με πυρετό. Όμως, μόνο το 20% των παιδιών με ΚΟΠ θα παρουσιάσει μόνιμες νεφρικές βλάβες.

Η διάγνωση

Τα παιδιά, έπειτα από μια εμπύρετο ουρολοίμωξη, υποβάλλονται σε απεικονιστικό έλεγχο. Συνήθως γίνεται μία ή και περισσότερες από τις επόμενες εξετάσεις:

1. Υπερηχογράφημα νεφρών και ουροδόχου κύστης.
2. Κυστεογραφία.
3. Σπινθηρογράφημα νεφρών.

Οι εξετάσεις αυτές γίνονται επιλεκτικά και οι ενδείξεις τους εξατομικεύονται. Το υπερηχογράφημα δεν έχει ακτινοβολία, δίνει αρκετές χρήσιμες πληροφορίες, όμως δεν συντελεί στη διάγνωση της κυστεοурητηρικής παλινδρόμησης (ΚΟΠ) ή των

μικρών νεφρικών ουλών. Για τη διάγνωση της ΚΟΠ πρέπει να γίνει κυστεογραφία. Στην εξέταση αυτή, έπειτα από καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης και έγχυση σκιαγραφικού υλικού με ακτινογραφικό έλεγχο, εμφανίζεται το σκιαγραφικό υλικό στους ουρητήρες και στα νεφρά των παιδιών με ΚΟΠ. Η διάγνωση των νεφρικών ουλών γίνεται με το σπινθηρογράφημα νεφρών. Στόχος του απεικονιστικού ελέγχου είναι να διαγνωστούν έγκαιρα τα παιδιά με αυξημένο κίνδυνο να αποκτήσουν νεφρικές ουλές στο μέλλον.

Σε πρόσφατη πολυκεντρική μελέτη με μεγάλο αριθμό ασθενών, διαπιστώθηκε ότι η προφυλα-



κτική χορήγηση αντιβιοτικών σε παιδιά με ΚΟΠ, ενώ ελάττωνε τον αριθμό ουρολοιμώξεων, δεν περιορίζει την πιθανότητα εμφάνισης νέων νεφρικών ουλών. Αυτό οφείλεται στο ότι στις μέρες μας γίνεται συνήθως έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία των παιδιών με οξεία πυελονεφρίτιδα.

Ομάδες κινδύνου

Τα παιδιά με αυξημένο κίνδυνο για να παρουσιάσουν νεφρικές ουλές έπειτα από οξεία πυελονεφρίτιδα είναι κυρίως εκείνα που κάνουν επαναλαμβανόμενες ουρολοιμώξεις, ιδίως όταν καθυστερεί η έναρξη της θεραπείας της ΟΠ με αντιβιοτικά για περισσότερο από 2-3 μέρες. Επίσης, σε αυξημένο κίνδυνο είναι τα παιδιά με ΟΠ με αυξημένους δείκτες φλεγμονής (όπως είναι η CRP) ή και παθολογικά ευρήματα στο υπερηχογράφημα νεφρών. Τέλος, τα παιδιά με νεφρικές ουλές έπειτα από ΟΠ έχουν αυξημένες πιθανότητες να αποκτήσουν νέες ουλές αν ξαναπαρουσιάσουν νέα ΟΠ. Η ΚΟΠ συχνά συνυπάρχει (ιδίως στα αγόρια) με βλάβες στα νεφρά που έγιναν πριν από τη γέννηση και λέγονται συγγενείς νεφρικές ουλές. Τα παιδιά που στο μέλλον θα εμφανίσουν νεφρική ανεπάρκεια είναι συνήθως εκείνα που έχουν εκτεταμένες συγγενείς βλάβες και στα δύο νεφρά τους ή και έχουν μικρότερα νεφρά, δηλαδή νεφρική υποπλασία. Τόσο η ΚΟΠ όσο και η νεφρική υποπλασία μπορεί να εμφανίζονται και σε άλλα μέλη της οικογένειας. Έτσι, είναι επιβεβλημένο να γίνεται υπερηχογράφημα νεφρών στα αδέρφια του παιδιού με το πρόβλημα αυτό.

Η αντιμετώπιση

Σήμερα η χορήγηση αντιβιοτικών για την πρόληψη ουρολοιμώξεων συνιστάται σε ένα περιορισμένο αριθμό παιδιών με ΚΟΠ και για μικρότερο χρονικό διάστημα. Η εξατομίκευση των ενδείξεων της θεραπείας αυτής βασίζεται σε κριτήρια που αξιολογούν τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης μόνιμων νεφρικών ουλών.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε σημαντική ελάττωση της εμφάνισης νέων νεφρικών ουλών, που είναι αποτέλεσμα της έγκαιρης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης των παιδιών με ΟΠ, όπως και της προσεκτικής παιδιατρικής τους παρακολούθησης.

Για ό,τι καλύτερο
έχει συμβεί στη ζωή σας...
έχουμε δημιουργήσει την
καλύτερη παιδιατρική κλινική

Στο **Παιδών ΜΗΤΕΡΑ** οι μικροί ασθενείς μας είναι το επίκεντρο της προσοχής μας. Κάθε παιδί λαμβάνει απεριόριστη φροντίδα και αγάπη, από μια ομάδα κορυφαίων ιατρών και νοσηλευτών, σε ένα ειδικά διαμορφωμένο ζεστό και φιλόξενο περιβάλλον!

24 ώρες το 24ωρο | 365 ημέρες το χρόνο

☎ 210 6869 404 | 210 6869 563 | 210 6869 564 ✉ info@mitera.gr

Περισσότερες πληροφορίες: www.mitera.gr
Ερυθρού Σταυρού 6, 151 23, Μαρούσι Αττικής

📘 Facebook/mitera.hospital 📺 Youtube/Ekdiloseismitera 🔗 LinkedIn.com/company/miterahospital 📷 Instagram/mitera.gr



Παναγιώτης Χριστόπουλος
Ειδικός Γυναικολόγος
Παιδων - Εφήβων,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχο-
λής Παν/μίου Αθηνών,
Επιστ. Συνεργάτης ΛΗΤΩ

Γυναικολόγος εφήβων Προσοχή, εμπειρία και γνώση για μια ευαίσθητη ηλικία

Τα γυναικολογικά προβλήματα στην εφηβεία έχουν τις δικές τους ιδιαιτερότητες, οι οποίες επιβάλλουν διαφορετικό χειρισμό και αντιμετώπιση. Για τον λόγο αυτό, ο ρόλος του γυναικολόγου παιδων και εφήβων είναι καθοριστικός. Ποια είναι, όμως, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει συχνότερα και πότε οι γονείς πρέπει να ζητούν τη βοήθειά του;

Σχεδόν όλες οι γυναικολογικές παθήσεις που προβληματίζουν τις ενήλικες γυναίκες μπορεί να εμφανιστούν και σε κοπέλες που βρίσκονται στην εφηβεία. Όπως είναι λογικό, οι αιτίες, τα χαρακτηριστικά, η συχνότητα, αλλά και ο τρόπος διάγνωσης, όπως και ο τρόπος αντιμετώπισής τους διαφέρουν σε αυτές τις τρυφερές ηλικίες, συγκριτικά με μια γυναίκα μεγαλύτερη σε ηλικία. Αυτό σημαίνει ότι η προσέγγιση της νεαρής, έφηβης ασθενούς εί-

ναι διαφορετική και πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στην ηλικία της. Ο εξειδικευμένος γυναικολόγος παιδων και εφήβων διαθέτει την πείρα, αλλά και την κατάλληλη εκπαίδευση για τέτοιες περιπτώσεις.

Τα συνήθη ζητήματα

Μια από τις πιο συχνές ανησυχίες μητέρων και εφήβων είναι το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών. Αν και είναι αρκετά συχνό στην εφηβεία, είναι ανάγκη να τονίσουμε ότι πολύ συχνά γίνεται κατάχρηση στη διάγνωση του συνδρόμου και αρκετές από τις διαγνώσεις μπορούν να χαρακτηριστούν «επιπόλαιες». Τα κριτήρια για τη διάγνωση του συνδρόμου είναι συγκεκριμένα και πρέπει να εφαρμόζονται με προσοχή. Ο άστατος «κύκλος», η ακμή, η έντονη

τριχοφυΐα και η λιπαρότητα στο δέρμα, που συχνά οφείλονται σε αυξημένη παρουσία ανδρογόνων (ανδρικές ορμόνες) στον οργανισμό τους, είναι τα συνθεότερα συμπτώματα που ταλαιπωρούν τις έφηβες.

Άλλο συχνό πρόβλημα σε αυτές τις ηλικίες είναι η μεγάλη σε ποσότητα απώλεια αίματος ή μεγάλη σε διάρκεια αιμορραγία από τον κόλπο. Υπάρχει ο κίνδυνος να εμφανιστεί αναιμία στην έφηβη, με ωχρότητα, εξάντληση, ζάλη και λιποθυμίες. Τόσο η διάγνωση όσο και η αντιμετώπισή τους πρέπει να είναι άμεση και αποτελεσματική και όχι επιπόλαια. Η δυσμηνόρροια, δηλαδή οι πόνοι κατά τη διάρκεια της «περιόδου», αποτελούν την συχνότερη αιτία απουσίας από το σχολείο. Πάνω από το 10% των εφήβων θα παρουσιάσει πόνους στην «περίοδο». Ο πόνος συνήθως βελτιώνεται θεαματικά με τη σωστή λήψη των κατάλληλων φαρμάκων.

Οι κύστες στην ωοθήκη είναι ακόμα ένα συνηθισμένο πρόβλημα, που πρέπει όμως να αντιμετωπίζεται όσο το δυνατόν πιο συντηρητικά. Πρέπει να αποφεύγεται η χειρουργική αντιμετώπιση όσο το δυνατόν περισσότερο, καθώς θέλουμε να διατηρήσουμε τη γονιμότητα της νεαρής γυναίκας για το μέλλον.

Ο κατάλογος με τα γυναικολογικά προβλήματα της εφηβείας είναι μεγάλος. Σπανιότερες παθήσεις εί-

“

Έχει τεράστια σημασία η πρώτη γυναικολογική επίσκεψη της έφηβης να είναι μια θετική εμπειρία και να μην την τραυματίσει ψυχικά.

”

ναι οι συγγενείς (εκ γενετής) ανωμαλίες διάπλασης του γεννητικού συστήματος, όπου η «κατασκευή» της μήτρας ή και του κόλπου παρουσιάζουν ανωμαλίες και πρέπει να αντιμετωπιστούν. Επίσης, πολύ σημαντικά είναι και άλλα θέματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος ο γυναικολόγος εφήβων, όπως διαταραχές στην ανάπτυξη των μαστών (με κυριότερο πρόβλημα την ανισομαστία), περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας με απώλεια της «περιόδου», αλλά και άλλων ενδοκρινικών διαταραχών. Σημαντικότερο είναι το πρόβλημα των ανεπιθύμητων κυήσεων στην εφηβεία, που εξακολουθεί να είναι σοβαρό και πιο συχνό από όσο πολλοί πιστεύουν. Ας μην ξεχνάμε ότι τα τελευταία χρόνια το ποσοστό της ανεπιθύμητης κύησης στην εφηβεία αυξάνεται. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το πρόβλημα ξεκινάει από την έλλειψη σωστής πληροφόρησης που έχουν οι έφηβοι για θέματα αντισύλληψης, γονιμότητας και αγωγής σεξουαλικής υγείας. Ο ρόλος του γυναικολόγου εφήβων δεν είναι μόνο να αντιμετωπίσει το πρόβλημα, αλλά και να παρέχει πρόληψη και ενημέρωση.

Τα συχνότερα γυναικολογικά συμπτώματα στην ε-

φηβική ηλικία, που θα οδηγήσουν μια έφηβη στον εξειδικευμένο γυναικολόγο εφήβων, είναι:

- Ασταθής κύκλος.
- Πόνος χαμηλά στην κοιλιά.
- Αυξημένα κοιλικά υγρά.
- Πόνος, φαγούρα, ερυθρότητα στα έξω γεννητικά όργανα.
- Αιμορραγία από τον κόλπο.
- Πόνος «περιόδου».
- Ακμή - τριχοφυΐα.
- Ανωμαλίες έξω γεννητικών οργάνων.

Όλοι συμφωνούμε ότι έχει τεράστια σημασία η πρώτη γυναικολογική επίσκεψη της έφηβης να είναι μια θετική εμπειρία και να μην την τραυματίσει ψυχικά, κάνοντας δυσάρεστη τη γυναικολογική εξέταση για το υπόλοιπο της ζωής της.

Η σωστή αντιμετώπιση βασίζεται στη συνέπεια, την αξιοπιστία, τις ειδικές γνώσεις, την εμπειρία, τον σύγχρονο εξοπλισμό και το ευχάριστο περιβάλλον, ώστε να καθυστερήσουμε τους γονείς και, πάνω απ' όλα, να προστατεύσουμε τη δυνατότητα της νεαρής γυναίκας να αποκτήσει τη δική της οικογένεια όποτε αυτή το θελήσει.





Δρ Χρήστος Χιωτίνης
Ειδικός Χειρουργός
Παιδών, Διευθυντής
Α΄ Παιδοχειρουργικής
Κλινικής Παιδών
ΜΗΤΕΡΑ

Κρυφορχία

Γιατί χρειάζεται άμεση επέμβαση

Η κρυφορχία είναι το πιο συνηθισμένο πρόβλημα στα νεογέννητα αγοράκια. Λόγω των ιδιαίτερων προβλημάτων που μπορεί να προκαλέσει, είναι σημαντική η άμεση αντιμετώπισή της; Τι πρέπει να γνωρίζουν, λοιπόν, οι γονείς γι' αυτήν;

Τι είναι κρυφορχία;

Κρυφορχία ονομάζουμε την απουσία του ενός ή και των δύο όρχεων από το όσχεο (σακουλάκι μέσα στο οποίο βρίσκονται φυσιολογικά οι όρχεις). Είναι η πιο συχνή ανωμαλία στα αγοράκια κατά τη γέννηση. Φυσιολογικά, μέχρι και ένα μήνα πριν από τη γέννηση, οι όρχεις έχουν κατεβεί από την κοιλιά μέσα στο όσχεο. Σε πολύ μικρό ποσοστό αγοριών ο ένας ή και οι δύο όρχεις δεν κατεβαίνουν μέχρι τη στιγμή της γέννησης.

Ποιοι παράγοντες την προκαλούν;

Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση της κρυφορχίας θεωρούνται η προωρότητα, το χαμηλό βάρος γέννησης, η διδυμος κύηση και η λήψη ορμονικών σκευασμάτων από τη μητέρα στην αρχή της κύησης. Η κληρονομικότητα επίσης φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο.

Οι όρχεις την 6η-7η εβδομάδα της κύησης σχηματίζονται μέσα στην κοιλιά του εμβρύου και κατεβαίνουν προς το όσχεο μετά

την 28η εβδομάδα. Οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτήν την κάθοδο προς το όσχεο είναι ορμονικοί, ανατομικοί, μηχανικοί και η μη αρμονική συνεργασία μεταξύ τους μπορεί να ανακόψει αυτή την κάθοδο σε οποιοδήποτε σημείο της διαδρομής, με αποτέλεσμα την κρυφορχία.

Τις περισσότερες φορές ο όρχις είναι ψηλαφητός σε κάποιο σημείο της φυσιολογικής διαδρομής του,

συνήθως κάπου μέσα στον βουβωνικό σωλήνα.

Σπάνια δεν είναι δυνατή η ψηλάφηση του. Στις περιπτώσεις αυτές βρίσκεται είτε ενδοκοιλιακά είτε (εξαιρετικά σπάνια) απουσιάζει. Το υπερηχογράφημα βοηθάει να αναδείξει την ύπαρξη και την ακριβή του θέση.

Μια ιδιαίτερη κατηγορία, η οποία, όμως, αποτελεί και την πλειονότητα των περιστατικών «κρυφορχίας» που βλέπουμε στο ιατρείο, είναι οι περιπτώσεις όπου οι γονείς αναφέρουν ότι ο όρχις του παιδιού άλλοτε βρίσκεται μέσα στο όσχεο και άλλοτε ανεβαίνει ψηλά (ανασπώμενος/ανελκόμενος όρχις). Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο παιδοχειρουργός από την εξέταση του παιδιού θα κρίνει εάν συνυπάρχουν άλλες καταστάσεις που εμποδίζουν την κάθοδό του και κατά πόσον θα πρέπει να χειρουργηθεί ή όχι.

Σε ποια ηλικία χειρουργούνται;

Τα παιδιά με κρυφορχία παρακολουθούνται από παιδοχειρουργό μέχρι την ηλικία των 12 μηνών. Εάν μέχρι αυτή την ηλικία ο όρχις δεν έχει έρθει στη θέση του, τότε χρειάζεται χειρουργική αποκατάσταση. Η επέμβαση δεν θα πρέπει με κανένα τρόπο να καθυστερήσει πέραν της ηλικίας των 15 μηνών, καθώς από το σημείο αυτό και μετά αρχίζει η έκπτωση της λειτουργικότητας των όρχεων.

Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες ο όρχις βρίσκεται μέσα στην κοιλιά (ενδοκοιλιακή κρυφορχία) η χειρουργική επέμβαση πρέπει να επισπευσθεί, ιδανικά τον 5ο-6ο μήνα ζωής, γιατί η υψηλή θερμοκρασία μέσα στην κοιλιά προκαλεί πιο γρήγορα μόνιμες βλάβες. Η απόφαση, λοιπόν, για έγκαιρη χειρουργι-

“

Αν μέχρι την ηλικία των 12 μηνών ο όρχις δεν έχει έρθει στη θέση του, τότε χρειάζεται χειρουργική αποκατάσταση.

”

κή αποκατάσταση είναι καθοριστική.

Πώς αντιμετωπίζεται;

Η θεραπεία της κρυφορχίας είναι χειρουργική και συνίσταται στην τοποθέτηση του όρχι στο όσχεο. Η επέμβαση αυτή απαιτεί συνολικά 3-4 ώρες παραμονής στο νοσοκομείο και είναι εντελώς ανώδυνη για το παιδί.

Θεαματικά αποτελέσματα, τόσο διαγνωστικά όσο και θεραπευτικά, πλέον προσφέρει η λαπαροσκοπική χειρουργική στις περιπτώσεις ενδοκοιλιακού όρχι, που αποτελεί και τη θεραπεία εκλογής.

Ιδιαίτερο χειρισμό επίσης παρουσιάζει η περίπτωση της αμφοτερόπλευρης κρυφορχίας. Η αποκατάσταση θα πρέπει να γίνει με δύο ξεχωριστές επεμβάσεις, οι οποίες θα πρέπει να απέχουν χρονικά 1 μήνα μεταξύ τους.

Πώς παρακολουθείται το μωρό μετά τη χειρουργική επέμβαση;

Η παρακολούθηση περιλαμβάνει την κλινική εξέταση και, αν αυτό κριθεί σκόπιμο, τον υπερηχογραφικό έλεγχο του όρχι στον πρώτο μήνα, στους 6 μήνες και στον 1 χρόνο μετά το χειρουργείο.

Υπάρχουν επιπλοκές από την επέμβαση;

Οι επιπλοκές γενικά είναι σπάνιες. Ωστόσο, όταν πρόκειται για ενδοκοιλιακό ή για όρχι που βρίσκεται σε υψηλή βουβωνική θέση, όπου η επιμήκυνση και η καθήλωση γίνονται με δυσκολία, το ποσοστό επιπλοκών είναι υψηλότερο του μέσου όρου. Οι επιπλοκές της επέμβασης περιλαμβάνουν κυρίως την υποτροπή (ο όρχι επανέρχεται σε θέση εκτός του οσχέου) και την ατροφία του.

Γιατί πρέπει να αποκαθίσταται εγκαίρως η κρυφορχία;

Η προδιάθεση για καρκίνο είναι μέχρι και 10 φορές μεγαλύτερη σε άτομα που έχουν κρυφορχία. Η πιθανότητα ο όρχις να συστραφεί γύρω από τον εαυτό του και να στραγγαλιστεί είναι μεγαλύτερη στα παιδιά με κρυφορχία. Αν παραμείνει μέσα στην κοιλιά, λόγω της υψηλής θερμοκρασίας μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα γονιμότητας, γιατί προκαλεί ατροφία των κυττάρων που παράγουν το σπέρμα. Τέλος, τα ψυχικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν στα εφηβικά χρόνια, όταν το παιδί αντιληφθεί τη διαφορετικότητά του, είναι σημαντικά.





Κυριάκος Βουλανάκης
 Δερματολόγος
 - Αφροδισιολόγος,
 Επιστημονικός Υπεύθυνος
 Τμήματος Αισθητικής
 Δερματολογίας και
 Αντιγήρανσης DoCare
 ΜΗΤΕΡΑ

Αποτρίχωση με laser Από ποια ηλικία ξεκινάμε;

Τα laser έχουν φέρει επανάσταση και στον χώρο της δερματολογίας. Ένα πρόβλημα στο οποίο μπορούν πραγματικά να προσφέρουν ριζική λύση, είναι αυτό της ανεπιθύμητης τριχοφυΐας. Τι ισχύει, όμως, ειδικά για τα παιδιά και τους εφήβους στο θέμα αυτό και πότε ενδείκνυται να ξεκινήσουμε τις πρώτες εφαρμογές;

Τα τελευταία χρόνια, ο χώρος της δερματολογίας ζει μια τεχνολογική επανάσταση, με τη χρήση των laser να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της λειτουργίας του δερματολογικού ιατρείου. Διάφοροι τύποι laser προσφέρουν νέες δυνατότητες, τόσο στη θεραπευτική δερματολογικών παθήσεων όσο και στον χώρο της αισθητικής δερματολογίας και της σύγχρονης κοσμητικής.

Η απομάκρυνση της ανεπιθύμητης τριχοφυΐας με laser είναι μία ασφαλής μέθοδος που τείνει να αντικαταστήσει παραδοσιακές μεθόδους αποτρίχωσης (κερί, ξυράφι, ταινίες, κρέμες), που υστερούν στην ποιότητα και τη μονιμότητα του αποτελέσματος.

Σήμερα η αποτρίχωση με laser είναι η δημοφιλέστερη θεραπεία laser του δερματολογικού ιατρείου, καθώς αυξάνεται συνεχώς η ζήτηση και προστίθενται νέες ηλικιακές ομάδες, όπως αυτή της προεφηβικής ηλικίας. Είναι γεγονός ότι πλέον κορίτσια από 12 ετών αρχίζουν να υποβάλλονται σε διαδικασία απομά-

κρυνσης ανεπιθύμητης τριχοφυΐας. Παραδοσιακά ξεκινούν με ξυράφι, ταινίες, κερί, ξανθιτικές ουσίες -γιατί όχι, λοιπόν, και με laser.

Ασφάλεια και αποτέλεσμα

Η ασφάλεια της μεθόδου στα χέρια ειδικών είναι πλέον δεδομένη. Η έναρξη, όμως, θεραπειών με laser αποτρίχωσης είναι απόφαση του ειδικού

δερματολόγου, ο οποίος θα συνεκτιμήσει όχι μόνο τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της τριχοφυΐας, αλλά και το ιατρικό ιστορικό του παιδιού, σε συνεργασία με τον παιδίατρο και τον ενδοκρινολόγο. Υπό αυτές τις προϋποθέσεις και με δεδομένο την ψυχολογική τόνωση που μπορεί να επιφέρει η απομάκρυνση της ανεπιθύμητης τριχοφυΐας από περιοχές όπως το άνω χείλος στα κορίτσια, μπορούμε να ξεκινήσουμε συνεδρίες laser αποτρίχωσης.

Από εκεί και μετά, η προσθήκη νέων περιοχών καλό είναι να καθυστερεί και να συνδυάζεται με την ηλικιακή και ορμονική ωρίμανση του παιδιού. Ηλικιακά, για να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις μιας συνεδρίας laser, που δεν είναι εντελώς ανώδυνη και διαρκεί περισσότερο, και ορμονικά, για να συνδυάζεται με την έναρξη της έμμηνου ρύσης. Αδιαμφισβήτητα, το ορμονικό προφίλ είναι αυτό που θα καθορίσει το μέλλον, τον αριθμό των απαιτούμενων συνεδριών, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι θα πρέπει να περιμένουμε τη σταθεροποίησή του προκειμένου να ξεκινήσουμε.

Τα τελευταία χρόνια στο Δερματολογικό Τμήμα του ΜΗΤΕΡΑ εφαρμόζουμε στην ηλικιακή ομάδα 13-16 ετών ένα πρόγραμμα αποτρίχωσης με laser περιοχών που εκτίθενται την καλοκαιρινή περίοδο (έξω μπικίνι, γάμπες, μασχάλες), που περιλαμβάνει 2 συνεδρίες προ της καλοκαιρινής περιόδου και επαναλαμβάνεται ένα χρόνο μετά.

Το πρόγραμμα αυτό εξασφαλίζει την καλύτερη διαχείριση της εφηβικής απαίτησης για απαλλαγή από ανεπιθύμητη τριχοφυΐα με τη χρήση του laser,

“

Το ορμονικό προφίλ είναι αυτό που θα καθορίσει τον αριθμό των απαιτούμενων συνεδριών.

”



ενώ ταυτόχρονα κερδίζουμε χρόνο έως ότου ηλικιακά φτάσουμε στην περίοδο που το laser θα εξασφαλίζει ριζικό αποτέλεσμα.

Οι πιθανές παρενέργειες

Η αποτρίχωση με laser στα παιδιά - εφήβους έχει τους ίδιους κινδύνους - παρενέργειες, όπως στους ενήλικες. Παρενέργειες που περιορίζονται σε τοπικό επίπεδο (δέρμα), αλλά που στα χέρια

έμπειρων χειριστών, με σωστό εξοπλισμό, δεν αποτελούν αντένδειξη.

Η συνεργασία με τον παιδίατρο και τον ενδοκρινολόγο (όπου αυτό επιβάλλεται), η σωστή ενημέρωση των γονέων, αλλά και η ψυχική πίεση που μπορεί να συνεπάγεται η ύπαρξη ανεπιθύμητης τριχοφυΐας, είναι οι βασικοί άξονες που θα καθορίσουν τον χρόνο έναρξης και τον αριθμό των συνεδριών που θα απαιτηθούν.



Καλλιόπη Δουβίτσα
Παιδίατρος
- Νεογνολόγος,
Επιστ. Συνεργάτης ΜΕΝΝ
ΛΗΤΩ

Εμβόλιο μηνιγγίτιδας Β'

Τι πρέπει να γνωρίζουμε

Παρότι η μηνιγγίτιδα Β' είναι σπάνια νόσος, απειλεί τη ζωή του ασθενούς και μπορεί να προκαλέσει σοβαρότατες επιπλοκές. Ο εμβολιασμός είναι ασφαλής και αποτελεσματικός. Όμως, λόγω της σπανιότητας της νόσου και του κόστους του εμβολίου, δεν έχει ενταχθεί ακόμα στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού στη χώρα μας.

Η Ναϊσέeria της μηνιγγίτιδας ή μηνιγγιτιδόκοκκος είναι ένα από τα κύρια αίτια βακτηριακής διεισδυτικής νόσου παγκοσμίως. Υπάρχουν 13 ορότυποι του μικροβίου, από τα οποία τα Α, Β, C, W-135, Χ, Υ προκαλούν το μεγαλύτερο ποσοστό λοιμώξεων στον άνθρωπο. Στο 78% των περιπτώσεων η νόσος προκαλείται από μηνιγγιτιδόκοκκο τύπου Β. Η μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος είναι ευτυχώς μια σπάνια, αλλά σοβαρή νόσος, που οφείλεται σε βακτηριακή λοίμωξη των μηνίγγων του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Το συγκεκριμένο μικρόβιο μπορεί επίσης να προκαλέσει λοίμωξη του αίματος, που ονομάζεται μηνιγγιτιδοκοκκική σηψαιμία. Το μικρόβιο αποικίζει τον ρινοφάρυγγα και μπορεί να μεταδοθεί εύκολα από άτομο σε άτομο με το σάλιο, τον βήχα και το φτάρνισμα. Οι ηλικίες που προσβάλλονται συχνότερα είναι τα βρέφη, τα νήπια (0-4 ετών), οι έφηβοι (10-14 ετών) και οι νεαροί ενήλικες (16-23 ετών).

Τα συμπτώματα μπορεί να είναι αρχικά ήπια, όμως η νόσος μπορεί να επιδεινωθεί ραγδαία και να είναι θανατηφόρα μέσα σε 24 ώρες. Ακόμα και μετά την έναρξη κατάλληλης αντιβιοτικής θεραπείας, από αυτούς που θα νοσήσουν 1 στους 10 θα πεθάνει και από αυτούς που θα επιβιώσουν, 1 στους 5 θα εμφανίσει σοβαρές μόνιμες νευρολογικές διαταραχές, όπως απώλεια ακοής, επιληψία, εγκεφαλική βλάβη, νεφρική βλάβη, ακρωτηριασμούς.

Η κατάσταση στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ-

ΕΛΠΝΟ), η μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα παρουσίασε πτωτική πορεία από το 2013 μέχρι σήμερα στη χώρα μας. Η μέση ετήσια επίπτωση της νόσου ανέρχεται σε 0,64 κρούσματα/100.000 πληθυσμού (πρακτικά αυτό σημαίνει ότι 50-60 άτομα νοσούν ετησίως). Η θνητότητα στο ίδιο χρονικό διάστημα ανέρχεται σε 6% (μέση ετήσια επίπτωση 0,14 θάνατοι/100.000 πληθυσμού -πρακτικά 3 θάνατοι ετησίως από τη νόσο).

Στη χώρα μας κυκλοφορούν δύο εμβόλια για την ενεργητική ανοσοποίηση εναντίον του μηνιγγιτιδόκοκκου Β, το Bexsero (Novartis) και το Trumenba (Wyeth). Το Bexsero μπορεί να χορηγηθεί από τη βρεφική ηλικία, ενώ το Trumenba από 10 ετών. Και τα δύο εμβόλια έχουν ελεγχθεί για την αποτελεσματικότητά τους, ενώ δεν αναφέρονται σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες από τον εμβολιασμό. Ως παρενέργειες περιγράφονται τοπικός ερεθισμός, οίδημα, πόνος, σκληρία στο σημείο του εμβολιασμού, πυρετός, κεφαλαλγία, μυαλγίες, αρθραλγίες, ευερεθιστότητα, εξάνθημα, ανορεξία, γαστρεντερικές διαταραχές.

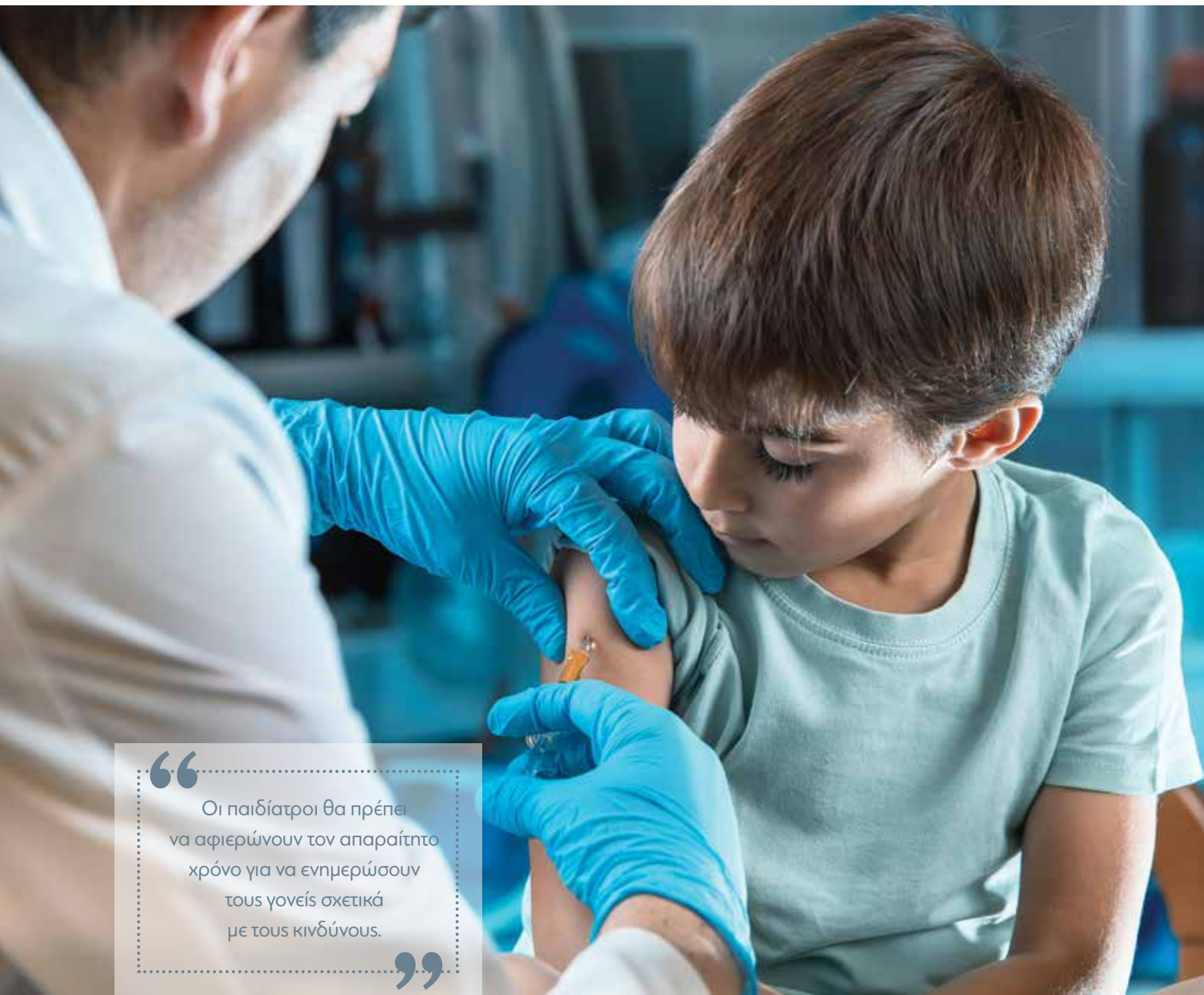
- Δοσολογικό σχήμα Bexsero:

- > Βρέφη 2-6 μηνών: 4 δόσεις συνολικά σε ηλικία 2, 4, 6 μηνών και αναμνηστική δόση τον δεύτερο χρόνο της ζωής.

- > Βρέφη 6-12 μηνών: 3 δόσεις συνολικά, οι 2 πρώτες με μεσοδιάστημα 2 μηνών και η 3η τον δεύτερο χρόνο της ζωής.

- > Παιδιά >12 μηνών: 2 δόσεις με μεσοδιάστημα δύο μηνών.

- Δοσολογικό σχήμα Trumenba: 2 δόσεις με με-



“

Οι παιδίατροι θα πρέπει να αφιερώνουν τον απαραίτητο χρόνο για να ενημερώσουν τους γονείς σχετικά με τους κινδύνους.

”

σοδιάστημα 6 μηνών.

Και τα δύο εμβόλια, σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών στη χώρα μας αποζημιώνονται μόνο για περιορισμένο αριθμό ατόμων που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν: άτομα με ανοσιακές διαταραχές (έλλειψη συμπληρώματος) και λειτουργική ή ανατομική ασπληνία, σε περιόδους επιδημίας από το μικρόβιο και για μικροβιολόγους, που λόγω επαγγέλματος έρχονται σε επαφή με δείγματα ατόμων που πιθανόν πάσχουν από τη νόσο. Για τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες η απόφαση εμβολιασμού θα ληφθεί από τους γονείς σε συνεννόηση με τον παιδίατρο και οι γονείς επιβαρύνονται το κόστος.

Γιατί όμως συμβαίνει αυτό, δεδομένης της σοβαρότητας και των επιπλοκών της νόσου και της

ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας του εμβολίου; Οι λόγοι είναι επιδημιολογικοί. Όταν η επίπτωση μιας νόσου είναι μικρότερη από 1/100.000 πληθυσμού, η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών δεν έχει το δικαίωμα με βάση διεθνείς οδηγίες να εγκρίνει τον μαζικό εμβολιασμό και περιορίζεται σε συστάσεις προς τις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Οι γονείς έχουν την απόλυτη ευθύνη για την ψυχική και σωματική υγεία των παιδιών τους. Οι παιδίατροι είναι εκείνοι που θα πρέπει να αφιερώσουν τον απαραίτητο χρόνο για να ενημερώσουν με επιστημονικά στοιχεία τους γονείς, σχετικά με τους κινδύνους από τη μηνιγγιτιδοκοκκική νόσο και το διαθέσιμο εμβόλιο, δίνοντάς τους έτσι τη δυνατότητα να πάρουν τη σωστή απόφαση για τα παιδιά τους.

είπαν για εμάς

Για τη βελτίωση των υπηρεσιών μας, τα Νοσοκομεία ΥΓΕΙΑ, ΜΗΤΕΡΑ, ΛΗΤΩ έχουμε θεσπίσει διαδικασία, η οποία προβλέπει τη συμπλήρωση εντύπου με τις παρατηρήσεις - προτάσεις των ασθενών και των συνοδών τους.

Είναι πολύ σημαντικό για εμάς να έχουμε την άποψη όσων μας εμπιστεύονται την υγεία τους, γιατί σταθερός στόχος μας είναι να βελτιωνόμαστε διαρκώς!

Πραγματοποίησα στο Νοσοκομείο σας μια εξαιρετικά επιτυχημένη καρδιοχειρουργική επέμβαση. Τόσο οι ιατρικές υπηρεσίες όσο και οι νοσηλευτικές και βοηθητικές υπηρεσίες που μου παρασχέθηκαν, ήταν πραγματικά υψηλού επιπέδου. Κάθε άνθρωπος που με φρόντισε είχε στόχο την ανακούφιση και την εξυπηρέτησή μου. Απόλυτα επαγγελματίες όσον αφορά στη συμπεριφορά τους. Θα ήθελα να τονίσω ότι στο συνολικά υψηλότατο επίπεδο όλων, κάποιοι άνθρωποι ξεχωρίζουν με την ευγένεια, το χαμόγελο και την προσέγγισή τους. Θα ήθελα να μεταφέρετε τις θερμές μου ευχαριστίες στο προσωπικό της ΜΕΘ, στις τραπεζοκόμους, στις καθαρίστριες και βέβαια στο νοσηλευτικό προσωπικό (άνδρες και γυναίκες). Σας ευχαριστώ θερμά.

Ιωάννης Μαστροδήμος (ΥΓΕΙΑ)

Ο επαγγελματισμός, η ευγένεια, η προθυμία, η υπομονή, η κατάρτιση, το ήθος, η διακριτικότητα και η τάση που συνόδευσαν την παραμονή

μου στο θεραπευτήριο, αποτελούν χαρακτηριστικά πολύτιμα στις «δοκιμασίες» που αντιμετωπίζουμε και που δυστυχώς σε αντίστοιχα κέντρα σπανίζουν. Ένα τεράστιο ευχαριστώ και μια ευχή από καρδιάς προς όλο το ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό. Υγεία, Δύναμη και Αντοχή για εσάς και τις οικογένειές σας. Και πάλι σας ευχαριστώ για όλα.

Κ.Μ. (ΥΓΕΙΑ)

Το λεξιλόγιό μου είναι πολύ φτωχό για να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε καθέναν σας προσωπικά σε όλα τα μέλη του καρδιολογικού τμήματος από το τις καθαρίστριες, τους τραπεζοκόμους, τους νοσηλευτές/τριες και τους νοσοκόμους. Είστε όλοι σας καταπληκτικοί, ευχάριστοι, ευγενέστατοι και πάνω απ' όλα άνθρωποι. Το χαμόγελο του καθενός σας προσωπικά ήταν αυτό που τις μέρες διαμονής μας στο Νοσοκομείο έκαναν τις ώρες μας πιο αισιόδοξες και ζεστές. Συγχαρητήρια. Το «σας ευχαριστώ!» είναι πολύ λίγο.

Λάσκαρη Ειρήνη (ΥΓΕΙΑ)



Η οικογένειά μου νιώθει απέραντη ευγνωμοσύνη προς όλο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τον αγώνα που κατέβαλε προκειμένου να βγω υγιής από το νοσοκομείο. Δεν έχουμε λόγια να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας και θα είστε πάντα στην καρδιά μου.

Βασιλική Κυριαζή (ΜΗΤΕΡΑ)

Εκ μέρους της συζύγου μου και εμού προσωπικά, θα ήθελα να σας εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας για την άψογη εμπειρία που ζήσαμε φέρνοντας στον κόσμο τα παιδιά μας στο ΜΗΤΕΡΑ! Τα πάντα λειτούργησαν άψογα. Από όλη την ομάδα του χειρουργείου με επικεφαλής τους εξαιρετικούς κύριους Ν.Κ. και Γ.Κ., την αναισθησιολόγο, τους νοσοκόμους, την επιλογή του υπέροχου δωματίου, το προσωπικό του 7ου ορόφου, την ομάδα ιατρών, μαιών και υποδοχής στη μονάδα με τα πρόωρα, αλλά ακόμα και απ' όλα τα παιδιά στο γκαράζ και στο εστιατόριο, μείναμε πλήρως ικανοποιημένοι. Θερμά συγχαρητήρια, λοιπόν, σε εσάς και την ομάδα σας, που μας κάνατε να αισθανθούμε σαν το σπίτι μας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της συζύγου μου και της άφιξης των παιδιών μας κοντά σας! Σας ευχαριστούμε και πάλι για όλα.

Θανάσης Αβραμόπουλος (ΜΗΤΕΡΑ)

Με όλη μου την καρδιά θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου για την προσφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην εντατική μονάδα. Όχι μόνο η ιατρική περίθαλψη ήταν εξαιρετική, αλλά και οι υπηρεσίες του προσωπικού της ΜΕΘ. Χωρίς τις έγκαιρες ενέργειες των ιατρών σας ίσως ο ασθενής μας να είχε καταλήξει. Άλλη μια φορά ευχαριστίες και ευγνωμοσύνη, πρωτίστως στον Θεό και μετά σε εσάς.

Werner Gehring (ΜΗΤΕΡΑ)

Με αυτήν την επιστολή θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε από τα βάθη της καρδιάς μας τη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του ΛΗΤΩ για την αμέριστη ιατρική φροντίδα, αλλά και την τρυφερή αγκαλιά που προσέφεραν στα πρόωρα μωράκια μας. Από την πρώτη στιγμή της νοσηλείας των μωρών μας η ανελλιπής ενημέρωση των νεογνολόγων και οι πολύτιμες συμβουλές από το προσωπικό της Μονάδας μας ενημέρωναν για την περιθαλψή τους, αλλά και την εξέλιξη της υγείας τους, δίνοντάς μας κουράγιο και δύναμη καθημερινά. Με την παρότρυνση των μαιών αρχίσαμε να αγγίζουμε τα μωρά μας μέσα από τις θύρες των θερμοκοιτίδων. Σύντομα ξεκινήσαμε και την τεχνική καγκουρό, πάντα υπό την επίβλεψη των μαιών, με θεαματικά αποτελέσματα από τις πρώτες κιόλας μέρες. Μέσω αυτής της μεθόδου είδαμε τα πρόωρα μωράκια μας όχι μόνο να παίρνουν βάρος με ταχύτατους ρυθμούς και να είναι σε θέση να θηλάσουν γρηγορότερα, αλλά και βαίνουν με επι-

τυχία προς την ολοκλήρωση της ανάπτυξής τους. Η μέθοδος καγκουρό ήταν για εμάς μια πραγματική αποκάλυψη, που όχι μόνο μας έφερε με πολύ σμαλό και τρυφερό τρόπο πιο κοντά στα παιδιά μας και στη φροντίδα τους, αλλά -το σημαντικότερο- τα βοήθησε απίστευτα στη θετική εξέλιξη της πορείας της υγείας τους.

Ένα τεράστιο ευχαριστώ, λοιπόν, σε όλους αυτούς και κυρίως στην Διευθύντρια ΜΕΝΝ κ. Β. Δεληβοριά, στην Προϊσταμένη ΜΕΝΝ κ. Ν. Γκεζερλή και στη νεογνολόγο κ. Χ. Σπανουδάκη, που με την επιστημοσύνη, την εμπειρία και την φροντίδα τους συνέδραμαν ώστε τα αγοράκια μας να έρθουν υγιή στο σπίτι κοντά μας. Ήταν για εμάς το πολυτιμότερο δώρο και γι' αυτό αληθινά τους ευγνωμονούμε.

Με εκτίμηση, Οικογένεια Λίτινα (ΛΗΤΩ)

Λίγο καιρό μετά τη γέννηση των δίδυμων κοριτσιών μας, αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε ολόθερμα για τη φροντίδα, το ενδιαφέρον και το χαμόγελο όλο το προσωπικό του Μαιευτηρίου. Ευχαριστούμε μέσα από την καρδιά μας τον γυναικολόγο μας, κ. Αναστάσιο Μικέλη, που με την επιστημονική του καθοδήγηση, την εμπειρία, αλλά

“ Κάθε άνθρωπος που με φρόντισε είχε στόχο την ανακούφιση και την εξυπηρέτησή μου. ”

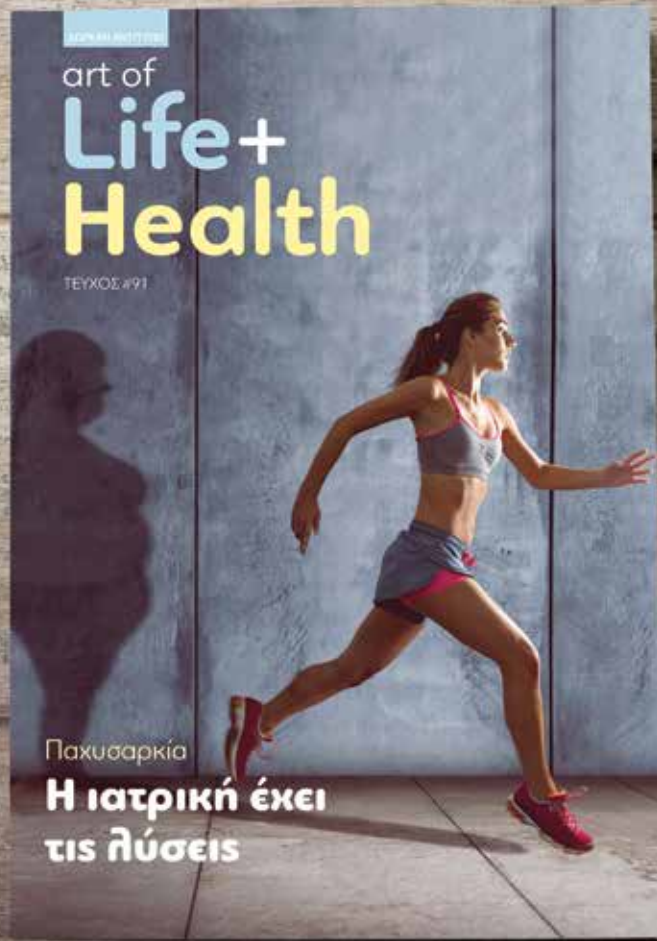
είπαν για εμάς

και την ανθρώπινη στήριξη και φροντίδα σε όλη τη διάρκεια της δύσκολης εγκυμοσύνης και του τοκετού των δίδυμων μωρών μας (και φυσικά και της μεγάλης μας κόρης, λίγα χρόνια νωρίτερα), βοήθησε να γεννηθούν γερά τα μωρά μας. Ιδιαίτερη μνεία θέλουμε να κάνουμε στο πρόθυμο, ευγενικό, υπομονετικό και βεβαίως καταρτισμένο προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του Μαιευτηρίου για το δύσκολο έργο που επιτελεί σε ένα περιβάλλον φορτισμένο συναισθηματικά.

Τέλος, θέλουμε να δώσουμε συγχαρητήρια και να ευχαριστήσουμε ολόψυχα και τη Διευθύντρια της ΜΕΝΝ, κ. Βάρβαρα Δεληβοριά, για τις εξαιρετικές γνώσεις, το προσωπικό ενδιαφέρον, το υψηλό αίσθημα ευθύνης, αλλά και την ανθρώπινη συμπαράσταση που έδειξε σε όλο το διάστημα νοσηλείας των μωρών μας.

Με ευγνωμοσύνη,

Οικογένεια Φάνη Δουγέκου και Σοφίας Γιαννάκη (ΛΗΤΩ)



Αποκτήστε ή δωρίστε σε έναν φίλο σας μια συνδρομή στο περιοδικό «Art of Life and Health» εντελώς δωρεάν

για να ενημερώνεστε για

- θέματα υγείας από το ιατρικό επιτελείο του Ομίλου ΥΓΕΙΑ
- τις νεότερες επιστημονικές εξελίξεις
- τις νέες υπηρεσίες και τις συνεχείς αναβαθμίσεις στα Νοσοκομεία του Ομίλου
- τις προνομιακές παροχές προς τους συνδρομητές του περιοδικού μας, από τα Νοσοκομεία του Ομίλου ΥΓΕΙΑ.

Για να λαμβάνετε ταχυδρομικά το περιοδικό στον χώρο όπου επιθυμείτε:

1. Συμπληρώστε το παρακάτω κουπόνι με τα στοιχεία σας ή τα στοιχεία αυτού στον οποίο θέλετε να δωρίσετε τη συνδρομή και ταχυδρομήστε το στη διεύθυνση:

Όμιλος ΥΓΕΙΑ, Εμπορική Διεύθυνση, Φλέμιγκκ 14, 151 23 Μαρούσι, Αθήνα - υπόψη κ. Κατερίνας Βασιλάκη

2. Συμπληρώστε τα στοιχεία σας στην ηλεκτρονική φόρμα που θα βρείτε στο www.hygeia.gr, στην ενότητα «Το ΥΓΕΙΑ / Περιοδικά του Ομίλου ΥΓΕΙΑ».
3. Στείλτε τα πλήρη στοιχεία σας (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail) στο e-mail k.vasilaki@hygeia.gr

Για περισσότερες πληροφορίες, καλέστε το 210 6867007

Σε περίπτωση που επιθυμείτε να διαγραφείτε από τη λίστα των παραληπτών του περιοδικού, παρακαλούμε όπως αποστείλετε σχετικό αίτημα στο e-mail: k.vasilaki@hygeia.gr



ΔΩΡΕΑΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗ

Σημειώστε στο κουπόνι

Επιθυμώ να λαμβάνω δωρεάν ενημερωτικό υλικό από τα Νοσοκομεία του Ομίλου ΥΓΕΙΑ στην παρακάτω διεύθυνση

Επιθυμώ να λαμβάνω με e-mail το Newsletter από τα Νοσοκομεία του Ομίλου ΥΓΕΙΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ

Όνομα

Επώνυμο

Οδός

Αριθμός

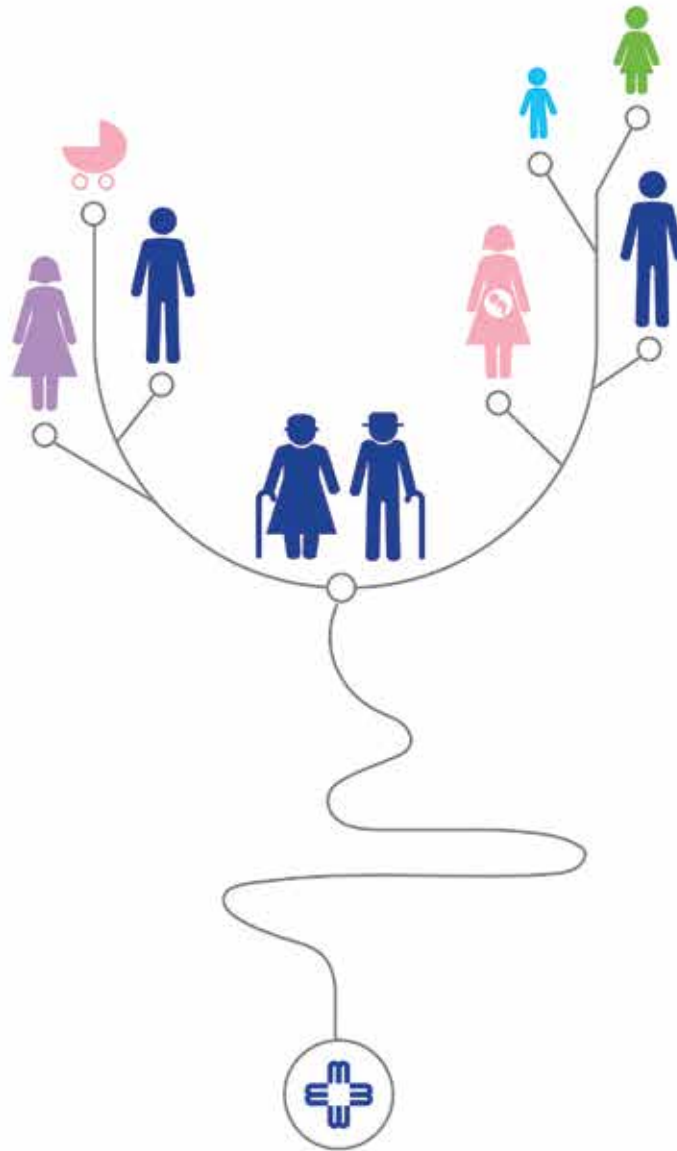
T.K.

Πόλη

Τηλέφωνο

E-mail

Υπογραφή



ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΜΑΣ ΟΛΗ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

Η φροντίδα και η παροχή υψηλού επιπέδου νοσηλευτικών υπηρεσιών αποτελούν τον πρωτεύοντα στόχο για το ΜΗΤΕΡΑ.

Διαθέτει τρεις Κλινικές, τη **Μαιευτική / Γυναικολογική**, την **Παιδιατρική** και τη **Γενική Κλινική**, προσφέροντας ολοκληρωμένες υπηρεσίες Υγείας στη Γυναίκα, το Παιδί και την Οικογένεια, με σεβασμό και υπευθυνότητα.

Στο ΜΗΤΕΡΑ, λειτουργούν πλήρως οργανωμένα τμήματα, ειδικές μονάδες, εξωτερικά ιατρεία καθώς και διαγνωστικά εργαστήρια, που παρέχουν ολοκληρωμένες ιατρικές υπηρεσίες, με συνεργάτες-ιατρούς όλων των ειδικοτήτων.

www.mitera.gr



Μαιευτική/
Γυναικολογική
Κλινική



Παιδιατρική
Κλινική



Γενική
Κλινική





ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ
JCI

**ΤΟ ΥΓΕΙΑ
#N° 1
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**



Το ΥΓΕΙΑ παραμένει στην επίλεκτη κατηγορία των διαπιστευμένων οργανισμών υγείας παγκοσμίως, έχοντας λάβει για μια ακόμη τριετία τη **Χρυσή Σφραγίδα Έγκρισης** (Gold Seal of Approval®) από τον διεθνή Οργανισμό **Joint Commission International***.

Η **Χρυσή Σφραγίδα Έγκρισης** δηλώνει τη συνεχή συμμόρφωση του ΥΓΕΙΑ προς το διεθνώς αναγνωρισμένο πρότυπο και αποτελεί σύμβολο ποιότητας που αντανάκλα τη δέσμευση του ΥΓΕΙΑ στην παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας προς τους ασθενείς.

*Το ΥΓΕΙΑ, κατέχει τη Διαπίστευση JCI από το 2010.



Ερυθρού Σταυρού 4 & Κηφισίας
151 23 Μαρούσι, Αθήνα
Τ: 210 68 67 000



www.hygeia.gr
[facebook/HygeiaHospital](https://facebook.com/HygeiaHospital)
linkedin/company/HygeiaHospital
youtube/user/ygeiahospital
instagram/hygeia.gr



υγεία

Με εσύ για τη ζωή