

# ART OF Life+Health

No 95



ΥΓΕΙΑ  
I V F  
ΕΜΒΡΥΟΓΕΝΕΣΙΣ

Η οικογένεια του Ομίλου ΗΗΓ μεγαλώνει  
για να βοηθήσει να μεγαλώσει και η δική σας.

ISSN 2732-6276



9 772732 627008

12

ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ /  
THE MAGAZINE IS DISTRIBUTED  
FREE OF CHARGE



# υγεία

Με ευθύνη για τη ζωή

ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΗΗΓ

PCVektor&Kamelin



Επιτυχία είναι  
να μένεις  
στη κορυφή!

Success is  
to stay  
at the top!

Το ΥΓΕΙΑ ανήκει από το 2010 στην επίλεκτη ομάδα νοσοκομείων με Χρυσή Σφραγίδα Έγκρισης (Gold Seal of Approval®) για Διαπίστευση Νοσοκομείων από τον οργανισμό Joint Commission International. Η Χρυσή Σφραγίδα Έγκρισης δηλώνει τη συνεχή συμμόρφωση του ΥΓΕΙΑ προς αυτό το διεθνώς αναγνωρισμένο πρότυπο και αποτελεί σύμβολο ποιότητας που αντανακλά τη δέσμευση του οργανισμού στην παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας προς τους ασθενείς.

Since 2010 HYGEIA has been a member of a selected group of hospitals with a Gold Seal of Approval® for Hospital Accreditation by the Joint Commission International. The Golden Seal of Approval declares the continued compliance of HYGEIA with this internationally recognized standard and is a symbol of quality that reflects the organization's commitment to providing safe and effective care to patients.



Οργανισμός Διαπιστευμένος  
από το Joint Commission International  
Organization Accredited by Joint  
Commission International



# ΟΝΕΙΡΑ

**Ό**λοι οι άνθρωποι κάνουμε όνειρα. Είναι στη φύση μας να ονειρευόμαστε το μέλλον, να ελπίζουμε και να διεκδικούμε αυτό που θέλουμε με όλη μας την καρδιά. «Το μέλλον ανήκει σ' αυτούς που πιστεύουν στα όνειρά τους», είπε κάποτε η Eleanor Roosevelt. Ανήκει σε αυτούς που ονειρεύονται να ζήσουν στιγμές, μικρές ή μεγάλες, που θα γεμίσουν την ψυχή τους και θα τους κάνουν ευτυχισμένους. Ανήκει σε αυτούς που δεν θα τα παρατήσουν στις δυσκολίες, ακόμα κι αν χρειαστεί να βρουν συμμάχους που θα σταθούν δίπλα τους, θα τους στηρίξουν και θα τους δείξουν το δρόμο για να πετύχουν τα όνειρά τους.

Ένα τέτοιο σύμμαχο ζωής έχουν στο πλευρό τους χιλιάδες ζευγάρια στη Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις, στην προσπάθειά τους να πραγματοποιήσουν το όνειρό τους για περισσότερες ευτυχισμένες στιγμές, για μια μεγαλύτερη οικογένεια, για έναν κόσμο νέων εμπειριών που θα ξεδιπλώνεται μπροστά τους μέρα με τη μέρα. Ένα θαύμα ζωής που σήμερα με τη βοήθεια της επιστήμης και της τεχνολογίας γίνεται πραγματικότητα.

**Κατερίνα Βασιλάκη**



Ogilvy



# Ζυμαρικά με λαχανικά

*φτιαγμένα το ένα για το άλλο*



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

**ΙΔΙΟΚΤΗΤΕΣ**

Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ  
Μονοπρόσωπη Ανώνυμος Εταιρεία  
Γενική, Μαιευτική, Γυναικολογική και Παιδιατρική Κλινική Μητέρα Α.Ε.  
ΛΗΤΩ Γενική, Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Α.Ε.

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΚΔΟΣΗΣ**

Κατερίνα Βασιλάκη  
τηλ.: 210 6867007, fax: 210 6867624, k.vasilaki@hygeia.gr

**COMMERCIAL MANAGEMENT**

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

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΥΛΗΣ ΛΗΤΩ**

Χριστίνα Μπάμη  
τηλ.: 210 6902411, fax: 210 6902417, cmpami@leto.gr

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ**

**ΥΓΕΙΑ:** Γεώργιος Ζαχαρόπουλος,  
Γιώργος Τζίμας, Δημήτρης Τσακαγιάννης  
**ΜΗΤΕΡΑ:** Βασίλης Σιούλας  
**ΠΑΙΔΩΝ ΜΗΤΕΡΑ:** Ευαγγελία Λαγκώνα  
**ΛΗΤΩ:** Κωνσταντίνος Μαυρέλος, Κωνσταντίνος Σαμαράς

**CREATIVE CONCEPT**

**McVictor & Hamilton SA**

Αγρινίου 3, Χαλάνδρι, Αθήνα 15232,  
τηλ.: 210-6898492, contact@mcvictor.gr

**PHOTO AGENCIES**

Istock / Getty Images / Ideal Image, Shutterstock

Το περιοδικό Art of Life + Health διατίθεται δωρεάν.

ISSN 2732-6276

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.

14



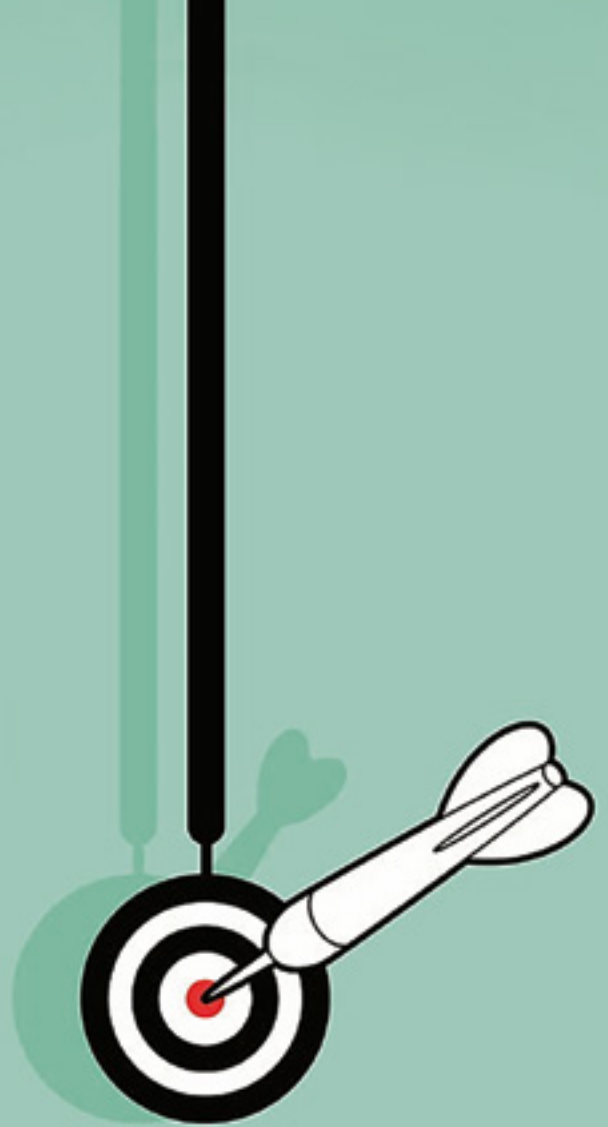
54

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 8. Προσυμπτωματικός έλεγχος
- 12. Αρθροπλαστική ώμου: ο ρόλος της νέας τεχνολογίας
- 14. Καρκίνος μαστού: η αξία της έγκαιρης διάγνωσης
- 18. Φάρμακα & ήπαρ: πώς αντιμετωπίζεται η τοξική ηπατίτιδα
- 22. Καρκίνος θυρεοειδούς
- 24. Μελάνωμα του χοριοειδούς
- 28. Λιποπρωτεΐνη (α)
- 30. Αορτική βαλβίδα: νέες τεχνικές για την αντικατάστασή της
- 34. Μονάδα ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις: Φέρνουμε περισσότερη αγάπη στον κόσμο σας
- 36. Design meets science, Σπύρος Σούλης
- 38. Οικειότητα και άνεση
- 44. Η διερεύνηση του υπογόνιμου ζευγαριού
- 46. Εξωσωματική γονιμοποίηση από το παρόν στο μέλλον
- 48. Η εξωσωματική γονιμοποίηση στον 21ο αιώνα
- 52. Το εμβρυολογικό εργαστήριο
- 54. Επιλογή εμβryών με προεμφυτευτικό γενετικό έλεγχο
- 56. Εξωσωματική γονιμοποίηση: τα βασικά στάδια
- 58. Απόκτηση παιδιών μετά από καρκίνο μαστού: είναι εφικτή;
- 60. Εξωσωματική με λίγα ή καθόλου φάρμακα - Mini IVF
- 62. Διατήρηση της γονιμότητας με κρυσσαντήρηση ωαρίων για κοινωνικούς λόγους: επιλογή ή δικαίωμα;
- 64. Εξωσωματική γονιμοποίηση: ασφαλής ή όχι
- 66. Ανδρική υπογονιμότητα
- 68. Σπίναιοι όγκοι
- 70. Ορώδης καρκίνος του ενδομητρίου
- 72. Σιελόρροια στα παιδιά
- 74. Καρκίνος παχέος εντέρου
- 76. Ανασπώμενος ή ανελκόμενος όρχις: μύθος και πραγματικότητα
- 78. DAVINCI Ρομποτική Χειρουργική
- 80. Παιδοκαρδιοχειρουργική
- 82. Καρκίνος στην παιδική ηλικία
- 84. Διακαθετηριακή εμφύτευση καρδιακής βαλβίδας TAVI
- 86. Υπογονιμότητα και αυτοάνοσες παθήσεις: πώς συνδέονται;
- 88. Μαγνητική τομογραφία εμβryών
- 90. Πανδημία COVID-19, κύηση και γονιμότητα
- 92. Βιταμίνη D3: ποια είναι τα ιδανικά επίπεδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης
- 94. Δυσμηνόρροια
- 96. Ινομυώματα και κύηση
- 98. Νόσος COVID-19: συχνές απορίες για τη νόσηση των νεογνών και των παιδιών
- 100. Ύπνος και πρόωρο νεογνό
- 102. Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου
- 104. Τα νέα μας
- 116. Για την κοινωνία
- 120. Είπαν για εμάς



ΥΓΕΙΑ



# ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ΠΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΣ ΕΙΝΑΙ  
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΑΣ;



**Π**ολλοί άνθρωποι επισκέπτονται τον γιατρό μόνο όταν δεν αισθάνονται καλά ή όταν έχουν κάποιο νόσημα. Αγνοούν, επομένως, το γεγονός ότι πολλά νοσήματα μπορεί να υπάρχουν στον οργανισμό μας και να εξελίσσονται επί χρόνια πριν εκδηλωθεί κάποιο σύμπτωμα.

Ο μόνος τρόπος για να διαγνωστούν εγκαίρως αυτά τα νοσήματα είναι ο προσυμπτωματικός έλεγχος, δηλαδή οι εξετάσεις στις οποίες υποβάλλεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα ένας άνθρωπος πριν παρουσιάσει συμπτώματα, προληπτικά για την αποφυγή νοσημάτων.

Δύο είναι οι στόχοι του προσυμπτωματικού ελέγχου:

- να διαπιστωθούν κάποιοι παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι αν μείνουν χωρίς θεραπεία θα οδηγήσουν στην εμφάνιση νοσημάτων,
- να διαγνωσθεί κάποια νόσος σε αρχικό στάδιο, οπότε είναι και θεραπεύσιμη.

Πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της ιατρικής φροντίδας που πρώτος είχε επισημάνει ο Ιπποκράτης: «το δε προνοείν και προλαμβάνειν κρείττον εστί του θεραπεύειν».

Οι περισσότεροι θάνατοι πριν την ηλικία των 80 ετών προκαλούνται από νοσήματα, τα οποία μπορούν να προληφθούν. Δυστυχώς το καθημερινό άγχος αλλά και η αίσθηση ότι είμαστε υγιείς και άτρωτοι μας κάνουν να αμελούμε τη διενέργεια του προσυμπτωματικού ελέγχου με ολέθρια αποτελέσματα.

Ο έλεγχος διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, το φύλο αλλά και το συνολικό ατομικό και κληρονομικό ιστορικό του εκάστοτε ασθενούς. Κατά τη διάρκεια του ελέγχου αξιολογείται ο τρόπος ζωής (π.χ. διατροφή, άσκηση, κάπνισμα, αλκοόλ, φάρμακα, σεξουαλική συμπεριφορά, οικογενειακό ιστορικό, ύπαρξη νοσημάτων) και δίνονται οι κατάλληλες οδηγίες. Γίνεται φυσική εξέταση, μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, της περιμέτρου μέσης, του βάρους και του ύψους. Διενεργούνται αιματολογικές και άλλες εξετάσεις, οι οποίες ποικίλλουν ανάλογα με το προφίλ κάθε ανθρώπου.

Μερικά παραδείγματα για το όφελος που προκύπτει από τον προσυμπτωματικό έλεγχο ακολουθούν παρακάτω.

Τα νοσήματα της καρδιάς και των αγγείων (έμφραγμα, εγκεφαλικό επεισόδιο κ.ά.) είναι η κύρια αιτία θανάτου στον πλανήτη. Η υπέρταση και η υπερκολληστερολαιμία είναι δύο κλασσικά παραδείγματα παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα που δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα. Ο μόνος τρόπος για να διαγνωσθούν και να αντιμετωπιστούν έγκαιρα είναι ο προσυμπτωματικός έλεγχος. Εξίσου σημαντική είναι και η έγκαιρη ανίχνευση του διαβήτη.

Η τακτική διενέργεια Pap test (τεστ Παπανικολάου) στις γυναίκες μειώνει τη θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά 80%.

Η εξέταση των μαστών με μαστογραφία (ή και άλλες εξετάσεις εάν χρειάζεται) μειώνει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού κατά 1/3.



**Ηρακλής Αβραμόπουλος**  
Παθολόγος  
Διευθυντής Η' Παθολογικής  
Κλινικής ΥΓΕΙΑ



Ο καρκίνος του παχέος εντέρου προκαλεί τον δεύτερο υψηλότερο αριθμό θανάτων από καρκίνο μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Η κολονοσκόπηση μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου κατά 70%.

Περίπου 5-9% των ανδρών ηλικίας άνω των 65 ετών έχουν ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής. Η διενέργεια ενός υπερηχογραφήματος στην ηλικία μεταξύ 65 και 75 ετών μειώνει τον κίνδυνο θανάτου από ρήξη ανeurύσματος κατά 40%.

Ο έλεγχος για καρκίνο του προστάτη στους άνδρες με την εξέταση PSA μπορεί να προλάβει 1 με 2 θανάτους από αυτό τον καρκίνο και 3 μεταστατικούς καρκίνους ανά 1.000 άνδρες που παρακολουθούνται επί 13 χρόνια.

Η ετήσια διενέργεια αξονικής τομογραφίας θώρα-

κος χαμηλής δόσης σε καπνιστές μειώνει τους θανάτους από καρκίνο του πνεύμονα κατά 20%, ενώ σε ένα επιπλέον 10% μπορεί να υπάρξει ένα τυχαίο εύρημα σε άλλο όργανο (μάζα νεφρού, επινεφριδίου, ανeurυσμα αορτής) που θα αντιμετωπιστεί έγκαιρα.

Η εξέταση της οστικής πυκνότητας θα ανιχνεύσει έγκαιρα την οστεοπόρωση σε γυναίκες (αλλά και σε άνδρες) και θα μειώσει κατά πολύ τον κίνδυνο καταγμάτων.

Αναμφίβολα, ο τακτικός προσυμπτωματικός έλεγχος δίνει τη δυνατότητα της έγκαιρης ανίχνευσης παραγόντων κινδύνου ή νοσημάτων σε πρώιμο στάδιο, κατά το οποίο η αντιμετώπιση μειώνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα και γι' αυτό δεν θα πρέπει να παραλείπεται από κανέναν.



Μια ιστορία φροντίδας και αγάπης!

Οι φρέσκες σαλάτες Μπάρμπα Στάθης κρύβουν τη δική τους ιστορία. Με λαχανικά που καλλιεργήθηκαν από πιστοποιημένους παραγωγούς και μεγάλωσαν με φροντίδα, γνώση και προσοχή. Την κατάλληλη στιγμή μαζεύτηκαν, ελέγχθηκαν προσεκτικά και τριπλοπλύθηκαν. Όλη η γεύση, η φρεσκάδα και η ποιότητά τους κλείνεται στους γευστικούς συνδυασμούς υψηλής διατροφικής αξίας Μπάρμπα Στάθης. Τώρα και σε νέες, ατομικές συσκευασίες απόλαυσης για έναν. **Γιατί αν κάποιος ξέρει καλύτερα τα λαχανικά, αυτός είναι ο Μπάρμπα Στάθης.**



Νέες ατομικές προτάσεις.



# ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΩΜΟΥ

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ



**T**α τελευταία χρόνια βιώνουμε μια σειρά τεχνολογικών εξελίξεων και επιτευγμάτων, τα οποία επηρεάζουν σημαντικά τους περισσότερους τομείς της καθημερινότητάς μας. Η τεχνολογία διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην πρόοδο που έχει επιτευχθεί για τη θεραπεία των μυοσκελετικών παθήσεων και την Ορθοπαιδική Χειρουργική.

Οι νεότερες εξελίξεις στην αρthroπλαστική ώμου και τα νέα δεδομένα αλλάζουν τον μέχρι τώρα τρόπο σκέψης μας, βελτιστοποιώντας το τελικό αποτέλεσμα για τον ασθενή.

### **Τι είναι η αρthroπλαστική ώμου;**

Πρόκειται για την αντικατάσταση των φθαρμένων αρθρικών επιφανειών του ώμου με τεχνητά εμφυ-

τεύματα πλήρως συμβατά με τον ανθρώπινο οργανισμό. Ενδείκνυται σε αρκετά επώδυνες παθήσεις όπως αυτή της προχωρημένης οστεοαρθρίτιδας, σε συντριπτικά κατάγματα του άνω τμήματος του βραχιονίου και σε περιπτώσεις σημαντικού βαθμού ρήξης των τενόντων του ώμου σε ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας.

Παρόμοια με αντίστοιχες επεμβάσεις στο γόνατο ή στο ισχίο, κατά την αρthroπλαστική ώμου αντικαθίστανται οι χόνδρινες επιφάνειες της κεφαλής του βραχιονίου και της ωμογλήνης με σκοπό ο ασθενής να έχει ένα άκρο πλήρως λειτουργικό με ανώδυνη κίνηση κατά την εκτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων.

#### **Ποιες είναι οι νεότερες εξελίξεις;**

Συνολικά η επέμβαση της αρthroπλαστικής του ώμου χωρίζεται σε δύο κύρια στάδια. Το πρώτο αφορά στον προεγχειρητικό σχεδιασμό της επέμβασης και το δεύτερο αναφέρεται στην τοποθέτηση των εμφυτευμάτων κατά τη διάρκεια του χειρουργείου.

Με μια απλή εξέταση, όπως αξονική τομογραφία του ώμου, λαμβάνουμε όλες τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε για την ιδιαίτερη ανατομία της άρθρωσης κατά το στάδιο του σχεδιασμού. Στη συνέχεια, γίνεται επεξεργασία των δεδομένων με τη βοήθεια ειδικού λογισμικού κι έτσι, στο τέλος θα σχεδιάσουμε με τρισδιάστατα συστήματα απεικόνισης την ακριβή θέση όπου εμείς θέλουμε να τοποθετήσουμε τα εμφυτεύματα κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, ώστε να έχουμε το επιθυμητό αποτέλεσμα. Παράλληλα, χρησιμοποιώντας ειδικές παραμέτρους, με τη μέθοδο της εικονικής πραγματικότητας αναπαριστούμε την υπολογιζόμενη κίνηση του άνω άκρου του ασθενούς σε όλα τα επίπεδα κάνοντας τις απαραίτητες διορθώσεις κατά περίπτωση, έτσι ώστε πριν ακόμα ξεκινήσει η επέμβαση να γνωρίζουμε επακριβώς την τελική θέση όπου θα πρέπει να τοποθετηθούν τα εμφυτεύματα.

Στο δεύτερο στάδιο της χειρουργικής επέμβασης προσπαθούμε να τοποθετήσουμε τα νέα τεχνητά μέρη της άρθρωσης όπως ακριβώς τα έχουμε σχεδιάσει. Σημαντική βοήθεια προσφέρει ο διεγχειρητικός πλοηγός (navigation), καθώς και ο συνδυασμός της εικονικής πραγματικότητας του προεγχειρητικού σχεδιασμού με τα συστήματα πλοήγησης σε πραγματικό χρόνο (mixed reality). Με την πλήρη γνώση των αναγκαίων χειρουργικών τεχνικών και με τις τελευταίες τεχνολογικές δυνατότητες που πλέον μας προσφέρονται, η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων γίνεται με απόλυτη ακρίβεια στη θέση που εμείς

έχουμε επιλέξει ως την πλέον κατάλληλη βάσει των ιδιαίτερων ανατομικών δομών του κάθε ασθενούς.

#### **Ποιο είναι το όφελος του ασθενούς με τη χρήση των νέων τεχνολογιών στην αρthroπλαστική του ώμου;**

Πρέπει να γίνει κατανοητό πως κάθε νέο σύστημα υποβοήθησης δεν καταργεί ούτε αντικαθιστά την εμπειρία και τη γνώση του ειδικού χειρουργού ώμου. Μέχρι σήμερα η επέμβαση γινόταν με μεθόδους που δεν είχαν τη δυνατότητα πρόβλεψης του τελικού αποτελέσματος πριν το χειρουργείο και χωρίς τον διεγχειρητικό έλεγχο για την εύρεση της βέλτιστης θέσης κατά την τοποθέτηση των υλικών.

Από την άλλη, δεν είναι δυνατό να μένουμε πίσω σε νέες τεχνολογίες και δεδομένα που πλέον μας προσφέρονται. Προς αυτή την κατεύθυνση η χρήση των νεότερων συστημάτων βοηθάει σημαντικά στην επιτυχία της αρthroπλαστικής ώμου, προσφέροντας ένα άρτιο αποτέλεσμα που μεταφράζεται σε αυξημένη αντοχή των υλικών που τοποθετούνται σε βάθος χρόνου, ελαττωμένο μετεγχειρητικό πόνο, γρηγορότερη κινητοποίηση με μεγαλύτερο εύρος κίνησης της άρθρωσης, μείωση των επιπλοκών και συνολικά μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών.



**Εμμανουήλ Αντωνογιαννάκης**  
Ορθοπαιδικός Χειρουργός  
Διευθυντής Γ' Ορθοπαιδικής  
Κλινικής ΥΓΕΙΑ



# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

## Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

**Ο** καρκίνος μαστού παρουσιάζει καλή πρόγνωση και αποτελεί ιάσιμη νόσο σε πρώιμα στάδια. Αυτό προϋποθέτει την έγκαιρη διάγνωση μέσα από προγράμματα προληπτικού ελέγχου, σε συνδυασμό με τη σωστή κλινική παρακολούθηση από απόλυτα εξειδικευμένο ιατρό μαστού.

Υπολογίζεται ότι κατά τη διάρκεια ζωής μιας γυναίκας η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού φτάνει στο 12%-13%. Αυτό το ποσοστό αναφέρεται στις γυναίκες μέσου κινδύνου που αποτελούν και την πλειονότητα των περιπτώσεων, δηλαδή στον λεγόμενο σποραδικό καρκίνο. Υπάρχουν όμως και άλλες πληθυσμιακές ομάδες, οι λεγόμενες υψηλού κινδύνου, στις οποίες η πιθανότητα εμφάνισης είναι αισθητά υψηλότερη και συνεπώς, χρήζουν διαφορετικής και εξατομικευμένης προσέγγισης.

Η πρόληψη στηρίζεται σε μια εξέταση απλή, μη επεμβατική, χαμηλού κόστους, υψηλής ευαισθησίας και ειδικότητας. Διαχωρίζεται σε πρωτογενή (π.χ. εμβόλια), δευτερογενή (π.χ. PSA για τον καρκίνο του προστάτη στους άνδρες) και τριτογενή (οποιαδήποτε μορφή θεραπείας μειώνει την πιθανότητα υποτροπής σε ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο).

Στον καρκίνο του μαστού πρωτογενής πρόληψη δεν υφίσταται. Συνιστάται αποφυγή αλκοόλ, καπνίσματος και διατήρηση φυσιολογικού βάρους. Επιπρόσθετα, η μαστογραφία ως μέσο δευτερογενούς πρόληψης έχει αποδεδειγμένο όφελος. Μελέτες έχουν δείξει ότι η θνησιμότητα από καρκίνο μαστού έχει μειωθεί κατά 39% από το 1989 μέχρι το 2015. Αυτή η μείωση έχει αποδοθεί στην εφαρμογή της συστηματικής θεραπείας, καθώς και στα προγράμματα πληθυσμιακού προληπτικού ελέγχου με μαστογραφία.

Στην κλινική πράξη η χρήση μαθηματικών μοντέλων βοηθά στον υπολογισμό πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου μαστού, καθώς και στην ταξινόμηση των ασθενών σε μέσου ή υψηλού κινδύνου. Το συνηθέστερο μοντέλο που χρησιμοποιείται είναι το modified Gail 2 model ή NCI Breast Cancer Risk Assessment Tool.

Σημειώνεται ότι υπάρχουν και άλλα μαθηματικά μοντέλα που χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό γυναικών υψηλού κινδύνου, ενώ είναι επίσης σημαντική η γνώση της μετάλλαξης γονιδίων BRCA1/2.

Σε επιλεγμένες περιπτώσεις (π.χ. πυκνοί μαστοί) ο έλεγχος πρέπει να συμπληρώνεται με υπερηχογράφημα μαστών. Επιπρόσθετα, η τρισδιάστατη ψηφιακή ανακατασκευή του μαστού (τομοσύνθεση) κερδίζει ολοένα και περισσότερο έδαφος στον προληπτικό έλεγχο γυναικών, ιδιαίτερα σε εκείνες με πυκνούς μαστούς. Η τομοσύνθεση φαίνεται να αυξάνει τη δυνατότητα εντοπισμού καρκίνου μαστού και να μειώνει τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα της μαστογραφίας.



**Ειρήνη Καρυδά**  
Χειρουργός Μαστού  
Διευθύντρια Κέντρου Μαστού ΥΓΕΙΑ



### Προληπτικός έλεγχος

Για ασθενείς μέσου κινδύνου ο προληπτικός έλεγχος πραγματοποιείται με ετήσιο έλεγχο μέσω ψηφιακής μαστογραφίας από την ηλικία των 40 ετών. Η κλινική εξέταση του μαστού πρέπει να γίνεται κάθε 3 χρόνια για γυναίκες 20-30 ετών και ετησίως για τις άνω των 40.

Αντίθετα, σε ασθενείς υψηλού κινδύνου (με οικογενειακό ιστορικό, γενετική προδιάθεση, ατομικό ιστορικό καρκίνου μαστού κτλ.) ο προληπτικός έλεγχος συνίσταται σε:

- κλινική εξέταση κάθε 6-12 μήνες από την ηλικία των 25 ετών ή 10 χρόνια πριν από την ηλικία εμφάνισης καρκίνου μαστού στο νεότερο σε ηλικία συγγενικό πρόσωπο,
- ετήσιο έλεγχο με MRI από τα 25 έτη και

ετήσια μαστογραφία από τα 30,

- υπερηχογράφημα μαστών επί αδυναμίας διενέργειας MRI και ως συμπληρωματική εξέταση για τη μαστογραφία (πυκνοί μαστοί).

Οι γυναίκες με υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού θα πρέπει να συζητούν με τον γιατρό τους για τα οφέλη και τους περιορισμούς της πρωιμότερης έναρξης του ελέγχου με μαστογραφία, την ανάγκη διεξαγωγής επιπλέον εξετάσεων (π.χ. μαγνητική τομογραφία) ή και την αύξηση της συχνότητας των εξετάσεων.

Ο προληπτικός έλεγχος εκτός από τη βελτίωση των ποσοτών επιβίωσης αυξάνει και την πιθανότητα διατήρησης μαστού καθώς δύναται να εντοπίσει μικρότερου μεγέθους, μη ψηλαφητές βλάβες στο μαστό.





**SIGMA**MEDICAL

Dedicated to Health

 [www.medical.gr](http://www.medical.gr)



**GREY'S ANATOMY™**  
PROFESSIONAL WEAR BY BARCO

 **WonderWink®**

NURSE  MATES

## 30 χρόνια στον χώρο της υγείας φροντίζουμε αυτούς που μας φροντίζουν.

- Premium Υγειονομική Ένδυση με μοναδικά σχέδια και χρήση καινοτόμων υφασμάτων
- Υποδήματα με πρωτοποριακό ορθοτικό πέλημα Align™
- Κάλτσες διαβαθμισμένης συμπίεσης.



Sigma Mediwear  
by Sigma Medical

**NEO!**

ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΝΔΥΣΗΣ - ΥΠΟΔΗΣΗΣ  
Αγίου Θωμά 22, 115 27 Αθήνα  
Έναντι Λαϊκού Νοσοκομείου



210 6630520



mail@medical.gr



ΚΕΝΤΡΙΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ  
Ιπποκράτους 142, 190 04 Σπάτα



# ΦΑΡΜΑΚΑ & ΗΠΑΡ

## ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Η ΤΟΞΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ;

**Τ**ο ήπαρ παίζει σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό φαρμάκων, ορμονών, βιολογικών προϊόντων και συμπληρωμάτων διατροφής. Η συχνότητα, όμως, εμφάνισης φαρμακευτικής ηπατοτοξικότητας υπολογίζεται στα 10-15 περιστατικά ανά 10.000-100.000 άτομα, τα οποία λαμβάνουν φαρμακευτικές ουσίες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 40% των ασθενών με τοξική ηπατίτιδα φαρμακευτικής αιτιολογίας αναφέρουν σε ιατρούς ότι λαμβάνουν «εναλλακτικές θεραπείες» είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό με κλασική αγωγή.

Ποιες ουσίες δύνανται να προκαλέσουν βλάβη ήπατος;

Μέχρι σήμερα έχουν ενοχοποιηθεί περισσότερα από 1.000 φάρμακα, φυτικά προϊόντα και συμπληρώματα διατροφής. Τυπικά παραδείγματα είναι η παρακεταμόλη, τα μη στεροειδή φλεγμονώδη φάρμακα και ορισμένα αντιβιοτικά. Αξίζει να σημειωθεί, όμως, ότι ο υψηλότερος αριθμός περιστατικών τοξικής ηπατίτιδας από αυτά τα φάρμακα οφείλεται στη συχνή χρήση τους. Άτομα με χαμηλό σωματικό βάρος που καταναλώνουν υπερβολικές ποσότητες αλκοόλ, καθώς και οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτοι σε εμφάνιση φαρμακευτικής ηπατοτοξικότητας, ενώ στα παιδιά το φαινόμενο είναι σπάνιο.

Οι μηχανισμοί της φαρμακευτικής ηπατοτοξικότητας είναι δύο, άμεσος και ιδιοσυγκρασιακός. Ο πρώτος αφορά στην άμεση τοξικότητα του φαρμάκου η οποία εξαρτάται από τη δόση (π.χ. παρακεταμόλη) και τη διάρκεια χορήγησης και ο δεύτερος είναι ανοσολογικός ή μεταβολικός και δεν συσχετίζεται ούτε με τη δόση ούτε με τη διάρκεια της θεραπείας.

### Πότε εμφανίζεται;

Συνήθως 2-4 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας. Όμως, μπορεί να συμβεί μέσα στις πρώτες ώρες ή μέρες από την πρώτη λήψη ή ακόμα και εβδομάδες μετά τη διακοπή των φαρμάκων, ειδικά όταν η ουσία συσσωρεύεται στον οργανισμό και

αποβάλλεται αργά.

### Ποια είναι τα συμπτώματα;

Πολλοί ασθενείς δεν παρουσιάζουν κανένα κλινικό σύμπτωμα και η ηπατοτοξικότητα διαπιστώνεται μόνο στις εξετάσεις αίματος. Κόπωση, ανορεξία και βάρος στο δεξιό άνω μέρος της κοιλιάς αποτελούν τις συχνότερες εκδηλώσεις, ενώ ίκτερος, ναυτία και έμετοι εμφανίζονται σπάνια σε βαριές περιπτώσεις. Υπάρχουν και εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις βαριάς τοξικής ηπατίτιδας όπου η ηπατική βλάβη εξελίσσεται ραγδαία, εκδηλώνεται με ηπατική εγκεφαλοπάθεια και απαιτεί μεταμόσχευση ήπατος.

### Πώς διαγιγνώσκεται η ηπατίτιδα φαρμακευτικής αιτιολογίας;

Πρώτον, οι ασθενείς αναφέρουν μόνο τη χρήση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, όχι όμως των συμπληρωμάτων διατροφής ή βοτάνων επειδή τα θεωρούν ακίνδυνα. Ορισμένες φορές μάλιστα αυξάνουν τη δόση τους, πιστεύοντας πως θα βοηθήσουν το ήπαρ να αναρρώσει.

Δεύτερος λόγος δυσκολίας της διάγνωσης είναι η απουσία ειδικών δεικτών ηπατοτοξικότητας των φαρμάκων. Ο γιατρός οφείλει να αποκλείσει άλλα οξεία ή χρόνια νοσήματα ήπατος, ώστε η διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας να αποδοθεί σε ανεπιθύμητη δράση φαρμάκου.



Έλενα Βεζαλή  
Ηπατολόγος  
Συνεργάτης Ηπατολογικού  
Τμήματος ΥΓΕΙΑ



Don't  
damage  
your  
Liver



Τρίτος λόγος είναι η απουσία προοπτικών επιδημιολογικών και κλινικών μελετών.

Για να διαπιστωθεί η βλάβη στο ήπαρ, διενεργείται αιματολογικός έλεγχος και υπερηχογράφημα. Σκοπός της διερεύνησης είναι ο αποκλεισμός άλλων αιτιών διαταραχής της ηπατικής βιοχημείας όπως λοιμώδεις αιτίες, αυτοάνοσα, κληρονομικά ή αγγειακά νοσήματα ήπατος και χοληφόρων. Σε ορισμένες περιπτώσεις χρειάζεται να γίνει και βιοψία ήπατος.

### **Πώς θεραπεύεται η τοξική ηπατίτιδα;**

Για ορισμένες ουσίες υπάρχουν αντίδοτα, τα οποία εμποδίζουν την απορρόφηση από το έντερο, απενεργοποιούν τα βλαβερά συστατικά και προστατεύουν το ήπαρ. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η ανάρρωση είναι πλήρης μόνο με παύση λήψης του φαρμάκου και μέτρα όπως αποφυγή χρήσης αλκοόλ και άλλων ουσιών με ενδεχόμενη τοξική επίδραση στο ήπαρ. Δεν υπάρχει «ηπατοπροστατευτικό» συμπλήρωμα ή φυτικό προϊόν με

επιστημονικά αποδεδειγμένη θεραπευτική δράση. Ο χρόνος ανάρρωσης κατά κανόνα είναι μερικές μέρες έως εβδομάδες ή και μήνες. Σε σπάνιες περιπτώσεις η φαρμακευτική ηπατίτιδα οδηγεί σε ανάπτυξη χρόνιου νοσήματος, όγκου ήπατος ή οξείας ηπατικής ανεπάρκειας που απειλεί τη ζωή.

### **Μέτρα πρόληψης**

- Να λαμβάνετε φάρμακα μόνο με τη σύμφωνη γνώμη ή την προτροπή ιατρού.
- Να μη λαμβάνετε ποτέ δόση φαρμάκων μεγαλύτερη της συνιστώμενης. Ιδιαίτερη προσοχή στα συμπληρώματα, ώστε να αποφεύγετε την ταυτόχρονη λήψη πολλών ίδιων ουσιών και να μην υπερβείτε την ασφαλή δοσολογία.
- Να αποφεύγετε την κατάχρηση της αλκοόλης.
- Αν λαμβάνετε φάρμακα με ενδεχόμενη τοξική δράση στο ήπαρ, να κάνετε τακτικό έλεγχο ήπατος.



## Βιοψία υπό αναρρόφηση, μια εναλλακτική της χειρουργικής επέμβασης του μαστού

Η βιοψία υπό αναρρόφηση (VABB) αποτελεί μια τεχνική βιοψίας του μαστού, η οποία συμβάλλει στην αποφυγή της χειρουργικής επέμβασης όταν κρίνεται απαραίτητη η επιβεβαίωση μιας διάγνωσης και, σε επιλεγμένες περιπτώσεις, η αφαίρεση καλοήθων βλαβών.



## Βιοψία μαστού χωρίς νοσηλεία

Η VABB δεν χρήζει νοσηλείας ούτε εισαγωγής σε αίθουσα χειρουργείου.

Πρόκειται για μια τεχνική που δεν χρήζει παραμονής στο νοσοκομείο και η οποία πραγματοποιείται με χορήγηση τοπικής αναισθησίας, είναι ανεκτή από ασθενείς οποιασδήποτε ηλικίας ή που παρουσιάζουν νόσους που μπορεί να ενέχουν κίνδυνο όσον αφορά τη χειρουργική επέμβαση με τη χορήγηση γενικής αναισθησίας.

## Μικρότερη ουλή και καλύτερη ανάρρωση

Η VABB πραγματοποιείται με τη χρήση βελόνης η οποία εισάγεται στον μαστό και αναρροφά τη βλάβη μέσω πολλαπλών ιστοτεμαχιδίων. Δεν χρήζει τομής ή ραμμάτων στο δέρμα καθώς δεν αφήνει ουλή. Ο χρόνος ανάρρωσης ύστερα από την επέμβαση μέσω VABB είναι πολύ πιο σύντομος απ' ό,τι εκείνος ύστερα από μια χειρουργική επέμβαση, πράγμα που σημαίνει ότι μπορείτε να επιστρέψετε στην καθημερινότητά σας σε διάστημα λίγων ημερών.

**Βιοψία υπό  
αναρρόφηση,  
μια εναλλακτική  
προσέγγιση  
της χειρουργικής  
επέμβασης του μαστού**



**VAB**  
Vacuum Assisted Biopsy

### Bard Ελλάς Α.Ε.

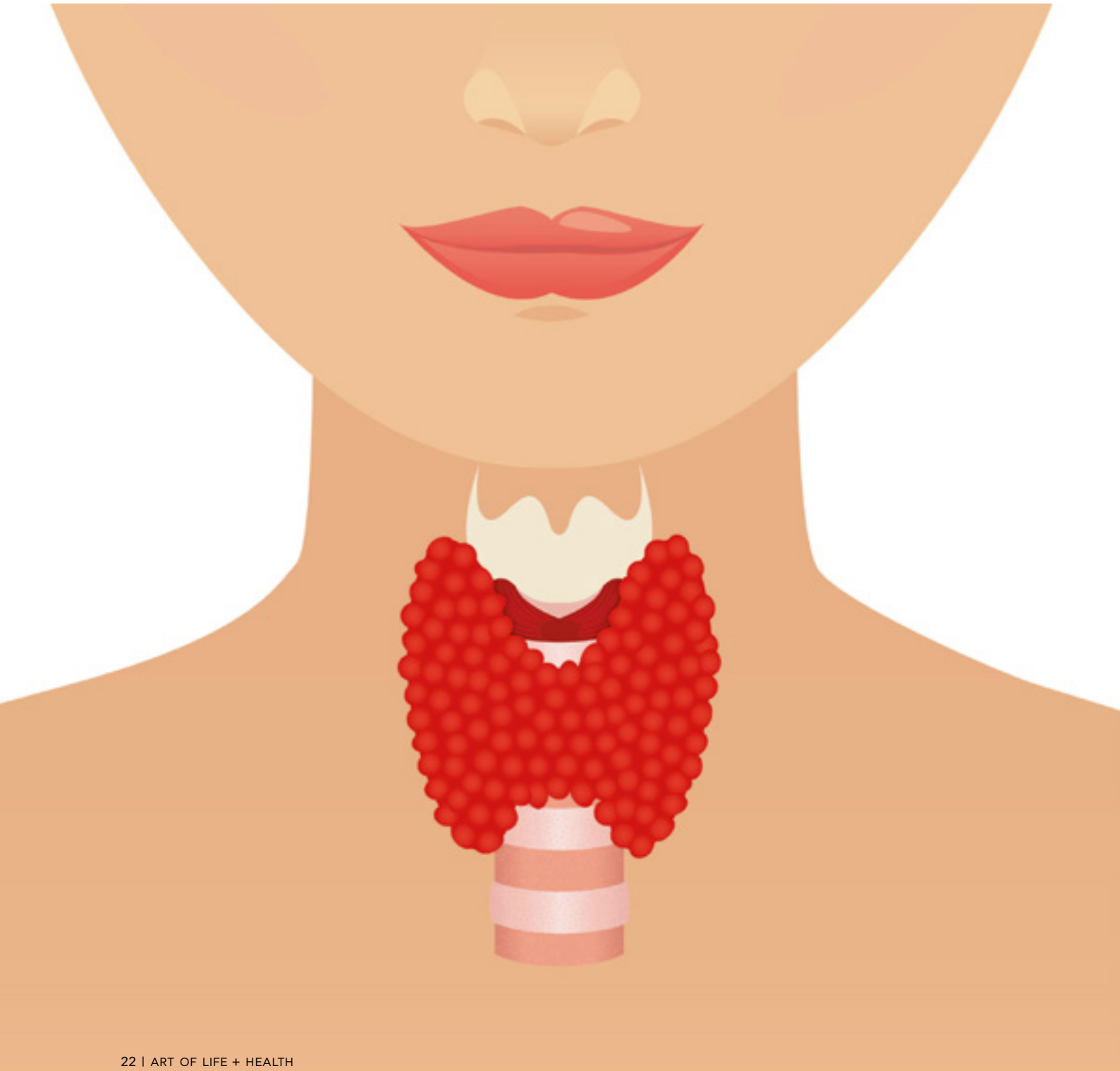
Φιλελλήνων 1 & Μεγάλου Αλεξάνδρου, 16452, Αργυρούπολη, Ελλάς  
Τηλ: 210 969 0770, Fax: 210 962 8810  
BD-49458

[bd.com](http://bd.com)

Το BD, λογότυπο της BD και το Bard είναι εμπορικά σήματα της Becton, Dickinson and Company και των θυγατρικών της.  
© 2021 BD. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΣΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ



**Σ**τη σύγχρονη ογκολογία όλες σχεδόν οι κακοήθειες για τη σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπισή τους απαιτούν συνεργασία πολλών ειδικοτήτων. Ανάλογα με το είδος και την εντόπιση της κακοήθειας, ο ογκολόγος οφείλει να συνεργαστεί με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων για να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα για τον ασθενή.

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς αποτελεί ένα σημαντικό παράδειγμα συνεργασίας ειδικοτήτων. Έτσι, για την αντιμετώπιση του καρκίνου θυρεοειδούς θα πρέπει να συνεργαστούν κατά κύριο λόγο ο ενδοκρινολόγος και ο ογκολόγος με δορυφόρους συνεργάτες τον ειδικό χειρουργό, τον πυρηνικό γιατρό και τον ακτινοθεραπευτή.

#### **Τι είναι, όμως, ο καρκίνος του θυρεοειδούς; Είναι επιθετική κακοήθεια;**

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς είναι η συχνότερη κακοήθεια του ενδοκρινικού συστήματος και αποτελεί το 1,5-3% όλων των κακοήθων νεοπλασιών. Οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τους άνδρες σε ηλικία 25-65 ετών.

Ο θυρεοειδικός καρκίνος την τελευταία δεκαετία παρουσιάζει τη μεγαλύτερη ετήσια αύξηση σε σχέση με τις άλλες κακοήθειες, γεγονός που πιθανόν οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες αλλά και στη βελτιστοποίηση των μεθόδων διάγνωσης.

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς ταξινομείται σε δύο μεγάλες κατηγορίες.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν:

- ο θηλώδης τύπος (80%),
- ο θηλακιδώδης τύπος (10%),
- ο καρκίνος από κύτταρα Hurtle (4%).

#### **Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν:**

- το μυελοειδές καρκίνωμα (4-5%),
- το αναπλαστικό καρκίνωμα (1-2%).

Η πρώτη κατηγορία που λέγεται και διαφοροποιημένος καρκίνος έχει πολύ καλύτερη πρόγνωση από τη δεύτερη.

#### **Πώς θεραπεύεται;**

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς εμφανίζεται αποκλειστικά με τη μορφή ψυχρού όζου. Παρότι οι θυρεοειδικοί όζοι είναι πολύ συχνοί μόνο το 5% εξ αυτών είναι κακοήθεις.

Μετά τη διάγνωση του καρκίνου του θυρεοειδούς, συνεργάζονται για το σχεδιασμό της θεραπείας και την επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος ο ενδοκρινολόγος, ο χειρουργός, ο πυρηνικός ιατρός και ο ογκολόγος.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση σε γενικές γραμμές και ανάλογα με τον τύπο της κακοήθειας είναι:

- χειρουργική,
- η χορήγηση ή όχι θεραπευτικής δόσης ιωδίου,
- η εξωτερική ακτινοθεραπεία,
- η χημειοθεραπεία,
- η στοχευμένη θεραπεία που βασίζεται στα νεότερα

δεδομένα της μοριακής βιολογίας.

Αυτή η τελευταία κατηγορία των στοχευμένων θεραπειών έχει προσφέρει πολλά στους πάσχοντες από καρκίνο θυρεοειδούς που έχουν μετατραπεί σε ιωδοανθεκτικούς, δηλαδή δεν έχουν πια ευαισθησία και δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία με ιώδιο.

Οι στοχευμένες αυτές θεραπείες είναι κυρίως δύο κατηγοριών. Στην πρώτη κατηγορία είναι τα φάρμακα που στοχεύουν σε ειδικές μεταλλάξεις που φέρουν οι ασθενείς προκαλώντας το θάνατο των καρκινικών κυττάρων. Τέτοιες μεταλλάξεις είναι οι RET, BRAF, TRK με τα ανάλογα φάρμακα: Selpercatinib για τις RET μεταλλάξεις, Dabrafenib-Trametinib για τις BRAF μεταλλάξεις και Larotrectinib-Entrectinib για τις TRK μεταλλάξεις.

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς που δεν φέρουν μεταλλάξεις. Σε αυτή την περίπτωση χορηγούνται φάρμακα που στοχεύουν στην αγγειογένεση, προκαλώντας το θάνατο των καρκινικών κυττάρων αφού καταστρέφουν την αγγείωσή τους. Αυτά τα φάρμακα έχουν προσφέρει πολλά στον ασθενή με καρκίνο θυρεοειδούς.

Ένας νέος τρόπος αντιμετώπισης είναι οι νεότερες προσπάθειες που έχουν σαν στόχο με ορισμένα από αυτά τα νέα φάρμακα οι ασθενείς να γίνονται και πάλι ευαίσθητοι στο ραδιενεργό ιώδιο και να είναι σε θέση να το λάβουν και πάλι ως θεραπεία.

Όλα αυτά τα νέα φάρμακα, επειδή παρουσιάζουν και παρενέργειες, θα πρέπει να χορηγούνται από ειδικούς ογκολόγους σε συνεργασία με ενδοκρινολόγους με μεγάλη προσοχή και στενή παρακολούθηση ώστε να επιτυγχάνεται το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα με τη μικρότερη δυνατή τοξικότητα.



**Γεώργιος Κουμάκης**  
Παθολόγος-Ογκολόγος  
Συνεργάτης Β΄ Παθολογικής-  
Ογκολογικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ



**Πάρις Κοσμίδης**  
Παθολόγος-Ογκολόγος  
Διευθυντής Β΄ Παθολογικής-  
Ογκολογικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ





# ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΤΟΥ ΧΟΡΙΟΕΙΔΟΥΣ

## Ο ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΟΣ ΕΝΔΟΦΘΑΛΜΙΟΣ ΟΓΚΟΣ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

### **Τι είναι το χοριοειδικό μελάνωμα;**

Το μελάνωμα είναι ένα είδος καρκίνου που αναπτύσσεται στα χρωστικά κύτταρα (μελανοκύτταρα) του σώματος. Στον οφθαλμό τέτοια κύτταρα υπάρχουν στον επιπεφυκότα, στην ίριδα, στο ακτινωτό σώμα και στον χοριοειδή.

Το οφθαλμικό μελάνωμα είναι μια εξαιρετικά κακοήθης νόσος, κατά την οποία δεν κινδυνεύει μόνο το μάτι αλλά και η ίδια η ζωή του ασθενούς αφού μπορεί να προκαλέσει μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

Τα μελανώματα στον οφθαλμό μπορεί να είναι πρωτοπαθή, αλλά και να προέρχονται από πρωτοπαθείς όγκους σε άλλες περιοχές του σώματος όπως στο δέρμα, στον πνεύμονα ή στο μαστό.

Το ενδοφθάλμιο μελάνωμα συνήθως προσβάλλει το ένα μόνο μάτι και μπορεί να εντοπίζεται στον χοριοειδή, στο ακτινωτό σώμα ή στην ίριδα.

Το χοριοειδικό μελάνωμα είναι ο πιο διαδεδομένος πρωτοπαθής ενδοφθάλμιος όγκος στους ενήλικες και είναι συνήθως θανατηφόρο με 25% θνησιμότητα σε βάθος πενταετίας.

### **Ποια είναι τα συμπτώματα;**

Συχνά το χοριοειδικό μελάνωμα αποτελεί τυχαίο εύρημα στο πλαίσιο μιας οφθαλμολογικής εξέτασης και αυτό γιατί συνήθως είναι ασυμπτωματικό. Κάποια από τα συμπτώματα που ενδεχομένως να παρουσιάσουν οι ασθενείς είναι η φωταψία, τα μυγάλια, ελλείματα στο οπτικό πεδίο αλλά και μείωση οπτικής οξύτητας. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει δευτεροπαθές γλαύκωμα ή φλεγμονή σχετιζόμενη με τον οφθαλμικό όγκο.

Είναι εξαιρετικά σημαντικό, και ειδικά σε ασθενείς με ιστορικό καρκίνου, να γίνεται μία φορά το χρόνο μια ολοκληρωμένη οφθαλμολογική εξέταση που να πε-

ριλαμβάνει και λεπτομερή βυθοσκόπηση, δηλαδή λεπτομερή εξέταση του οπίσθιου ημιμορίου του οφθαλμού.

### **Πώς γίνεται η διάγνωση;**

Συνηθισμένες διαγνωστικές εξετάσεις στην περίπτωση του χοριοειδικού μελανώματος είναι το υπερηχογράφημα οπίσθιου ημιμορίου, η φωτογραφία οπίσθιων ημιμορίων του οφθαλμού, ο αυτοφθορισμός, η οπτική τομογραφία συνοχής και η φλουροαγγειογραφία. Πολύ σπάνια και σε πολύ συγκεκριμένες περιπτώσεις θα χρειαστεί να γίνει βιοψία του χοριοειδικού μελανώματος για επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης. Είναι σημαντικό η επιβεβαίωση της διάγνωσης και στη συνέχεια, η παρακολούθηση του ασθενούς με χοριοειδικό μελάνωμα να γίνεται από οφθαλμίατρο εξειδικευμένο σε οφθαλμικούς όγκους.

### **Πώς θεραπεύεται το χοριοειδικό μελάνωμα;**

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει σημαντική πρόοδος στη διάγνωση και στη θεραπεία του χοριοειδικού μελανώματος στους ενήλικες.



**Μαρία Πευκιανάκη**

Οφθαλμίατρος με εξειδίκευση στην  
Οφθαλμική Ογκολογία Ενηλίκων & Παιδών  
Υπεύθυνη Οφθαλμο - Ογκολογικού  
Κέντρου Ενηλίκων ΥΓΕΙΑ



Γενικά, η θεραπεία του χοριοειδικού μελανώματος εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου, την τοποθεσία του, τα συνοδά στοιχεία, την κατάσταση του άλλου οφθαλμού, τη γενικότερη υγεία και ηλικία του ασθενούς και φυσικά το τι επιθυμεί ο ίδιος ο ασθενής.

Οι πιο συνηθισμένες θεραπευτικές επιλογές για το χοριοειδικό μελάνωμα είναι η βραχυθεραπεία με επισκληρικές πλάκες, η στερεοτακτική ακτινοχειρουργική με Gamma-knife, η ακτινοβολία με πρωτόνια, η αφαίρεση του χοριοειδικού όγκου διαμέσου του υαλοειδούς ή του σκληρού χιτώνα και σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμη και η εξόρυξη του οφθαλμού. Κάποιες από τις παραπάνω θεραπείες, και αναλόγως βέβαια και με τα χαρακτηριστικά και το μέγεθος του χοριοειδικού όγκου, μπορούν να συνδυαστούν και με διακορική θερμοθεραπεία, με φωτοδυναμική θεραπεία, καθώς και με ενδοουλοειδικές antiVEGF ενέσεις.

Παρότι, όμως, έχει προχωρήσει σημαντικά η θεραπεία του χοριοειδικού μελανώματος, έχουμε πολλά ακόμη να ανακαλύψουμε για την παθοφυσιολογία του και ελπίζουμε

ότι νέες θεραπείες θα περιορίσουν τις επιπλοκές των τρεχουσών θεραπειών και —γιατί όχι;— θα αυξήσουν και το προσδόκιμο ζωής των ασθενών μας.

#### **Πρόγνωση του χοριοειδικού μελανώματος**

Οι ασθενείς με χοριοειδικό μελάνωμα πρέπει να παρακολουθούνται στενά τόσο για τον κίνδυνο υποτροπών του χοριοειδικού μελανώματος όσο και για τον κίνδυνο συστηματικών μεταστάσεων ιδιαίτερα στο ήπαρ, στον πνεύμονα και στο δέρμα.

Συστήνεται σε αυτούς τους ασθενείς, παράλληλα με την τακτική παρακολούθησή τους από οφθαλμικό ογκολόγο για την εξέλιξη του οφθαλμικού όγκου, να παρακολουθούνται οπωσδήποτε ταυτόχρονα και από παθολόγο-ογκολόγο.

Η κακή πρόγνωση εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως το μεγάλο μέγεθος του όγκου, η τοποθεσία του στο ακτινωτό σώμα, η εξωσκληρική επέκταση καθώς και η ύπαρξη στο χοριοειδικό μελάνωμα συγκεκριμένων ιστοπαθολογικών και κυτταρογενετικών ευρημάτων.

**3**

**ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ**

- Κεντρικά, Θέρμη Θεσσαλονίκη
- Αθήνα, Κηφισίας 354
- Θεσσαλονίκη κέντρο Ταυμασκή 137

**50**

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ**

στην διάθεσή σας καθημερινά

**4**

**ΤΟΜΕΙΣ**

- Ιατρικά
- Ομορφιά- Spa- Nail- Ποδολογία
- Πρώτες βοήθειες
- Εργαστηριακά

**70**

**ΧΡΟΝΙΑ**

Η Διγκας Αναστάσιος Ι.Κ.Ε. ιδρύθηκε το 1947 με εξειδίκευση στην εισαγωγή και πώληση ιατρικού εξοπλισμού

**&**

**ΠΑΝΩ  
ΑΠΟ**

**12.000**

**ΠΡΟΪΟΝΤΑ**

Που καλύπτουν τις ανάγκες των ιατρών σε οποιοδήποτε επίπεδο

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

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

Κατάστημα  
Θεσσαλονίκη  
Κέντρο:  
Ταυμασκή 137  
Περιοχή ΧΑΝΟ  
Τηλ: 2310 225 005  
2310 225 025



E-SHOP [www.digas.gr](http://www.digas.gr)

# ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΗ (α)

ΜΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΑΓΝΩΣΤΗ ΑΙΤΙΑ  
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ



**Ε**ίναι ευρέως γνωστό ότι οι τιμές λιπιδίων στο αίμα επηρεάζουν τον μελλοντικό κίνδυνο κάθε ανθρώπου να υποστεί έμφραγμα μυοκαρδίου ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Με βάση τις τιμές των λιπιδίων και ανάλογα με το ιστορικό και την παρουσία άλλων παραγόντων κινδύνου για στεφανιαία νόσο λαμβάνονται οι θεραπευτικές αποφάσεις, δηλαδή αν θα δοθεί

ή όχι υπολιπιδαιμική αγωγή στο συγκεκριμένο άτομο. Λίγοι ωστόσο γνωρίζουν την λιποπρωτεΐνη (α), ή αλλιώς Lp(a), οι υψηλές τιμές της οποίας στο αίμα σχετίζονται με διπλάσιο έως τετραπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών επεισοδίων.

**Τι είναι η Lp(a); Ποιες είναι οι παθολογικές τιμές;**  
Η Lp(a) μοιάζει με τη λιποπρωτεΐνη LDL και προάγει τη

διαδικασία της αθηρωμάτωσης. Η Lp(a) έχει επίσης και θρομβωτική δράση λόγω της παρόμοιας δομής της με το πλάσμινογόνο (γνωστό παράγοντα σχετιζόμενο με τη θρόμβωση) αλλά και φλεγμονώδη δράση λόγω των οξειδωμένων φωσφολιπιδίων που μεταφέρει.

Ως υψηλές θεωρούνται τιμές Lp(a) πάνω από 50 mg/dl ή πάνω από 125 nmol/l. Υψηλές τιμές της ανευρίσκονται στο 20-25% του γενικού πληθυσμού. Τα επίπεδα Lp(a) καθορίζονται από την έκφραση ειδικού γονιδίου και επομένως, τα άτομα με αυξημένα επίπεδα έχουν υψηλή έκθεση στην Lp(a) επί πολλά έτη. Η διατροφή δεν παίζει ιδιαίτερο ρόλο.

### Τι προκαλεί η αυξημένη Lp(a);

Σύμφωνα με επιδημιολογικές και γενετικές μελέτες, η αυξημένη Lp(a) αυξάνει τον κίνδυνο πρόκλησης εμφράγματος του μυοκαρδίου, εγκεφαλικού επεισοδίου (σε μικρότερο βαθμό) και εμφάνισης περιφερικής αρτηριακής νόσου ανεξάρτητα από την τιμή της LDL χοληστερόλης. Άτομα με εξαιρετικά υψηλά επίπεδα Lp(a), πάνω από 180 mg/dl (ή 430 nmol/l), μπορεί να έχουν αυξημένο μελλοντικό καρδιαγγειακό κίνδυνο παρόμοιο με εκείνο των ατόμων με ετερόζυγο οικογενή υπερκοληστερολαιμία (μια κατάσταση με εκ γενετής πολύ υψηλή LDL που προδιαθέτει για εμφάνιση εμφράγματος σε νεαρή ηλικία). Επίσης, άτομα με υψηλή Lp(a) εμφανίζουν πρωιμότερα στένωση αορτικής βαλβίδας.

Εύκολα γίνεται αντιληπτή η σημασία του περιορισμού των επιπέδων Lp(a) για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

### Ποιοι θα πρέπει να ελέγχουν τα επίπεδα Lp(a);

Η μέτρηση της Lp(a) σύμφωνα με τις πλέον πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας του 2019 προτείνεται πλέον μία φορά στο γενικό πληθυσμό, σε άτομα με πρώιμη καρδιαγγειακή ή αγγειακή εγκεφαλική νόσο καθώς και σε άτομα με μέτριο ή υψηλό 10ετή κίνδυνο καρδιαγγειακής θνησιμότητας, όπως αυτός προκύπτει από τα μοντέλα υπολογισμού κινδύνου σε ασυμπτωματικά άτομα (στην Ελλάδα προτείνεται το HeartScore). Εύλογη είναι και η μέτρηση της Lp(a) σε συγγενείς ατόμων που εμφάνισαν καρδιαγγειακό επεισόδιο σε σχετικά νεαρή ηλικία (έως 55 ετών για τους άνδρες και έως 65 ετών για τις γυναίκες) και σε στενούς συγγενείς ατόμων με αυξημένη τιμή Lp(a).

### Υπάρχει θεραπεία για την αυξημένη Lp(a);

Οι στατίνες που μειώνουν την LDL και τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων, δεν μειώνουν την Lp(a). Ωστόσο, νεότερα υπολιπιδαιμικά φάρμακα όπως τα

μονοκλωνικά αντισώματα που αναστέλλουν την πρωτεΐνη PCSK9 έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν την τιμή της Lp(a) κατά περίπου 25%. Πρόσφατα δεδομένα υποστηρίζουν ότι υπάρχει κλινικό όφελος από τη μείωση της Lp(a) με τη χορήγηση αυτών των αντισωμάτων κατά της PCSK9 και μάλιστα τόσο μεγαλύτερο όσο μεγαλύτερη είναι η αρχική τιμή της Lp(a).

Μια μείωση της Lp(a) της τάξης του 70% επιτυγχάνεται με την αφαίρεση λιποπρωτεϊνών από το πλάσμα (κάτι ανάλογο με την αιμοδιάλυση των νεφροπαθών). Προφανώς, η επεμβατική φύση της μεθόδου, η ανάγκη για συνεδρίες σε εβδομαδιαία βάση (οι τιμές Lp(a) ορού επανέρχονται γρήγορα) και το υψηλό κόστος περιορίζουν τη χρήση της τεχνικής σε ασθενείς με υποτροπιάζοντα καρδιαγγειακά επεισόδια παρά τη βέλτιστη ρύθμιση των παραγόντων κινδύνου.

Προς το παρόν, η προσέγγιση ασθενών με υψηλή Lp(a) είναι η εντατικοποίηση των πρακτικών πρόληψης με τροποποίηση όσων παραγόντων κινδύνου επιδέχονται μεταβολή όπως η LDL χοληστερόλη.



Αθανάσιος Πιπιλής  
Καρδιολόγος  
Διευθυντής Α' Καρδιολογικής  
Κλινικής ΥΓΕΙΑ



Ιωσήφ Κουτάγιαρ  
Καρδιολόγος  
Επιμελητής Α' Καρδιολογικής  
Κλινικής ΥΓΕΙΑ

# ΑΟΡΤΙΚΗ ΒΑΛΒΙΔΑ

## ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ

**Η** πρώτη αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας έγινε από τους Harken & Starr το 1960 με πλήρη μέση στερνοτομή και έκτοτε πραγματοποιήθηκε σε χιλιάδες ασθενείς με πολύ καλά μακροχρόνια αποτελέσματα. Ακολούθως, έχουν αναπτυχθεί εναλλακτικές τεχνικές με σκοπό την ελάττωση της διαίρεσης του στέρνου παρέχοντας καλύτερη θωρακική σταθερότητα και βελτίωση του αισθητικού αποτελέσματος.

Τα τελευταία είκοσι χρόνια με τη χρήση των ελάχιστων επεμβατικών τεχνικών άλλαξε η αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας με μέση στερνοτομή και εξωσωματική κυκλοφορία. Στόχος είναι η ελάττωση του μεγέθους της τομής, του μετεγχειρητικού πόνου, ο μικρότερος χρόνος νοσηλείας, λιγότερη αιμορραγία και η ελαχιστοποίηση του κινδύνου φλεγμονής.

Βέβαια, σε όλες τις τεχνικές προέχει η προσεκτική επιλογή των ασθενών και απαιτείται η χρήση του μηχανήματος της εξωσωματικής κυκλοφορίας που υποκαθιστά τη λειτουργία της καρδιάς και των πνευμόνων κατά την επέμβαση.

Επιπρόσθετα, προεγχειρητικά οι ασθενείς πρέπει να υποβληθούν πέραν του συνήθους προεγχειρητικού ελέγχου σε αξονική τομογραφία θώρακος, ώστε να μελετηθεί η πορεία της ανιούσας αορτής και τα παρακείμενα μεγάλα αγγεία.

Αρχικά, λοιπόν, ο ασθενής εισάγεται στην εξωσωματική κυκλοφορία με τους κάτωθι τρόπους:

Μηρο-μηνιαίο bypass,  
bypass ανιούσας αορτής-δεξιού κόλπου,  
bypass μηνιαίας αρτηρίας-δεξιού κόλπου.

Η προσπέλαση της βαλβίδας μπορεί να γίνει με μικρή j στερνοτομή που επεκτείνεται προς τα δεξιά ή αριστερά του στέρνου και με πρόσθια δεξιά θωρακοτομή στο ύψος του τρίτου μεσοπλεύριου διαστή-

ματος.

### Πλεονεκτήματα j στερνοτομής

Πολύ καλή έκθεση των μεγάλων αγγείων.  
Δεν χρειάζονται ειδικά εργαλεία.  
Καθητηριασμός αορτής-δεξιού κόλπου κεντρικά.  
Διατηρούνται και οι δύο μαστικές αρτηρίες.  
Σε περίπτωση δυσκολιών μπορεί να γίνει εύκολα πλήρης στερνοτομή.

### Μειονεκτήματα j στερνοτομής

Δύσκολη η χρήση ανάστροφης καρδιοπληγίας  
Δυσκολία στο deairing  
Χρειάζεται προσοχή στην τοποθέτηση των παρεχτεύσεων.  
Μικρός περιορισμός στην κίνηση των άνω άκρων

### Πλεονεκτήματα δεξιάς πρόσθιας θωρακοτομής

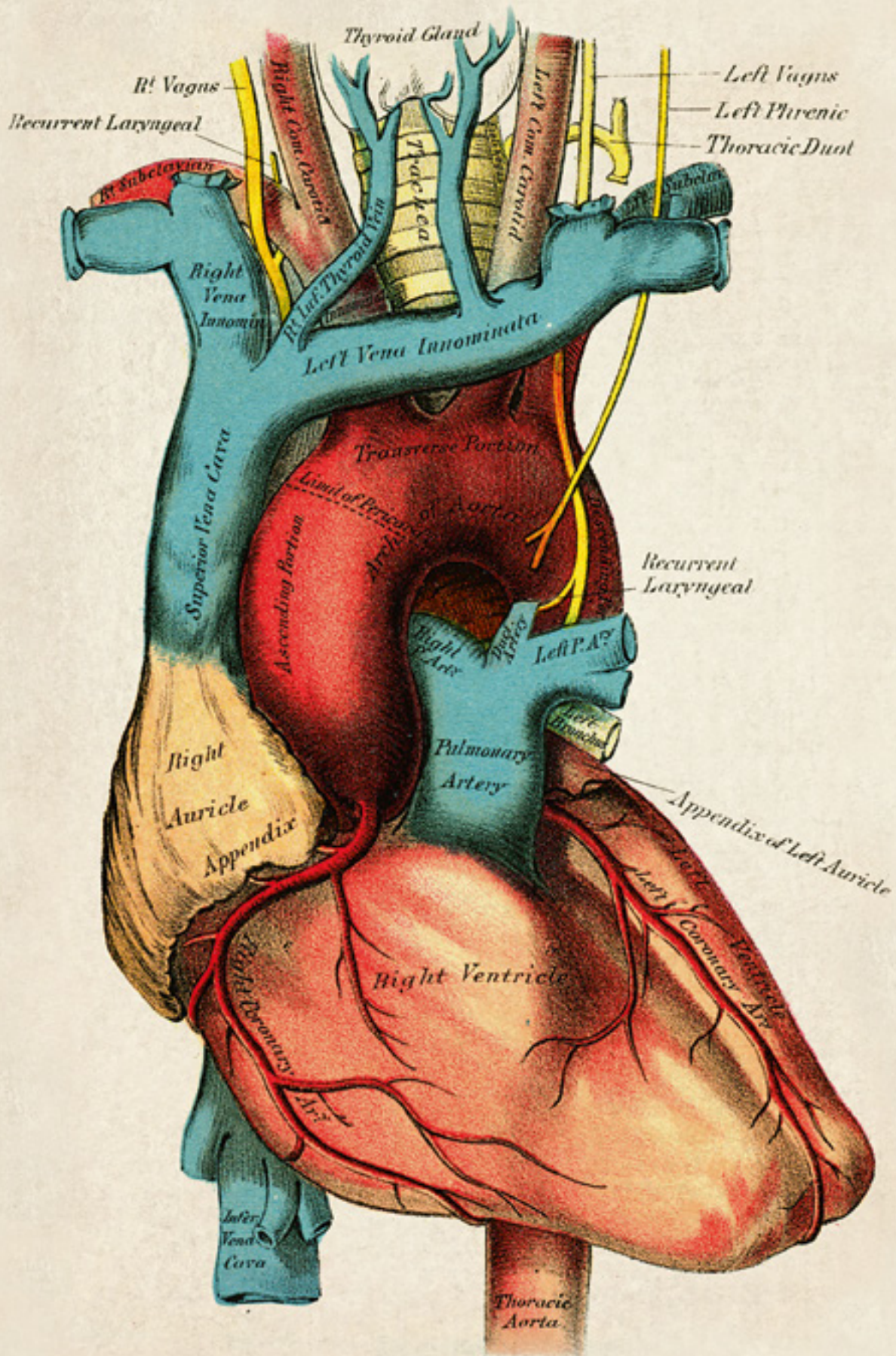
Διατήρηση του στέρνου  
Ελεύθερη κινητικότητα των άνω άκρων  
Εξαιρετικό αισθητικό αποτέλεσμα  
Πολύ καλή τεχνική για αστήρικτες και διαδερμικές διακαθητηριακές βαλβίδες (TAVI)

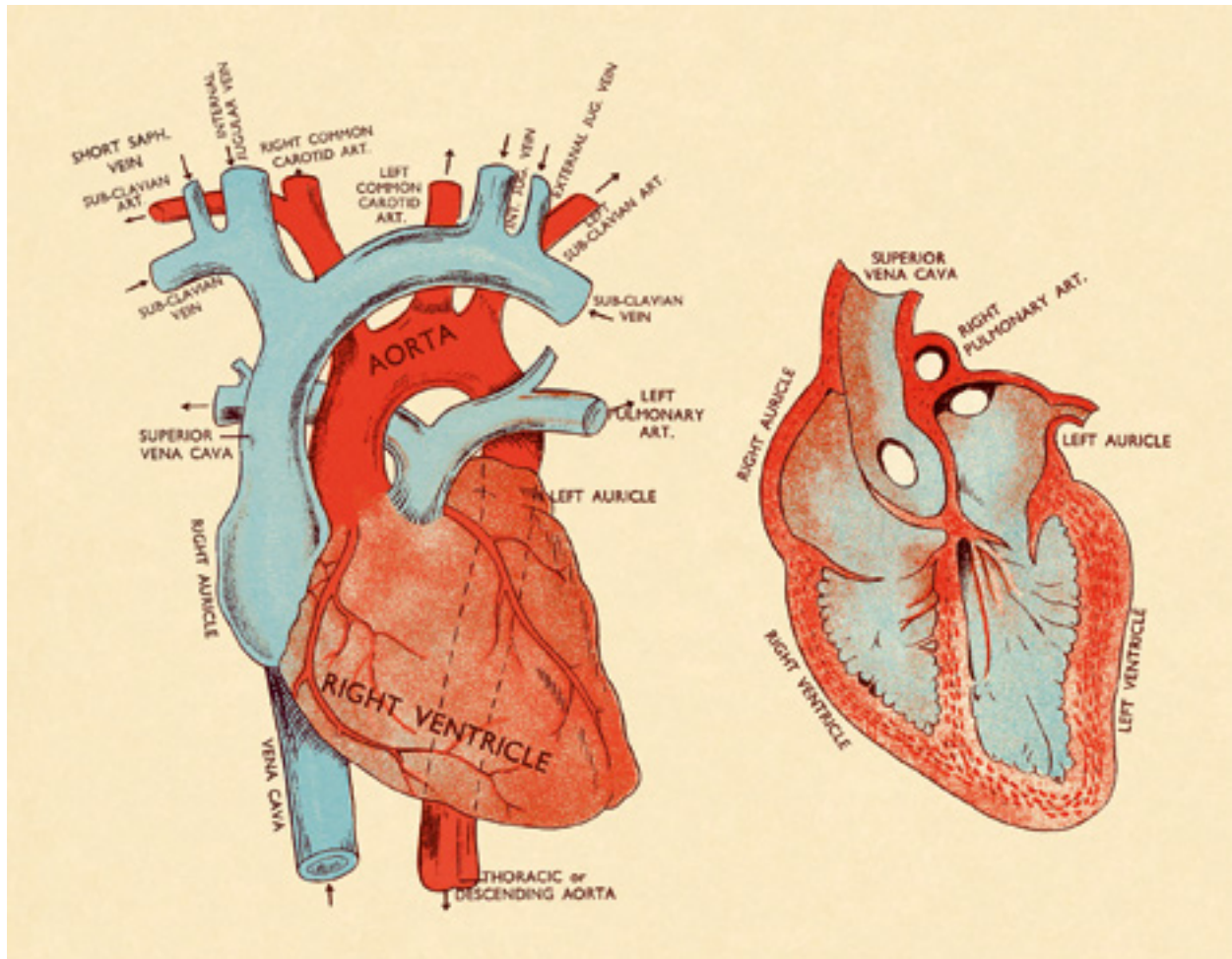
### Μειονεκτήματα

Τραυματισμός της δεξιάς έσω μαστικής αρτηρίας  
Επιπλοκές από τον καθητηριασμό των μηνιαίων αγγείων.



Απόστολος Τσολάκης  
Καρδιοχειρουργός  
Επιστημονικός Συνεργάτης  
ΥΓΕΙΑ





Μετά την επιλογή της τεχνικής και την είσοδο στην εξωσωματική κυκλοφορία γίνεται αορτοτομή, αφαίρεση της πάσχουσας βαλβίδος και τοποθέτηση βιοπροσθετικής, μεταλλικής ή και αστήρικτης βαλβίδος.

Η επιλογή της βαλβίδος γίνεται με βάση ορισμένα κριτήρια που σχετίζονται με την ηλικία του ασθενούς, τη βιολογική του κατάσταση, τις συνοδές συνυπάρχουσες παθήσεις και τέλος, με προσωπική συνεννόηση του ασθενούς με τον θεράποντα ιατρό αφού αναλυθούν όλα τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της βαλβίδος που θα επιλεγεί.

Σε ασθενείς ηλικίας άνω των 60 ετών προτιμάται η τοποθέτηση βιολογικής προσθετικής βαλβίδος. Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν υπάρχει ανάγκη χρήσης αντιπηκτικών φαρμάκων με αποτέλεσμα καλύτερη

ποιότητα ζωής και χωρίς τον κίνδυνο αιμορραγίας.

Το προσδόκιμο των βιολογικών βαλβίδων είναι μεταξύ 10 έως 15 έτη και στις βιολογικές βαλβίδες περικαρδίου μπορεί να φτάσει τα 25 έτη. Σε δεύτερο χρόνο όταν χαλάσει μια βιολογική βαλβίδα μπορεί να γίνει η τοποθέτηση μιας διαδερμικής διακαθετηριακής βαλβίδος (TAVI), δηλαδή η τοποθέτηση μιας νέας βαλβίδος μέσα από τη μηριαία αρτηρία εντός της προϋπάρχουσας βιολογικής βαλβίδος της αορτής.

Η υπόλοιπη μετεγχειρητική πορεία παραμένει ίδια. Μετεγχειρητικά ο ασθενής μπορεί να εξέλθει από το νοσοκομείο την τέταρτη ή πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα και δεν υπάρχει καμία στατιστική διαφορά στις μετεγχειρητικές επιπλοκές με την πλήρη μέση στερνοτομή.



ΑΣ ΜΑΓΕΙΡΕΨΟΥΜΕ  
13 ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ, ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΕΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ



Βρες σε ένα σακουλάκι όλα τα λαχανικά που χρειάζεσαι, στις σωστές αναλογίες, με τη νοστιμιά, την ποιότητα και την ασφάλεια Μπάρμπα Στάθης.

Το παραδοσιακό φαγητό, όπως το 'χεις αγαπήσει κι ακόμα καλύτερο.



ΕΙΑ  
F  
ΓΕΝΕΣΙΣ

# ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑ IVF ΕΜΒΡΥΟΓΕΝΕΣΙΣ

ΦΕΡΝΟΥΜΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΑΓΑΠΗ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΣΑΣ

# DESIGN MEETS SCIENCE

## ΣΠΥΡΟΣ ΣΟΥΛΗΣ

Ο Σπύρος Σούλης μας μιλάει για το πώς εμπνεύστηκε το σχεδιασμό της νέας Μονάδας ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις και πώς κατάφερε αρμονικά να συνδυάσει την οικειότητα και την άνεση σε ένα εντελώς stress-free περιβάλλον.

### Πώς εμπνευστήκατε τους χώρους της νέας Μονάδας ΥΓΕΙΑ IVF;

Ο όμιλος Hellenic Healthcare Group είναι ο σημαντικότερος όμιλος παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Η αγάπη και η εμπιστοσύνη που νιώθουν όσοι επισκέπτονται τα θεραπευτήρια του Ομίλου ήταν μεγάλη έμπνευση. Είχαμε να δουλέψουμε με την εδραιωμένη υψηλή ποιότητα ιατρικών υπηρεσιών και να τη συνδυάσουμε με τον σύγχρονο σχεδιασμό. Τόσο εγώ, ο αρχιτέκτονας, και ο συνεργάτης μου Branko Berlic όσο και η ομάδα μας στο αρχιτεκτονικό μας γραφείο σκεφτήκαμε από την πρώτη στιγμή ότι θέλουμε να δημιουργήσουμε ένα περιβάλλον το οποίο θα αντικατοπτρίζει το κύρος, την επιστημονική αρτιότητα και το όραμα για το μέλλον. Ένα χώρο μοναδικό σε διεθνές επίπεδο όπου οι επισκέπτες θα αισθάνονται πολύ άνετα και όχι ασθενείς. Ένα περιβάλλον όπου από την πρώτη στιγμή θα αισθάνεσαι ότι έχεις μπει σε ένα χώρο ευεξίας και ταυτόχρονα υψηλότατων επιστημονικών υπηρεσιών. Θέλαμε πάνω απ' όλα η εμπειρία να είναι μοναδική σε όλα τα επίπεδα.

### Ποια ήταν η μεγαλύτερη πρόκληση που αντιμετώπισατε στο σχεδιασμό των χώρων της Μονάδας;

Το να σχεδιάζεις ιατρικούς χώρους είναι πάντα μια πρόκληση με μεγάλο βαθμό δυσκολίας. Πόσο μάλλον μια σύγχρονη μονάδα IVF, την οποία έπρεπε να σχεδιάσουμε σε δύο βασικούς άξονες. Πρώτον, να έχει απόλυτα λειτουργικούς και πρακτικούς χώρους που ορίζονται από πολύ αυστηρές τεχνικές και επιστημονικές προδιαγραφές και παράλληλα, να δημιουργήσουμε χώρους αισθητικά μοναδικούς και σύγχρονους όπου ταυτόχρονα οι επισκέπτες θα αισθάνονται άνετα και όμορφα. Το «πάντρεμα» δηλαδή εξαιρετικά περίπλοκων επιστημονικών χώρων με υψηλού επιπέδου design που παράλληλα θα είναι και οικείο ήταν η μεγαλύτερη πρόκληση που αντιμετώπισαμε.

### Τι αίσθημα θέλατε να αποπνέει στα ζευγάρια που την επισκέπτονται;

Οικειότητα, ζεστασιά και άνεση σε ένα εντελώς stress-free περιβάλλον. Η νέα Μονάδα ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις έχει σχεδιαστεί ώστε ο επισκέπτης να έχει σε όλα τα στάδια μια πολύ θετική εμπειρία. Γνωρίζουμε όλοι πολύ καλά πόσο σπουδαία είναι τα θετικά συναισθήματα και η καλή ψυχολογία και

πόσο συμβάλλουν στην επιτυχία των ιατρικών πρακτικών. Σε κάθε στάδιο του σχεδιασμού τόσο εγώ όσο και όλη μας η ομάδα είχαμε πάντα ως πρώτο πράγμα στο μυαλό μας ότι αυτό που δημιουργούμε θα πρέπει να κάνει τους ανθρώπους που επισκέπτονται το χώρο αλλά και εργάζονται σε αυτόν να αισθάνονται οικεία και άνετα.

### Τα υλικά που χρησιμοποιήσατε στη Μονάδα είναι ιδιαίτερα. Πείτε με ποια κριτήρια τα επιλέξατε.

Η επιλογή των υλικών είναι ένα από τα πιο σημαντικά στάδια του σχεδιασμού. Με την επιλογή των σωστών υλικών, των χρωμάτων και του συνδυασμού τους καταφέρνουμε να δημιουργήσουμε τα επιθυμητά συναισθήματα. Άλλωστε είναι γνωστό πως η ψυχολογία μας σε ένα χώρο επηρεάζεται από το design, το φως, τα χρώματα και τα υλικά! Εμείς δώσαμε ιδιαίτερη βάση και στα τέσσερα. Είναι πολύ σημαντικό ότι επιλέχθηκαν υλικά με πολύ χαμηλές εκπομπές πτητικών ουσιών ώστε να μην επηρεάζεται η ποιότητα του αέρα και κατά συνέπεια, των εργαστηριακών αποτελεσμάτων. Για να καταλάβετε καλύτερα, από τα υφάσματα των επίπλων μέχρι και τις επενδύσεις των τοίχων, επιλέξαμε αντιμικροβιακά υλικά. Ταυτόχρονα, δώσαμε ιδιαίτερη σημασία σε πολυτελή υλικά που είναι ζεστά και «φιλικά» και επενδύσαμε με αυτά μέχρι και τους τοίχους. Δεν θέλαμε τίποτα να είναι ψυχρό και αφιλόξενο!

**INFO:** Ο Σπύρος Σούλης σπούδασε αρχιτεκτονική στο Λονδίνο και μετέπειτα ολοκλήρωσε τις μεταπτυχιακές σπουδές στον εσωτερικό σχεδιασμό, στην αρχιτεκτονική και στη διακόσμηση εσωτερικών χώρων.

Μετά την ολοκλήρωση των σπουδών του εργάστηκε ως αρχιτέκτονας για τον Βρετανό διεθνούς φήμης αρχιτέκτονα Νόρμαν Φόστερ.



# ΟΙΚΕΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΕΣΗ




**Σ**τη Μονάδα ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις φέρνουμε περισσότερη αγάπη στον κόσμο των γυναικών και των αντρών που θέλουν να βιώσουν το θαύμα της ζωής, έχοντας ως μοναδικό κίνητρο και κριτήριο τη θέληση για προσφορά αγάπης. Για να μπορούμε να είμαστε συνοδοιπόροι στο όνειρό σας για περισσότερες ευτυχισμένες στιγμές και μια μεγαλύτερη οικογένεια, δημιουργήσαμε μια εξειδικευμένη Μονάδα, πρότυπο για τη χώρα αλλά και το εξωτερικό, που αποτελεί τη μεγαλύτερη επένδυση σε Μονάδα Υποβοηθούμενης

Αναπαραγωγής στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία από τον Όμιλο Hellenic Healthcare Group.

Στόχος μας είναι να σας προσφέρουμε έναν κόσμο νέων εμπειριών που θα ξεδιπλώνεται μπροστά σας μέρα με τη μέρα. Γι' αυτό και συνθέσαμε μια κορυφαία ομάδα καταξιωμένων ειδικών, ιατρών και εμβρυολόγων που διαθέτουν τη μεγαλύτερη εμπειρία στον τομέα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα και έχουν βοηθήσει να έρθουν στον κόσμο περισσότερα από 70.000 μωρά.



“ Η νέα Μονάδα ΥΓΕΙΑ IVF  
Εμβρυογένεσις ανοίγει τις πόρτες  
της και σας περιμένει να ξεκινήσετε  
μαζί το ταξίδι για μια νέα ζωή. ”



“ Το Εμβρυολογικό Εργαστήριο της Μονάδας ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις αποτελεί το πλέον προηγμένο εργαστήριο στην Ελλάδα και από τα καλύτερα στον κόσμο ”







Με σύμμαχο την επιστήμη και την τεχνολογία η Μονάδα ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις πρωτοπορεί με το πλέον προηγμένο εμβρυολογικό εργαστήριο στην Ελλάδα και ένα από τα καλύτερα στον κόσμο.



Οι άρτια εξειδικευμένοι και με πολυετή εμπειρία εμβρυολόγοι της Μονάδας έχουν στη διάθεσή τους υπερσύγχρονο εξοπλισμό όπως μεταξύ άλλων συστήματα time-lapse, σύστημα εξαερισμού Life Aire IVF που είναι μοναδικό στην Ελλάδα, σύστημα ικνηλάτησης και ταυτοποίησης RIWitness, σύστημα παρακολούθησης των συνθηκών του εργαστηρίου Log and guard και το πρωτοποριακό Σύστημα Τεχνητής Νοημοσύνης IVFVision.ai.





Με στόχο ο επισκέπτης να εισπράττει μια θετική εμπειρία από κάθε σημείο της Μονάδας ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις, επιλέχθηκε ο σχεδιασμός της να εκπέμπει οικειότητα, ζεστασιά και άνεση σε ένα απόλυτα stress-free περιβάλλον.





# Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ

**Η** υπογονιμότητα στις μέρες μας είναι ένα συχνό πρόβλημα, καθώς αφορά το 13 με 15% των ζευγαριών διεθνώς. Οι αυξητικές τάσεις εμφάνισης της υπογονιμότητας σχετίζονται με ποικίλους παράγοντες, πολλοί από τους οποίους αποδίδονται στο σύγχρονο τρόπο ζωής. Η πιθανότητα σύλληψης στα υγιή ζευγάρια είναι περίπου 20–25% ανά αναπαραγωγικό κύκλο. Η υπογονιμότητα αφορά τόσο τον άνδρα όσο και τη γυναίκα και μπορεί να διαγνωστεί με πληθώρα εξετάσεων και γι' αυτό το λόγο η διερεύνηση του ζευγαριού πρέπει να ξεκινά ταυτόχρονα.

Ένα ζευγάρι πρέπει να ζητήσει βοήθεια όταν έχει ελεύθερες σεξουαλικές επαφές και δεν έχει επιτύχει σύλληψη μετά από ένα χρόνο προσπαθειών ή ο ένας από τους δύο στο ζευγάρι έχει ιστορικό ή ενδείξεις για υπογονιμότητα. Το ζευγάρι μπορεί να απευθυνθεί συμβουλευτικά στον ειδικό, ακόμη και πριν την προσπάθεια.

Αρχικά, πρέπει να στοιχειοθετηθεί η υπογονιμότητα (ορισμός, αίτια). Η αρχική διερεύνηση του ζεύγους περιλαμβάνει μετά τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού, την πλήρη κλινική εξέταση τόσο της γυναίκας όσο και του άντρα. Οι αρχικές εξετάσεις του ζευγαριού περιλαμβάνουν διακολπικό υπερηχογράφημα της γυναίκας για τον έλεγχο της μήτρας και των ωοθηκών, αιματολογικές ορμονολογικές εξετάσεις και για τον έλεγχο των σαλπινγών συνήθως συνιστάται υστεροσαλπιγγογραφία. Σπερμοδιάγραμμα και εξετάσεις αίματος για τον έλεγχο των ορμονών του συντρόφου κρίνονται απαραίτητες.

## Εξετάσεις για τις γυναίκες

- Εξετάσεις αίματος, τη 2η έως την 4η μέρα του κύκλου, για τον έλεγχο των επιπέδων των ορμονών FSH, LH, TSH, οιστραδιόλη, προγεστερόνη και προλακτίνη
- Εξετάσεις αίματος για τον έλεγχο σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών όπως ηπατίτιδα Β και C και HIV
- Διακολπικό υπερηχογράφημα για τον έλεγχο της μήτρας και των ωοθηκών
- Υστεροσαλπιγγογραφία, η οποία συνιστάται κυρίως για τον έλεγχο των σαλπινγών: Μικρή ποσότητα του υγρού αυτού περνάει μέσα από τον κόλπο και καταλήγει στη μήτρα, αποκαλύπτοντας τυχόν εμπόδια που υπάρχουν στις σάλπιγγες.

## Εξετάσεις για τους άνδρες

- Σπερμοδιάγραμμα για τον έλεγχο όλων των παρα-

μέτρων του σπέρματος (όγκο, οξύτητα, συγκέντρωση, κινητικότητα, μορφολογία). Σε περίπτωση που η πρώτη ανάλυση του σπέρματος είναι μη φυσιολογική, τότε η εξέταση επαναλαμβάνεται καθώς είναι ο μόνος τρόπος για να διαγνωστεί η ανδρική υπογονιμότητα.

- Εξετάσεις αίματος για τον έλεγχο των ορμονών FSH, LH, οιστραδιόλη και προγεστερόνη
- Εξετάσεις αίματος για τον έλεγχο σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών όπως ηπατίτιδα Β και C και HIV

Πριν από οποιαδήποτε θεραπεία χρειάζεται να γίνει μια σαφής διάγνωση. Η διάγνωση της υπογονιμότητας γίνεται από εξειδικευμένο ιατρό και είναι εξαιρετικά σημαντική διότι αυτή καθοδηγεί την επιλογή της θεραπευτικής στρατηγικής. Διεθνώς διαφαίνεται πλέον η τάση για εξατομικευμένη θεραπεία ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε ζευγαριού.

Δεν υπάρχει μία θεραπεία υπογονιμότητας αλλά ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να συστηθεί απλή φαρμακευτική θεραπεία, ενδομήτρια σπερματέγχυση (με ή χωρίς χρήση διέγερσης), λαπαροσκόπηση, υστεροσκόπηση, εξωσωματική γονιμοποίηση κ.ά.

Η λύση στην υπογονιμότητα του ζευγαριού μπορεί να είναι σύντομη και ανέξοδη και όχι τόσο χρονοβόρα όσο ο κύκλος μιας εξωσωματικής. Η εξωσωματική είναι μια λύση που σεβόμαστε και οδηγούμε υπογόνιμα ζευγάρια προς τα εκεί, αλλά δεν τη θεωρούμε εύκολη λύση και ειδικά για νεαρά ζευγάρια.



**Στέφανος Χανδακάς**  
Μαιευτήρας-Ενδοσκοπικός  
Χειρουργός Αναπαραγωγής  
Επιστημονικός Συνεργάτης Μονάδας ΥΓΕΙΑ  
IVF Εμβρυογένεσις  
Πρόεδρος ΔΣ ΜΗΤΕΡΑ

# ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

**Α**πό τη γέννηση της Louise Brown, του πρώτου παιδιού από εξωσωματική γονιμοποίηση το 1978, οι εξελίξεις ήταν συνεχείς και εντυπωσιακές. Ενδεικτικά αναφέρουμε τη γέννηση παιδιών από κρυοσυντηρημένα έμβρυα (1982), τη μικρογονιμοποίηση (ICSI) όπου εισάγουμε ένα σπερματοζώαριο μέσα στο ωάριο εξασφαλίζοντας τη γονιμοποίηση σε περιπτώσεις σοβαρών διαταραχών σπέρματος (1988), τη λήψη βιοψίας από τα έμβρυα για προεμφυτευτική γενετική διάγνωση (1989), την καλλιέργεια των εμβρύων έως το στάδιο της βλαστοκύστης και την εφαρμογή της μεθόδου της υαλοποίησης για την κρυοσυντήρηση ωαρίων (1999) που άνοιξε το δρόμο για τη διατήρηση της γυναικείας γονιμότητας.

Σήμερα έχουμε καταφέρει να δώσουμε λύση στα περισσότερα προβλήματα γονιμότητας και έπεται συνέχεια. Κάποια από τα επιτεύγματα του παρόντος μας οδηγούν σε ένα ακόμα πιο ελπιδοφόρο μέλλον.

## Οι τελευταίας τεχνολογίας επωαστές εμβρύων

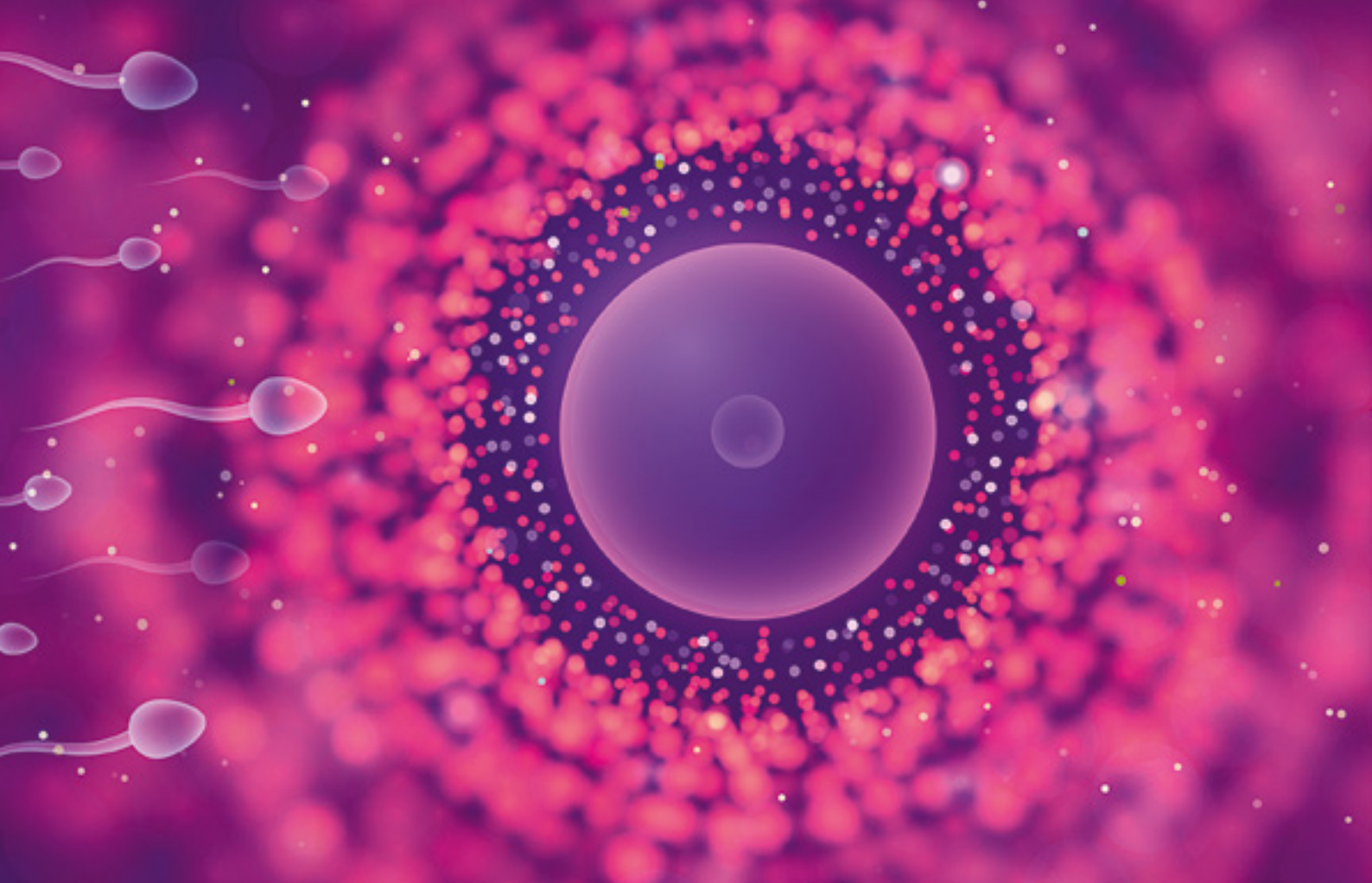
Οι τελευταίας τεχνολογίας επωαστές εμβρύων επιτρέπουν την αδιατάρακτη ανάπτυξή τους στο εργαστήριο σε ένα απόλυτα σταθερό περιβάλλον, όπου η ιδανική θερμοκρασία ρυθμίζεται με ακρίβεια, ο αέρας καθαρίζεται μέσω HEPA/VOC φίλτρων και ο επωασμένος μείκτης αερίων εξασφαλίζει τις κρίσιμες συγκεντρώσεις οξυγόνου.

Τα έμβρυα κάθε ζευγαριού βρίσκονται κλεισμένα στην αποκλειστικά δική τους θέση και έτσι μηδενί-

ζονται τα χρονικά διαστήματα που το μικροπεριβάλλον τους διαταράσσεται από το άνοιγμα του επωαστή για τον έλεγχο άλλων εμβρύων. Επιπλέον, αυτοί οι επωαστές διαθέτουν επωασμένη κάμερα που καταγράφει εικόνες των εμβρύων ανά τακτά χρονικά διαστήματα και μάλιστα με πολλαπλά επίπεδα εστίασης (computer vision). Η ανάπτυξη κάθε εμβρύου μετατρέπεται σε βίντεο που η μελέτη του οδηγεί σε συμπεράσματα για την ποιότητά του. Εδώ εισέρχεται και η τεχνητή νοημοσύνη (artificial intelligence) που με ειδικό λογισμικό όπου έχουν καταχωρηθεί δεδομένα από εκατοντάδες χιλιάδες έμβρυα και με χρήση αλγορίθμων, γίνεται η πιο αξιόπιστη βαθμονόμηση κάθε εμβρύου, έτσι ώστε να μεταφερθεί στη γυναίκα το καλύτερο. Παράλληλα με την ανατροφοδότηση του συστήματος, η επιλογή συσχετίζεται και με την πιθανότητα επίτευξης κύησης. Πολλές μελέτες έχουν συνδέσει τη χρήση αυτών των εμβρυοσκοπίων με αύξηση των ποσοστών κύησης. Στη Μονάδα ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις χρησιμοποιούνται αυτοί οι τελειοποιημένοι επωαστές, ενώ η εμβρυολογική ομάδα μας έχει αναπτύξει σε συνεργασία με κορυφαία διεθνή πανεπιστήμια (Cambridge, Nottingham) ένα πρωτότυπο και καινοτόμο σύστημα τεχνητής νοημοσύνης που βελτιώνει τα αποτελέσματα.

## Ο προεμφυτευτικός γενετικός έλεγχος (PGT) των εμβρύων

Ο προεμφυτευτικός γενετικός έλεγχος (PGT) των εμβρύων για χρωμοσωμικές διαταραχές γίνεται πλέον στο στάδιο της βλαστοκύστης με ανάλυση όλων των χρωμοσωμάτων. Έτσι, εφόσον εξασφαλισθεί



η μεταφορά ενός «άρτιου» εμβρύου, τα ποσοστά εμφύτευσης εκσφενδονίζονται μέχρι και στο 80%, ακόμα και για γυναίκες προχωρημένης ηλικίας. Και δεν σταματάμε εδώ. Με την τεχνική του μη επεμβατικού PGT λαμβάνουμε αυτές τις πληροφορίες έμμεσα από κύτταρα που βρίσκονται στο καλλιεργητικό υγρό, αποφεύγοντας τον τραυματισμό από τη βιοψία. Η ομάδα μας πρωτοπορεί και σε αυτό τον τομέα εφαρμόζοντας τη μέθοδο με ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

#### **Το μικρο- και μακρο- περιβάλλον του εμβρυολογικού εργαστηρίου**

Η καθαρότητα του αέρα στο εργαστήριο συνδέεται άμεσα με τα ποσοστά επιτυχίας αφού τα έμβρυα είναι πολύ ευαίσθητα και δεν πρέπει να εκτίθενται σε οποιοδήποτε τοξικό ή παθογόνο παράγοντα. Έτσι, είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι με το σύστημα Aire-IVF που έχουμε εγκαταστήσει στη Μονάδα μας (το μοναδικό στην Ευρώπη), τα ποσοστά επιτυχίας εκτινάσσονται κατά +14,9%.

Επίσης, συγκεκριμένοι δείκτες ποιοτικού ελέγχου καταγράφονται και αξιολογούνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να εντοπιστεί και να αντιμετωπιστεί ακαριαία οποιοδήποτε πρόβλημα. Τέλος, με το ηλεκτρονικό σύστημα ιχνηλάτησης και ταυτοποίησης RI Witness που χρησιμοποιούμε στη Μονάδα ωάρια, σπέρμα και έμβρυα ταυτοποιούνται και αντιστοιχίζονται ηλεκτρονικά με τα ζευγάρια από όπου προήλθαν και έτσι, είναι πρακτικά αδύνατον να γίνει λάθος σε οποιοδήποτε στάδιο.

Όλα τα παραπάνω μας οδηγούν σε ένα λαμπρό άμεσο μέλλον, όπου όλο και περισσότερα ζευγάρια θα λύνουν αποτελεσματικά και γρήγορα τα προβλήματα υπογονιμότητας.

Ας δέσουμε, λοιπόν, τη ζώνη μας και ας απολαύσουμε την πτήση.



**Ευάγγελος Μακράκης**

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος Αναπαραγωγής  
Επιστημονικός Υπεύθυνος Μονάδας  
Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής  
ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις





# Η ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟΝ 21<sup>ο</sup> ΑΙΩΝΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΕΙΝΑΙ ΗΔΗ ΕΔΩ

**Η** εξωσωματική γονιμοποίηση ξεκίνησε τη θαυμαστή της πορεία το 1978 με τη γέννηση του πρώτου παιδιού, της Louise Brown. Τότε η μέθοδος εθεωρείτο πειραματική και τα ποσοστά επιτυχίας ήταν μονοψήφια. Στα χρόνια που μεσολάβησαν υπήρξε μια ιλιγγιώδης ανάπτυξη της τεχνικής που δεν έχει προηγούμενο στην ιστορία της ιατρικής. Η κοινωνική μάλιστα του συνόλου της ανδρικής και γυναικείας υπογονιμότητας αντιμετωπίστηκε σε ποσοστά άνω του 90%.

Παράλληλα, η συγκεκριμένη τεχνολογία εφαρμόστηκε με επιτυχία και σε περιπτώσεις που δεν αφορούσαν στη γονιμότητα όπως η προεμφυτευτική διάγνωση μεταδιδόμενων κληρονομικά σοβαρών νοσημάτων (μεσογειακή αναιμία, κυστική ίνωση κ.ά.).

Επίσης, η κατάψυξη ωαρίων και σπέρματος πριν τη θεραπεία για κακοήγη νοσήματα επέτρεψε τη διατήρηση της γονιμότητας σε ασθενείς αναπαραγωγικής ηλικίας.

Σήμερα η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μια απλή, τεκμηριωμένη και απολύτως ασφαλής ιατρική διαδικασία ρουτίνας, σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου. Η διάρκειά της μειώθηκε από 4 σε 2 εβδομάδες και είναι πολύ φιλική για την ασθενή αφού εντάσσεται στην καθημερινότητά της.

Τα ποσοστά επιτυχίας έχουν εκτοξευτεί άνω του 50% με την πρώτη προσπάθεια και άνω του 75% με την ολοκλήρωση τριών εμβρυομεταφορών. Τα τελευταία είκοσι χρόνια συντελέστηκε μια εκπληκτική πρόοδος που αφορούσε κυρίως στο Εμβρυολογικό Εργαστήριο.

Κατανοήσαμε καλύτερα τις ανάγκες σε θεραπευτικές ουσίες και φιλικό περιβάλλον του εξελισσόμενου εμβρύου μέχρι την πέμπτη ημέρα της ζωής του (βλαστοκύστη) όταν εμφυτεύεται στη μήτρα.



**Μηνάς Μαστρομηνάς**  
Γυναικολόγος Ανθρώπινης Αναπαραγωγής  
Πρόεδρος ΔΣ  
ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις





Το φιλικό και μη τοξικό περιβάλλον στο εργαστήριο εγγυάται ένας σύγχρονος μηχανισμός φιλτραρίσματος του εισερχόμενου αέρα σταθερής θερμοκρασίας, που απαλλάσσει τον αέρα από αιωρούμενα μικροσωματίδια και διάφορα τοξικά αέρια για το έμβρυο.

Στην ίδια κατεύθυνση, η νέα γενιά προηγμένων καλλιεργητικών υλικών και επωαστών βελτιστοποιεί την απρόσκοπτη πρώιμη εμβρυική ανάπτυξη. Οι σύγχρονοι επωαστές διατηρούν απόλυτα σταθερές και ακριβείς συνθήκες θερμοκρασίας και pH και παράλληλα είναι εφοδιασμένοι με κάμερα παρακολούθησης (time lapse) της εμβρυϊκής πορείας και εξέλιξης που πληροφορεί για τη βιωσιμότητα και δυναμική εκάστου εμβρύου. Οι πληροφορίες αυτές αξιοποιούνται ψηφιακά και ένα σύστημα τεχνητής νοημοσύνης βοηθά τους εμβρυολόγους στην επιλογή των εμβρύων με τη μεγαλύτερη δυνατότητα εμφύτευσης.

Όμως, όλες αυτές οι εντυπωσιακές διαδικασίες πρέπει να πραγματοποιούνται σε ένα ασφαλές περιβάλλον απαλλαγμένο από την πιθανότητα λάθους.

Η επιβεβαίωση (μαρτυρία) των στοιχείων των ασθενών, των γαμετών τους και των εμβρύων τους (witnessing) γίνεται σήμερα σε όλη την εξέλιξη του προγράμματος της εξωσωματικής γονιμοποίησης ψηφιακά και ηλεκτρονικά. Αυτό προσφέρει ασφάλεια και δυνατότητα εξαγωγής πληροφοριών για κάθε φάση της προσπάθειας.

Στη χώρα μας έχουμε την τύχη να έχουμε πρωτοπόρους επιστήμονες του κλάδου και το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη.

Στη χώρα μας γεννιούνται κάθε χρόνο 4.000 παιδιά από τις περίπου 12.000 προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Περίπου ένα στα έξι ζευγάρια αναπαραγωγικής ηλικίας θα χρειαστεί να καταφύγει στη συνδρομή της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η επιλογή του κέντρου εξωσωματικής από τους ασθενείς είναι κομβικής σημασίας για την επιτυχή κατάληξη της προσπάθειας.

Τα σύγχρονα και επιτυχή κέντρα εξωσωματικής είναι πλήρως εξοπλισμένα με ψηφιακό εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας, απόλυτα εκπαιδευμένους και εξειδικευμένους επιστήμονες και φυσικά, παρέχεται όλο το φάσμα της διάγνωσης αλλά και της θεραπείας της ανδρικής και γυναικείας υπογονιμότητας.

Εάν θέλαμε να περιγράψουμε με τρεις λέξεις την εξωσωματική γονιμοποίηση στον 21ο αιώνα, αυτές θα ήταν Αποτελεσματικότητα, Ασφάλεια, Απλότητα.

Και όλα αυτά μέσα σε ένα ανθρώπινο και φιλικό περιβάλλον που αγκαλιάζει με θέρμη, ενδιαιφύρον και εξατομίκευση τις ανάγκες του κάθε ζευγαριού.



# ΤΟ ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

**Τ**ο εμβρυολογικό εργαστήριο αποτελεί την καρδιά κάθε Μονάδας Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και συντελεί καθοριστικά στα ποσοστά επιτυχίας κύησης. Στο Εμβρυολογικό εργαστήριο πραγματοποιούνται όλες οι κρίσιμες διαδικασίες όπως μεταξύ άλλων η συλλογή των ωαρίων, η ένωσή τους με τα σπερματοζώαρια προς γονιμοποίηση, η καλλιέργεια των εμβρύων, κατάψυξη και απόψυξη γαμετών και εμβρύων, μικρογονιμοποίηση και βιοψία εμβρύων για προεμφυτευτικό έλεγχο.

Δύο είναι οι κύριοι παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία του εμβρυολογικού εργαστηρίου: η στελέχωσή του από άρτια εκπαιδευμένους εμβρυολόγους και ο σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός.

Τα τελευταία χρόνια στο χώρο της εξωσωματικής γονιμοποίησης έχουν προστεθεί αρκετές τεχνολογικές εφαρμογές, οι οποίες αποσκοπούν στην αύξηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, στην αυτοματοποίηση των διαδικασιών, στη βελτιστοποίηση των συνθηκών του εμβρυολογικού εργαστηρίου και κατ' επέκταση, στην αύξηση της πιθανότητας εγκυμοσύνης. Ενδεικτικά, οι τεχνολογίες αιχμής που φέρνουν το εμβρυολογικό εργαστήριο της Μονάδας ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις στη νέα εποχή είναι:

- **Τεχνολογία time-lapse**

Τα συστήματα time-lapse αποτελούνται από εξειδικευμένους επωαστές εντός των οποίων ενσωματώνονται ειδικές ψηφιακές κάμερες μικροσκοπίας. Τα έμβρυα φωτογραφίζονται κάθε 5-10 λεπτά και οι φω-

τογραφίες αυτές συντίθενται σε βίντεο με τη χρήση ειδικού λογισμικού. Με αυτό τον τρόπο, έχουμε πλέον στη διάθεσή μας πληροφορίες για τη συνεχή ανάπτυξη των εμβρύων σε ολόκληρο το διάστημα της παραμονής τους στο εργαστήριο. Και όλα αυτά χωρίς να χρειαστεί να απομακρυνθούν από τον επωαστή ούτε στιγμή. Τα έμβρυα παραμένουν συνεχώς εντός του βέλτιστου περιβάλλοντος του επωαστή, αποφεύγοντας έτσι την ανεπιθύμητη έκθεσή τους σε μη ιδανικές εξωτερικές συνθήκες.

Η real-time βιντεοσκόπηση των εμβρύων καθώς αναπτύσσονται στο εργαστήριο, σε συνδυασμό με τα εξελιγμένα λογισμικά και τον μεγάλο όγκο δεδομένων που προκύπτουν από τα συστήματα time-lapse, ανοίγει ένα νέο ορίζοντα δυνατοτήτων. Ο συνδυασμός time-lapse με έξυπνα συστήματα τεχνητής νοημοσύνης (artificial intelligence, AI), τα οποία χρησιμοποιήσαμε στο εμβρυολογικό εργαστήριο της Μονάδας IVF Μητέρα πρώτοι στην Ελλάδα, προβλέπουν με μεγάλη ακρίβεια ποια έμβρυα θα οδηγήσουν σε επιτυχή κύηση και αναμένεται να αυξήσουν ακόμα περισσότερο τα ποσοστά επιτυχίας, φέρνοντας το εμβρυολογικό εργαστήριο στη νέα εποχή της αυτοματοποίησης. Επίσης, το time-lapse είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο έρευνας που προσφέρει νέες πληροφορίες για κυτταρικές διαδικασίες των εμβρύων, οι οποίες μέχρι πρότινος ήταν άγνωστες στους επιστήμονες της αναπαραγωγής.

Εξάλλου, στο νέο εργαστήριο της Μονάδας ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις επενδύουμε στην τοποθέτηση πολλαπλών συστημάτων time-lapse, αποσκοπώντας στη διενέργεια σχεδόν του συνόλου των περιστατικών εντός των επωαστών αυτών.

#### • Σύστημα εξαερισμού Life Aire IVF

Η καθαρότητα του αέρα του εμβρυολογικού εργαστηρίου είναι κρίσιμης σημασίας για τη βέλτιστη ανάπτυξη των εμβρύων κατά την καλλιέργειά τους. Είναι απαραίτητο το περιβάλλον του εργαστηρίου να είναι απαλλαγμένο από βλαβερούς μικροοργανισμούς, πτητικές ουσίες και μικροσωματίδια.

Στο εμβρυολογικό εργαστήριο της νέας Μονάδας εγκαταστάθηκε πρόσφατα το πρώτο στην Ευρώπη και ένα από τα ελάχιστα παγκοσμίως, υπερσύγχρονο σύστημα καθαρισμού αέρα Life Aire IVF, το οποίο εξουδετερώνει έως και το 99,99% μολυσματικών ουσιών και κλινικά αποδεδειγμένα βελτιώνει έως και 14,9% τα ποσοστά επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Συγκεκριμένα, τα προηγμένα φίλτρα του συστήματος LifeAire IVF καταστρέφουν τα εμβρυοτοξικά αερομεταφερόμενα παθογόνα μικρόβια

και παγιδεύουν έως και το 99,99% των βιολογικών και περιβαλλοντικών χημικών ρύπων, καθώς και τους ιούς, συμπεριλαμβανομένων των κορωνοϊών, εξασφαλίζοντας απόλυτη καθαρότητα και ασφάλεια στο περιβάλλον του εμβρυολογικού εργαστηρίου όπου αναπτύσσονται τα έμβρυα. Πρόκειται για το πρώτο σύστημα στην Ευρώπη και ένα από τα ελάχιστα αυτή τη στιγμή στον κόσμο.

#### • Σύστημα ιχνηλάτησης και ταυτοποίησης RI Witness

Η αποτελεσματική ιχνηλάτηση και ταυτοποίηση των ωαρίων, σπερματοζωαρίων και εμβρύων με τους αντίστοιχους μοναδικούς ασθενείς σε όλα τα στάδια της διαδικασίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι απαραίτητη προϋπόθεση, πλέον και νομικά. Το ηλεκτρονικό σύστημα RI Witness με χρήση τεχνολογίας RFID διασφαλίζει την ορθότητα των διαδικασιών βήμα προς βήμα και εξασφαλίζει την απόλυτη ασφάλεια, διαφάνεια και προπαντός την εμπιστοσύνη των ασθενών μας.

#### • Σύστημα παρακολούθησης των συνθηκών του εργαστηρίου Log and guard

Η σταθερότητα των συνθηκών του εμβρυολογικού εργαστηρίου επιτυγχάνεται με τη συνεχή real time καταγραφή όλων των κρίσιμων παραμέτρων μέσω του συστήματος παρακολούθησης «Log and Guard». Με αυτό το σύστημα έχουμε συνεχή 24/7 καταγραφή όλων των κρίσιμων εργαστηριακών συνθηκών (θερμοκρασία επωαστικών κλιβάνων, ψυγείων, χώρων, pH καλλιεργητικών υγρών, επίπεδα αερίων CO2 και N2 εντός των επωαστικών κλιβάνων, επίπεδα υγρού αζώτου των δοχείων φύλαξης γεννητικού υλικού στην τράπεζα κρυοσυντήρησης).



**Ιωάννης Σφοντούρης**  
Εμβρυολόγος  
Διευθυντής Εμβρυολογικού  
Εργαστηρίου Μονάδας ΥΓΕΙΑ  
IVF Εμβρυογένεσις

# ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΜΒΡΥΩΝ ΜΕ ΠΡΟΕΜΦΥΤΕΥΤΙΚΟ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ



**Ο** άνθρωπος φέρει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων (22 αυτοσωμικά και 2 φυλετικά χρωμοσώματα που καθορίζουν το φύλο). Ένα έμβρυο κρίνεται φυσιολογικό όταν φέρει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων, ενώ οποιαδήποτε αριθμητικού τύπου χρωμοσωμική ανωμαλία καλείται ανευπλοειδία. Οι ανευπλοειδίες ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό αποβολών Α΄ τριμήνου.

#### **Πώς προκύπτουν οι ανευπλοειδίες;**

Οι ανευπλοειδίες προκύπτουν είτε από τη γονιμοποίηση μη φυσιολογικού ωαρίου ή σπερματοζωαρίου είτε από σφάλμα στο μηχανισμό διαχωρισμού χρωμοσωμάτων κατά την κυτταρική διαίρεση στη διάρκεια της ανάπτυξης των εμβρύων.

#### **Τι άλλο μπορεί να προκαλέσει τη δημιουργία ενός παθολογικού εμβρύου;**

Ένας άλλος λόγος δημιουργίας παθολογικών εμβρύων είναι οι ισοζυγισμένες χρωμοσωμικές αναδιατάξεις (ισοζυγισμένες μεταθέσεις, αναστροφές) στον καρυότυπο του ενός ή και των δύο υποψήφιων γονέων. Οι χρωμοσωμικές αναδιατάξεις στον καρυότυπο των εμβρύων αυξάνουν το ποσοστό των μη φυσιολογικών εμβρύων και τις περισσότερες φορές προκαλούν αποβολή ή κύηση με χρωμοσωμική ανωμαλία.

#### **Πώς μπορεί να βοηθήσει η προεμφυτευτική γενετική εξέταση χρωμοσωμικών και δομικών χρωμοσωμικών ανωμαλιών;**

Η προεμφυτευτική γενετική εξέταση χρωμοσωμικών ανωμαλιών προτείνεται σε ζευγάρια που υποβάλλονται σε κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης και έχει ως στόχο την ανάλυση όλου του γονιδιώματος για ανωμαλίες χρωμοσωμάτων (αριθμητικές και δομικές) στα έμβρυα με σκοπό την αποφυγή μεταφοράς παθολογικού εμβρύου. Η εξέταση διεξάγεται την πέμπτη ημέρα της εμβρυϊκής τους ανάπτυξης in vitro (στάδιο βλαστοκύστης). Σε αυτό το στάδιο πραγματοποιείται η βιοψία, δηλαδή η απόσπαση 5 με 8 κυττάρων από ένα τμήμα του εμβρύου που διαδραματίζει ρόλο μόνο στη δημιουργία του πλακούντα (τροφωεξώδερμα). Το βιοπτικό υλικό αναλύεται από το τμήμα γενετικής με τη μέθοδο NGS (αλληλούχιση νέας γενιάς). Το μειονέκτημα της εξέτασης είναι ότι δεν μπορεί να ελέγξει όλα τα έμβρυα παρά μόνο αυτά που φτάνουν στο στάδιο της βλαστοκύστης και έχουν μια καλή μορφολογία.

#### **Πότε πραγματοποιείται η εμβρυομεταφορά;**

Κατόπιν της ολοκλήρωσης της διαδικασίας της βιοψίας, τα έμβρυα καταψύχονται έτσι ώστε να δοθεί στο εργαστήριο χρόνος να ολοκληρώσει τη γενετική ανάλυση. Οι διαδικασίες της βιοψίας και της κατάψυξης αποτελούν διαδικασίες ρουτίνας στο εργαστήριό μας με εξαιρετικά ποσοστά επιβίωσης. Μετά το πέρας της εξέτασης, τα έμβρυα που θα κρι-

θούν φυσιολογικά μεταφέρονται σε έναν επόμενο κύκλο, όπου το ενδομήτριο θα έχει προετοιμαστεί κατάλληλα για να το υποδεχτεί.

#### **Τι είναι η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση;**

Η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση ή Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD) εφαρμόζεται στα έμβρυα ζευγαριών με προδιάθεση στη γέννηση παιδιού με κάποιο κληρονομικό νόσημα όπως για παράδειγμα η μεσογειακή αναιμία και η κυστική ίνωση. Σε αυτή την περίπτωση, το ζευγάρι δεν έχει πρόβλημα γονιμότητας αλλά υποβάλλεται σε συμβατικό κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης προκειμένου να ελεγχθούν γενετικά τα έμβρυά του και να γίνει η μεταφορά μόνο των υγιών στη μήτρα της υποψήφιας μητέρας. Κύριος στόχος της προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης είναι η απόκτηση υγιούς τέκνου και η αποφυγή τερματισμού παθολογικών κυήσεων που μπορεί να προκύπτουν από φυσικές συλλήψεις λόγω ιστορικού κληρονομικών νοσημάτων.

#### **Ποιες είναι οι τελευταίες εξελίξεις;**

Ο συνδυασμός της χρήσης της τεχνολογίας του εμβρυοσκοπίου (μικροσκόπιο υψηλής τεχνολογίας που καθιστά δυνατή την παρακολούθηση, καταγραφή και βιντεοσκόπηση της ανάπτυξης των εμβρύων) και της τεχνητής νοημοσύνης, καθώς και η ανάλυση γενετικού υλικού του εμβρύου με μη επεμβατική διαδικασία (ανάλυση του DNA του εμβρύου που βρίσκεται στο καλλιεργητικό υλικό) αποτελούν το μέλλον.

Έχοντας 35 χρόνια εμπειρίας στον τομέα της γενετικής και της εμβρυολογίας, ήταν τιμή μου να πρωτοστατώ σε πολλές πρωτοποριακές τεχνικές στην Ελλάδα αλλά και παγκοσμίως. Συγκινημένος και ενθουσιασμένος, συμμετέχω στις νέες εξελίξεις πάντα με πρώτη σκέψη να βοηθήσω όσο πιο πολλά ζευγάρια μπορώ να επιτύχουν το μεγάλο όνειρο: την απόκτηση ενός παιδιού.



**Stephen Davies**

Εμβρυολόγος  
Διευθυντής Εμβρυολογικού  
Εργαστηρίου Μονάδας  
ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις

# ΒΕΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

## ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ





**Ο** όρος «Εξωσωματική Γονιμοποίηση» (IVF, in vitro fertilization) αναφέρεται στη γονιμοποίηση του ωαρίου έξω από το σώμα της γυναίκας. Με την IVF, που αποτελεί την πιο γνωστή μέθοδο ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, μπορούν να προκύψουν έμβρυα από το γενετικό υλικό δύο συντρόφων αλλά και από ωάρια ή σπερματοζωάρια δοτών. Επίσης, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ωάρια αμέσως μετά την ωοληψία αλλά και κρυοσυντηρημένα ωάρια, σπερματοζωάρια ή και έμβρυα.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση διακρίνεται σε τέσσερα βασικά στάδια. Βασική προϋπόθεση για την έναρξη των διαδικασιών είναι η λεπτομερής εξέταση του ιστορικού του ζευγαριού και η συμβουλευτική για την επιλογή της κατάλληλης εξατομικευμένης προσέγγισης.

**Ωοθηκική διέγερση:** Πραγματοποιείται για την παραγωγή και ωρίμανση πολλαπλών ωοθυλακίων.

- **Φυσικός κύκλος:** Σε αρκετές περιπτώσεις συνιστάται η IVF σε φυσικό κύκλο, χωρίς πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας. Στον φυσικό κύκλο η ωοθήκη παράγει και ωριμάζει ένα συνήθως ωοθυλάκιο. Με τακτικά υπερηχογραφήματα και ορμονικό έλεγχο, παρακολουθείται η πρόοδος ανάπτυξης του μοναδικού ωοθυλακίου καθώς και το ενδομήτριο, χωρίς να χορηγηθούν φάρμακα για τη διέγερση των ωοθηκών. Μόλις διαπιστωθεί ότι το ωοθυλάκιο έχει φτάσει στο κατάλληλο μέγεθος και προσδιοριστούν τα επίπεδα των ορμονών (οιστραδιόλη και ωχρινότροπος ορμόνη), χορηγείται μία και μόνο δόση ορμόνης που βοηθά στην ωρίμανση του ωαρίου.

- **Τροποποιημένος φυσικός κύκλος:** Από τη 2η έως την 6η ημέρα του κύκλου λαμβάνεται αγωγή με δικία κιτρικής κλομιφαίνης ή λετροζόλης προκειμένου να παραχθούν περισσότερα του ενός ωάρια.

- **Ελεγχόμενη ωοθηκική διέγερση:** Προκειμένου να αυξηθούν οι πιθανότητες επιτυχίας της εξωσωματικής χρειάζονται περισσότερα του ενός ωάρια. Για αυτό το λόγο, χορηγούνται ενέσιμα φάρμακα που βοηθούν στην ωρίμανση των ωοθυλακίων (πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας). Σε τακτικές επισκέψεις γίνεται μέτρηση των ορμονών και εκτίμηση του πάχους του ενδομητρίου, καθώς επίσης και του αριθμού και της διαμέτρου των ωοθυλακίων που αναπτύσσονται στις ωοθήκες. Η διέγερση των ωοθηκών διαρκεί περίπου 9 με 12 ημέρες.

**Ωοληψία:** Μετά το τέλος της διέγερσης και εφόσον το κρίνει ο θεράπων ιατρός, ακολουθεί μια ένεση χοριακής γοναδοτροπίνης, η οποία βοηθάει τα ωοθυλάκια να ωριμάσουν. Μετά από 36 έως 38 ώρες ακολουθεί η ωοληψία. Η διαδικασία πραγματοποιείται υπό την επήρεια ελαφριάς αναισθησίας (μέθης).  
**Γονιμοποίηση:** Τα ωάρια που λαμβάνονται γονιμοποιούνται στο εργαστήριο. Την επόμενη ημέρα της ωοληψίας γνωρίζουμε τον αριθμό των ωαρίων που γονιμοποιήθηκαν και προσδιορίζεται η ακριβής ημέρα και ώρα της εμβρυομεταφοράς. Η διαδικασία που θα ακολουθηθεί καθορίζεται από τον τύπο και την ποιότητα των σπερματοζωαρίων.

- Εάν μετά την προετοιμασία του σπέρματος οι παράμετροί του (συγκέντρωση, μορφολογία, κινητικότητα) βρίσκονται σε φυσιολογικά επίπεδα, λίγες ώρες μετά την ωοληψία ο εμβρυολόγος τοποθετεί σε ειδικό θρεπτικό καλλιεργητικό υλικό τα ωάρια και συγκεκριμένο αριθμό ενεργοποιημένων σπερματοζωαρίων.

Τα σπερματοζωάρια, χωρίς άλλη παρέμβαση, έρχονται σε επαφή με το ωάριο κι ένα από αυτά διεισδύει μέσα του και το γονιμοποιεί, με αποτέλεσμα να ξεκινά η δημιουργία και η ανάπτυξη του εμβρύου. Ο έλεγχος της γονιμοποίησης γίνεται 16-20 ώρες μετά.

Αν διαπιστωθούν προβλήματα γονιμότητας που σχετίζονται με την ποιότητα του σπέρματος όπως χαμηλή περιεκτικότητα/κινητικότητα σπερματοζωαρίων, χαμηλή ποιότητα σπέρματος ή αζωοσπερμία, δίνει λύση η μέθοδος της Μικρογονιμοποίησης (ICSI, IntraCytoplasmic Sperm Injection). Στην ICSI πραγματοποιείται έγχυση του σπερματοζωαρίου στο ωάριο διαμέσου πολύ λεπτής βελόνης.

**Εμβρυομεταφορά:** Αποτελεί το τελευταίο στάδιο. Μπορεί να πραγματοποιηθεί 2-6 ημέρες μετά την ωοληψία. Ο αριθμός των μεταφερόμενων εμβρύων αποφασίζεται από τον γιατρό και τους εμβρυολόγους ύστερα από συζήτηση με το ζευγάρι και βάσει της νομοθεσίας. Πρόκειται για απλή και ανώδυνη διαδικασία, η οποία πραγματοποιείται με χρήση ειδικών καθετήρων και υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση. Η γυναίκα για τις επόμενες 4 ημέρες συνιστάται να απέχει από οποιαδήποτε έντονη σωματική δραστηριότητα. 10-14 ημέρες μετά την εμβρυομεταφορά πραγματοποιείται μέτρηση β-χοριακής γοναδοτροπίνης για τη διάγνωση της εγκυμοσύνης.

Εάν έχουν προκύψει καλής ποιότητας έμβρυα που δεν έχουν μεταφερθεί στη μήτρα, μπορούν να καταψυχθούν και να επαναχρησιμοποιηθούν σε πιθανό επόμενο κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης.



**Βασίλειος Δ. Κελλάρης**  
Μαιευτήρας-Γυναικολόγος Αναπαραγωγής  
Επιστημονικός Συνεργάτης Μονάδας  
ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις

# ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΕΙΝΑΙ ΕΦΙΚΤΗ;



**Υ**πολογίζεται ότι πάνω από 5.000 Ελληνίδες κάθε χρόνο προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού με προσδόκιμο επιβίωσης πάνω από 80%. Σε ένα ποσοστό γύρω στο 20% βρίσκονται ακόμη σε αναπαραγωγική ηλικία και στην πλειοψηφία τους δεν έχουν ολοκληρώσει ακόμη τον οικογενειακό τους προγραμματισμό. Η ωθητική ανεπάρκεια που προκαλείται από τη χημειοθεραπεία επηρεάζει αρνητικά τη γονιμότητα. Ευτυχώς, σήμερα υπάρχουν εξειδικευμένες θεραπείες που επιτρέπουν στις νέες γυναίκες με καρκίνο μαστού να διατηρήσουν τη γονιμότητά τους στο μέλλον.

### **Κατάψυξη ωαρίων και εμβρύων**

Η κατάψυξη ωαρίων με τη μέθοδο υαλοποίησης υπόσχεται ακόμη μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης που φτάνουν το 90% ανά ωοληψία. Τόσο η ποιότητα των ωαρίων όσο και οι τοκετοί δεν συνδέονται με αυξημένα ποσοστά ανωμαλιών. Στην περίπτωση που η ασθενής είναι παντρεμένη ή βρίσκεται σε σχέση τη στιγμή της διάγνωσης, υπάρχει η δυνατότητα κατάψυξης εμβρύων, με πιθανότητα επιτυχίας που αγγίζει ή ξεπερνά το 50%, ειδικά αν η ασθενής έχει ηλικία μικρότερη από 35 έτη τη στιγμή της ωοληψίας.

### **Προετοιμασία για τη λήψη ωαρίων**

Η λήψη ορμονών με ταυτόχρονη λήψη αναστολέων αρωματάσης εξασφαλίζει χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων κατά τη διάρκεια της διέγερσης, ειδικά σε καρκίνο μαστού με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς. Αυτή η τεχνική θεωρείται η πλέον ασφαλής. Η ορμονική διέγερση διαρκεί 10-12 μέρες και μπορεί να αρχίσει ακόμη και στην ωχρινική φάση, εφαρμόζοντας το λεγόμενο random start πρωτόκολλο. Το βραχύ διάστημα διέγερσης δεν επιτρέπει καμία επιτάχυνση της ανάπτυξης του όγκου, ενώ γυναίκες που έμειναν έγκυες μετά από καρκίνο του μαστού δεν εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής, κάτι που περιγράφεται ως healthy mother effect.

### **Πότε προγραμματίζεται η κύηση;**

Η παρέλευση δύο ετών μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας θεωρείται αποδεκτό χρονικό διάστημα σε περίπτωση όγκων μαστού με αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς, εφόσον συμφωνούν οι θεράποντες γιατροί. Αν ο όγκος είναι ορμονοεξαρτώμενος και η ορμονοθεραπεία διαρκεί τουλάχιστον πέντε με δέκα χρόνια, συζητείται η διακοπή της ορμονοθεραπείας μετά από δύο χρόνια εφόσον δεν υπάρχει υποτροπή, η επίτευξη κύησης μέσα στην επόμενη διετία και η συνέχιση της ορμονοθεραπείας μετά τον τοκετό και για όσο καιρό χρειαστεί.

### **Δωρεά ωαρίων**

Η λύση της δωρεάς ωαρίων επιλέγεται στην περίπτωση που η παραγωγή ωαρίων μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας δεν είναι δυνατή. Η επιλογή της δότριας γίνεται με πολύ αυστηρά κριτήρια με βάση το νομικό πλαίσιο. Τα ωάρια της δότριας γονιμοποιούνται από το

σπέρμα του συντρόφου της λήπτριας και τα έμβρυα που προκύπτουν τοποθετούνται στη μήτρα της λήπτριας, η οποία έχει ήδη λάβει φαρμακευτική αγωγή για την υποστήριξη της εμφύτευσης. Η εξέλιξη της κύησης είναι η ίδια με αυτή που προκύπτει από φυσιολογική σύλληψη ή μετά από συμβατική εξωσωματική γονιμοποίηση.

### **Παρένθετη μητρότητα**

Στην περίπτωση που η κύηση στο σώμα της γυναίκας με καρκίνο μαστού αντενδείκνυται, χρησιμοποιείται μια άλλη γυναίκα (παρένθετη μητέρα), στη μήτρα της οποίας μεταφέρεται το έμβρυο που έχει προκύψει από την εξωσωματική γονιμοποίηση των ωαρίων της βιολογικής μητέρας ή ακόμη και δανεικών ωαρίων με το σπέρμα του συντρόφου της. Αφού μεσολάβήσει έγκριση της διαδικασίας από το δικαστήριο, ο γυναικολόγος έχει το δικαίωμα να προχωρήσει στην εμβρυομεταφορά. Με βάση το νόμο, η ηλικία της παρένθετης μητέρας ορίζεται μεταξύ 25 και 45 ετών, ενώ η ίδια θα πρέπει να έχει αποκτήσει τουλάχιστον ένα παιδί και να μην έχει περισσότερες από δύο καισαρικές τομές στο ιστορικό της.

### **Επίλογος**

Η συνεχής εξέλιξη στο χώρο της Ογκολογίας, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο και η μετάθεση του οικογενειακού προγραμματισμού σε μεγαλύτερη ηλικία επιβάλλει τη λήψη μέτρων διατήρησης γονιμότητας για αυτή την κατηγορία των ασθενών. Η κύηση σε γυναίκες με ιστορικό καρκίνου μαστού είναι εφικτή, εφόσον η υγεία και η πρόγνωση της ασθενούς το επιτρέπουν. Η εξωσωματική γονιμοποίηση με κατάψυξη ωαρίων ή εμβρύων πριν τη χημειοθεραπεία είναι ασφαλής, ενώ η δωρεά ωαρίων και η παρένθετη μητρότητα αποτελούν λύση όταν η παραγωγή ωαρίων ή η κυοφορία δεν είναι εφικτές ή αντενδείκνυται. Αυτές οι μέθοδοι πρέπει να εφαρμόζονται μόνο σε κέντρα που συνεργάζονται με ογκολογικές κλινικές και διαθέτουν την ανάλογη τεχνογνωσία όπως η νέα Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις.



**Ιωάννης Ζερβομανωλάκης**  
Μαιευτήρας-Χειρουργός Γυναικολόγος  
Διευθύνων Σύμβουλος Μονάδας  
ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις

## ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΜΕ ΛΙΓΑ Ή ΚΑΘΟΛΟΥ ΦΑΡΜΑΚΑ - MINI IVF

**Ο**ι σύγχρονες συνθήκες, τόσο σε κοινωνικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο, έχουν οδηγήσει τις γυναίκες να καθυστερούν την τεκνοποίηση μέχρι να ολοκληρώσουν την καριέρα τους ή μέχρι να βρουν την εργασία που επιθυμούν και να είναι οικονομικά ανεξάρτητες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αυξάνεται ο αριθμός των γυναικών που είναι άνω της ηλικίας των 40 ετών και επιθυμούν να κάνουν παιδί.

Με τα χρόνια το ωθητικό δυναμικό της γυναίκας μειώνεται και η δυνατότητα να παράγουν πολλά και καλά ωάρια που θα είναι εύκολο να χρησιμοποιηθούν στην εξωσωματική γονιμοποίηση μειώνεται και αυτή.

Όταν, λοιπόν, προσπαθούμε να πετύχουμε εγκυμοσύνη με εξωσωματική γονιμοποίηση σε γυναίκες άνω των 40-41 ετών ή ακόμα και σε γυναίκες μικρότερης ηλικίας που έχουν πτωχή απάντηση στα φάρμακα που χορηγούμε, τότε βρισκόμαστε μπροστά σε μια δύσκολη κατάσταση. Δηλαδή είτε χορηγήσουμε μεγάλες ποσότητες φαρμάκων είτε χορηγήσουμε πολύ μικρές, το αποτέλεσμα είναι το ίδιο: καταλήγουμε να έχουμε με λίγα ωάρια (κάτω από 7) και 1-2 έμβρυα, πράγμα που είναι και ο ορισμός της πτωχής απάντησης των ωοθηκών.

Έτσι, έχουμε καταλήξει στον τροποποιημένο φυσικό κύκλο, όπου χορηγούμε πολύ μικρή ποσότητα φαρμάκων (γοναδοτροπινών) με αποτέλεσμα να έχουμε τη σιγουριά ότι θα πάρουμε 1-2 ωάρια από τα ωοθυλάκια της γυναίκας χωρίς να κινδυνεύουμε να έχουμε ερρηγμένα ωοθυλάκια ή ωοθυλάκια χωρίς ωάρια όπως συμβαίνει στον φυσικό κύκλο. Αυτή είναι μια παραλλαγή του φυσικού κύκλου.

### Θεραπεία: Mini IVF

Γίνεται, λοιπόν, μια θεραπεία Mini IVF όπου τα ωάρια που ανευρίσκονται, γονιμοποιούνται κάθε φορά με το σπέρμα του συντρόφου και τα έμβρυα που δημιουργούνται, καταψύχονται στο στάδιο της βλαστοκύστης. Όταν συγκεντρωθούν 2 με 4 έμβρυα πολύ καλής ποιότητας, αποψύχονται και γίνεται μόνο μία εμβρυομεταφορά με όλα τα έμβρυα μαζί. Τα αποτελέσματα αυτής της μεθόδου φθάνουν το 40% ανά εμβρυομεταφορά σε γυναίκες 40-41 ετών, ποσοστό εξαιρετικό ειδικά για γυναίκες με ελάχιστη παραγωγή ωαρίων ή/και προχωρημένης αναπαραγωγικής ηλικίας.

Πρέπει, όμως, να τονίσουμε ότι μπορεί να χρειαστούν αρκετοί κύκλοι (1-3) για να συλλέξουμε τελικά 3 έμβρυα καλής ποιότητας. Η οικονομική επιβάρυνση, όμως, είναι σημαντικά μικρότερη γιατί η χρέωση είναι σχεδόν ίδια με τον φυσικό κύκλο και επιπλέον γίνεται μόνο μία εμβρυομεταφορά.



Παράλληλα, είναι σημαντικά μικρότερο και το ψυχολογικό κόστος γιατί το ζευγάρι δεν ταλαιπωρείται με συνεχόμενα αρνητικά αποτελέσματα μετά από εμβρυομεταφορές ενός εμβρύου κάθε φορά. Σκοπός μας δηλαδή είναι η επίτευξη της βέλτιστης διέγερσης ανά έμβρυο που δημιουργούμε, ένας στόχος προς τον οποίο όλοι αγωνιζόμαστε και πρόθεση της ιατρικής είναι πάντα να επιτυγχάνονται τα καλύτερα αποτελέσματα.

Ο τροποποιημένος φυσικός κύκλος (mini IVF) χρησιμοποιεί χαμηλότερες δόσεις φαρμάκων για να επιτευχθεί η μεταφορά των εμβρύων. Αυτή η προσπάθεια έχει μεγαλύτερη επιτυχία από τον φυσικό κύκλο και πολλαπλά οφέλη:

- σχεδόν μηδενικό ποσοστό πολλαπλής κύησης,
- μηδενικό κίνδυνο του συνδρόμου υπερδιέγερσης των ωοθηκών,
- χαμηλό κόστος ανά κύκλο,
- αποτελεί μια πιο χρονοβόρα θεραπεία, αλλά



λιγότερο απαιτητική σωματικά και συναισθηματικά για το ζευγάρι.

#### **Ποιες γυναίκες είναι υποψήφιες;**

Ο φυσικός κύκλος επιλέγεται από τις γυναίκες:

- όταν δεν παράγουν ωάρια με τη διεγερση των ωοθηκών (πτωχές απαντήτριες),
- σε σπάνιες περιπτώσεις όπου δεν επιτρέπεται να πάρουν γοναδοτροπίνες για ιατρικούς λόγους,
- όταν επιλέγουν για προσωπικούς λόγους να μην πάρουν φάρμακα και να μην παραχθούν πολλά ωάρια.

Το συμπέρασμα είναι ότι ο τροποποιημένος φυσικός κύκλος εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι μια χαμηλού κινδύνου και φιλική προς την ασθενή διαδικασία, η οποία πρέπει να γίνεται σε επιλεγμένες περιπτώσεις πτωχής ανταπόκρισης, δηλαδή σε γυναίκες με προχωρημένη αναπαραγωγική ηλικία ή στα πρόθυρα της πρόωρης εμμηνόπαυσης, οι οποίες συνήθως δεν έχουν εναλλακτική λύση.



**Χάρης Χ. Χηνιάδης**  
Γυναικολόγος Αναπαραγωγής  
Επιστημονικός Συνεργάτης Μονάδας  
ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις

# ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΩΑΡΙΩΝ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΕΠΙΛΟΓΗ Ή ΔΙΚΑΙΩΜΑ;



**Ο**ι στατιστικές για τις γεννήσεις με βάση τον πληθυσμό καταδεικνύουν συνεχή αύξηση του αριθμού των γυναικών που επιλέγουν να επιβραδύνουν τις αναπαραγωγικές διαδικασίες σε μεγαλύτερη ηλικία. Η συχνότητα της υπογονιμότητας αυξάνεται σημαντικά μετά την ηλικία των 35 ετών και από την ηλικία των 45 ετών το 99% των γυναικών δεν μπορούν να μείνουν έγκυες.

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερες γυναίκες ηλικίας 30-40 ετών αναζητούν διαδικασίες διατήρησης της γονιμότητας με κρυοσυντήρηση ωαρίων για κοινωνικούς λόγους.

#### **Υπογονιμότητα και ηλικία της γυναίκας**

Με την πάροδο του χρόνου μειώνεται τόσο ο αριθμός των ωαρίων όσο και η ποιότητά τους και τελικά φθάνει ένα κρίσιμο όριο κάτω από το οποίο

η εγκυμοσύνη δεν είναι πλέον δυνατή. Η μείωση της ποιότητας των ωαρίων έχει ως αποτέλεσμα να προκύπτουν χρωμοσωμικές ανωμαλίες στα έμβρυα που προκύπτουν και συνεπώς, υψηλότερα ποσοστά αποβολής και χαμηλότερες πιθανότητες εγκυμοσύνης. Εκτιμάται ότι η συχνότητα των ωαρίων με παθολογικό αριθμό χρωμοσωμάτων πλησιάζει το 100% μετά την ηλικία των 45 ετών.

Η ικανότητα της μήτρας να φιλοξενήσει επιτυχώς μια εγκυμοσύνη διατηρείται παρά την αύξηση της ηλικίας της γυναίκας. Παρότι η εγκυμοσύνη σε γυναίκες προχωρημένης ηλικίας συνδέεται με αυξημένα ποσοστά επιπλοκών (π.χ. υπέρταση, διαβήτη κύησης), η πλειονότητα των κυήσεων σε γυναίκες προχωρημένης ηλικίας έχει εξαιρετική έκβαση.

### **Κρυοσυντήρηση ωαρίων**

Η επιτυχής κρυοσυντήρηση ωαρίων βελτιώθηκε θεαματικά την τελευταία δεκαετία και δεν θεωρείται πια πειραματική με αποτέλεσμα να είναι η επιλογή που μπορεί να οδηγήσει σε επιτυχή εγκυμοσύνη στο μέλλον με πολύ καλά ποσοστά επιτυχίας. Βιβλιογραφικά δεδομένα που συγκρίνουν τα αποτελέσματα μεταξύ των κρυοσυντηρημένων ωαρίων και εμβρύων δείχνουν παρόμοια ποσοστά γεννήσεων μεταξύ των ομάδων.

Η διαδικασία προετοιμασίας των ωοθηκών περιλαμβάνει τη διέγερσή τους με ενέσιμη θεραπεία γοναδοτροπινών προκειμένου να αναπτυχθούν πολλαπλά ωάρια και να γίνει ωοληψία υπό ελαφρά αναισθησία. Τα ώριμα ωάρια κρυοσυντηρούνται λίγο μετά την ανάκτησή τους.

### **Τι άλλαξε τα τελευταία χρόνια;**

#### **Υαλοποίηση (Vitrification)**

Παρότι η πρώτη εγκυμοσύνη από την κρυοσυντήρηση ωαρίων δημοσιεύθηκε το 1986, η τεχνική της υαλοποίησης (vitrification) έφερε επανάσταση στην κατάψυξη των ωαρίων. Η πρώτη γέννηση από υαλοποιημένα ανθρώπινα ωάρια αναφέρθηκε το 1999. Έκτοτε η τεχνική αυτή αντικατέστησε όλες τις προηγούμενες, μια και τα ποσοστά γονιμοποίησης, τα κλινικά ποσοστά εγκυμοσύνης ανά μεταφορά και το ποσοστό γεννήσεων ανά μεταφορά είναι συγκρίσιμα με εκείνα που επιτυγχάνονται χρησιμοποιώντας κατεψυγμένα και αποψυγμένα έμβρυα.

### **Συμβουλευτική**

Η συμβουλευτική σχετικά με την κρυοσυντήρηση των ωαρίων πρέπει να εστιάζει στις γυναίκες με ηλικίες έως 38 ετών ή και σε αρκετά νεότερες γυναίκες αν υπάρχει γυναικολογική πάθηση που οδηγεί σε μείωση του αποθέματος των ωαρίων όπως είναι η ενδομητρίωση.

Όσο μικρότερη είναι η γυναίκα τη στιγμή της κρυοσυντήρησης των ωαρίων τόσο μεγαλύτερη είναι η

πιθανότητα γεννήσεως υγιούς παιδιού στο μέλλον όταν χρησιμοποιήσει αυτά τα ωάρια. Όταν οι γυναίκες επιλέγουν την κρυοσυντήρηση ωαρίων σε μεγαλύτερη ηλικία, θα πρέπει να αναμένουν ότι θα έχουν μικρότερη πιθανότητα επιτυχίας στο μέλλον απ' ό,τι αν το είχαν κάνει σε νεότερη ηλικία. Ωστόσο, μπορεί να επιτευχθεί κλινική εγκυμοσύνη από την κρυοσυντήρηση των ωαρίων σε γυναίκες ηλικίας 41-43 ετών, γεγονός που υποδηλώνει ότι αυτή η τεχνολογία θα μπορούσε να είναι ευεργετική ακόμη και σε αυτή την ομάδα αναπαραγωγικής ηλικίας.

### **Πόσο ασφαλής είναι η μέθοδος;**

**1. Κίνδυνος αποβολής:** Ο παράγοντας που επηρεάζει τον κίνδυνο αποβολής είναι η ηλικία της γυναίκας όταν κρυοσυντηρεί τα ωάρια της και όχι η διαδικασία της κρυοσυντήρησης.

**2. Περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα:** Τα μέχρι σήμερα δεδομένα για την υγεία των παιδιών που προέρχονται από κρυοσυντήρηση ωαρίων είναι πολύ ενθαρρυντικά, κάτι που επιβεβαιώνει την ασφάλεια αυτών των τεχνικών.

**3. Χρωμοσωμικές ανωμαλίες:** Οι μελέτες έχουν δείξει ότι τα χρωμοσώματα των κατεψυγμένων-αποψυγμένων ωαρίων είναι φυσιολογικά ως προς τον αριθμό και τη δομή.

**4. Συγγενείς ανωμαλίες:** Δεν έχουν αναφερθεί περιπτώσεις αυξημένης εμφάνισης συγγενών ανωμαλιών στα παιδιά που γεννιούνται από κρυοσυντηρημένα ωάρια.



**Γεώργιος Ιωαννίδης**  
Μαιευτήρας-Χειρουργός Γυναικολόγος  
Επιστημονικός Συνεργάτης Μονάδας  
ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις



# ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΕΙΝΑΙ ΑΣΦΑΛΗΣ;

**Η** υπογονιμότητα αφορά το 10-15% των ζευγαριών αναπαραγωγικής ηλικίας. Από τα υπογόνιμα ζευγάρια, όμως, μόνο το 45% αναζητάει εξειδικευμένη συμβουλή και θεραπεία. Ο κύριος λόγος είναι η ελλιπής ενημέρωση και ο φόβος ότι η θεραπεία της υπογονιμότητας και κυρίως η εξωσωματική γονιμοποίηση συνδέεται με υψηλό ποσοστό παρενεργειών και επιπλοκών. Η καθυστέρηση, όμως, της έγκαιρης διάγνωσης και της σωστής παρέμβασης έχει ως αποτέλεσμα τα ζευγάρια να καθυστε-

ρούν και να προσέρχονται σε μεγαλύτερη ηλικία με τις πιθανότητες επιτυχίας να είναι μειωμένες.

## **Υπάρχουν παρενέργειες από τα φαρμακευτικά σκευάσματα;**

Κατά τη θεραπεία χορηγούνται κυρίως γοναδοτροπίνες με στόχο τη διέγερση των ωοθηκών για την παραγωγή περισσότερων ωαρίων. Η χορήγηση των φαρμάκων γίνεται για διάστημα 10-14 ημερών με υποδόριες ενέσεις σε μορφή στυλό, οι οποίες είναι πρακτικές και εύκολες στη χρήση. Τοπικά στο



σημείο της ένεσης μπορεί να εμφανισθεί κνησμός και πιο σπάνια ήπια τοπική αλλεργική αντίδραση. Στις συστηματικές αντιδράσεις η ασθενής μπορεί να αναφέρει αίσθημα κόπωσης και ήπια διόγκωση των μαστών και της κοιλιακής χώρας. Η σοβαρότερη επιπλοκή από τη φαρμακευτική αγωγή είναι το σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών που εμφανίζεται σε λιγότερο από 1% των περιπτώσεων και αποδίδεται στη διέγερση μεγάλου αριθμού ωοθυλακίων και στη μεγάλη αύξηση των οιστρογόνων.

Συνήθως εμφανίζονται συμπτώματα ναυτίας, οιδήματος και ήπιου κοιλιακού άλγους τα οποία υποχωρούν μετά τη λήψη των ωαρίων. Σπάνια εκδηλώνεται έντονο κοιλιακό άλγος και συλλογή υγρού στην κοιλότητα της κοιλίας ή δύσπνοια. Αυτή η επιπλοκή είναι πλέον σπάνια καθώς με τις σύγχρονες εξειδικευμένες γνώσεις επιτυγχάνεται σωστή αξιολόγηση των περιστατικών που εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα για υπερδιέγερση.

Σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να γίνει τροποποίηση των πρωτοκόλλων της θεραπείας όπως για παράδειγμα ήπια πρωτόκολλα με χορήγηση λιγότερων φαρμάκων, αναβολή της εμφύτευσης και κατάψυξη των εμβρύων ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος της υπερδιέγερσης. Επίσης, η συλλογή ωαρίων μόνο από φυσικούς κύκλους αποτελεί μια άλλη επιλογή σε κάποια περιστατικά.

#### **Υπάρχει συσχέτιση των φαρμάκων της εξωσωματικής με καρκίνους του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας;**

Πλέον όλες οι σύγχρονες μελέτες δεν διαπιστώνουν καμία τέτοια συσχέτιση ενώ επιπλέον οι γυναίκες που απευθύνονται σε εξειδικευμένα κέντρα είναι πιο ενημερωμένες και υποβάλλονται σε όλους τους προληπτικούς ελέγχους όπως μαστογραφία.

Κατά την ωοληψία ο ιατρός, χρησιμοποιώντας τον κοιλιακό υπέρηχο για καθοδήγηση, χρησιμοποιεί μια ειδική λεπτή και μακριά βελόνα για να αναρροφήσει το υγρό από τα ωοθυλάκια που έχουν ωριμάσει και να συλλέξει τα ωάρια. Η διαδικασία μπορεί να οδηγήσει σε ήπιο πόνο για 2-3 ημέρες που υποχωρεί με ήπια παυσίπονα. Η πιθανότητα σοβαρής αιμορραγίας και φλεγμονής στην περιοχή είναι σπάνια. Κατά τη διαδικασία χορηγείται προληπτικά αντιβίωση.

#### **Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ανωμαλιών στο έμβρυο;**

Ο κίνδυνος ανωμαλιών στα νεογνά είναι 2-3% στον γενικό πληθυσμό. Αυτός ο κίνδυνος είναι ελαφρά αυξημένος στα υπογόνιμα ζευγάρια που τεκνοποι-

ούν. Όμως, ο κύριος λόγος αυτής της αύξησης είναι η μεγαλύτερη ηλικία των γυναικών και ο υποκείμενος λόγος της υπογονιμότητας. Κυρίως σε ζευγάρια όπου ευθύνεται για την υπογονιμότητα σοβαρό πρόβλημα με το σπέρμα (βαριάς μορφής ολιγοασθενοσπερμία), αυτό έχει συσχετισθεί με αυξημένη πιθανότητα ανωμαλιών στα έμβρυα.

#### **Υπάρχει κίνδυνος αποβολής & έκτοπης κύησης;**

Ο κίνδυνος αποβολής είναι περίπου 15% στις γυναίκες ηλικίας 20-30 ετών και πάνω από 50% σε γυναίκες άνω των 40 ετών. Δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος σε γυναίκες που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση ενώ ο κίνδυνος εξωμητρίου κύησης (1%) παραμένει ίδιος όπως στη φυσική σύλληψη.

---

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ**

Η εξωσωματική γονιμοποίηση αποτελεί μια ασφαλή και τεκμηριωμένη θεραπεία, η οποία σε εξειδικευμένα κέντρα ολοκληρώνει ένα όνειρο ζωής για υπογόνιμα ζευγάρια.

Ο ειδικός ιατρός ως συνοδοιπόρος της προσπάθειάς τους θα διαγνώσει, θα βοηθήσει, θα καθησυχάσει αλλά κυρίως θα εφαρμόσει την πλέον σύγχρονη γνώση και θεραπεία σε όλα τα στάδια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ώστε τα ενημερωμένα υπογόνιμα ζευγάρια να γίνουν με ασφάλεια ευτυχισμένοι γονείς.



**Χριστόδουλος Παπανικόπουλος**  
Μαιευτήρας Χειρουργός Γυναικολόγος  
Επιστημονικός Συνεργάτης Μονάδας  
ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις

# ΑΝΔΡΙΚΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

**Η** μικρογονιμοποίηση (ICSI) είναι από τις μεγαλύτερες επαναστάσεις στην εξωσωματική γονιμοποίηση. Μέχρι το 1992 τα ζευγάρια με ανδρική υπογονιμότητα δεν μπορούσαν να βοηθηθούν από την τότε υπάρχουσα εξωσωματική γονιμοποίηση, καθώς το ποσοστό γονιμοποίησης ήταν πολύ χαμηλό.

Το 1992 ανακοινώθηκαν οι πρώτες εγκυμοσύνες έπειτα από μικρογονιμοποίηση (ICSI) με σπέρμα που είχε πολύ φτωχά χαρακτηριστικά. Ο μικρός αριθμός και η χαμηλή ή ανύπαρκτη κινητικότητα των σπερματοζωαρίων σταμάτησαν να αποτελούν πρόβλημα στην ICSI, μιας και η γονιμοποίηση δεν εξαρτάται από την ικανότητα των σπερματοζωαρίων να εισχωρήσουν στο ωάριο, αλλά ένα και μόνο σπερματοζωάριο εγχέεται απευθείας στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου.

Με τη μέθοδο ICSI τα ποσοστά γονιμοποίησης είναι πολύ υψηλά (πάνω από το 80% των ώριμων ωαρίων γονιμοποιούνται). Ως αποτέλεσμα, η μέθοδος ICSI χρησιμοποιείται παγκοσμίως με μεγάλη επιτυχία για να αντιμετωπίσει τη σοβαρή oligo-ασθενο-τερατοζωοσπερμία. Επίσης, μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία και η αζωοσπερμία (πλήρης απουσία σπερματοζωαρίων στο σπερματικό υγρό). Σε αυτές τις περιπτώσεις τα σπερματοζωάρια λαμβάνονται με βιοψία από τον όρχι ή την επιδιδυμίδα με ελαφρά χαμηλότερο (ή ισάξιο, σύμφωνα με άλλους ερευνητές) ποσοστό επιτυχίας.

## Κύριες ενδείξεις για μικρογονιμοποίηση (ICSI)

1. Προβλήματα στην ποιότητα σπέρματος,

ολιγοσπερμία (αριθμός μικρότερος των <15 εκατομμυρίων/ml), ασθενοσπερμία, τερατοζωοσπερμία και συνδυασμός όλων αυτών των προβλημάτων που είναι η oligo-ασθενοτερατοζωοσπερμία (OAT), αποτυχία γονιμοποίησης έπειτα από εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)

## 2. Δυσλειτουργίες εκσπερμάτωσης

Σπέρμα από την επιδιδυμίδα, συγγενής απλασία του σπερματικού πόρου, αποτυχημένη επαναστόμωση του σπερματικού πόρου, απόφραξη των εκσπερματικών πόρων

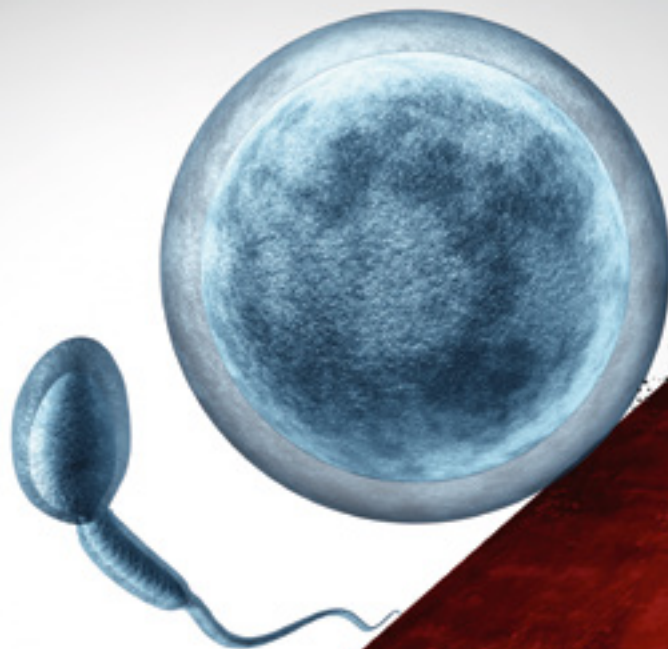
## 3. Σπερματοζωάρια από τον όρχι

Αζωοσπερμία λόγω αναστολής ωρίμανσης σπερματοζωαρίων, ορμικής δυσλειτουργίας ή γενετικών παραγόντων, νεκροσπερμία

Για κάθε προσπάθεια ICSI χρειάζονται λίγα μόνο σπερματοζωάρια και μία μόνο βιοψία μπορεί να δώσει αρκετά για κρυοσυντήρηση σε πολλαπλά σωληνάρια, ώστε σε μελλοντικές προσπάθειες μικρογονιμοποίησης να αποφευχθούν επαναλαμβανόμενες επεμβάσεις.

## Αζωοσπερμία, βιοψία όρχεων και εξωσωματική γονιμοποίηση

Περίπου το 1% των ανδρών του γενικού πληθυσμού και το 10% των ανδρών που μπαίνουν σε διαδικασία διερεύνησης της γονιμότητάς τους δεν έχουν σπερματοζωάρια στο σπερματικό υγρό (αζωοσπερμία). Σήμερα οι άνδρες που πάσχουν από αζωοσπερμία μπορούν να αποκτήσουν τον δικό τους βιολογικό απόγονο



με τη βοήθεια βιοψίας όρχεων και εξωσωματικής γονιμοποίησης με ICSI.

### **Βιοψία όρχεως**

Από τη στιγμή που θα διαπιστωθεί και θα επιβεβαιωθεί η αζωοσπερμία ακολουθεί προσεκτική διερεύνηση από ειδικό ουρολόγο ή/και ενδοκρινολόγο, προκειμένου να διαπιστωθούν τα πιθανά αίτια και η αντιμετώπισή της. Στις περισσότερες περιπτώσεις αζωοσπερμίας, η βιοψία όρχεως παραμένει η μοναδική εξέταση που θα δείξει εάν υπάρχουν σπερματοζωάρια ή όχι στους όρχεις.

Από τη στιγμή που υπάρχουν σπερματοζωάρια στη βιοψία μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο για IVF (εξωσωματική γονιμοποίηση) με μικρογονιμοποίηση (ICSI) και όχι για σπερματέγχυση ή απλή εξωσωματική λόγω της χαμηλής κινητικότητας των σπερματοζωαρίων που προέρχονται από τον ορχικό ιστό και της απουσίας των διεργασιών και της ωρίμανσης που συμβαίνουν στην επιδιδυμίδα. Η τεχνική της βιοψίας όρχεως εφαρμόζεται μόνο από ειδικό ουρολόγο που επιλέγει την κατάλληλη μέθοδο. Μπορεί να γίνει την ίδια ή την προηγούμενη μέρα από την ωληψία ή πριν από αυτή, με στόχο να καταψυχθούν τα σπερματοζωάρια και να χρησιμοποιηθούν στο μέλλον.

Στο παρελθόν η βιοψία όρχεως είχε μόνο διαγνωστική αξία ώστε να αποκλείσουμε την πιθανότητα βιολογικής γονιμότητας του άντρα ή να βρεθεί η αιτία της αζωοσπερμίας. Από τη στιγμή που είναι δυνατή η χρήση των σπερματοζωαρίων που λαμβάνονται από τον όρχι

σε εξωσωματική γονιμοποίηση, μικρογονιμοποίηση (ICSI), η βιοψία γίνεται και θεραπευτική. Με βάση λοιπόν τα σημερινά δεδομένα, η βιοψία όρχεως γίνεται με τη λήψη πολλαπλών ιστοτεμαχιδίων από διαφορετικές περιοχές και των δύο όρχεων, καθώς και με τη δυνατότητα άμεσης μικροσκοπικής παρατήρησης από εξειδικευμένο εμβρυολόγο και την κρυσυντήρηση του ιστού σε περίπτωση που διαπιστωθεί παρουσία σπερματοζωαρίων.



**Ελένη Κοντογιάννη**  
Κλινική Εμβρυολόγος  
Επιστημονική Συνεργάτης Μονάδας  
ΥΓΕΙΑ IVF Εμβρυογένεσις

# ΣΠΑΝΙΟΙ ΟΓΚΟΙ

ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ,  
ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΚΑΙ ΜΟΡΙΑΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ



**Ο**ς σπάνιοι όγκοι χαρακτηρίζονται όγκοι που εμφανίζονται σε οποιαδήποτε ηλικία, φύλο ή όργανο με συχνότητα μικρότερη από 6 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα ετησίως. Αντιπροσωπεύουν περίπου το 22% όλων των καρκίνων που διαγιγνώσκονται παγκοσμίως. Αφορούν όγκους της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα, του αναπνευστικού (όγκους ρινός, έσω ωτός), του πεπτικού (όγκους πρωκτού, λεπτού εντέρου, χοληδόχου κύστης, οπισθοπεριτόναιου) και του ουρογεννητικού συστήματος (όγκους κόλπου, αι-

δοίου, πέους, όρχεος, ουρητήρα), καθώς και όγκους οστών και μαλακών μοριών, όγκους μαστού στους άνδρες, όγκους του οφθαλμού και του οφθαλμικού κόγχου, και μεσοθηλίωμα.

Οι σπάνιοι όγκοι αποτελούν ένα δύσκολο αντικείμενο μελέτης και οι λόγοι είναι πολυπαραγοντικοί. Κατ' αρχάς, τα δεδομένα για την αιτιοπαθογένεια των σπάνιων όγκων είναι περιορισμένα κυρίως διότι λόγω του μικρού αριθμού περιστατικών προκύπτουν δυσκολίες τόσο κατά τη διάγνωση όσο και κατά την ιστολογική

τους ταυτοποίηση. Οι σπάνιοι όγκοι χαρακτηρίζονται με βάση την παθολογοανατομική τους εξέταση και λόγω της σπανιότητάς τους η πιθανότητα ερμηνευτικών σφαλμάτων παραμένει σημαντικά υψηλή, κυμαινόμενη από 25 έως 40% στην καθημερινή κλινική πρακτική.

### Πώς διαγιγνώσκονται;

Σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διαγνωστική ακρίβεια περιλαμβάνουν το βαθμό εξειδίκευσης, την έλλειψη εμπειρίας, τη μεταβλητότητα εντός και μεταξύ των παρατηρητών και την ανεπάρκεια του εξεταζόμενου υλικού του όγκου. Επιπλέον, παρά τη βελτίωση των θεραπευτικών επιλογών στους σπάνιους όγκους, τα ποσοστά θνησιμότητας δεν έχουν μειωθεί ακόμη.

Όλα τα ανωτέρω καθιστούν επιτακτική ανάγκη τη βελτίωση της διαγνωστικής ακρίβειας τόσο σε παθολογοανατομικό επίπεδο όσο και σε απεικονιστικό επίπεδο, ώστε να ελαχιστοποιηθούν τα ερμηνευτικά λάθη και ως εκ τούτου να γίνουν οι κατάλληλες θεραπευτικές επιλογές.

Λόγω της σπανιότητας αυτών των όγκων, η θεραπευτική τους αντιμετώπιση αποτελεί δυσεπίλυτο πρόβλημα. Τα δημοσιευμένα δεδομένα σχετικά με τις βέλτιστες προσεγγίσεις για τη διάγνωση και τη θεραπεία σπάνιων όγκων είναι περιορισμένα. Παρόλο που οι μέθοδοι θεραπείας των σπάνιων καρκίνων βελτιώνονται, είναι ακόμα ανεπαρκώς τεκμηριωμένες και παραμένουν ουσιαστικά εμπειρικές με αποτέλεσμα οι κλινικοί γιατροί να εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις.

Επιπλέον εμπόδιο για την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών των όγκων είναι οι εγγενείς δυσκολίες υλικοτεχνικής υποστήριξης κατά τη διεξαγωγή κλινικών δοκιμών σε πολύ μικρούς πληθυσμούς ασθενών, ο δισταγμός της φαρμακευτικής βιομηχανίας να δαπανήσει σε μικρές αγορές και η πολυπλοκότητα για τη δημιουργία επαρκών πληροφοριών για την ανάπτυξη οικονομικά αποδο-

τικών φαρμάκων.

Σε μια προσπάθεια να αντιμετωπιστεί αυτό το ζήτημα και να ενθαρρυνθεί η ανάπτυξη διεθνών κλινικών δοκιμών για σπάνιους καρκίνους ιδρύθηκε στις αρχές του 2011 το International Rare Cancers Initiative (IRCI). Το IRCI είναι κοινή πρωτοβουλία του Εθνικού Ινστιτούτου, του Εθνικού Ερευνητικού Δικτύου της Αγγλίας για τον καρκίνο (NCRN), του Cancer Research UK (CR-UK), του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου (NCI) και του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου (EORTC).

Ο στόχος του IRCI είναι να διευκολύνει τις διεθνείς κλινικές δοκιμές για σπάνιους όγκους με στόχο τη δημιουργία νέων θεραπειών. Το IRCI συγκεντρώνει διεθνείς επαγγελματίες και ειδικούς σε σπάνιους καρκίνους και συναφείς ομάδες που έχουν την ικανότητα να πραγματοποιούν κλινικές δοκιμές πέρα από τα εθνικά σύνορα.

Η δημιουργία εξειδικευμένων κέντρων (center of excellence), η υψηλή υποψία για έναν σπάνιο όγκο και οι καλύτερες απεικονιστικές τεχνικές οδήγησαν στην αύξηση της συχνότητας ανίχνευσης όγκων σε πρωιμότερα στάδια.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι προοπτικές θεραπευτικής αντιμετώπισης των σπάνιων όγκων έχουν βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια λόγω της δυνατότητας ελέγχου του μοριακού προφίλ και αυτών των όγκων μέσω της τεχνολογίας next generation sequencing (NGS). Με αυτή τη μέθοδο ανιχνεύονται συγκεκριμένες γενετικές μεταβολές των όγκων, οι οποίες μπορούν να στοχευθούν φαρμακευτικά και να οδηγήσουν σε πλήρως εξατομικευμένη αντιμετώπιση της νόσου.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

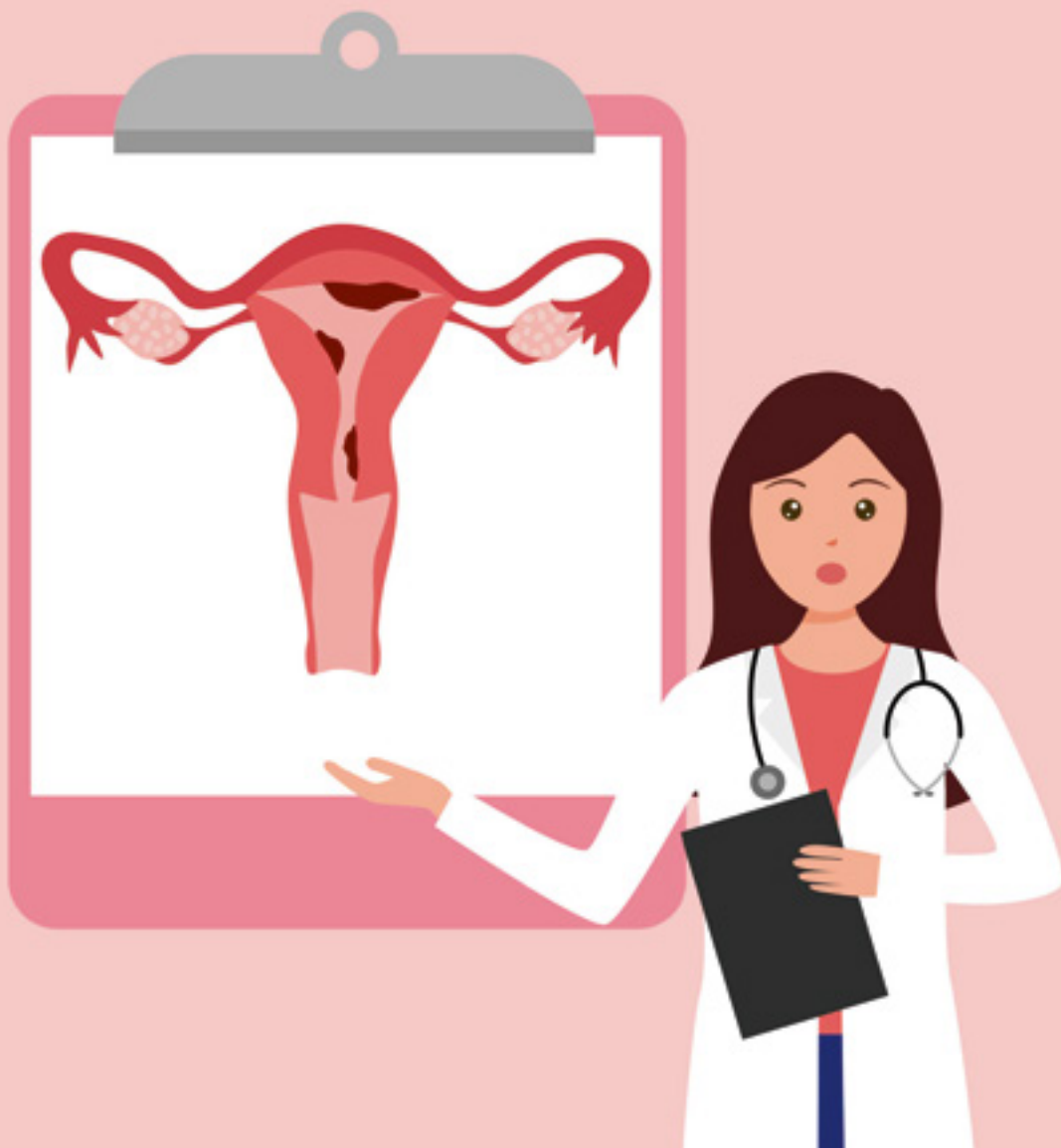
Οι σπάνιοι όγκοι αποτελούν νεοπλασίες με χαμηλή συχνότητα εμφάνισης που η ολοκληρωμένη αντιμετώπισή τους απαιτεί μια εξειδικευμένη ομάδα διαφόρων ειδικοτήτων, η οποία χρησιμοποιώντας τις νέες τεχνολογίες στη διάγνωση, στην απεικόνιση αλλά και στη μοριακή ανάλυση θα επιλέξει την καταλληλότερη θεραπευτική αντιμετώπιση για την επίτευξη του βέλτιστου αποτελέσματος.



**Αδαμαντία Νικολαΐδη**  
Παθολόγος Ογκολόγος  
Αναπληρώτρια Διευθύντρια  
Ογκολογικής Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ

# ΟΡΩΔΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΥΠΟΣΧΟΝΤΑΙ  
ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ



**T**ο ορώδες καρκίνωμα του ενδομητρίου αντιπροσωπεύει μόλις το 5 με 10% των περιπτώσεων καρκίνου του ενδομητρίου, αλλά ενοχοποιείται για το 39% των θανάτων από τη νόσο. Ανάμεσα στους

προδιαθεσικούς παράγοντες που έχουν ξεχωριστή σημασία για την εμφάνισή του ανήκουν το ατομικό ιστορικό καρκίνου μαστού και χρήσης ταμοξιφαίνης, όπως και οι μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1/2. Σήμερα χάρη στις σημαντικές επιστημονικές εξελίξεις και

σε αυτό το πεδίο οι ασθενείς με ορώδες καρκίνωμα του ενδομητρίου μπορούν να ελπίζουν σε ένα πολύ καλύτερο μέλλον.

#### **Τι νεότερο υπάρχει στη χειρουργική αντιμετώπιση του ορώδους καρκινώματος του ενδομητρίου;**

Το ορώδες καρκίνωμα του ενδομητρίου δίνει συχνά λεμφαδενικές μεταστάσεις, ακόμα και όταν ο όγκος είναι αρκετά περιορισμένος στο εσωτερικό της μήτρας. Σε αυτό το πλαίσιο, στις περιπτώσεις που ο απεικονιστικός έλεγχος είναι καθησυχαστικός για απομακρυσμένες εστίες της νόσου, η κλασική χειρουργική αντιμετώπιση των ασθενών περιλαμβάνει την εκτέλεση ολικής υστερεκτομής των σαλπίγγων και ωοθηκών, επιπλεκτομής και πυελικής ή παραορτικής λεμφαδενεκτομής.

#### **Νεότερα δεδομένα, όμως, θεμελιώνουν την αξία της τεχνικής του λεμφαδένα-φρουρού και στο ορώδες καρκίνωμα του ενδομητρίου.**

Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της πολυκεντρικής μελέτης SENTOR αποκάλυψαν πως η τεχνική του λεμφαδένα-φρουρού έχει ευαισθησία 99% στη διάγνωση των λεμφαδενικών μεταστάσεων στους επιθετικούς τύπους καρκίνου του ενδομητρίου. Επιπλέον, το διεθνούς φήμης Memorial Sloan Kettering Cancer Center της Νέας Υόρκης έδειξε πως οι ασθενείς με ορώδες καρκίνωμα του ενδομητρίου που υποβάλλονταν στην τεχνική του λεμφαδένα-φρουρού παρουσίαζαν αντίστοιχα ποσοστά επιβίωσης με όσες κατέφευγαν στην κλασική πυελική και παραορτική λεμφαδενεκτομή. Ήδη οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του καρκίνου του ενδομητρίου (NCCN, ESGO) περιλαμβάνουν την τεχνική του λεμφαδένα-φρουρού ανάμεσα στις επιλογές για τις ασθενείς με ορώδες καρκίνωμα.

#### **Τι επιπλέον πλεονεκτήματα δίνει στις ασθενείς η χειρουργική αντιμετώπιση με την τεχνική του λεμφαδένα-φρουρού;**

Η αντιμετώπιση των ασθενών με ορώδες καρκίνωμα του ενδομητρίου με την τεχνική του λεμφαδένα-φρουρού και τις μεθόδους της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής όπως είναι η ρομποτική διασφαλίζει:

- τη μικρότερη πιθανότητα επιπλοκών στη διάρκεια του χειρουργείου (π.χ. τραυματισμοί αγγείων και νεύρων),
- την ελαχιστοποίηση του κινδύνου για λεμφοίδημα και λεμφοκύστες μετεγχειρητικά,
- τη λιγότερη απώλεια αίματος,
- τη μικρότερη πιθανότητα λοιμώξεων του χειρουργικού τραύματος ή μετεγχειρητικής κήλης,

- τη θεαματική ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου,
- την ταχύτερη ανάρρωση των ασθενών: Είναι χαρακτηριστικό ότι πολύ συχνά απαιτείται νοσηλεία μόλις 24 ωρών.
- το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα στην περιοχή των τομών.

#### **Υπάρχουν νεότερα φάρμακα για το ορώδες καρκίνωμα του ενδομητρίου;**

Η χορήγηση χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας μετά την αρχική χειρουργική αντιμετώπιση είναι εξαιρετικά συχνή στο ορώδες καρκίνωμα του ενδομητρίου λόγω της επιθετικότητας της νόσου. Στα προχωρημένα στάδια ή στις υποτροπές έχουμε πλέον στη φαρέτρα μας και στοχευμένες θεραπείες.

Αναλυτικότερα, όταν οι όγκοι εκφράζουν HER2, η χορήγηση trastuzumab συνοδεύεται από καλύτερα ποσοστά επιβίωσης. Ακόμη, δεδομένου ότι το ορώδες καρκίνωμα του ενδομητρίου δεν έχει την ανοσογονικότητα που εμφανίζουν άλλες μορφές της νόσου, η ανοσοθεραπεία με συνδυασμό pembrolizumab και lenvatinib συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών που υποτροπιάζουν. Υπάρχουν και άλλα νεότερα φάρμακα που δοκιμάζονται σε μελέτες την τρέχουσα χρονική περίοδο και με ιδιαίτερο ενδιαφέρον αναμένουμε τα αποτελέσματά τους.



**Βασίλειος Σιούλας**

Χειρουργός Γυναικολόγος  
Διευθυντής Α' Κλινικής Γυναικολογικής  
Ογκολογίας ΜΗΤΕΡΑ, Πρόεδρος  
Επιστημονικού Συμβουλίου ΜΗΤΕΡΑ

# ΣΙΕΛΟΡΡΟΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ





**Σ**ιελόρροια είναι η ακούσια ροή σάλιου από το στόμα. Είναι σοβαρή ανικανότητα για μεγάλο αριθμό ασθενών με εγκεφαλική παράλυση, παιδιών και ενηλίκων, αλλά και για μικρότερο αριθμό ασθενών με άλλους τύπους νευρολογικών (νευροεκφυλιστικών) ή νοητικών βλαβών.

Ιδιαίτερη ομάδα παιδιών αποτελούν εκείνα με νευρομυϊκές διαταραχές γιατί μπορεί να παρουσιάζουν καθυστέρηση στην «ωρίμανση» του στοματικού νευρομυϊκού ελέγχου μέχρι την ηλικία των 6 ετών.

Η σιελόρροια είναι φυσιολογική διαδικασία στα παιδιά ηλικίας 18 έως 24 μηνών, μέχρις ότου ολοκληρωθεί η ανάπτυξη των αντανεκλαστικών του στόματος και της κατάποσης. Όμως, όταν επιμένει πάνω από τα 4 έτη ηλικίας, θα πρέπει να θεωρείται παθολογική κατάσταση και να διερευνάται.

Η σιελόρροια (συνδυαζόμενη συνήθως με εγκεφαλική παράλυση) προκαλεί σημαντικά προβλήματα (κλινικά, λειτουργικά, ψυχολογικά, κοινωνικά) τόσο στους ασθενείς όσο και στους οικείους. Τα παιδιά με σιελόρροια συχνά παρουσιάζουν δερματικές περιστοματικές και τραχηλικές φλεγμονές, τα ρούχα τους υγραίνονται συνεχώς και χρειάζονται αλλαγή, αναγκάζοντας την οικογένεια να παραμένει στο σπίτι και να απομονώνεται κοινωνικά. Τα παιχνίδια και οι συσκευές διδασκαλίας και επικοινωνίας καταστρέφονται από την υγρασία επηρεάζοντας έτσι και την εκπαίδευσή τους.

Η οπίσθια σιελόρροια είναι πιο σοβαρή κατάσταση διότι μπορεί να προκαλέσει βήχα, εμέτους, αναπνευστική δυσχέρεια, αδυναμία ομιλίας και εισροφήσεις που οδηγούν σε υποτροπιάζουσα πνευμονία. Σε σοβαρές δε περιπτώσεις η αφυδάτωση προκαλεί ιδιαίτερα προβλήματα υγείας.

#### **Πού οφείλεται;**

Η σιελόρροια σπάνια οφείλεται σε υπερέκκριση των σιελογόνων αδένων (πρωτογενής σιελόρροια). Συνήθως οφείλεται σε εξασθενημένο νευρομυϊκό έλεγχο και δυσλειτουργία της εκούσιας κινητικής δραστηριότητας του στόματος, η οποία οδηγεί σε υπερχείλιση του σάλιου από το στόμα (δευτερογενής σιελόρροια). Σε αυτή τη δυσλειτουργία συνεπικουρεί η ανεπαρκής ή και σπάνια κατάποση, η θέση της κεφαλής, η μεγάλη γλώσσα και η κακή στοματική υγεία.

#### **Αντιμετώπιση του ασθενούς**

Ο χειρισμός του ασθενούς με σιελόρροια, προκειμένου να αποφασιστεί ο τρόπος αντιμετώπισης, απαιτεί τη συνεργασία ομάδας διαφόρων ειδικών όπως ΩΡΛ, οδοντίατρος, νευρολόγος, ορθοπαιδικός, λογοπαθολόγος και φυσιοθεραπευτής.

Οι γονείς και τα άτομα που φροντίζουν το παιδί μπορεί να βοηθήσουν στην εκτίμηση των χαρακτηριστικών της σιελόρροιας. Η ώρα αιχμής μέσα στο 24ωρο, ο αριθμός αλλαγών σαλιάρων ή ρούχων ανά ημέρα, δυσκολίες με πληκτρολόγιο ή άλλες συσκευές επικοινωνίας, η σοβαρότητα της διαβροχής του δέρματος και οι περιστοματικές φλεγμονές αποτελούν σημαντικές πληροφορίες για την εκτίμηση της σοβαρότητας

και της συχνότητας της σιελόρροιας καθώς και για την επίδραση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Αφού γίνει η εκτίμηση από την ιατρική ομάδα και ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς συνιστούνται:

#### **A. Ασκήσεις βελτίωσης κινήσεων στόματος και κατάποσης που στόχο έχουν να:**

- ομαλοποιήσουν τον μυϊκό τόνο,
- σταθεροποιήσουν τη θέση σώματος και κεφαλής,
- σταθεροποιήσουν και συντονίσουν τις κινήσεις των γνάθων και το κλείσιμο των χειλέων,
- μειώσουν τις αθετωσικές κινήσεις της γλώσσας,
- αυξήσουν την αισθητικότητα της στοματικής οδού,
- βελτιώσουν την κατάποση.

#### **B. Θεραπεία συμπεριφοράς**

Τα λεκτικά και ακουστικά ερεθίσματα χρησιμοποιούνται στην προσπάθεια να αυξηθούν τη συχνότητα και την αποτελεσματικότητα της κατάποσης.

#### **Γ. Φαρμακευτική αντιμετώπιση**

- Αντιχολινεργικά φάρμακα που μειώνουν τον όγκο της σιελόρροιας, αλλά παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες δημιουργώντας επιπλέον προβλήματα σε έναν πληθυσμό που ήδη παρουσιάζει ανάλογες δυσκολίες
- Βοτουλινική (αλλαντική) τοξίνη (τύπου A) (BOTOX), η οποία δρα στις χολινεργικές παρασυμπαθητικές εκκριτικές-κινητικές ίνες του σιελογόνου αδένου με αποτέλεσμα τη μείωση έκκρισης σάλιου.

#### **Δ. Χειρουργική αντιμετώπιση**

Η χειρουργική αντιμετώπιση ενδείκνυται μετά την αποτυχία τουλάχιστον 6μήνης συντηρητικής αντιμετώπισης, καθώς και σε ασθενείς με μέτρια προς μεγάλη σιελόρροια των οποίων η γνωστική λειτουργία αποκλείει την αντιμετώπιση με συντηρητική αγωγή.

Η χειρουργική επέμβαση είναι καλύτερα να γίνεται μετά την ηλικία των 6 ετών, προκειμένου να δοθεί χρόνος για πλήρη ωρίμανση της λειτουργίας του συντονισμού των κινήσεων του στόματος και της κατάποσης.

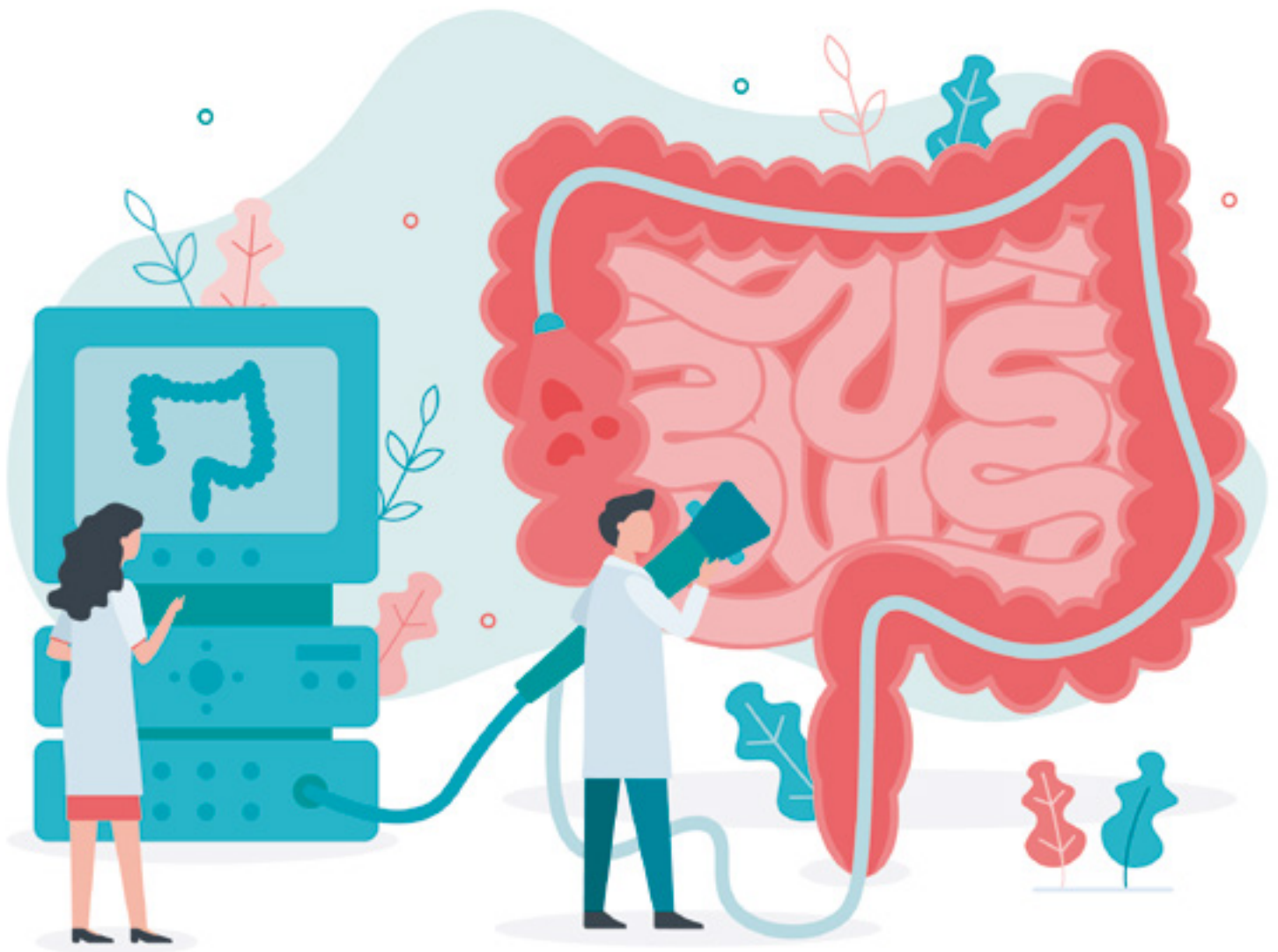


**Μιχαήλ Τσακανίκος**

Χειρουργός-ΠαιδοΩτοΡινοΛαρυγγολόγος  
Συντονιστής Διευθυντής Β' ΠαιδοΩτοΡινο-  
Λαρυγγολογικής Κλινικής Παιδων ΜΗΤΕΡΑ

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ



**Ο** καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο τρίτος συχνότερος καρκίνος στον κόσμο με 1,8 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις να διαγιγνώσκονται κάθε έτος. Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις

καρκίνου παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα, τα οποία μπορούν να διαγνωστούν κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης.

Είναι γνωστό πως η καρκινογένεση στο παχύ έντε-

ρο είναι μια διαδικασία που διαρκεί χρόνια. Ο καρκίνος αναπτύσσεται σχεδόν πάντα (με σπάνιες εξαιρέσεις όπως σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα) σε έδαφος πολυπόδων. Οι πολύποδες είναι προκαρκινικές αλλοιώσεις που συσσωρεύουν μεταλλάξεις και οδηγούν στην καρκινογένεση.

### **Κολonosκόπηση**

Η ανεύρεση και η αφαίρεση των πολυπόδων κατά τη διάρκεια της κολonosκόπησης έχει οδηγήσει στη μείωση των περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου. Παρότι η κολonosκόπηση είναι η καθιερωμένη μέθοδος ανίχνευσης πολυπόδων υπόκειται σε μεγάλες διαφορές στην ποιότητά της ανάλογα πού, πώς και από ποιον γίνεται. Ο κλασικός έλεγχος της ποιότητας είναι το λεγόμενο «adenoma detection rate» [ADR], δηλαδή το ποσοστό ανεύρεσης αδενωμάτων (δηλαδή προκαρκινικών) πολυπόδων που πρέπει να υπερβαίνει το 25%. Έχει υπολογιστεί πως κάθε 1% αύξηση του ADR οδηγεί σε μείωση κατά 3% του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου στο παχύ έντερο. Αυτός ο δείκτης επηρεάζεται πολύ από την εμπειρία, την εκπαίδευση του ενδοσκοπού, από το είδος των μηχανημάτων που χρησιμοποιεί και από την ποιότητα της προετοιμασίας του εντέρου πριν την εξέταση.

Η κολonosκόπηση, λοιπόν, δεν είναι η τέλεια διαγνωστική εξέταση και η πιθανότητα να παραβλεφθούν πολύποδες φθάνει σε κάποιες μελέτες το 25%. Μπορεί να χαθεί ως και 4-5% πολυπόδων διαμέτρου >1 εκ. Συνήθως οι πολύποδες παραβλέπονται γιατί είναι πολύ επίπεδοι και η διαφορά στο χρώμα τους από τον παρακείμενο βλεννογόνο, δηλαδή το τοίχωμα του εντέρου είναι πολύ μικρή. Δυστυχώς υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που διαγιγνώσκονται με καρκίνο παχέος εντέρου ενώ είχαν κάνει κολonosκόπηση πριν λίγα χρόνια. Συχνά αυτό οφείλεται σε τέτοιους επίπεδους πολύποδες που παραβλέφθηκαν στην προηγούμενη εξέταση. Θα ήταν πολύ σημαντικό να υπήρχε μια μέθοδος που κατά την ώρα της ενδοσκόπησης (δηλαδή σε real time) να ανιχνεύει τους πολύποδες και να προστεθεί στην ικανότητα ενός ήδη έμπειρου ενδοσκοπού.

### **Η τεχνητή νοημοσύνη στην υπηρεσία της κολonosκόπησης**

Το σύστημα CAD (Computer Aided Diagnosis) EYE System της Fujifilm έρχεται να βοηθήσει ακριβώς σε αυτό τον τομέα. Κατά τη διάρκεια της κολonosκόπησης το σύστημα αξιοποιώντας πληροφορίες μέσω Τεχνητής Νοημοσύνης εντοπίζει τους πιθανούς πολύποδες και ειδοποιεί τον ενδοσκοπό ότι στο συγκεκριμένο σημείο υπάρχει πιθανός πολύποδας ώστε να προσέξει καλύτερα. Ακόμη περισσότερο, το σύστημα έχει τη δυνατότητα να προβλέπει κατά πόσο ο πολύποδας είναι υπερπλαστικός ή αδενωματοώδης, δηλαδή πόσο επικίνδυνο είναι να περιέχει ή να οδηγήσει στο μέλλον σε κακοήθεια.

Το ενδοσκοπικό τμήμα του ΜΗΤΕΡΑ διαθέτει υπερσύγχρονο ενδοσκοπικό εξοπλισμό αλλά και το σύστημα Τεχνητής Νοημοσύνης AI CAD-EYE της Fujifilm. Αυτό το σύστημα είναι ό,τι πιο σύγχρονο υπάρχει παγκοσμίως και δίνει τη δυνατότητα real time ανίχνευσης και χαρακτηρισμού των πολυπόδων. Ο συνδυασμός των υπερσύγχρονων ενδοσκοπίων (με δυνατότητα Τεχνητής Νοημοσύνης) με την εμπειρία και την εκπαίδευση των γαστρεντερολόγων του ενδοσκοπικού τμήματος του ΜΗΤΕΡΑ αλλά και η σωστή προετοιμασία του εντέρου είναι σημαντικά όπλα στον αγώνα ενάντια στον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Το ενδοσκοπικό τμήμα του ΜΗΤΕΡΑ διαθέτει υπερσύγχρονο ενδοσκοπικό εξοπλισμό αλλά και το σύστημα Τεχνητής Νοημοσύνης AI CAD-EYE της Fujifilm. Αυτό το σύστημα είναι ό,τι πιο σύγχρονο υπάρχει παγκοσμίως και δίνει τη δυνατότητα real time ανίχνευσης και χαρακτηρισμού των πολυπόδων. Ο συνδυασμός των υπερσύγχρονων ενδοσκοπίων (με δυνατότητα Τεχνητής Νοημοσύνης) με την εμπειρία και την εκπαίδευση των γαστρεντερολόγων του ενδοσκοπικού τμήματος του ΜΗΤΕΡΑ αλλά και η σωστή προετοιμασία του εντέρου είναι σημαντικά όπλα στον αγώνα ενάντια στον καρκίνο του παχέος εντέρου.



**Γεώργιος Κ. Αναγνωστόπουλος**  
Γαστρεντερολόγος-Επεμβατικός Ενδοσκοπός  
Διευθυντής Γαστρεντερολογικής  
Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ

# ΑΝΑΣΠΩΜΕΝΟΣ Η ΑΝΕΛΚΟΜΕΝΟΣ ΟΡΧΙΣ

ΜΥΘΟΣ & ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ



**Ο** ανελκόμενος ή ανασπώμενος όρχις αποτελεί μία από τις ανωμαλίες καθόδου του όρχι. Είναι ο όρχις που έχει ασταθή θέση μεταξύ της φυσιολογικής θέσης του όρχεως εντός του οσχέου

και του βουβωνικού πόρου ή του έξω στομίου του και ενδεχομένως οφείλεται σε αυξημένο αντανακλαστικό του κρεμαστήρα μυ και στη διατήρηση μακρού μήκους του οίακα.

Κατά τη γέννηση βρίσκεται στο όσχεο και μετά, ανευρίσκεται ψηλότερα ενώ το σύστοιχο ημιόσχεο είναι πλήρως σχηματισμένο. Δεν πρόκειται για παραλλαγή φυσιολογικής θέσης του όρχι όπως αναφερόταν παλαιότερα, καθώς από το σύνολο των ανελκόμενων όρχεων το 30% κατεβαίνει στο όσχεο, το 32% ανέρχεται σε υψηλότερη θέση (επίκτητη κρυφορχία) ενώ το 38% παραμένει ανελκόμενος.

Η συχνότητα του ανελκόμενου όρχι (3,9% των ανωμαλιών καθόδου του όρχι) είναι ανάλογη με τη σύσπαση του κρεμαστήρα και αντιστρόφως ανάλογη με την έκκριση τεστοστερόνης.

Έτσι, λοιπόν, βλέπουμε ότι είναι πολύ μικρή μέχρι την ηλικία των 3 μηνών, αυξάνει μέχρι την ηλικία των 9 χρόνων και στη συνέχεια, μειώνεται με την αύξηση της τεστοστερόνης.

Το 20-32% των παιδιών με ανελκόμενο όρχι θα οδηγηθεί σε επίκτητη κρυφορχία.

#### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Ο ανελκόμενος όρχις συνήθως διαπιστώνεται από τον παιδίατρο κατά τη διάρκεια εξέτασης ρουτίνας. Ο ασθενής πρέπει να εξετάζεται σε ύπτια, καθιστή θέση και σε βαθύ κάθισμα (βατραχοειδή θέση), να βρίσκεται σε ηρεμία και θερμό περιβάλλον, ενώ τα χέρια του εξετάζοντος πρέπει να έχουν ίδια θερμοκρασία με αυτή του σώματος του ασθενούς και οι κινήσεις ψηλάφησης να είναι αργές και απαλές. Εάν ο ασθενής δεν είναι σε ηρεμία, η εξέταση πρέπει να επαναλαμβάνεται.

**Ψηλαφητός όρχις:** Εάν ο όρχις δεν ανευρίσκεται στο όσχεο, γίνεται προσπάθεια αρχικά να ψηλαφηθεί στη σύστοιχη βουβωνική χώρα αντίστοιχα με την πορεία καθόδου. Εφόσον εντοπιστεί στη βουβωνική χώρα γίνεται προσπάθεια να κατέλθει στο όσχεο με αμφίχειρη ψηλάφηση. Εάν ο όρχις κατέλθει και παραμείνει στο όσχεο, πρόκειται για ανελκόμενο όρχι. Αν ο όρχις επιστρέψει αμέσως εκτός οσχέου, επαναλαμβάνεται η εξέταση ή ζητείται η συμβουλή παιδοχειρουργού. Έχει μεγάλη σημασία να διαχωριστεί η κρυφορχία από τον ανελκόμενο όρχι.

Η κρυφορχία πρέπει να χειρουργείται στον 6ο μήνα της ζωής ενώ ο ανελκόμενος όρχις χρειάζεται απλά παρακολούθηση για την πιθανότητα επίκτητης κρυφορχίας μέχρι την ηλικία των 9-10 χρόνων που το με-

γαλύτερο ποσοστό θα καθηλωθεί στο όσχεο.

Ο κλινικός διαχωρισμός μεταξύ ανελκόμενου όρχι και κρυφορχίας μερικές φορές είναι δύσκολος.

#### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Μόνο η κλινική εξέταση μπορεί να τεκμηριώσει τη διάγνωση του ανελκόμενου όρχι. Όμως, ο υπερηχογραφικός έλεγχος συμβάλλει στη μελέτη της σύστασης και της μορφολογίας του όρχι, στον καθορισμό των διαστάσεών του και στη συνύπαρξη βουβωνοκήλης ή υδροκήλης. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος πρέπει να γίνεται από ακτινολόγο που έχει εμπειρία στην εξέταση βρεφών και παιδιών και το εργαστήριο να διαθέτει υπερηχογράφο με κατάλληλες προδιαγραφές. Υπάρχουν περιπτώσεις που εξαιτίας της μη καλής προσέγγισης του ασθενούς και εξαιτίας της αυξημένης σύσπασης του κρεμαστήρα έγινε διάγνωση κρυφορχίας σε παιδιά που δεν είχαν.

#### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ο ανελκόμενος όρχις δεν χρειάζεται χειρουργική αποκατάσταση αλλά παρακολούθηση έως την ηλικία των 10 ετών και τότε περίπου το 90% θα καθηλωθεί στο όσχεο. Η παρακολούθηση είναι επιβεβλημένη διότι το 20-32% των παιδιών με ανελκόμενο όρχι θα οδηγηθεί σε επίκτητη κρυφορχία και τότε η επέμβαση πρέπει να είναι άμεση.

Ένδειξη για χειρουργική αποκατάσταση αποτελεί η εξέλιξη σε επίκτητη κρυφορχία και η μείωση του μεγέθους του όρχι.

Η άποψη την τελευταία διετία ότι πρέπει να χειρουργείται εκτός των ανωτέρω ενδείξεων δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένη.



**Περγάμαλης Γεώργιος**  
Χειρουργός Παιδιών  
Διευθυντής Γ' Χειρουργικής  
Κλινικής Παιδιών, ΜΗΤΕΡΑ

# DAVINCI

## ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ



**T**ο ρομποτικό σύστημα Da Vinci έφερε την επανάσταση όχι μόνο στη χειρουργική, αλλά και στην ιατρική εν γένει. Την τελευταία 15ετία εφαρμόζεται στην καθημέρα ιατρική πράξη και τα οφέλη του απολαμβάνουν χιλιάδες ασθενείς σε όλο τον κόσμο.

Η ρομποτική χειρουργική είναι η εξέλιξη της λαπαροσκοπικής χειρουργικής, απαλλαγμένη, όμως, από κάποια σημαντικά μειονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής όπως η εικόνα δύο διαστάσεων και η αστάθεια της, ο τρόμος (τρέμουλο) των κινήσεων, το περιορισμένο εύρος κινήσεων και η ακαμψία των εργαλείων.

#### **Αντιθέτως, στη ρομποτική χειρουργική έχουμε:**

- τρισδιάστατη εικόνα,
- μεγέθυνση έως 15 φορές του οπτικού πεδίου,
- πολύ μεγάλο εύρος κινήσεων και ευελιξία, καθώς οι ρομποτικοί βραχίονες δίνουν τη δυνατότητα περιστροφής 360° των χειρουργικών εργαλείων μέσα στο πεδίο,
- απόσβεση του φυσιολογικού τρόμου των χεριών του χειρουργού και χρήση μικρότερων εργαλείων.

Όλα τα παραπάνω έχουν συντελέσει, ώστε όλες οι λαπαροσκοπικές επεμβάσεις και η συντριπτική πλειοψηφία των ανοικτών να μπορούν πλέον να διενεργηθούν με το ρομποτικό σύστημα Da Vinci με μεγαλύτερη ασφάλεια, ταχύτερη ανάρρωση και καλύτερα ογκολογικά και λειτουργικά αποτελέσματα για τον ασθενή. Η ειδικότητα στην οποία έχει την πιο ευρεία εφαρμογή το ρομποτικό σύστημα είναι η ουρολογία, καθώς έχει αποδειχθεί σε μελέτες ότι υπερέρχει έναντι της λαπαροσκοπικής και της ανοικτής χειρουργικής, ειδικά όσον αφορά στον καρκίνο του προστάτη και στη ριζική προστατεκτομή, αλλά και στον καρκίνο του νεφρού και της ουροδόχου κύστης.

Με το ρομποτικό σύστημα Da Vinci η ριζική προστατεκτομή γίνεται από μικροσκοπικές οπές σε αντίθεση με την τομή 8-10 εκατοστών της ανοικτής ριζικής προστατεκτομής, έχουμε τρισδιάστατη όραση με πολύ υψηλή ευκρίνεια και μεγέθυνση και παρέχεται η δυνατότητα πολύ λεπτών χειρουργικών χειρισμών με ακρίβεια χιλιοστού λόγω της μεγάλης ευελιξίας και εύρους κινήσεων των ρομποτικών βραχιόνων.

Σε όλα τα παραπάνω οφείλεται το γεγονός ότι εμφανίζεται σχεδόν μηδενικό ποσοστό στενωμάτων κυστεοουρηθρικής αναστόμωσης σε σύγκριση με ποσοστά 6-80% στην ανοικτή επέμβαση. Το 91% των ασθενών έχει πλήρη εγκράτεια στον 1,5 μήνα σε σύγκριση με το 60% στους 6 μήνες για την ανοικτή και στυτική λειτουργία με ποσοστά ικανοποίησης 60-95% σε σύγκριση με 10-60% στην ανοικτή χειρουργική. Γι' αυτό το λόγο, είναι η μέθοδος επιλογής ειδικά σε νέους άνδρες, οι οποίοι είναι ενεργοί σεξουαλικά και δραστήριοι επαγγελματικά, καθώς διατηρείται σε υψηλά επίπεδα η ποιότητα ζωής τους. Ο χειρουργός ουρολόγος που διενεργεί τις ρομποτικές επεμβάσεις πρέπει να είναι πιστοποιημένος ρομποτικός χειρουργός μέσω συγκεκριμένων διαδικασιών, έμπειρος και εξοικειωμένος με το χειρισμό του ρομποτικού συστήματος.

#### **Πλεονεκτήματα**

Με τη ρομποτική χειρουργική, λόγω της δυνατότητας πολύ λεπτών χειρουργικών χειρισμών με ακρίβεια χιλιο-

στού και της εξαιρετικής οπτικής και ευκρίνειας που παρέχει στον χειρουργό, διαφυλάσσονται τα αγγεία, τα νεύρα, οι σφιγκτήρες και όλες οι σημαντικές ανατομικές δομές, ώστε να εξασφαλίζεται η διατήρηση της στύσης και η εγκράτεια κατά την ούρηση του ασθενούς, τα οποία αποτελούν τις δύο πολύ σημαντικές επιπλοκές που παρουσιάζονται μετά την ανοικτή ριζική προστατεκτομή.

#### **Τα υπόλοιπα πλεονεκτήματα είναι:**

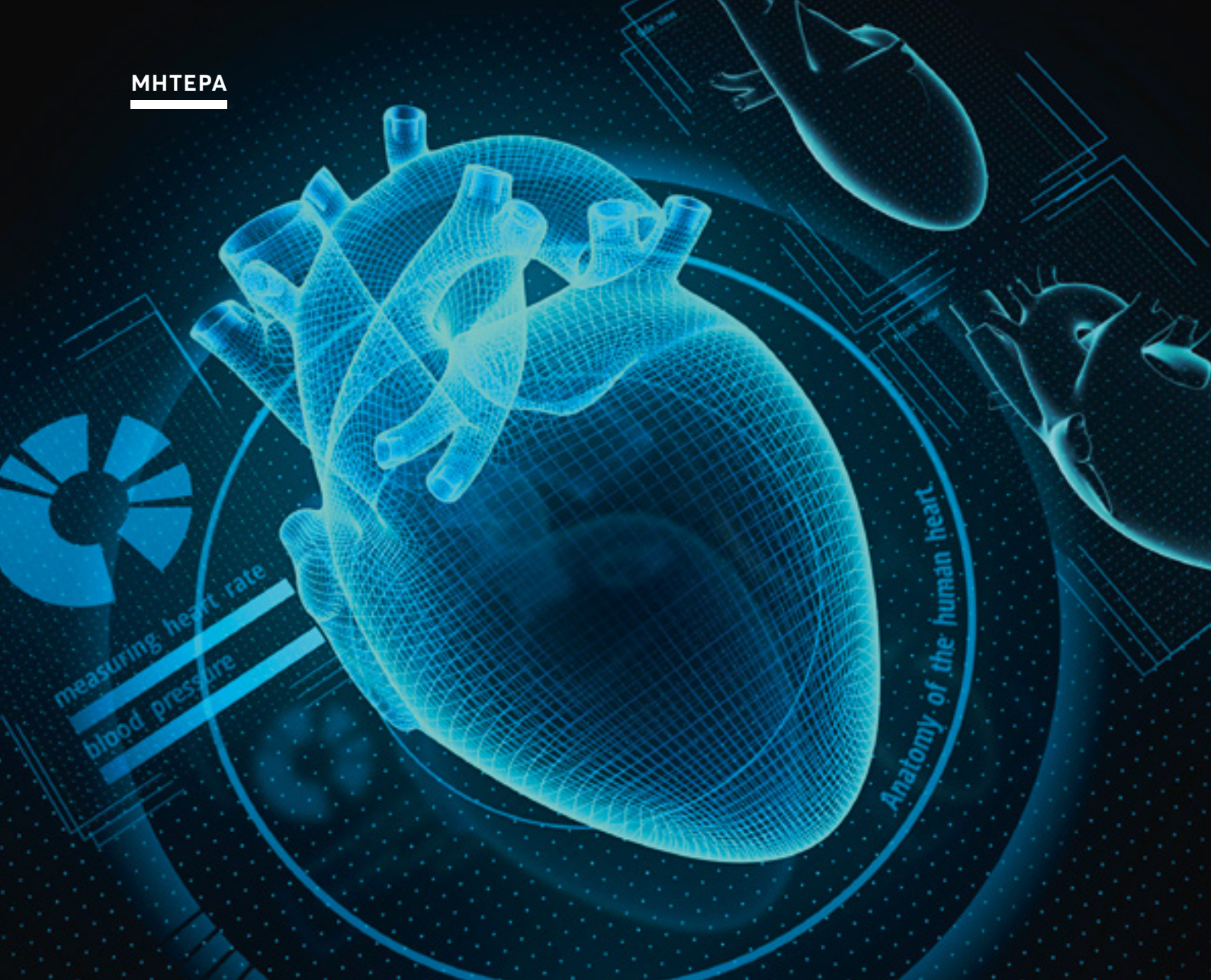
- Σπάνια απαιτείται μετάγγιση αίματος, καθώς η αιμορραγία με το ρομποτικό σύστημα Da Vinci είναι ελάχιστη.
- Ο χρόνος νοσηλείας έχει μειωθεί στις 2-3 ημέρες σε σχέση με τις 7 μετά την ανοικτή χειρουργική.
- Ο ασθενής από τις πρώτες ημέρες είναι πλήρως λειτουργικός κι επανέρχεται στις πλήρεις δραστηριότητές του μετά από 15-20 ημέρες σε αντίθεση με τον 1-1,5 μήνα που απαιτείται μετά την ανοικτή επέμβαση.
- Εξασφαλίζει μικρότερο μετεγχειρητικό πόνο και άρα, ταχύτερη κινητοποίηση του ασθενούς.
- Μειώνει σημαντικά την πιθανότητα διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Δεν υπάρχει τομή παρά μόνο 5 μικροσκοπικές οπές 8-10 χιλιοστών.
- Μικρότερη διάρκεια αναισθησίας.

---

**Το ΥΓΕΙΑ διαθέτει όλα τα σύγχρονα μέσα για τη διενέργεια ρομποτικών επεμβάσεων με ασφάλεια και άριστα αποτελέσματα, καθώς υπάρχει εκπαιδευμένη ομάδα στη λειτουργία του συστήματος Da Vinci Xi, αποτελούμενη από εξειδικευμένους αναισθησιολόγους και νοσηλευτές.**



**Παναγιώτης Ρουμπέσης**  
Ουρολόγος  
Διευθυντής Δ' Ουρολογικής  
Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ  
Επιστημονικός Συνεργάτης ΥΓΕΙΑ



# ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

## ΚΑΙΝΟΤΟΜΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ & ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ

**Η** επιτυχής άσκηση της παιδοκαρδιοχειρουργικής αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της ιατρικής διότι πραγματοποιείται σε ιδιαίτερα ευπαθείς οργανισμούς με πολλούς παράγοντες κινδύνου, αλλά και τεράστιο φάσμα ανατομικών προβλημάτων, πολυπλοκότητας και απείρων συνδυασμών αυτών.

Έτσι, είναι πολύ δύσκολο να εκτιμηθεί με ακρίβεια ο κίνδυνος της χειρουργικής αντιμετώπισης της πάθησης για κάθε ασθενή, λαμβάνοντας μάλιστα υπ' όψιν ότι συχνά υπάρχουν διάφορες εναλλακτικές χειρουργικές προσεγγίσεις.

Όμως, η ακριβής εκτίμηση των κινδύνων κάθε επέμβασης είναι απαραίτητη, ώστε ο ιατρός να επιλέξει σω-



στά την καλύτερη χειρουργική μέθοδο για τον συγκεκριμένο ασθενή του. Μέχρι σήμερα, η εκτίμηση του πιθανού κινδύνου στηρίζεται κυρίως στη γνώση και εμπειρία του θεράποντος ιατρού που μπορεί βέβαια να είναι μεγάλη, αλλά σίγουρα αποτελεί μικρό υποσύνολο της συνολικής συσσωρευμένης παγκόσμιας εμπειρίας στην παιδοκαρδιοχειρουργική.

Από την άλλη πλευρά, οι γονείς έχουν δικαίωμα να γνωρίζουν την αξιολόγηση των χειρουργικών αποτελεσμάτων των κέντρων όπου απευθύνονται για τη θεραπεία των παιδιών τους. Όμως, οι σχεδόν άπειροι συνδυασμοί των παιδοκαρδιολογικών παθήσεων και παραγόντων κινδύνου, δηλαδή η μοναδικότητα κάθε παιδιού, καθιστούν την αντικειμενική αξιολόγηση των παιδοκαρδιοχειρουργικών αποτελεσμάτων ενός κέντρου πολύ δύσκολη. Δεν είναι εύκολη η διάκριση ανάμεσα σε δυσμενή αποτελέσματα που είναι δικαιολογημένα λόγω συνύπαρξης πολλών παραγόντων κινδύνου σε κάποιους ασθενείς και σε αυτά που ακόμα και λαμβάνοντας υπ' όψιν τους παράγοντες κινδύνου δεν δικαιολογούνται. Έτσι, ανεπαρκή χειρουργικά αποτελέσματα μπορεί συχνά να αποδίδονται εύκολα σε διάφορους αόριστους παράγοντες κινδύνου όπως αντιμετώπιση «δύσκολων περιπτώσεων». Μία τέτοια εύκολη και επιστημονικά ατεκμηρίωτη δικαιολογία απλώς εμποδίζει τον εντοπισμό προβληματικών υπηρεσιών και την ανάληψη διορθωτικών δράσεων.

#### **Τεχνητή νοημοσύνη & μηχανική μάθηση**

Σε αυτές ακριβώς τις μεγάλες προκλήσεις της εξατομικευμένης πρόγνωσης και της αντικειμενικής αξιολόγησης των παιδοκαρδιοχειρουργικών αποτελεσμάτων δίνει λύση η τεχνητή νοημοσύνη και η μηχανική μάθηση. Σε συνεργασία με τον Καθηγητή Δημήτρη Μπερτσιμά στο MIT των ΗΠΑ, έχουμε αναπτύξει καινοτόμες μεθόδους της τεχνητής νοημοσύνης και έχουμε αναλύσει τον τεράστιο όγκο δεδομένων της Ευρωπαϊκής Παιδοκαρδιοχειρουργικής Εταιρείας για περισσότερες από 300.000 παιδοκαρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. Οι μαθηματικοί αλγόριθμοι που αναπτύξαμε εξετάζουν τα δεδομένα με εντελώς ψυχρό και αντικειμενικό τρόπο, χωρίς ανθρώπινη παρέμβαση ή προκατάληψη, ανακαλύπτοντας σε ελάχιστο χρόνο συσχετισμούς ανάμεσα στους διάφορους παράγοντες κινδύνου και καταλήγοντας σε ακριβείς προβλέψεις με τρόπο και ταχύτητα που δεν μπορεί να πραγματοποιήσει ο ανθρώπινος εγκέφαλος.

#### **Με αυτή τη μεθοδολογία έχουμε επιτύχει:**

- Πρώτον, την ακριβέστερη δυνατή εξατομικευμένη πρόγνωση για τον κάθε ασθενή, ανοίγοντας το δρόμο για την εξατομικευμένη ιατρική (personalized medicine) του μέλλοντος.
- Δεύτερον, και εξίσου σημαντικό, την απολύτως αντικειμενική αξιολόγηση των διαφόρων παιδοκαρδιοχειρουργικών κέντρων. Η τεχνολογία μας επιτρέ-

πει τη δημιουργία μιας «ακτινογραφίας» του κάθε παιδοκαρδιοχειρουργικού κέντρου, αποκαλύπτοντας, όπου υπάρχουν, στοιχεία αριστείας αλλά και εντοπίζοντας συχνά δυσδιάκριτες στον άνθρωπο αδυναμίες. Ο εντοπισμός ενδεχομένων αδυναμιών σε ένα παιδοκαρδιοχειρουργικό πρόγραμμα είναι, φυσικά, απολύτως απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάληψη στοχευμένων δράσεων για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων στο πλαίσιο ενός διαρκούς προγράμματος διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας.

Τα αποτελέσματα αυτά της πρωτοποριακής ερευνητικής προσπάθειας έχουν ήδη δημοσιευτεί στο εγκυρότερο επιστημονικό περιοδικό παιδοκαρδιοχειρουργικής, στο *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery*. Μάλιστα, η σχετική δημοσίευσή μας είναι ήδη η πιο διαβασμένη παιδοκαρδιοχειρουργική μελέτη των τελευταίων 6 μηνών.

#### **Συμπερασματικά**

Η τεχνητή νοημοσύνη στην παιδοκαρδιοχειρουργική δεν υποκαθιστά τον ιατρό, αλλά του προσφέρει πανίσχυρα εργαλεία που αντλούν αυτομάτως πληροφορίες από τη συσσωρευμένη παγκόσμια παιδοκαρδιοχειρουργική εμπειρία για να τον βοηθήσουν στην επιλογή της βέλτιστης στρατηγικής αντιμετώπισης, εξατομικευμένης για κάθε ασθενή, ώστε να επιτυγχάνονται τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

Παράλληλα, η τεχνητή νοημοσύνη επιτρέπει την αυτόματη και αντικειμενική παρακολούθηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των παιδοκαρδιοχειρουργικών κέντρων, ώστε αφενός οι γονείς και οι ασθενείς να έχουν την αντικειμενική και διαφανή πληροφόρηση που δικαιούνται για τα χειρουργικά αποτελέσματα που μπορούν να περιμένουν και αφετέρου να παρέχεται η πληροφορία στο κάθε κέντρο ώστε να εντοπίζονται και να διορθώνονται εγκαίρως και στοχευμένα οι όποιες αδυναμίες προς όφελος των ασθενών.



**Γιώργος Σαρής**  
Παιδοκαρδιοχειρουργός  
Διευθυντής Β' Παιδοκαρδιοχειρουργικής  
Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ



# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

## ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**Ο** καρκίνος στην παιδική ηλικία είναι σπάνιος, αλλά σε μεγάλο ποσοστό είναι μια ιάσιμη νόσος. Με την κατάλληλη θεραπεία 4 στα 5 παιδιά με καρκίνο σήμερα πετυχαίνουν την πλήρη ίαση. Ωστόσο, καμία θεραπεία δεν είναι άμοιρη ανεπιθύμητων ενεργειών. Η χημειοθεραπεία, που στοχεύει στην αναχαίτιση του άναρχου κυτταρικού πολλαπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων, μπορεί να προκαλέσει ποικίλες «παράπλευρες απώλειες» λόγω της δράσης της και σε υγιείς ιστούς, των οποίων τα κύτταρα επίσης πολλαπλασιάζονται γρήγορα (π.χ. τρίχες, δέρμα, βλεννογόνοι, μυελός των οστών).

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες δεν εμφανίζονται σε όλα τα παιδιά με καρκίνο με την ίδια ένταση και βαρύτητα. Αυτό εξαρτάται από το είδος, τη συχνότητα και τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και από ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες που ενδεχομένως σχετίζονται και με γενετική προδιάθεση ευαισθησίας συγκεκριμένων οργάνων στόχων σε συγκεκριμένους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες. Γεγονός πάντως είναι ότι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους και πιο σπάνια, απειλούν την ίδια την ίασή τους. Επομένως, η πρόληψη όπου αυτό είναι δυνατό, αλλά κυρίως η έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση έχουν ιδιαίτερη σημασία.

### Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας:

#### • Καταστολή του μυελού των οστών (αναιμία, θρομβοπενία, ουδετεροπενία) και ανοσοκαταστολή

Ως αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας οι τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων, της αιμοσφαιρίνης και των αιμοπεταλίων μειώνονται. Η πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων και της άμυνας του οργανισμού προκαλεί αυξημένη ευαισθησία σε λοιμώξεις και απαιτεί εγρήγορση σε περίπτωση πυρετού για άμεση εισαγωγή στο νοσοκομείο και έναρξη ενδοφλέβιας αντιβίωσης ή και χορήγηση αυξητικών παραγόντων. Η πτώση της αιμοσφαιρίνης προκαλεί κόπωση και αδυναμία και η πτώση των αιμοπεταλίων εκχυμώσεις και αιμορραγία που επίσης απαιτούν εισαγωγή στο νοσοκομείο για μεταγγίσεις παραγώγων αίματος.

#### • Απώλεια όρεξης, διαταραχές γεύσης, ναυτία, έμετοι

Συνήθως αντιμετωπίζονται με αντιεμετικά φάρμακα. Όμως, όταν το αντικειμενικό αίσθημα ναυτίας ενισχύεται από ψυχοσωματικούς μηχανισμούς που επιδρούν στο κέντρο εμέτου, η αντιμετώπιση γίνεται πιο δύσκολη. Ενθαρρύνουμε τα παιδιά να τρώνε όσο θέλουν και μπορούν, ακόμα κι αν επιλέγουν συγκεκριμένες μόνο τροφές που τα ανακουφίζουν. Υπερθερμιδικά σκευάσματα διατροφής μπορεί να αποτρέψουν τη σημαντική απώλεια βάρους, ενώ σε πιο σοβαρές περιπτώσεις απαιτείται εντερικός σωλήνας σίτισης ή παρεντερική διατροφή.

#### • Στοματίτιδα, άλλες βλεννογονίτιδες, διαταραχές στο γαστρεντερικό σύστημα (δυσκοιλιότητα, διάρροιες)

Η στοματίτιδα είναι από τις πιο επώδυνες ανεπιθύμητες ενέργειες που επιπλέον κάνει τη σίτιση δύσκολη και σε

σοβαρές περιπτώσεις απαιτεί παρεντερική διατροφή. Η φροντίδα της στοματικής υγιεινής και η προληπτική χρήση στοματικών διαλυμάτων μπορεί να βοηθήσουν, αλλά στις σοβαρές περιπτώσεις απαιτείται νοσηλεία για ενδοφλέβια χορήγηση ισχυρών αναλγητικών (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη αλλά και οπιοειδή).

#### • Καρδιοτοξικότητα, νεφροτοξικότητα, ηπατική τοξικότητα, δερματική τοξικότητα, νευροτοξικότητα

Είναι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες που απαιτούν στοχευμένη φαρμακευτική αγωγή και συχνά νοσηλεία, συνήθως όμως προλαμβάνονται με εργαστηριακή επιτήρηση και προληπτικές παρεμβάσεις.

#### • Η απώλεια των μαλλιών

Είναι η παρενέργεια που συνήθως εμφανίζεται πρώτη. Ίσως η πιο αθώα για τους επαγγελματίες υγείας, αλλά η πιο επώδυνη για τα παιδιά και τις οικογένειές τους, καθώς αλλάζει την εικόνα εαυτού και επηρεάζει την αίσθηση ταυτότητας, την αυτοπεποίθηση και την επιθυμία για κοινωνική συναναστροφή. Πέρα από τη διαβεβαίωση ότι «τα μαλλιά θα ξαναβγούν», μεγαλύτερη σημασία έχει να προετοιμάσουμε τα παιδιά για την απώλεια πριν συμβεί, να τους αφήσουμε χώρο και χρόνο να θρηνήσουν, αλλά και ελευθερία επιλογών για την αντιμετώπισή της (προσθετικά μαλλιά, καπέλα και πολύχρωμες μπαντάνες ή όμορφα γυμνά κεφάλια).

Ο καρκίνος της παιδικής ηλικίας ανατρέπει συθέμελα τη ζωή των παιδιών και των οικογενειών τους. Η προοπτική της ίασης δείχνει το φως στο τέλος του δρόμου, αλλά η θεραπεία και οι παρενέργειές της κάνουν ακόμα πιο δύσκολη τη διαδρομή. Πέρα από τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις, η διατήρηση της κανονικότητας στα νέα δεδομένα (η διατήρηση της σύνδεσης με το σχολείο και τους φίλους, η φυσική δραστηριότητα και κυρίως το παιχνίδι!) μπορεί να μειώσει τη δυσφορία των παρενεργειών της θεραπείας και να είναι εξίσου θεραπευτική.

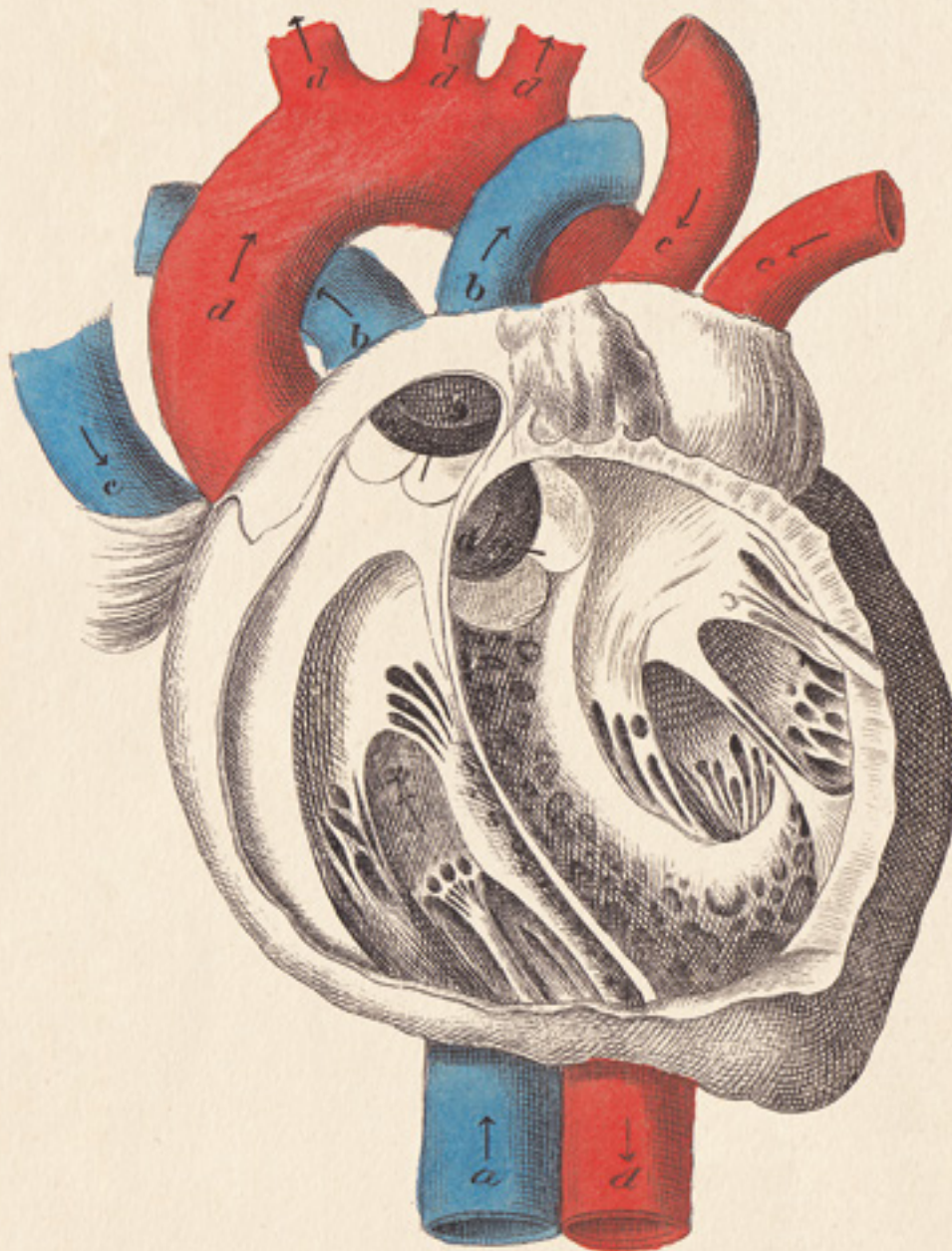


Ελένη Δανά

Παιδίατρος-Ογκολόγος  
Αναπληρώτρια Διευθύντρια  
Ογκολογικής Κλινικής Παιδών  
& Εφήβων, Παιδών ΜΗΤΕΡΑ

# ΔΙΑΚΑΘΕΤΗΡΙΑΚΗ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ ΤΑΥΙ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ  
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΓΑΛΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ



### Στένωση αορτής

Η αορτική βαλβίδα βρίσκεται μεταξύ της αριστερής κοιλίας της καρδιάς και της αορτής, δηλαδή του μεγάλου αγωγού που διοχετεύει το αίμα από την καρδιά στα διάφορα όργανα. Ο ρόλος της είναι να ανοίγει ευχερώς ώστε να επιτρέπει την προς τα εμπρός ροή του αίματος και να κλείνει στεγανά ώστε να μην υπάρχει διαρροή αίματος προς τα πίσω. Στην περίπτωση που υπάρχει σοβαρός περιορισμός στη διάνοιξη της βαλβίδας έχουμε τη λεγόμενη «στένωση αορτής», η οποία όταν είναι σοβαρού βαθμού προκαλεί συμπτώματα, αλλά και σηματοδοτεί σημαντική ελάττωση της επιβίωσης των ασθενών. Η θνησιμότητα φθάνει το 50% σε 3 χρόνια. Κύρια αιτία αποτελεί η σκλήρυνση της βαλβίδας λόγω εναπόθεσης αλάτων ασβεστίου. Αυτή η κατάσταση εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (>13% σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 75 ετών).

### Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση της μπορεί να γίνει μόνο με αντικατάσταση της βαλβίδας, στην οποία διανοίγεται ο θώρακας, ή με εμφύτευση μιας νέας βαλβίδας στη θέση της παλαιάς βαλβίδας με τη βοήθεια καθετήρα χωρίς επέμβαση (διακαθετηριακή εμφύτευση βαλβίδας, transcatheter valve implantation, TAVI).

### TAVI: Επέμβαση χαμηλού κινδύνου

Η TAVI εξελίχθηκε σημαντικά τις τελευταίες 2 δεκαετίες, ώστε να αποτελεί μια επέμβαση χαμηλού κινδύνου, η οποία προσφέρει ανακούφιση από τα συμπτώματα, βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, αλλά και σημαντική αύξηση της επιβίωσης.

Δεδομένου ότι οι ασθενείς με σοβαρού βαθμού στένωση αορτής είναι συνήθως μεγάλης ηλικίας, μπορεί να έχουν συνυπάρχουσες παθήσεις, οι οποίες αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο από μια ανοικτή χειρουργική επέμβαση. Σε ασθενείς που ο κίνδυνος είναι απαγορευτικός για ανοικτή επέμβαση, η TAVI προσφέρει μια αποτελεσματική λύση με δραστικά καλύτερη επιβίωση στην πενταετία σε σχέση με τη φαρμακευτική θεραπεία. Προς το παρόν, η TAVI συνιστάται διεθνώς ως πρώτη επιλογή σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας με υψηλό εγχειρητικό κίνδυνο.

Οι τεχνικές βελτιώσεις των βαλβίδων που διατίθενται προσφέρουν πολλές επιλογές για μια εξατομικευμένη προσέγγιση της TAVI ανάλογα με τα ιδιαίτερα ανατομικά χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς. Επιπρόσθετα, τα τελευταία χρόνια η μέθοδος δεν αντιμετωπίζεται ως λύση ανάγκης αλλά ως αποτελεσματική θεραπεία με πολυετή διάρκεια. Αυτή η εξέλιξη οδήγησε σε μείωση των αγγειακών επιπλοκών από τα σημεία της προσπέλασης με τον καθετήρα της βαλβίδας, καθώς και του κινδύνου ανάπτυξης εγκεφαλικού επεισοδίου. Ακόμα, έχουν

αναπτυχθεί τεχνικές για τη διευκόλυνση της μετέπειτα πρόσβασης στις στεφανιαίες αρτηρίες, για τη μείωση της παραβαλβιδικής διαφυγής αλλά και της ανάγκης εμφύτευσης μόνιμου βηματοδότη.

### Σε ποιους ασθενείς εφαρμόζεται η TAVI;

Η επιλογή ασθενούς για TAVI συζητείται από ομάδα ειδικών (ομάδα καρδιάς), οι οποίοι εκτιμούν την κατάσταση του ασθενούς και τα δεδομένα των ειδικών εξετάσεων (triplex καρδιάς, στεφανιογραφία). Η επιλογή της κατάλληλης βαλβίδας γίνεται ανάλογα με τα ιδιαίτερα ανατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς όπως αυτά εκτιμώνται από την αξονική τομογραφία της αορτής και η επέμβαση σχεδιάζεται με όλες τις λεπτομέρειες πριν από την είσοδο του ασθενούς στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Επιπλέον, οι ασθενείς παρακολουθούνται σε τακτική βάση μετά την επέμβαση.

Η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας οδηγούν σε αύξηση των ασθενών μεγάλης ηλικίας με σοβαρού βαθμού στένωση αορτής, οι οποίοι θα χρειασθούν χειρουργική ή επεμβατική θεραπεία. Μολαταύτα, φαίνεται ότι διεθνώς μόνο ένα ποσοστό αυτών των ασθενών οδηγείται σε έγκαιρη θεραπεία. Εκτός από τα προφανή οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας ζωής που είναι εξαιρετικά σημαντική σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε TAVI παρουσιάζουν επιβίωση παρόμοια με εκείνη του αντίστοιχου γενικού πληθυσμού. Επομένως, η ύπαρξη της δυνατότητας για αποτελεσματική θεραπεία της σοβαρού βαθμού στένωσης αορτής μέσω της ελάχιστα επεμβατικής TAVI αποτελεί μια ευκαιρία που αξίζει να αξιοποιηθεί.



**Άγγελος Ρηγόπουλος**  
Επεμβατικός Καρδιολόγος, Αναπληρωτής  
Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής  
Ενηλίκων ΜΗΤΕΡΑ

# ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ & ΑΥΤΟΑΝΟΣΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

## ΠΩΣ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ;



**T**α αυτοάνοσα νοσήματα είναι οι παθήσεις που προκαλούνται από υπερβολική και λανθασμένη απόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος έναντι του ίδιου του οργανισμού. Το ανοσοποιητικό σύστημα αναγνωρίζει δικά του στοιχεία σαν ξένα, ενεργοποιώντας μια φλεγμονώδη αντίδραση σε διάφορους ιστούς.

Τα αυτοάνοσα αποτελούν μια ομάδα νοσημάτων με μεγάλη ετερογένεια ως προς την επιδημιολογία και τις κλινικές τους εκδηλώσεις. Προσβάλλουν το 5-8% του γενικού πληθυσμού και σε μεγαλύτερο ποσοστό γυναίκες στην ηλικία τεκνοποίησης παρά άντρες, ενώ το κληρονομικό ιστορικό φαίνεται να παίζει μεγάλο ρόλο.

Η συσχέτιση ανάμεσα στην αναπαραγωγική αποτυχία και στη διάσπαση της ανοσολογικής ανοχής που χαρακτηρίζει τις αυτοάνοσες ασθένειες έχει αναγνωριστεί εδώ και δεκαετίες. Αρκετές μελέτες υποδηλώνουν ότι αυτοάνοσοι μηχανισμοί μπορεί να επηρεάσουν την αναπαραγωγική ζωή και τη γονιμότητα και των δύο φύλων και συνήθως εκδηλώνονται ως υπογονιμότητα (αδυναμία σύλληψης).

### **Οι αυτοάνοσες παθήσεις διακρίνονται σε φλεγμονώδεις νόσους των αρθρώσεων:**

- ρευματοειδής αρθρίτιδα, μέγιστη επίπτωση: 35-55 χρονών
- αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα, μέγιστη επίπτωση: 23-40 χρονών

- ψωριασική αρθρίτιδα, >40 χρονών
- συστηματικός ερυθρελάτης λύκος, μέγιστη επίπτωση: 20-35 χρονών
- αντιφωσφολιπιδαιμικό σύνδρομο (APS)
- άλλα νοσήματα του συνδετικού ιστού
- αγγειίτιδες

### Υπογονιμότητα

Η γονιμότητα στις γυναίκες ρυθμίζεται από μια σειρά πολύ συντονισμένων και συγχρονισμένων αλληλεπιδράσεων στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-ωοθήκης. Ως εκ τούτου, η γυναικεία γονιμότητα μπορεί να επηρεαστεί από ασθένειες ή δυσλειτουργίες του αναπαραγωγικού συστήματος, του νευροενδοκρινικού συστήματος και του ανοσοποιητικού συστήματος.

Η υπογονιμότητα, δηλαδή η αδυναμία επίτευξης εγκυμοσύνης (ελεύθερες επαφές επί 12 μήνες), αφορά το 10%-20% των ζευγαριών και είναι μια διαταραχή αναπαραγωγής που έχει τεράστιες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής για εκατομμύρια ασθενείς. Επηρεάζει 1 στα 5 ζευγάρια και οι περισσότεροι ασθενείς υποβάλλονται σε εκτεταμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις στο ταξίδι τους για τη δημιουργία μιας οικογένειας.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες περίπου το 10% των γυναικών ηλικίας 15 έως 44 ετών εκτιμάται ότι δυσκολεύεται να συλλάβει ή να μείνει έγκυος. Σε όλο τον κόσμο 8-12% των ζευγαριών αντιμετωπίζει προβλήματα γονιμότητας. Περίπου 10-15% των στειρών ζευγαριών χαρακτηρίζεται ως ανεξήγητη (ιδιοπαθής) κατηγορία, όπου δεν μπορεί να εντοπιστεί προφανής αιτία υπογονιμότητας. Το σύνδρομο αναπαραγωγικής αυτοάνοσης αποτυχίας περιγράφηκε αρχικά από τους Gleicher et al. σε γυναίκες με ενδομητρίωση, στειρότητα και αυξημένα αυτοαντισώματα.

### Αυτοάνοσες ασθένειες

Η αυτοάνοση μπορεί να οδηγήσει σε αποτυχία αναπαραγωγής σε διαφορετικά στάδια της αναπαραγωγικής διαδικασίας ανάλογα με την ποιότητα και ενδεχομένως την ποσότητα της μη φυσιολογικής αυτοάνοσης απόκρισης (διαταραχή ανοσολογικής ανοχής).

Η αυτοάνοση μπορεί να επηρεάσει όλα τα στάδια της γονιμότητας:

- μέσω της αποτυχίας των ωοθηκών,
- της αποτυχίας των όρχεων,
- της αποτυχίας εμφύτευσης,
- της απώλειας της εγκυμοσύνης.

Οι αυτοάνοσες ασθένειες μπορεί να σχετίζονται με στειρότητα και απώλεια εγκυμοσύνης μέσω διαφορετικών υποθετικών μηχανισμών.

### Ενδείξεις αυτοάνοσης:

- ιστορικό επαναλαμβανόμενων αποβολών,

- ιστορικό επαναλαμβανόμενων αποτυχιών IUI/ IVF,
- ανεξήγητη στειρότητα,
- προυπάρχουσα ανοσολογική διαταραχή,
- αυτοάνοσες ασθένειες όπως θυρεοειδής, διαβήτης κ.ά.

Αν και δεν έχουν διεξαχθεί πολλές μελέτες σε ανθρώπους, ο ρόλος της κυτταρικής ανοσίας στην αυτοάνοση των ωοθηκών, εκτός από τη χημική ανοσία, έχει ανιχνευθεί τόσο τοπικά στην ωοθήκη όσο και στην περιφέρεια.

Ωστόσο, λόγω των τεχνικών δυσκολιών στην καθημερινή εργαστηριακή εργασία, οι περισσότερες κλινικές μελέτες περιορίζονται στην ανίχνευση αντισωμάτων ορού για τον καθορισμό αυτοάνοσης ενεργοποίησης σε έναν ασθενή.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι αυτό της «υποκλινικής αυτοάνοσης» όπου γυναίκες παρουσιάζουν παρόμοιες χημικές (εργαστηριακές) διαταραχές όπως οι ασθενείς με καθορισμένες αυτοάνοσες ασθένειες αλλά δεν εκφράζουν κανένα από τα κλινικά συμπτώματα που απαιτούνται για τη διάγνωση μιας αυτοάνοσης νόσου.

Υπάρχουν σημαντικές εργαστηριακές εξετάσεις που πρέπει να ολοκληρωθούν για ασθενείς που έχουν ανοσολογικά προβλήματα γονιμότητας. Τα αυτοάνοσα νοσήματα του θυρεοειδούς, ακόμη και απουσία υποθυρεοειδισμού, έχουν συσχετιστεί με τη στειρότητα και τη μειωμένη ανταπόκριση στη θεραπεία της γονιμότητας. Επίσης, έχουν συνδεθεί με αυτοάνοση που σχετίζεται με τη γλουτένη. Τα αυτοάνοσα νοσήματα του θυρεοειδούς μπορεί να οδηγήσουν σε υπογλυκαιμία ή υπερθυρεοειδισμό και μπορεί να επηρεάσουν τη γονιμότητα.



**Κομνηνού Ελένη**

Ρευματολόγος

Υπεύθυνη Τμήματος Αυτοάνοσων

Ρευματικών Νοσημάτων Κήφης

ΜΗΤΕΡΑ

# ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΕΜΒΡΥΩΝ

## ΜΙΑ ΑΣΦΑΛΗΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ



**Η** μαγνητική τομογραφία σε έμβρυα εφαρμόζεται ευρέως τα τελευταία χρόνια στις περισσότερες χώρες του κόσμου και χαίρει αποδοχής τόσο από τους γυναικολόγους που παρακολουθούν την κύηση όσο και από τις μέλλουσες μητέρες, καθώς αποτελεί καθιερωμένη μέθοδο προγεννητικής απεικόνισης, η οποία συμπληρώνει

το υπερηχογράφημα σε κύσεις υψηλού κινδύνου. Θεωρείται ασφαλής μέθοδος εφόσον διενεργείται στο δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο της κύησης, ενώ μπορεί να πραγματοποιηθεί ακόμη και σε μαγνητικούς τομογράφους υψηλού πεδίου.

### **Πότε εφαρμόζεται;**

Σε μαγνητική τομογραφία υποβάλλονται έμβρυα αν



υπάρχει κάποιο δυνητικά παθολογικό εύρημα στο υπερηχογράφημα κύησης, συνήθως στο Β΄ επιπέδου, ή αν υπάρχει βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό ή παθολογικό εύρημα σε προηγούμενη κύηση. Η μαγνητική τομογραφία πραγματοποιείται προκειμένου να επιβεβαιωθεί το παθολογικό υπερηχογραφικό εύρημα και κυρίως για να αποκλειστούν συνοδές ανωμαλίες που είναι δυσδιάκριτες στο υπερηχογράφημα.

### Διάγνωση

Η μαγνητική τομογραφία έχει θέση προκειμένου να ελεγχθεί με λεπτομέρεια η ανατομική περιοχή του ενδιαφέροντος και να αποκλειστούν συνοδές ανωμαλίες που ίσως είναι δύσκολο να ελεγχθούν με υπερηχογράφημα αλλά επηρεάζουν δυσμενώς την πρόγνωση του εμβρύου. Η κάθε μέθοδος έχει ισχυρά και αδύναμα σημεία ως προς τη διαγνωστική αξία, ωστόσο αμφότερες, το υπερηχογράφημα κύησης και η μαγνητική τομογραφία εμβρύου, αποτελούν συμπληρωματικούς τρόπους απεικονιστικής διερεύνησης των εμβρύων. Έτσι, η μαγνητική τομογραφία επικεντρώνεται σε συγκεκριμένη ανατομική περιοχή ή σύστημα του εμβρύου και όχι σε ολόκληρο το σώμα όπως το υπερηχογράφημα. Πραγματοποιείται, για παράδειγμα, μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου εμβρύου ή τραχήλου ή θώρακος και κοιλίας ή σπονδυλικής στήλης εμβρύου. Το μυοσκελετικό σύστημα ελέγχεται δυσκολότερα με μαγνητική τομογραφία αφού η μέθοδος είναι λιγότερο ακριβής στην απεικόνιση των οστικών δομών.

### Η εξέταση

Η μέλλουσα μητέρα καλείται να προσέλθει στον μαγνητικό τομογράφο μετά από ολιγόωρη νηστεία. Προτείνεται να είναι όσο το δυνατόν ξεκούραστη και ήρεμη, αφού η ψυχολογική της κατάσταση επηρεάζει συχνά τη «συνεργασία» και την κινητικότητα του εμβρύου. Η εξέταση πραγματοποιείται βάση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων και με την επίβλεψη παιδοακτινολόγου.

Πρόσφατα, η Ευρωπαϊκή ομάδα δράσης για την απεικόνιση των εμβρύων (European Society of Pediatric Radiology Fetal Task Force) δημοσίευσε σε επιστημονικό άρθρο\* τις ενδείξεις μαγνητικής τομογραφίας του κεντρικού νευρικού συστήματος σε έμβρυα, ενώ ακολουθεί ανάλογο άρθρο για τις λοιπές ενδείξεις άλλων εμβρυικών συστημάτων. Μέχρι πρόσφατα κυριαρχούσε διχογνωμία και σύγχυση μεταξύ των διαφορετικών χωρών λόγω διαφορετικής νομοθεσίας αλλά και διαφορετικής πρακτικής και εφαρμογής των μεθόδων απεικόνισης των εμβρύων. Η έγκαιρη διάγνωση και απεικόνιση των συγγενών ανωμαλιών ή της λοιπής παθολογίας των εμβρύων είναι ουσιώδης αφού καθορίζει την πρόγνωση της εξέλιξης αυτών των παιδιών ενώ συχνά

επηρεάζει τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους και τη συμβουλευτική της οικογένειας για επόμενες κυήσεις.

Το Τμήμα Παιδιατρικής Ακτινολογίας του ΜΗΤΕΡΑ αντιπροσωπεύει την ελληνική συμμετοχή στην Ευρωπαϊκή Ομάδα Δράσης της Παιδοακτινολογικής Κοινότητας ESPR, μέσω της οποίας ανταλλάσσονται και καταγράφονται επιστημονικές πληροφορίες και εμπειρία ενώ επικαιροποιούνται τα δεδομένα και η εφαρμογή της μεθόδου.

Αξίζει να αναφερθεί ότι στο ΜΗΤΕΡΑ πραγματοποιούνται μαγνητικές τομογραφίες εμβρύων για περισσότερο από μια δεκαετία με άριστη συνεργασία ιατρών γυναικολόγων, ειδικών εμβρυϊκής απεικόνισης και συμβουλευτικής.



Συγγραφείς της μελέτης στο επιστημονικό περιοδικό *Pediatric Radiology*, 2021, 51Q2105-2114, doi: 10.1007/s00247-021-05104-w είναι κατά σειρά: Γεωργία Παπαϊωάννου, Willemijn Klein, Marie Cassart και Catherine Garel, όλες μέλη της ομάδας δράσης για την απεικόνιση των εμβρύων της Ευρωπαϊκής Παιδοακτινολογικής Κοινότητας.



Γεωργία Παπαϊωάννου  
Παιδοακτινολόγος  
Διευθύντρια Τμήματος Παιδιατρικής  
Ακτινολογίας ΜΗΤΕΡΑ

# ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ



**Η** ιστορία της ανθρωπότητας έχει καταγράψει αρκετές πανδημίες, δηλαδή επιδημίες λοιμωδών ασθενειών με γρήγορη διασπορά και εξάπλωση και απειλητικές συνέπειες στον παγκόσμιο πληθυσμό.

Ενδεικτικά:

- Μαύρη πανώλη, 14ος αιώνας: 75 εκατομμύρια νεκροί
- Χολέρα, 19ος αιώνας: δεκάδες εκατομμύρια θάνατοι
- Ελονοσία, 18ος-20ός αιώνας: 50 εκατομμύρια νεκροί
- Πανδημίες γρίπης, 20ος αιώνας: Πάνω από 500 εκατομμύρια θύματα
- Τον Μάρτιο 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χαρακτήρισε πανδημία την ασθένεια Covid-19.

Μέσα στη γενικότερη υγειονομική ανασφάλεια που προέκυψε από την κλιμάκωση της σύγχρονης πανδημίας, η αγωνία για την επίδρασή της στην κύηση αλλά και στην αναπαραγωγική ικανότητα απασχολούν την κοινότητα και την επιστημονική κοινότητα.

Σχετικά με την κύηση δεν διαθέτουμε ακόμα επαρκή στοιχεία που αφορούν στην πιθανότητα ενδομήτριας μόλυνσης και νόσησης του εμβρύου ή πρόκλησης βλάβης σε αυτό.

Παρ' όλα αυτά, τα υπάρχοντα δεδομένα φαίνεται ότι οδηγούν στη διαπίστωση αυξημένων ποσοστών πρώων τοκετών σε έγκυες θετικές σε κορωνοϊό σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Γνωρίζουμε ότι οι έγκυες γυναίκες αποτελούν ευπαθή ομάδα, επομένως είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τηρούν πιστά τους κανόνες πρόληψης για αποφυγή της νόσου:

- σχολαστική υγιεινή σώματος και συχνό πλύσιμο χεριών,
- χρήση μάσκας σε εσωτερικούς χώρους,
- κοινωνική αποστασιοποίηση,
- μέριμνα για ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος με υγιεινή διατροφή.

Με δεδομένο ότι ο κορωνοϊός προσβάλλει το αναπνευστικό κυρίως σύστημα με διαβάθμιση των πιθανών συμπτωμάτων από ήπια (συνάχι, πονόλαιμος) έως και σοβαρότερα (βήχας, πυρετός, δύσπνοια) είναι πολύ σημαντική η ψυχραιμία εγρήγορη και η τακτική επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό.

Ακόμη, καλό θα ήταν οι έγκυες να κάνουν διαγνωστικά τεστ ανά διαστήματα σε ασυμπτωματικές περιόδους.

Σε ό,τι αφορά στην επιρροή της πανδημίας στη γονιμότητα, δυστυχώς η εμπειρία μας είναι περιορισμένη. Αναφορές ενδείξεων για επιπτώσεις στην ποιότητα του σπέρματος των ανδρών που νοσούν από Covid-19 ενισχύουν την υπόθεση ότι ο λοιμογόνος αυτός εισβολέας επιδρά πολυσυστηματικά και στη γονιμότητα.

Είμαστε λοιπόν αντιμέτωποι με μια επιδημία που τώρα

καταγράφεται ιστορικά μέσα από τον θλιβερό απολογισμό των θυμάτων της, τις ιατρικές παρατηρήσεις και τα επιστημονικά συμπεράσματα. Παράλληλα, καθημερινά διατυπώνονται προβληματισμοί ως προς την ενδεχόμενη τοξικότητα του εμβολίου στη γονιμότητα και στην εμβρυϊκή ανάπτυξη.

### **Μπορούν και πρέπει να εμβολιαστούν οι γυναίκες που διανύουν κύηση ή την επιθυμούν άμεσα;**

Η επίσημη θέση της επιστημονικής κοινότητας ενθαρρύνει τον εμβολιασμό τόσο των εγκύων όσο και τον γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία, ζυγίζοντας πάντα το όφελος σε σχέση με τους δυνητικούς κινδύνους. Επίσημες μελέτες για την κύηση δυστυχώς απουσιάζουν, αλλά η παρακολούθηση πάνω από 300.000 εγκύων που έλαβαν mRNA εμβόλια δεν ανέδειξε αύξηση σε επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες. Ο εμβολιασμός κατά τη διάρκεια της κύησης μέσω των αντισωμάτων που περνούν διαπλακουντιακά στο έμβρυο δίνει στο νεογνό παθητική ανοσία.

Ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου όπως παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης ή υπέρταση, η προτεραιότητα για εμβολιασμό των εγκύων είναι αυξημένη.

Εξάλλου το post-Covid syndrome, που περιλαμβάνει τις απώτερες και μακροχρόνιες συνέπειες της λοίμωξης στους πνεύμονες, στο μυοκάρδιο και στο νευρικό σύστημα, αφορά δυστυχώς και τον νοσούντα πληθυσμό των εγκύων και των γυναικών που πρόκειται να κυοφορήσουν. Επομένως, ο ιός επιδρά και με αυτό τον τρόπο μακροπρόθεσμα στην έκβαση της κύησης αλλά και στην πιθανότητα τεκνοποίησης.

Θέλουμε να ζήσουμε, θέλουμε τα παιδιά μας να είναι υγιή, θέλουμε τα παιδιά μας να κάνουν παιδιά, θέλουμε να αντισταθούμε στη φυσική νομοτέλεια της πανδημίας που οδηγεί στην εξόντωση ενός μεγάλου μέρους του ανθρώπινου πληθυσμού. Η ανθρωπιστική οπτική δεν πρέπει να έχει δίλημμα.



**Σπυριδούλα Ψαρρού**  
Μαιευτήρας-Γυναικολόγος  
Επιστημονική Συνεργάτης ΛΗΤΩ

# ΒΙΤΑΜΙΝΗ D3

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΙΔΑΝΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ  
ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ;



**Η** βιταμίνη D3 είναι μια βιταμίνη που συντίθεται στο δέρμα των θηλαστικών από την προβιταμίνη D3 (7-διυδροχοληστερόλη) μετά από έκθεση τους στην υπεριώδη ακτινοβολία B (UVB) του ήλιου. Επιπλέον, μικρές ποσότητες βιταμίνης D3 μπορεί να προσληφθούν και από ορισμένες τροφές (ψάρια, αυγά, γαλακτοκομικά, ορισμένα είδη μανιταριών) και από τρόφιμα στα οποία προστίθενται τεχνητά μικρές ποσότητες βιταμίνης D3.

Η λογική έκθεση των γυμνών χεριών και των ποδιών στην ηλιακή ακτινοβολία για 12-15 λεπτά της ώρας

συνήθως αρκεί, για να καλυφθούν οι ημερήσιες ανάγκες του σώματος σε βιταμίνη D3.

Τόσο η βιταμίνη D2 όσο και η βιταμίνη D3 που συντίθεται στο δέρμα και προσλαμβάνεται με τροφές ή συμπληρώματα μεταβολίζονται στο ήπαρ σε 25 υδροξυβιταμίνη D3 [25(OH)D3].

Αυτός ο μεταβολίτης της βιταμίνης D3 αποτελεί λειτουργικό βιοδείκτη των αποθηκευμένων στο σώμα ποσοτήτων βιταμίνης D3 και διέρχεται από τον πλακούντα.

- Το ιδανικό επίπεδο προσδιορίζεται όταν η συγκέντρωση της 25 (OH) βιταμίνης D είναι πάνω από 30 ng/ml (75 nmol/L).
- Ήπια έλλειψη της βιταμίνης D έχουμε όταν η συγκέντρωση της 25 (OH) βιταμίνης D είναι μεταξύ 20 και 30 ng / ml (50-75 nmol/L).
- Σοβαρή έλλειψη της βιταμίνης D έχουμε όταν η συγκέντρωση της 25 (OH) βιταμίνης D είναι μεταξύ 10 και 20 ng / ml (25-50 nmol/L).
- Πολύ μεγάλη ανεπάρκεια βιταμίνης D η οποία θα πρέπει να διορθωθεί άμεσα θεωρείται όταν έχουμε συγκέντρωση της 25 (OH) βιταμίνης D μικρότερη των 10 ng/ml.

Η έλλειψη της βιταμίνης D μειώνει την απορρόφηση του ασβεστίου, όπως και του φωσφόρου, από το έντερο, οδηγώντας σε ανεπαρκή επιμετάλλωση των οστών.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης απαιτείται επιπλέον ασβέστιο για τη σκελετική ανάπτυξη του εμβρύου που επιτυγχάνεται με την απορρόφηση ασβεστίου από τα οστά της μητέρας και την απορρόφηση του ασβεστίου τροφικής προέλευσης, πράγμα που επιβάλλει την αύξηση της λήψης βιταμίνης D3 από τη μητέρα.

Οι χαμηλές συγκεντρώσεις βιταμίνης D κατά την εγκυμοσύνη σχετίζονται επίσης με:

- Κίνδυνο ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη κύησης (GDM): Η εμφάνιση GDM συσχετίζεται με σοβαρές ανεπιθύμητες καταστάσεις όπως προεκλαμψία, υψηλό κίνδυνο καισαρικής τομής, αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μεταβολικού συνδρόμου και σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Ο GDM μπορεί να συμβάλλει επίσης στη γέννηση υπέρβαρου νεογνού, στη νεογνική υπογλυκαιμία, στην αναπνευστική δυσφορία, στην παιδική παχυσαρκία, στον προδιαβήτη ή στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου I ή II και στην εκδήλωση καρδιαγγειακών παθήσεων κατά την ενήλικη ζωή.
- Εμφάνιση σοβαρής υποασβεστιαίας σε νεογνά.
- Αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μη ειδικής βακτηριακής κολπίτιδας συνδεδεμένης με επιπλοκές όπως καθ' έξιν αποβολές, πρόωρο τοκετό και γέννηση νεογνών χαμηλού βάρους.
- Αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων στο νεογνό, μη φυσιολογική ανάπτυξη των πνευμόνων,

αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης παιδικού άσθματος και αλλεργιών.

- Μη φυσιολογική ανάπτυξη του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων που πιθανώς συμβάλλει στην εκδήλωση νευρολογικών νοσημάτων όπως η πολλαπλή σκλήρυνση κατά την ενήλικη ζωή.
- Πιθανή συσχέτιση φαίνεται να υπάρχει και με την ελαττωμένη κορυφαία οστική μάζα (πυκνότητα) νεαρών ενηλίκων 20 περίπου ετών που γεννήθηκαν από μητέρες με σοβαρή έλλειψη βιταμίνης D.
- Λόγω οστεομαλακίας υπάρχει αυξημένη πιθανότητα κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας που οδηγεί συχνά σε μη εξέλιξη του τοκετού και σε αυξημένα ποσοστά καισαρικών τομών.

Γίνεται κατανοητό, λοιπόν, ότι οι έγκυες έχουν αυξημένες ανάγκες ασβεστίου και ότι είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν επαρκή επίπεδα βιταμίνης D3 για να εξασφαλίζεται η αποτελεσματική απορρόφηση του ασβεστίου.

Η εμπειρία του παρελθόντος έδειξε ότι η χορήγηση 10 microg/ημερησίως (400 IU/καθημερινά) σε όλες τις έγκυες μητέρες είναι επαρκής δόση για την πρόληψη των φανερών νεογνικών επιπλοκών της έλλειψης βιταμίνης D3.

Οι περιγεννητικές κατευθυντήριες οδηγίες των διεθνών Μαιευτικών και Γυναικολογικών Εταιρειών συνιστούν τη μέτρηση των επιπέδων της βιταμίνης D3 στον ορό σε όλες τις γυναίκες με κίνδυνο έλλειψης βιταμίνης D3 κατά την πρώτη προγεννητική τους επίσκεψη στον ιατρό τους.



**Βασίλης Νίκας**  
Μαιευτήρας-Γυναικολόγος  
Επιστημονικός Συνεργάτης ΛΗΤΩ

# ΔΥΣΜΗΝΟΡΡΟΙΑ

## ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΙΣΧΥΡΟΙ ΠΟΝΟΙ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ;



**Η** δυσμηνόρροια αποτελεί μια ιδιαίτερη περίπτωση πυελικού πόνου που απασχολεί πολλές γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και μπορεί να περιορίσει σημαντικά την καθημερινή δραστηριότητά τους. Συνήθως εμφανίζεται με τη μορφή κράμπας στο υπογάστριο και μπορεί να αντανakλά στην οσφύ, στη βουβωνική χώρα και στην έσω επιφάνεια των μηρών. Πολύ συχνά συνοδεύεται από γαστρεντερικές ενοχλήσεις, κεφαλαλγία, νευρικότητα, τάση στους μαστούς, κόπωση και ένα γενικότερο αίσθημα κακουχίας.

### **Υπάρχουν δύο τύποι δυσμηνόρροιας: Πρωτοπαθής δυσμηνόρροια**

Ως πρωτοπαθής περιγράφεται η δυσμηνόρροια

όταν απουσιάζει κάποια υποκείμενη παθολογία στην οποία θα μπορούσε να αποδοθεί ο πόνος. Αυτή η μορφή δυσμηνόρροιας αρχίζει με την έναρξη των ωοθυλακιορρηκτικών κύκλων, τυπικά εντός των δύο πρώτων ετών της εμμηνόπαυσης και είναι συνήθως πιο έντονη την πρώτη μέρα της εμμηνουρσίας. Άλλα συχνά αναφερόμενα συνοδά συμπτώματα είναι η ναυτία, η ημικρανία και η τάση για λιποθυμία.

Πολλές θεωρίες προσπαθούν να εξηγήσουν την προέλευση του άλγους αυτού αλλά η επικρατέστερη υποστηρίζει ότι ο πόνος οφείλεται στην αυξημένη παραγωγή φυσικών χημικών ουσιών που ονομάζονται προσταγλανδίνες από την εσωτερική επένδυση (ενδομήτριο) της μήτρας μετά την ωοθυλακιορρηξία, αλλά και στην έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης

(βασοπρεσίνης) από την υπόφυση του εγκεφάλου.

### **Δευτεροπαθής δυσμηνόρροια**

Η δευτεροπαθής δυσμηνόρροια αναφέρεται στον πόνο της περιόδου που οφείλεται σε κάποια παθολογική κατάσταση. Τα πιο συχνά αίτια είναι η ενδομητρίωση, οι κύστες ωοθηκών, τα ινομύωματα, οι συγγενείς διαμαρτίες των αναπαραγωγικών οργάνων, η αδενομύωση, η στένωση του τραχηλικού στομίου, η παρουσία πυελικών φλεγμονών και οι συμφύσεις.

Σε αντίθεση με την πρωτοπαθή, η δευτεροπαθής δυσμηνόρροια επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου, διαρκεί περισσότερο και συχνά εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες.

### **Διάγνωση**

Η λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού και η επιμελής γυναικολογική εξέταση αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της διαγνωστικής προσέγγισης της δυσμηνόρροιας. Εάν κριθεί απαραίτητο, μπορεί να χρειαστούν συμπληρωματικές εξετάσεις όπως υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων, υδρο-υπερηχογραφία μήτρας, μαγνητική τομογραφία της πυέλου, αιματολογικές εξετάσεις και καλλιέργειες κολπικού υγρού. Η διαγνωστική υστεροσκόπηση και η λαπαροσκόπηση βοηθούν στη διερεύνηση περιπτώσεων δυσμηνόρροιας όπου η γενεσιουργός αιτία παραμένει άγνωστη.

### **Αντιμετώπιση**

Για την αντιμετώπιση χρησιμοποιούνται απλά αναλγητικά, σπασμολυτικά ή μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη δισκία που δρουν αναστέλλοντας τη σύνθεση των προσταγλανδινών. Σε γυναίκες των οποίων ο πόνος ανθίσταται στη θεραπεία με παυσίπονα χορηγούνται αντισυλληπτικά δισκία και δισκία προγεστερόνης.

Γενικά μη φαρμακευτικά μέτρα που μπορούν να βοηθήσουν στη διαχείριση της δυσμηνόρροιας περιλαμβάνουν: διακοπή καπνίσματος, ελάττωση σωματικού βάρους, άσκηση, επαρκής ξεκούραση, τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων στο υπογάστριο, ρεφλεξολογία, βελονισμός και μείωση της κατανάλωσης ζάχαρης, αλκοόλ και αλατιού.

Στην ύφεση των συμπτωμάτων συμβάλλει ενδεχομένως και η χρήση βιταμινών του συμπλέγματος Β (Β1, Β6, Β12), η βιταμίνη Ε, το μαγνήσιο και κάποιες μορφές λιπαρών οξέων Ω3.

Στη δευτεροπαθή δυσμηνόρροια η θεραπεία εξαρτάται από την υποκείμενη διαταραχή και μπορεί να είναι φαρμακευτική ή χειρουργική.

Σε περιπτώσεις ενδομητρίωσης αρχικά χορηγείται ειδική φαρμακευτική αγωγή (συνδυασμένα αντι-

συλληπτικά, προγεσταγόνα, διενογέστη). Οι αγωνιστές της εκλυτικής ορμόνης των γοναδοτροπινών αποτελούν θεραπεία δεύτερης γραμμής για την αντιμετώπιση του πόνου της ενδομητρίωσης. Τα φάρμακα αυτά προκαλούν φαρμακευτική εμμηνόπαυση, έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες (απώλεια οστικής πυκνότητας, εξάψεις, κολπική ξηρότητα) και μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Δεν συνιστάται η χρήση τους σε έφηβες. Τα τελευταία χρόνια για το πυελικό άλγος που σχετίζεται με την ενδομητρίωση ενθαρρυντικά αποτελέσματα παρουσιάζει και η ενδομητρία τοποθέτηση σπειράματος απελευθέρωσης λεβονογεστρέλης.

Σε γυναίκες με δευτεροπαθή δυσμηνόρροια και πτωχή ανταπόκριση στη φαρμακευτική θεραπεία θα πρέπει να παρέχεται η επιλογή της εξατομικευμένης χειρουργικής αντιμετώπισης όπως για παράδειγμα η χειρουργική αφαίρεση των εστιών ενδομητρίωσης, η εξαίρεση των ινομυωμάτων και η λύση συμφύσεων. Ως έσχατη λύση σε πλήρη αποτυχία όλων των άλλων θεραπευτικών παρεμβάσεων όταν δεν τίθεται ζήτημα γονιμότητας και η δυσμηνόρροια επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής της ασθενούς, σαφώς λύση αποτελεί και η ολική αφαίρεση της μήτρας και των εξαρτημάτων αυτής (υστερεκτομή).

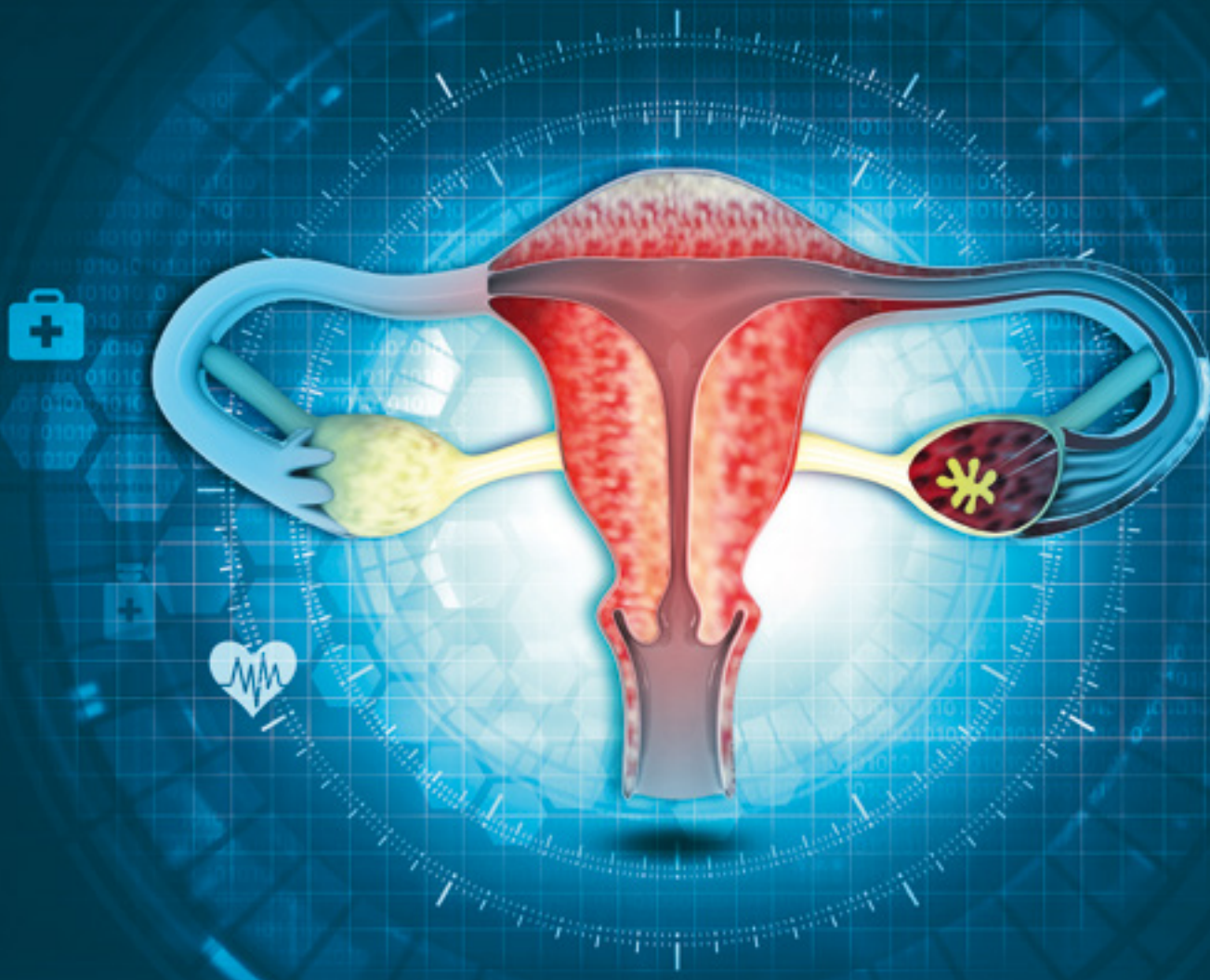
Οι γυναίκες με επώδυνη περίοδο πρέπει να απευθύνονται στον γυναικολόγο τους και εκείνος ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων θα διευκρινίσει το αίτιο της δυσμηνόρροιας και θα συστήσει την κατάλληλη θεραπεία που θα τις ανακουφίσει και θα τους εξασφαλίσει μια καλύτερη ποιότητα διαβίωσης.



**Ελένη Αραμπατζή**  
Μαιευτήρας-Γυναικολόγος  
Επιστημονική Συνεργάτης ΛΗΤΩ

# ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΡΟ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ



**Τ**α ινομυώματα είναι κοινοί καλοήθεις όγκοι του μυϊκού ιστού της μήτρας, ανευρίσκονται στο 25-30% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας και το ποσοστό αυτό αυξάνεται με την ηλικία. Αποτελούν μια συνηθισμένη κατάσταση στην εγκυμοσύνη αλλά το μέγεθος και η θέση των ινομυωμάτων στη μήτρα μπορούν σε ορισμένες περιπτώσεις να επηρεάσουν την επιτυχή έκβαση μιας εγκυμοσύνης.

Η αιτιοπαθογένεια είναι άγνωστη, ωστόσο η εμφάνισή τους έχει συσχετιστεί με παράγοντες όπως η κληρονομικότητα και τα αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων. Ανάλογα με την εντόπισή τους στη μήτρα κατατάσσονται σε ενδοτοιχωματικά, υπορογόνια και υποβλεννογόνια και η διάγνωση και διάκρισή τους είναι υπερηχογραφική.

Το 49-60% των ινομυωμάτων δεν μεταβάλλει τον όγκο του κατά την κύηση, το 22-32% των ινομυωμά-



των παρουσιάζει αύξηση του μεγέθους του ενώ το 8-27% παρουσιάζει ελάττωση του όγκου του. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα ινομυώματα δεν επηρεάζουν καθόλου την εγκυμοσύνη. Η επίδρασή τους στην κύηση σχετίζεται με το μέγεθος, τον αριθμό και τη θέση τους.

#### **Προ του τοκετού**

- **Αυτόματη αποβολή**

Τα ινομυώματα αυξάνουν τον κίνδυνο επαναλαμβανόμενων αυτόματων αποβολών. Τα μεγάλα υποβλεννογόνια ινομυώματα που παραμορφώνουν την κοιλότητα της μήτρας και τα ενδοτοικωματικά με διάμετρο πάνω από 4 εκ. έχουν συσχετισθεί με αποβολές.

- **Επαπειλούμενη αποβολή**

Η αιμορραγία προ του τοκετού είναι σημαντικά πιο συχνή σε κυήσεις με ινομυώματα. Η θέση του ινομυώματος σε σχέση με τον πλακούντα είναι πολύ σημαντική.

- **Πρώωρος τοκετός**

Τα μεγάλα ινομυώματα (>6 εκ.) ή τα πολλαπλά ινομυώματα μπορούν να οδηγήσουν σε πρόωρο τοκετό.

- **Πρώιμη ρήξη υμένων**

Γυναίκες με ινομυώματα παρουσιάζουν διπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν πρόωρη ρήξη υμένων και ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος αν τα ινομυώματα είναι σε άμεση επαφή με τον πλακούντα.

- **Αποκόλληση πλακούντα**

Τα υποβλεννογόνια και τα οπισθοπλακούντια ινομυώματα, καθώς και τα ινομυώματα όγκου >200 mls παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο αποκόλλησης.

- **Πόνος**

Το 5-15% των γυναικών με ινομυώματα χρήζει νοσηλείας κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της κύησης λόγω κοιλιακού άλγους.

- **Υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη**

Περιορισμένες μελέτες υποστηρίζουν ότι τα μεγάλα ινομυώματα με όγκο >200 mls μπορεί να σχετίζονται με περιορισμό ανάπτυξης εμβρύου.

- **Ανώμαλη προβολή**

Ανάλογα με το μέγεθος και τη θέση των ινομυωμάτων παρουσιάζεται αύξηση της ανώμαλης προβολής του εμβρύου (κυρίως ισχιακή).

#### **Κατά τον τοκετό**

- **Δυσλειτουργικός τοκετός**

Τα ινομυώματα συντελούν στην ελάττωση της έντασης των συστολών και διασπούν τη συντονισμένη εξάπλωση του κύματος της συστολής οδηγώντας σε ΔΤ.

- **Καισαρική τομή**

Το αυξημένο ποσοστό ΚΤ οφείλεται σε ανώμαλη προβολή, δυσλειτουργία τοκετού και αποκόλληση πλακούντα.

- **Αιμορραγία**

Μεγαλύτερη πιθανότητα αιμορραγίας παρουσιάζουν γυναίκες με ινομυώματα μήτρας με διάμετρο >3 εκ. και με θέση πίσω από τον πλακούντα.

#### **Αντιμετώπιση ινομυωμάτων**

Αφαίρεση ινομυωμάτων πριν την κύηση

Στη βιβλιογραφία προτείνεται ότι η εφαρμογή της ινομυωματαεκτομής αυξάνει την πιθανότητα επιτυχούς κύησης σε γυναίκες με επαναλαμβανόμενες αποβολές, ειδικά όταν καμία άλλη αναγνωρίσιμη αιτία για τις προηγούμενες αυτόματες αποβολές δεν μπορεί να ανευρεθεί.

Για τα υποβλεννογόνια ινομυώματα η επέμβαση επιλογής είναι η επεμβατική υστεροσκόπηση διότι σχετίζεται με ελαττωμένη απώλεια αίματος, ελαττωμένο χρόνο επέμβασης και εμφύτευσης του εμβρύου και έτσι, προλαμβάνει την ανάγκη μεταγενέστερης καισαρικής τομής.

Αφαίρεση ινομυωμάτων κατά την εγκυμοσύνη

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν συνιστάται καμία θεραπεία, εκτός από τις σπάνιες περιπτώσεις οξείας νέκρωσης του ινομυώματος, τις περισσότερες φορές λόγω της αύξησης του όγκου, και η αντιμετώπιση είναι συντηρητική με αναλγητικά.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις όπως η συστροφή ενός μισχωτού ινομυώματος, η εκφύλιση που δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή ή ένας ταχέως αυξανόμενος όγκος, η εκτομή των ινομυωμάτων κατά τη διάρκεια της κύησης είναι απαραίτητη.

Αφαίρεση ινομυωμάτων κατά τον τοκετό

Ο κίνδυνος εκτεταμένης αιμορραγίας τη στιγμή της ινομυωματαεκτομής είναι σημαντικός και η απόφαση να προβεί η ασθενής σε ινομυωματαεκτομή κατά τη διάρκεια της ΚΤ θα πρέπει να προσεγγιστεί με προσοχή.



**Αριστείδης Μάντακας**  
Μαιευτήρας-Γυναικολόγος  
Επιστημονικός Συνεργάτης ΛΗΤΩ



# ΝΟΣΟΣ COVID-19

## ΣΥΧΝΕΣ ΑΠΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

**Νοσούν τα παιδιά από COVID-19 ή μεταδίδουν τη νόσο;**  
Σύμφωνα με τα νεότερα διεθνή επιστημονικά δεδομένα, τα παιδιά μολύνονται από τον ιό, νοσούν και μεταδίδουν τη νόσο σε ποσοστά συγκρίσιμα με αυτά των ενηλίκων. Ευτυχώς νοσούν ηπιότερα και τα ποσοστά νοσηλειών σε νοσοκομεία, μονάδες εντατικής θεραπείας και τα ποσοστά θνησιμότητας είναι σημαντικά χαμηλότερα.

Με την εμφάνιση όμως της μετάλλαξης Δέλτα, που εμφανίζει μεγαλύτερη μεταδοτικότητα, φαίνεται ότι καθώς αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών που νοσούν

παγκοσμίως, αυξάνονται και οι εισαγωγές παιδιών στα νοσοκομεία.

**Ποια είναι τα συμπτώματα της νόσου COVID-19 σε νεογέννητα & βρέφη;**

- Αστάθεια θερμοκρασίας
- Συμπτώματα από το αναπνευστικό όπως ρινική καταρροή, βήχας, ταχύπνοια, γογγυσμός, αυξημένη αναπνευστική προσπάθεια, άπνοια
- Άλλα μη ειδικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδία, μειωμένη σίτιση, λήθαργος, εμετοί, διάρροια, κοιλιακή διάταση

### **Ποια είναι τα συμπτώματα της νόσου COVID-19 στα παιδιά & στους εφήβους;**

- πυρετός
- συμπτώματα από το ανώτερο αναπνευστικό (πονόλαιμος, ρινική καταρροή/συμφορήση) ή το κατώτερο αναπνευστικό (βήχας, δύσπνοια)
- απώλεια γεύσης, όσφρησης
- πονοκέφαλος
- μυαλγία
- κόπωση
- συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα (εμετοί, διάρροια)
- δερματικό εξάνθημα

### **Ποια συμπτώματα δείχνουν σοβαρή νόσηση;**

Επείγουσα ιατρική βοήθεια θα χρειαστεί ένα παιδί οποιασδήποτε ηλικίας εάν παρουσιάσει δύσπνοια, γογγυσμό (βογγητό), πόνο ή βάρος στο θώρακα, σύγχυση, υπνηλία ή λήθαργο, έντονη ωχρότητα ή μελανά χείλη ή άκρα.

### **Ποια υποκείμενα νοσήματα προδιαθέτουν πιο σοβαρή νόσηση;**

Με υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας και βαρύτερης νόσησης στα παιδιά έχουν συσχετιστεί νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου Ι, οι συγγενείς καρδιοπάθειες, η παχυσαρκία, η αρτηριακή υπέρταση, τα νευρολογικά νοσήματα, το άσθμα καθώς και χρόνια νοσήματα με ανοσο-

καταστολή. Στα βρέφη <1 έτους παράγοντας κινδύνου θεωρείται η προωρότητα.

### **Τι είναι το MIS-C (Multisystem inflammatory syndrome in children);**

Στα παιδιά έχει περιγραφεί ένα σπάνιο, σοβαρό πολυοργανικό φλεγμονώδες σύνδρομο, άγνωστης αιτιολογίας, που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια έως και λίγες εβδομάδες μετά τη νόσηση. Εκδηλώνεται με επίμονο πυρετό και συμπτώματα δυσλειτουργίας περισσότερων των 2 οργάνων (καρδιάς, πνευμόνων, νεφρών, εγκεφάλου, δέρματος, οφθαλμών, γαστρεντερικού).

### **Τι είναι το Long COVID σύνδρομο;**

Όπως και στους ενήλικες, περιγράφεται σε παιδιά που νόσησαν από κορωνοϊό το «σύνδρομο μακροχρόνιας νόσου COVID». Τα διαθέσιμα δεδομένα είναι μέχρι στιγμής περιορισμένα ως προς τη συχνότητα του συνδρόμου αυτού, όμως, κάποια παιδιά που προσβάλλονται από τον ιό εμφανίζουν παρατεταμένα νευρολογι-

κά, σωματικά ή ψυχιατρικά συμπτώματα που διαρκούν εβδομάδες έως και μήνες.

### **Πώς θα μείνει ασφαλές το παιδί στο σχολείο;**

- Η μάσκα είναι πολύ αποτελεσματικό μέτρο προφύλαξης. Μπορεί να είναι υφασμάτινη (με πολλαπλά στρώματα υφάσματος) ή χειρουργική.
- Εκπαίδευση των παιδιών στα μέτρα ατομικής υγιεινής με έμφαση στο σωστό, συχνό πλύσιμο χεριών
- Screening με self-test, ώστε να εντοπίζονται και να απομονώνονται έγκαιρα τα θετικά κρούσματα
- Σημαντικό από την πλευρά των γονιών είναι να κρατηθεί σπίτι το παιδί που είναι άρρωστο ή εμφανίζει έστω και ήπια συμπτωματολογία και να υποβάλλεται σε τεστ.
- Το πιο σημαντικό όπλο προστασίας, όμως, απέναντι στον ιό είναι ο εμβολιασμός.

Τα παιδιά >12 ετών μπορούν πλέον να εμβολιαστούν ενώ ο εμβολιασμός των μελών της οικογένειας θα προστατεύσει τα μικρά παιδιά που δεν μπορούν να εμβολιαστούν. Ο εμβολιασμός της εγκύου θα προστατεύσει τα νεογνίδια και μικρά βρέφη καθώς τα αντισώματα περνούν μέσα από τον πλακούντα και παραμένουν στο αίμα του μωρού τους πρώτους μήνες.

### **Είναι ασφαλής ο εμβολιασμός των παιδιών;**

Οι διεθνείς οργανισμοί αξιολόγησης όπως ο Αμερικανικός Οργανισμός Φαρμάκων και Τροφίμων και ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων ενέκριναν τα εμβόλια που έχουν παραχθεί με τη μεθοδολογία mRNA για εμβολιασμό παιδιών ηλικίας άνω των 12 ετών. Στις ΗΠΑ έχουν ήδη εμβολιαστεί πάνω από 10 εκατομμύρια παιδιά χωρίς σοβαρές παρενέργειες.

### **Πώς να χειριστώ το παιδί μου αν κολλήσει;**

Όπως φροντίζουμε το παιδί μας στις υπόλοιπες ιώσεις, δηλαδή με καλή ενυδάτωση, αντιπυρετικά, περιορισμό στο σπίτι και καθημερινή επικοινωνία με τον παιδίατρο για οδηγίες.



**Λήδα Μιχαλοδημητράκη**  
Παιδίατρος-Νεογνολόγος  
MENN ΛΗΤΩ



# ΥΠΝΟΣ & ΠΡΩΡΟ ΝΕΟΓΝΟ

## ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΥΠΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΟΓΝΟ;

**Ο** ύπνος αποτελεί συστατικό ζωτικής σημασίας για κάθε νεογνό. Η ανάλυση του μοτίβου του ύπνου ενός πρόωρου νεογνού συντελεί στην αξιολόγηση της νευροσυμπεριφορικής του ανάπτυξης.

Η διαδοχή των σταδίων ύπνου-επαγρύπνησης στην καθημερινή ρουτίνα ενός νεογνού συνδέεται άμεσα με την ωρίμανση του κεντρικού νευρικού συστήματος και μπορεί να προβλέψει πιθανές μελλοντικές διαταραχές. Η ανάπτυξη της γνωστικής και της κινητικής λειτουργίας στα βρέφη πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια του ύπνου μέσω της ωρίμανσης του νευρωνικού δικτύου. Επομένως, η μειωμένη διάρκεια ύπνου μπορεί να διατάραξει τη μυελίνωση ενός εγκεφάλου που ωριμάζει.

Ο ύπνος ενός πρόωρου νεογνού καταλαμβάνει το 90% του 24ώρου του. Η ηλικία κύησης και το βάρος γέννησης είναι βασικοί παράγοντες που επιδρούν στον παρωγικό του ύπνο.

Έχει παρατηρηθεί ότι ο ύπνος των πρόωρων νεογνών, ειδικά όσων η ηλικία κύησης είναι <32 εβδο., είναι πιο ελαφρύς και ενεργός διότι το 90% αυτού ξεδεύεται στο στάδιο AS (Active Sleep/ενεργός ύπνος), εν αντιθέσει με τα τελειόμηνα νεογνά στα οποία το ποσοστό ανέρχεται στο 50%. Ομοίως, τα νεογνά με υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη τείνουν να παραμένουν στο στάδιο QS (Quiet Sleep/βαθύς ύπνος) για μικρότερο χρονικό διάστημα συγκριτικά με όσα γεννιούνται με το αναμενόμενο βάρος για την ηλικία κύησης.

### Επιβαρυντικοί παράγοντες

Επιβαρυντικοί παράγοντες για την ποιότητα του ύπνου ενός πρόωρου νεογνού αποτελούν επίσης η κλινική του κατάσταση, οι παρεμβατικές πρακτικές του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΝΝ καθώς και οι περιβαλλοντικές συνθήκες που επικρατούν στο χώρο.

Νεογνά που αντιμετωπίζουν αναπνευστικά προβλήματα, ανεξαρτήτως ηλικίας κύησης, παρουσιάζουν διαταραχές ύπνου με παρατεταμένα διαστήματα εγρήγορσης, μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής σε φάση ενεργού ύπνου καθώς και αυξημένη ευαισθησία σε εξωτερικά ερεθίσματα.

Η εναλλαγή του φωτισμού στη διάρκεια του 24ώρου, η οποία ακολουθεί την αλληλουχία μέρας-νύχτας, η απουσία θορύβου καθώς και η ελαχιστοποίηση της συχνότητας και της διάρκειας των παρεμβάσεων είναι παράγοντες που επιδρούν θετικά στην προαγωγή του ύπνου των νεογνών και μειώνουν την παραμονή τους στις ΜΕΝΝ.

Επιπροσθέτως, η υπνική άπνοια, η οποία είναι άμεσα συνυφασμένη με το Σύνδρομο Αιφνίδιου Βρεφικού Θανάτου (SIDS), εμφανίζεται συχνότερα στα πρόωρα νεογνά. Για αυτό το λόγο, το 1992 καθιερώθηκε η ύπια θέση ύπνου ως ασφαλέστερη. Έκτοτε, τα περιστατικά SIDS έχουν μειωθεί κατά 50%. Παρ' όλα αυτά, η πρηγής θέση μπορεί να φανεί αποτελεσματική σε περιπτώσεις πρόωρων νεογνών με ενεργό αναπνευστική νόσο καθώς συντελεί στην καλύτερη οξυγόνωση των ιστών, με απαραίτητη προϋπόθεση τη συνεχή παρακολούθηση από μόνιτορ και την επίβλεψη από ειδικευμένο προσωπικό.

### Εκπαίδευση των γονέων σε ασφαλείς πρακτικές

Η διασφάλιση της εφαρμογής ασφαλών πρακτικών ύπνου για το νεογνό απαιτεί εκπαίδευση των γονέων από το προσωπικό της ΜΕΝΝ. Αυτή η εκπαίδευση θα πρέπει να ξεκινά αρκετό χρόνο πριν το αναμενόμενο εξιτήριο. Ως εκ τούτου, συνιστάται η τοποθέτηση του νεογνού σε ύπια θέση μετά την 32η εβδομάδα εφόσον το επιτρέπει η κλινική του κατάσταση. Συμπληρωματικά, οι γονείς θα πρέπει να ενημερώνονται ότι η επιφάνεια πάνω στην οποία κοιμάται το νεογνό θα πρέπει να είναι επίπεδη, σταθερή, καλυμμένη από ένα σεντόνι που εφαρμόζει στενά πάνω στο στρώμα, χωρίς επιπρόσθετα κλινოსκεπάσματα και μαλακά αντικείμενα που μπορεί να παρεμποδίσουν την αναπνοή του. Επίσης, χρήζει προσοχής η μη κάλυψη της κεφαλής του νεογνού καθώς και η αποφυγή υπερθέρμανσης αυτού, καταστάσεις οι οποίες οδηγούν σε δυσχέρεια της αναπνοής και εντείνουν τα περιστατικά υπνικής άπνοιας.



**Ιωάννα Καράβα**  
Αναπληρώτρια Προϊσταμένη  
ΜΕΝΝ ΛΗΤΩ



**Αικατερίνη-Ζωή Μιχαηλίδη**  
Μαία  
ΜΕΝΝ ΛΗΤΩ

# ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ

## ΜΙΑ ΣΟΒΑΡΗ ΑΠΕΙΛΗ ΓΙΑ ΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ



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

Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου (ΦΝΠ) είναι λοίμωξη της μήτρας, των σαλπγγών 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, ωθήκες) του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας.

Η ΦΝΠ αφορά συνήθως νέες και σεξουαλικά δρα-

στήριες γυναίκες που έχουν πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους και 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 σαλπινγίων ή των ωοθηκών. Ενίοτε 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 κατά την ούρηση ή τη σεξουαλική επαφή. Τα χλαμύδια (*Chlamydia trachomatis*) και ο γονόκοκκος (*Neisseria gonorrhoeae*) είναι οι πιο συχνές αιτίες φλεγμονώδους νόσου της πύελου, αν και εμπλέκονται συχνά και άλλα αναερόβια μικρόβια όπως *Escherichia coli* και άλλοι μικροοργανισμοί.

### **Η διάγνωση**

Η διάγνωση της νόσου ξεκινά από το ιστορικό και τη γυναικολογική εξέταση, ενώ στη συνέχεια διενεργείται αιματολογικός έλεγχος, καλλιέργειες κολπικού υγρού, υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων και αξονική τομογραφία. Ενίοτε η διάγνωση γίνεται χειρουργικά με λαπαροσκόπηση. Καταστάσεις με παρόμοια κλινική εικόνα είναι η σκωληκοειδίτιδα, η εξωμήτριος κύηση, η εκκολπωματίτιδα, η ρήξη ωχρού σώματιού, η ενδομητρίωση κ.ά. Ο διαχωρισμός της φλεγμονώδους νόσου της πύελου 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 πύελου μπορεί να προκαλέσει συμφύσεις των οργάνων της πύελου (μήτρα, σάλπιγγες, ωοθήκες, έντερο, σκωληκοειδής απόφυση), μερική ή πλήρη απόφραξη των σαλπινγίων και είναι συχνή αιτία πυελικού άλγους, εξωμήτριας κύησης και υπογονιμότητας. Σχεδόν το ένα τρίτο όλων των γυναικών που είναι υπογόνιμες έχει απωλέσει την ικανότητα σύλληψης λόγω φλεγμονώδους νόσου της πύελου. Περιστασιακά, η φλεγμονώδης νόσος της πύελου 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 αν υπάρχουν σοβαρές συμφύσεις. Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει την παροχέτευση των αποστημάτων, τη λύση συμφύσεων και την αποκατάσταση της διαβατότητας των σαλπινγίων ή τη χειρουργική διάνοιξη αυτών. Αν και είναι σπάνιο, μπορεί να χρειαστεί ακόμα και αφαίρεση των σαλπινγίων. 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 και σε άτομα που παρουσιάζουν έντονη δυσμηρόρροια ή πόνο κατά τη 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.



**Παναγιώτης Οικονομίδης**  
Μαιευτήρας-Γυναικολόγος  
Επιστημονικός Συνεργάτης ΛΗΤΩ

# ΤΑ ΝΕΑ ΜΑΣ ▶▶

Μια ακόμη ιδιαίτερη διάκριση για το ΥΓΕΙΑ, καθώς αναδείχθηκε ανάμεσα στις δεκαεπτά (17) πιο δυναμικές επιχειρήσεις στα Βραβεία Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας Growth Awards που διοργανώθηκαν για πέμπτη συνεχή χρονιά από τη Eurobank και τη Grant Thornton.



Το ΥΓΕΙΑ αποτελεί έναν από τους δεκαεπτά (17) επιχειρηματικούς οργανισμούς, οι οποίοι έφτασαν στην τελική φάση αξιολόγησης των βραβείων Growth Awards και διακρίθηκε για τις εξαιρετικές επιδόσεις του.

Αυτή η διάκριση επισφραγίζει τη δέσμευσή μας να συνεχίσουμε να καινοτομούμε και να παρέχουμε το υψηλό επίπεδο υπηρεσιών υγείας, που μας κάνει να ξεχωρίζουμε εδώ και 50 χρόνια ως το κορυφαίο ιδιωτικό θεραπευτήριο στην Ελλάδα.

## Info

Τα Growth Awards αναδεικνύουν και επιβραβεύουν τις ελληνικές επιχειρήσεις που ξεχώρισαν για τη σταθερά ανοδική τους πορεία τα τελευταία έτη, τις βέλτιστες πρακτικές, την προσαρμοστικότητα, συμβάλλοντας στη διαμόρφωση ενός ανθεκτικού και ευέλικτου επιχειρηματικού τοπίου στην Ελλάδα, κρίσιμης σημασίας για τον νέο ανοδικό κύκλο της οικονομίας.



“ Το ΥΓΕΙΑ στις 17  
πιο δυναμικές  
εταιρείες στην Ελλάδα ”



# Ο ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΟΥ ΦΑΚΕΛΟΣ... ΣΤΟ ΚΙΝΗΤΟ ΣΟΥ!

**Ο** Όμιλος Hellenic Healthcare Group επενδύει σε ψηφιακές εφαρμογές που έρχονται να αλλάξουν ολοκληρωτικά τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε την ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα.

Μια τέτοια επαναστατική εφαρμογή είναι ο προσωπικός φάκελος υγείας του ασθενούς με την ηλεκτρονική εφαρμογή my-Ygeia.

Η εφαρμογή my-Ygeia προσφέρει άμεση και εύκολη πρόσβαση στο ιατρικό αρχείο κάθε ασθενούς και εξεταζόμενου στα Θεραπευτήρια του Ομίλου HHG (Υγεία, Metropolitan Hospital, Μητέρα, Metropolitan General, Λητώ και Creta Inter Clinic), καθώς και στα διαγνωστικά του κέντρα, Healthspot.

## Η πιο σύγχρονη ψηφιακή τεχνολογία στα χέρια του ασθενούς

Μέσα από ένα digital περιβάλλον και φιλικό προς τον χρήστη, η εφαρμογή προσφέρει μοναδικές δυνατότητες σε πραγματικό χρόνο για ενημέρωση σχετικά με αποτελέσματα εξετάσεων, καθώς και διαχείριση και αποστολή ιατρικών εξετάσεων και δεδομένων για σύγκριση και αξιολόγηση σε ιατρό της επιλογής του ασθενούς από κινητή συσκευή, πάντα με σεβασμό στα ευαίσθητα προσωπικά του δεδομένα.

### Τα ιατρικά δεδομένα:

- μεταφέρονται εύκολα και η φύλαξή τους είναι ασφαλής,
- ενημερώνονται συνεχώς,
- αποστέλλονται εύκολα ηλεκτρονικά (με email) όπου κρίνει και επιθυμεί ο χρήστης,
- είναι διαθέσιμα από όποιο νοσοκομείο του Ομίλου HHG και αν επισκέφθηκε ο χρήστης τα τελευταία χρόνια.

### Ο χρήστης:

- έχει άμεση πρόσβαση σε εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις,
- μέσω βιομετρικών στοιχείων (αναγνώριση προσώπου, δακτυλικό αποτύπωμα), έχει γρήγορη, εύκολη και ασφαλή πρόσβαση στην εφαρμογή,
- λαμβάνει άμεση βοήθεια, καθώς σε οποιοδήποτε σημείο της διαδικασίας υπάρχει η επιλογή «Χρειάζεστε βοήθεια;»,
- ενημερώνεται με ειδοποιήσεις (notifications) όταν οι ιατρικές του εξετάσεις είναι έτοιμες καθώς και για νέες υπηρεσίες των Θεραπευτηρίων του Ομίλου.

# Νέα εφαρμογή my-Υγεία



Κατεβάστε σήμερα δωρεάν  
την εφαρμογή my-Υγεία σε κινητές  
συσκευές iOS & Android

Σκανάρετε εδώ



Σκανάρετε εδώ



# HHG

Hellenic Healthcare Group

Με την αξιοπιστία του Hellenic HealthCare Group

[www.hhg.gr](http://www.hhg.gr)





# VIRTUAL TOUR

ΣΤΟ ΥΓΕΙΑ & ΣΤΟ ΜΗΤΕΡΑ

Ένα virtual tour με εικόνες 360° που επιτρέπει την πλοήγηση σε ένα φιλικό προς τον χρήστη περιβάλλον προσφέρουν στην ιστοσελίδα τους τα Νοσοκομεία ΥΓΕΙΑ και ΜΗΤΕΡΑ. Με τη νέα πρωτοποριακή υπηρεσία εικονικής περιήγησης μπορείτε να δείτε τα τμήματα που θα σας υποδεχθούν και θα σας εξυπηρετήσουν κατά την εισαγωγή σας, καθώς και τα δωμάτια νοσηλείας των νοσοκομείων.

## ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΗΤΕΡΑ ΜΕ MAYO CLINIC

**Σ**το πλαίσιο της συνεχούς εκπαιδευτικής ανάπτυξης, αλλά και της προαγωγής της ιατρικής επιστήμης, το ΜΗΤΕΡΑ, μέλος του μεγαλύτερου Ομίλου παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα Hellenic Healthcare Group, ανακοινώνει την υπογραφή έναρξης συνεργασίας του Θεραπευτηρίου ΜΗΤΕΡΑ με την παγκοσμίου φήμης Mayo Clinic.

Η έναρξη της συνεργασίας σηματοδοτεί την ίδρυση του πρώτου στην Ευρώπη Εκπαιδευτικού Κέντρου

Ελάχιστα Επεμβατικής Γυναικολογικής Χειρουργικής που θα τελεί υπό την αιγίδα της Αμερικανικής Ένωσης Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής (AAGL).

Το πρόγραμμα διάρκειας δύο χρόνων θα διεξάγεται υπό την επιστημονική διεύθυνση του Δρ. Βασιλείου Καπετανάκη, επιστημονικού συνεργάτη της Mayo Clinic και διευθυντή Ενδοσκοπικής Χειρουργικής Γυναικείας Αναπαραγωγής στο ΥΓΕΙΑ, σε συνεργασία με εξειδικευμένους γυναικολόγους του ΜΗΤΕΡΑ και την επιστημονική ομάδα της Mayo Clinic.

## «ΧΡΥΣΟ» ΣΤΟ ΥΓΕΙΑ

ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΙΚΗΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗΤΑΣ & ΒΙΩΣΙΜΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

**N**έα διάκριση και μάλιστα GOLD έλαβε το ΥΓΕΙΑ από το Ινστιτούτο Εταιρικής Ευθύνης σχετικά με τις επιδόσεις του στον τομέα της Εταιρικής Υπευθυνότητας και της Βιώσιμης Ανάπτυξης για το 2020-2021. Είναι η δεύτερη συνεχόμενη χρονιά που το ΥΓΕΙΑ διακρίνεται στον συγκεκριμένο θεσμό ανάμεσα στις καλύτερες εταιρείες της χώρας για τις πρακτικές Εταιρικής Υπευθυνότητας και Βιώσιμης Ανάπτυξης που εφαρμόζει.

Η αξιολόγηση των εταιρειών πραγματοποιείται κάθε χρόνο σύμφωνα με τα κριτήρια του Εθνικού Δείκτη Εταιρικής Ευθύνης (CR Index) και του CRI Pass. Πρόκειται για δύο διεθνώς αναγνωρισμένα συστήματα που εξετάζουν, αναλύουν και αξιολογούν τις επιδόσεις των εταιρειών στο πεδίο της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης.



Την εκδήλωση του Ινστιτούτου Εταιρικής Ευθύνης, που φέτος πραγματοποιήθηκε με την υποστήριξη της Αντιπροσωπείας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στην Ελλάδα, προλόγισαν η κα Νιόβη Ρίγκου, επικεφαλής της αντιπροσωπείας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στην Ελλάδα, ο κ. Χρήστος Σταϊκούρας, υπουργός οικονομικών και ο κ. Βασίλης Κοντοζαμάνης, αναπληρωτής υπουργός υγείας.

## «ΚΑΛΗ ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΖΩΗ»

ΝΕΑ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΥΓΕΙΑ ΣΤΑ **BRAVO SUSTAINABILITY AWARDS**

**A**νάμεσα στους κορυφαίους και κοινωνικά πιο υπεύθυνους οργανισμούς της χώρας βρέθηκε το ΥΓΕΙΑ, το οποίο διακρίθηκε στα φετινά Bravo Sustainability Awards που διοργανώθηκαν από το QualityNet Foundation (QNF) στο πλαίσιο της Εβδομάδας Βιώσιμης Ανάπτυξης Bravo Sustainability Week 2021.

Πιο συγκεκριμένα, το ΥΓΕΙΑ, μέλος του Hellenic Healthcare Group, του μεγαλύτερου ιδιωτικού ομίλου υγείας στην Ελλάδα, στον Πυλώνα Bravo In Action, απέσπασε βραβείο για τη δράση «Καλή υγεία για καλύτερη ζωή», η οποία στόχευσε στην ενημέρωση, αφύπνιση και ευαισθητοποίηση των πολιτών και ειδικότερα των μαθητών, για την υιοθέτηση υπεύθυνων πρακτικών που συμβάλλουν στη

βελτίωση της ποιότητας ζωής. Τα προγράμματα, οι πρωτοβουλίες και οι δράσεις που έλαβαν μέρος στη φετινή διοργάνωση αξιολογήθηκαν μέσα από διάλογο με επιτροπές αξιολόγησης και είχαν συμμετοχή 14.380 ενεργών πολιτών.



Το πρόγραμμα που σχεδίασε το ΥΓΕΙΑ εντάσσεται στον Στόχο 3 του ΟΗΕ για τη βιώσιμη ανάπτυξη (Καλή Υγεία & Ευημερία) και περιλάμβανε τη δημιουργία και τη δωρεάν διάθεση εκπαιδευτικού υλικού σε σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Πρόκειται για ένα ολοκληρωμένο διδακτικό πακέτο για τον εκπαιδευτικό, τον μαθητή και την οικογένεια, με στόχο τη συμμετοχή της κοινωνίας σε αλλαγές που αφορούν στη βιωσιμότητα του πλανήτη. Στο πρόγραμμα συμμετείχαν συνολικά 4.900 μαθητές από 55 σχολεία σε όλη τη χώρα.

# «COVID CHECK»

ΤΟ ΛΗΤΩ ΑΠΟ ΤΗΝ TÜV AUSTRIA



Το ΛΗΤΩ είναι η 1η ιδιωτική κλινική που έλαβε το σήμα ελέγχου Covid Check από τον φορέα πιστοποίησης TÜV AUSTRIA Hellas, έπειτα από αξιολόγηση του πλήθους των διαδικασιών που εφαρμόζονται για την πρόληψη της εξάπλωσης της νόσου του κορωνοϊού.

Με προτεραιότητα την υγεία και την ασφάλεια τόσο των ασθενών/συνοδών όσο και των συνεργατών ιατρών/προσωπικού της κλινικής, για την απόδοση του σήματος Covid Check πραγματοποιήθηκε αναλυτική επιθεώρηση και αξιολόγηση των μέτρων που εφαρμόζονται, πάντα σε πλήρη εναρμόνιση με τα τρέχοντα επιδημιολογικά δεδομένα, για τη μείωση του κινδύνου ή την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας διασποράς του ιού στις εγκαταστάσεις.

Όπως τονίζει ο κ. Λεωνίδας Παπαδόπουλος, διευθύνων σύμβουλος του ΛΗΤΩ: «Το σήμα Covid Check έρχεται να επιβεβαιώσει ότι στα 51 χρόνια λειτουργίας του ΛΗΤΩ προτεραιότητά μας αποτελεί η αδιάλειπτη παροχή των υπηρεσιών μας υπό συνθήκες απόλυτης ασφάλειας, ιδιαίτερος σήμερα που βρισκόμαστε στην πρώτη γραμμή της μάχης για την προστασία της δημόσιας υγείας έναντι του ιού Sars-CoV-2».

**Το ΛΗΤΩ τέθηκε στην πρώτη γραμμή της μάχης για την αντιμετώπιση του κορωνοϊού έχοντας την πλήρη υποστήριξη από τα υπόλοιπα νοσοκομεία του Ομίλου ΗΗG.**

## ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΑΒΙ ΣΤΟ ΜΗΤΕΡΑ

Για πρώτη φορά στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο του ΜΗΤΕΡΑ διενεργήθηκαν με απόλυτη επιτυχία διακαθετηριακές εμφυτεύσεις αορτικής βαλβίδας για την επεμβατική θεραπεία αορτικής στένωσης με τη μέθοδο TAVI.

Αυτή η μέθοδος εφαρμόστηκε επιτυχώς σε τέσσερις ασθενείς, οι οποίοι διέτρεχαν υψηλό κίνδυνο για χειρουργική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας, από την επεμβατική ομάδα με υπεύθυνο ιατρό τον κ. Άγγελο Ρηγόπουλο, επεμβατικό καρδιολόγο και αναπλ. διευθυντή της Καρδιολογικής Κλινικής Ενηλίκων ΜΗΤΕΡΑ, ο οποίος διαθέτει πολυετή

εμπειρία και έχει πραγματοποιήσει ανάλογες επεμβάσεις στο εξωτερικό.

### Info

Η Καρδιολογική Κλινική Ενηλίκων του ΜΗΤΕΡΑ, η οποία τελεί υπό τη διεύθυνση του κ. Στυλιανού Τζέη, διαθέτει την υποδομή και την τεχνογνωσία να εφαρμόζει πρωτοποριακές επεμβάσεις για το χειρισμό ασθενών με καρδιολογικές παθήσεις και αποτελεί σημείο αναφοράς για την αντιμετώπιση σύμπλοκων καρδιολογικών περιστατικών στη χώρα μας.



## ΚΑΝΤΕ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΑΣ ΣΤΟ ΜΗΤΕΡΑ... ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ!

Το ΜΗΤΕΡΑ, με γνώμονα την ποιοτική και άμεση εξυπηρέτηση όλων όσων το εμπιστεύονται, προχώρησε στη δημιουργία της πρωτοποριακής υπηρεσίας για την ηλεκτρονική εισαγωγή στο ΜΗΤΕΡΑ που γίνεται πλέον εύκολα, γρήγορα και σε ένα ασφαλές διαδικτυακό περιβάλλον.

### **Αυτή η νέα υπηρεσία προσφέρει πολλαπλά οφέλη όπως:**

- Υποβάλετε την εισαγωγή σας οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας εσείς επιθυμείτε.
- Ελαχιστοποιείτε το χρόνο αναμονής σας κατά την επίσκεψή σας στο ΜΗΤΕΡΑ.
- Διαχειρίζεστε ηλεκτρονικά τις εισαγωγές στο ΜΗΤΕΡΑ για οποιοδήποτε μέλος της οικογένειάς σας.

- Διασφαλίζετε την ποιότητα των στοιχείων σας καθώς αποφεύγονται πιθανά λάθη κατά την εισαγωγή των προσωπικών σας δεδομένων.

- Επισπεύδεται ο χρόνος επεξεργασίας, καθώς τα δεδομένα σας μεταφορτώνονται απευθείας στο σύστημα διαχείρισης του ΜΗΤΕΡΑ.

- Εξοικονομείτε χρόνο για μελλοντικές εισαγωγές στο ΜΗΤΕΡΑ.

Η διαδικασία είναι απλή και φιλική για κάθε χρήστη και μπορεί να γίνει οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας και από οποιαδήποτε συσκευή εσείς επιθυμείτε.

## ΜΗΤΕΡΑ

### ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ COVID-19

Το ΜΗΤΕΡΑ, με στόχο να προσφέρει ολοκληρωμένη φροντίδα στους ασθενείς, δημιούργησε το πρωτοποριακό πρόγραμμα παρακολούθησης παιδιών και εφήβων που εμφανίζουν το σύνδρομο Long Covid-19.

Το πρόγραμμα προσφέρει αξιολόγηση της κατάστασης του παιδιού από παιδίατρο-λοιμωξιολόγο, ο οποίος ενημερώνει την οικογένεια σχετικά με τις απώτερες επιπλοκές που μπορεί να έχει η λοίμωξη και δίνει αναλυτικές οδηγίες για την επιστροφή του παιδιού στις καθημερινές του δραστηριότητες. Παράλληλα και εφόσον τα συμπτώματα μετά τη νόσηση με Covid-19 επιμένουν, το

παιδί μπορεί να υποβληθεί σε έναν ολοκληρωμένο διαγνωστικό έλεγχο, για να διαπιστωθούν και να αντιμετωπιστούν οι τυχόν επιπλοκές που προέρχονται από τη νόσηση Covid-19.

Το πρόγραμμα απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους που νοσηλεύτηκαν λόγω Covid-19, νόσησαν πρόσφατα ή έχουν συμπτώματα που επιμένουν πέραν των 3 εβδομάδων από την έναρξη της νόσου.

### **Για πληροφορίες καλέστε:**

στα τηλέφωνα 210 686 9404, 210 686 9563, 210 686 9564

# ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΗΤΕΡΑ



Το Τμήμα Ενδοσκοπήσεων του ΜΗΤΕΡΑ, το οποίο πρόσφατα ανακαινίστηκε πλήρως, διαθέτει υπερσύγχρονο ενδοσκοπικό εξοπλισμό αλλά και το σύστημα Τεχνητής Νοημοσύνης AI CAD-EYE της Fujifilm. Αυτό το σύστημα είναι ό,τι πιο σύγχρονο υπάρχει παγκοσμίως και δίνει τη δυνατότητα real time ανίχνευσης και χαρακτηρισμού των πολυπόδων.

Ο συνδυασμός των υπερσύγχρονων ενδοσκοπίων (με δυνατότητα Τεχνητής Νοημοσύνης) με την εμπειρία και την εκπαίδευση των γαστρεντερολόγων του Ενδοσκοπικού Τμήματος του ΜΗΤΕΡΑ αλλά και τη σωστή προετοιμασία του εντέρου είναι σημαντικά όπλα στον αγώνα ενάντια στον καρκίνο του παχέος εντέρου.





## ΤΟ ΛΗΤΩ ΣΑΣ «ΑΝΕΒΑΖΕΙ ΕΠΙΠΕΔΟ»



Από την πρώτη ημέρα της λειτουργίας του, το ΛΗΤΩ χάραξε την πορεία της ανάπτυξης και της συνεχούς εξέλιξης, θέτοντας τις προδιαγραφές για τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος θαλπωρής και μιας οικογενειακής ατμόσφαιρας, χαρακτηριστικά που κάνουν το ΛΗΤΩ να ξεχωρίζει.

Σήμερα, αναγνωρίζοντας τη σπουδαιότητα της γέννησης του παιδιού σας, το ΛΗΤΩ σας προσφέρει το δίκλινο στην τιμή του τρίκλινου δωματίου, με στόχο μια άνετη διαμονή για εσάς και το μωρό σας.

Το ΛΗΤΩ διαθέτει, πλέον του δίκλινου, δίκλινο superior, μονόκλινο, lux και σουίτα.

# ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΟ ΜΗΤΕΡΑ

Το ΜΗΤΕΡΑ, υπηρετώντας την έρευνα και την επιμόρφωση της ιατρικής κοινότητας, συμβάλλει ενεργά στην ανάπτυξη της νέας γενιάς ιατρών και διοργανώνει για 10η χρονιά το Μετεκπαιδευτικό Πρόγραμμα Πρακτικής Άσκησης στην «Ενδοσκοπική Γυναικολογική Χειρουργική και Ουρογυναικολογία».

Το πρόγραμμα, που ξεκινά στις 11 Ιανουαρίου 2022, οργανώνεται και υλοποιείται υπό την εποπτεία του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΜΗΤΕΡΑ και τελεί υπό την αιγίδα της Ένωσης Μαιευτήρων Γυναικολόγων Ελλάδος και της Ελληνικής Εταιρείας Γυναικολογικής Ενδοσκόπησης. Υπεύθυνος του προγράμ-

ματος είναι ο Δρ. Στέφανος Χανδακάς, MD, MBA, PhD, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών και πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου του ΜΗΤΕΡΑ.

Το μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα διάρκειας 4 μηνών απευθύνεται σε νέους μαιευτήρες-γυναικολόγους, οι οποίοι επιθυμούν να εξοικειωθούν με τις σύγχρονες τεχνικές της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής στη Γυναικολογική Χειρουργική. Το θεωρητικό μέρος του προγράμματος θα φιλοξενηθεί στις εγκαταστάσεις του ΜΗΤΕΡΑ, ενώ το πρακτικό μέρος στο εργαστήριο ανατομίας του HEAL Academy. Μετά το πέρας του προγράμματος θα δοθούν βεβαιώσεις παρακολούθησης.



**ΟΛΟΙ  
ΜΙΑ  
ΟΜΑΔΑ!**

**ΟΠΟΙΑ ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ  
ΚΙ ΑΝ ΕΧΟΥΜΕ ΒΓΑΙΝΟΥΜΕ  
ΝΙΚΗΤΕΣ ΣΤΗ ΖΩΗ**

Πιστοί στο ραντεβού τους, οι εργαζόμενοι συμμετείχαν ενεργά το προηγούμενο διάστημα στην εθελοντική αιμοδοσία που διοργάνωσαν το ΥΓΕΙΑ και το ΛΗΤΩ.

Για μία ακόμη φορά όλοι οι εργαζόμενοι έγιναν μια ομάδα για να στηρίξουν με τον πλέον έμπρακτο τρόπο τους συνανθρώπους μας που το έχουν ανάγκη. Γιατί όποια ομάδα αίματος και αν έχουμε βγαίνουμε νικητές στη ζωή!

# ΤΟ ΥΓΕΙΑ ΣΤΟ ΠΛΕΥΡΟ ΤΩΝ ΑΘΛΗΤΩΝ



**Αριστερά:** κ. Στέφανος Χανδακάς, πρόεδρος του ΜΗΤΕΡΑ και Β' αντιπρόεδρος της Ελληνικής Ολυμπιακής Επιτροπής, κ. Ανδρέας Καρταπάνης, πρόεδρος και διευθύνων σύμβουλος του ΥΓΕΙΑ & διευθύνων σύμβουλος του ΜΗΤΕΡΑ, κ. Γιάννης Φουντούλης, αρχηγός της εθνικής ομάδας υδατοσφαίρισης και αργυρός Ολυμπιονίκης του Τόκιο, κ. Στέφανος Ντούσκος, χρυσός Ολυμπιονίκης του Τόκιο στην κωπηλασία, κ. Σπύρος Καπράλος, πρόεδρος της Ελληνικής Ολυμπιακής Επιτροπής και μέλος της Διεθνούς Ολυμπιακής Επιτροπής, κ. Περικλής Ηλίας, παγκόσμιος πρωταθλητής της ορεινής ποδηλασίας

Το ΥΓΕΙΑ στη μακρόχρονη πορεία του υπηρετεί το υπέρτατο αγαθό της υγείας πάντα με σεβασμό και αγάπη για τον συνάνθρωπο. Εδώ και χρόνια στηρίζει έμπρακτα τον αθλητισμό και αγκαλιάζει τις προσπάθειες των αθλητών να αναδείξουν τη χώρα μας, τον αθλητισμό και τα ολυμπιακά ιδεώδη.

Σε αυτό το πλαίσιο συνεχίζει να είναι υπερήφανος υποστηρικτής των αθλητών της Ελληνικής Ολυμπιακής Επιτροπής για μια ακόμη τετραετία. Το πρόγραμμα στήριξης περιλαμβάνει δωρεάν κάλυψη των υγειονομικών αναγκών όλων των αθλητών που υπο-

στηρίζει η Ελληνική Ολυμπιακή Επιτροπή, με δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία και χειρουργικές επεμβάσεις. Στόχος του ΥΓΕΙΑ είναι να ενισχύσει την προετοιμασία των αθλητών για τους Ολυμπιακούς Αγώνες που θα διεξαχθούν στο Παρίσι το 2024.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το ΥΓΕΙΑ ήδη από το 2018 στηρίζει ενεργά τις προσπάθειες των αθλητών καλύπτοντας δωρεάν τις υγειονομικές τους ανάγκες ως υπερήφανος υποστηρικτής της Ελληνικής Ολυμπιακής ομάδας.



Ο πρόεδρος και διευθύνων σύμβουλος του ΥΓΕΙΑ,  
κ. Ανδρέας Καρταπάνης, με την πρόεδρο της ΕΑΟΜ-ΑμεΑ, κα Ιωάννα Καρσοφύλλη

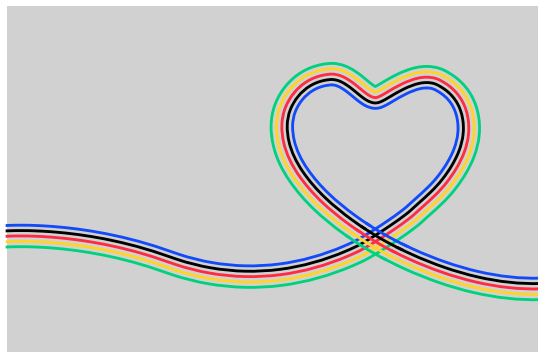
Παράλληλα, το ΥΓΕΙΑ προσφέρει για ακόμη μια τετραετία (2021-2024) τη στήριξή του στην Εθνική Αθλητική Ομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρίες (ΕΑΟΜ-ΑμεΑ).

Το νέο χορηγικό πρόγραμμα αφορά τις εθνικές ομάδες, αλλά και τις ομάδες σχεδιασμού έως και τον Δεκέμβριο 2024 και προβλέπει τα εξής:

- δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες (ιατρικές και διαγνωστικές εξετάσεις) σε πανελλαδικό επίπεδο,
- δωρεάν μοριακούς ελέγχους (PCR test) κατά την αναχώρηση αλλά και κατά την άφιξη εθνικών αποστολών που συμμετέχουν σε Παγκόσμια και Ευρωπαϊκά πρωταθλήματα,
- μεμονωμένες «υιοθεσίες» αθλητών/τριών,
- προμήθεια αθλητικού και αγωνιστικού εξοπλισμού για

τη συμμετοχή των αθλητών/τριών σε Παγκόσμια πρωταθλήματα.

Η ανανέωση του χορηγικού προγράμματος, στο πλαίσιο μιας επιτυχημένης συνεργασίας εννέα και πλέον ετών, επισφραγίστηκε με τη συνάντηση του προέδρου και διευθύνοντος συμβούλου του ΥΓΕΙΑ, κ. Ανδρέα Καρταπάνη και της προέδρου της ΕΑΟΜ-ΑμεΑ, κας Ιωάννας Καρσοφύλλη. Κατά τη διάρκεια αυτής της συνάντησης, στην οποία παρευρέθηκε η τεχνική σύμβουλος και υπεύθυνη του χορηγικού προγράμματος της Ε.Α.ΟΜ ΑμεΑ, κα Ιωάννα Παδιώτη, η πρόεδρος της ΕΑΟΜ-ΑμεΑ τίμησε τον κ. Καρταπάνη για την πολυετή στήριξη του ΥΓΕΙΑ, προσφέροντάς του τα μετάλλια της ομοσπονδίας σε ειδικό πλαίσιο.



Φέτος στους Ολυμπιακούς & Παραολυμπιακούς αγώνες γίναμε όλοι μια ομάδα και μοιραστήκαμε το ίδιο πάθος! Η καρδιά μας χτύπησε πιο δυνατά, τόσο δυνατά που ήταν σαν να ήμασταν όλοι εκεί μαζί με τους αθλητές και τις αθλήτριες στο στάδιο για να γεμίσουμε τα άδεια καθίσματα. Το ΥΓΕΙΑ ήταν υπερήφανος υποστηρικτής της Ελληνικής Ολυμπιακής ομάδας και της Ελληνικής Παραολυμπιακής ομάδας και στάθηκε στο πλευρό των αθλητών υποστηρίζοντας τα όνειρά τους και ενισχύοντας την προετοιμασία τους για τους Ολυμπιακούς Αγώνες του Τόκιο 2020.

# ABILITIES DAYS

«ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΧΩΡΙΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥΣ»



Η πολυδιάστατη εκδήλωση θεσμός Unlimited Abilities Days έχει στόχο την ανάδειξη των ικανοτήτων των ανθρώπων με ορατή ή αόρατη αναπηρία, καθώς και των πρωτοβουλιών που αποσκοπούν στην υποστήριξή τους. Η φετινή θεματική της εκδήλωσης «Τεχνολογία χωρίς περιορισμούς» έχει στόχο την ανάδειξη της τεχνολογίας ως μέσο βελτίωσης της ποιότητας της ζωής μας.

Το ΥΓΕΙΑ που είναι πάντα αρωγός σε ευαίσθητα κοινωνικά θέματα στήριξε οικονομικά το θεσμό ABILITIES DAYS.

#### Η εκδήλωση έχει τις ακόλουθες θεματικές ενότητες:

Τεχνολογία & Υγεία, Τεχνολογία & Αναπηρία, Τεχνολογία & Πολιτεία. Θα πραγματοποιηθεί στις 30 Οκτωβρίου στην Τεχνόπολη, με διαδικτυακή αναμετάδοση, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Πολιτισμού, της περιφέρειας Αττικής, του ΣΦΕΕ και του Δήμου Αθηναίων.

## ΠΡΟΣΦΕΡΑΜΕ ΙΑΤΡΙΚΟ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το ΥΓΕΙΑ, ανταποκρίθηκε άμεσα στα αιτήματα των κέντρων, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς όφελος της υγείας των κατοίκων των εκάστοτε περιοχών.



- Στο Κέντρο Υγείας Αρχαγγέλου Ρόδου παρείχαμε εξοπλισμό για την ενίσχυση της λειτουργίας του.
- Στο νεόδμητο Κέντρο Υγείας Σύμης προσφέραμε ένα υπερσύγχρονο μηχάνημα υπερήχων.
- Στο Δήμο Αγράφων προχωρήσαμε στη δωρεά δύο φορητών απινιδωτών, οι οποίοι θα τοποθετηθούν σε Κέντρα Υγείας της περιοχής για την άμεση αντιμετώπιση σοβαρών περιστατικών.

# ΥΓΕΙΑ

## ΔΩΡΕΑΝ ΔΙΑΘΕΣΗ ΕΝΟΣ ΠΛΗΡΩΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΕΚΤΗ ΟΜΑΔΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΑΠΟΣΤΟΛΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΓΡΑΦΩΝ)

Το ΥΓΕΙΑ, στο πλαίσιο του εκτεταμένου Προγράμματος Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης που εφαρμόζει, προσέφερε δωρεάν ένα πλήρως επανδρωμένο ασθενοφόρο όχημα στην Επίλεκτη Ομάδα Ειδικών Αποστολών Ελλάδος (παράρτημα Αγράφων).

Η παράδοση του ασθενοφόρου, πραγματοποιήθηκε από το μέλος ΔΣ του ΥΓΕΙΑ και προϊστάμενο της Νομικής Υπηρεσίας κ. Αθ. Παπαγεωργάκη στις 29/05 στο Ραπτόπουλο Ευρυτανίας, παρουσία της υφυπουργού Τουρισμού κας Σοφίας Ζαχαράκη, του δημάρχου Αγράφων κ. Αλέξη Καρδαμπίκη, λοιπών αρχών, φορέων και κατοίκων, οι οποίοι ευχαρίστησαν το ΥΓΕΙΑ για την ευγενική του προσφορά.



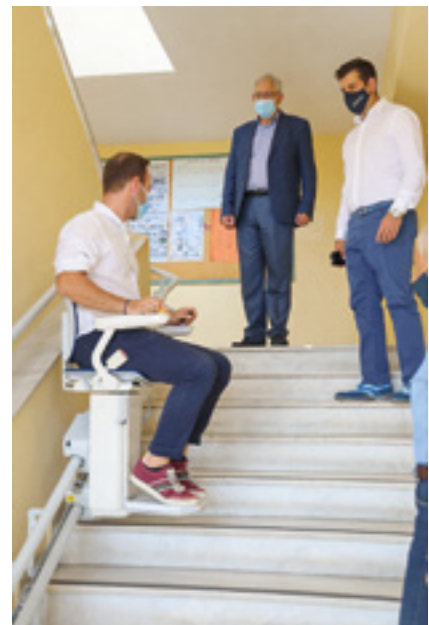
Η δωρεά του ασθενοφόρου πραγματοποιήθηκε με σκοπό τη στελέχωσή του με εθελοντές της περιοχής, οι οποίοι θα λάβουν την απαραίτητη εκπαίδευση, ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθούν άμεσα και αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και στην ταχύτερη μεταφορά ασθενών στα νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής, συμβάλλοντας σημαντικά στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

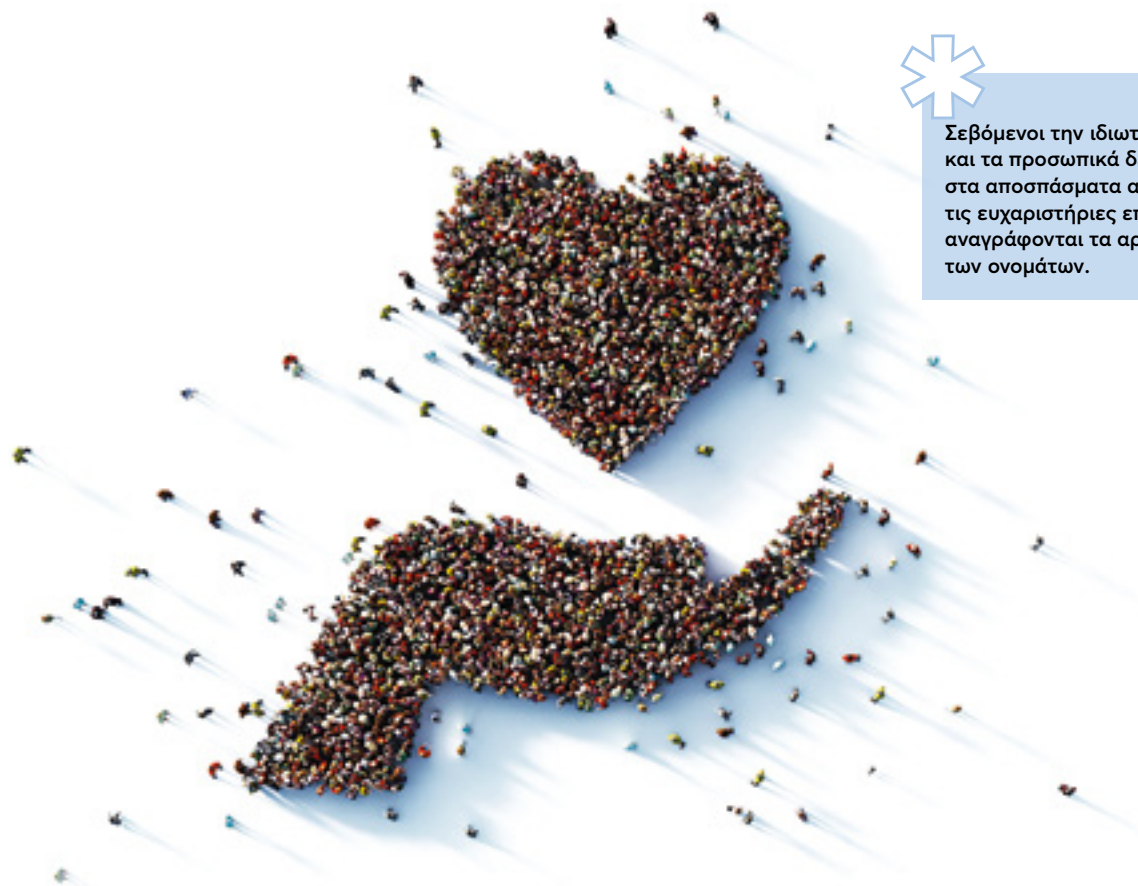
## ΗΛΕΚΤΡΟΚΙΝΗΤΟ ΑΝΑΒΑΤΟΡΙΟ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ 1<sup>ο</sup> ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ

Παρουσία του δημάρχου Αμαρουσίου Θεόδωρου Αμπατζόγλου πραγματοποιήθηκε η επίσημη επίδειξη και εκπαίδευση λειτουργίας των ηλεκτροκίνητων αναβατορίων προσβασιμότητας στο 1ο Γυμνάσιο Αμαρουσίου, τα οποία εγκαταστάθηκαν κατά τη θερινή περίοδο με δαπάνη του ΥΓΕΙΑ.

Συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια της θερινής περιόδου και με την ευγενική χορηγία του ΥΓΕΙΑ, κατασκευάστηκαν δύο διαφορετικού τύπου ηλεκτροκίνητα αναβατόρια αλουμινίου (πλατφόρμα-κάθισμα) για δύο διαφορετικά επίπεδα, με στόχο να δημιουργήσουν τις συνθήκες που θα κάνουν το κτίριο του σχολείου προσβάσιμο και φιλικό για άτομα με αναπηρίες και εμποδιζόμενα άτομα κάθε κατηγορίας.

Έτσι, δίνονται λύσεις σε λειτουργικά, τεχνικά και μορφολογικά θέματα, ώστε να διασφαλιστεί η οριζόντια και κατακόρυφη ανεμπόδιστη, αυτόνομη και ασφαλής μετακίνηση αυτών των ατόμων, μαθητών, εκπαιδευτικών ή και γονέων. Τα ανυψωτικά συστήματα κατασκευάστηκαν σύμφωνα με τις απαιτήσεις της ισχύουσας νομοθεσίας και των οδηγιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Και για τους δύο ηλεκτροκίνητους μηχανισμούς πραγματοποιήθηκε επίδειξη από υπεύθυνους της τεχνικής εταιρίας, ενώ ακολούθησε ειδικότερη εκπαίδευση για τους εκπαιδευτικούς του 1ου Γυμνασίου.





Σεβόμενοι την ιδιωτικότητα και τα προσωπικά δεδομένα, στα αποσπάσματα από τις ευχαριστήριες επιστολές αναγράφονται τα αρχικά των ονομάτων.

**ΥΓΕΙΑ.** ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΑΣ ΠΩ ΟΤΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑ ΓΙΑ ΠΟΛΛΕΣ ΜΕΡΕΣ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΟΔΟ ΚΑΙ ΕΝΙΩΘΑ ΟΤΙ ΤΟΥΣ ΕΧΩ ΟΛΟΥΣ ΚΟΝΤΑ ΜΟΥ. ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΟΛΟΥΣ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΣ! **Τ. Ο.**

**ΥΓΕΙΑ.** ΝΑ ΜΕΤΑΤΡΕΠΕΤΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ, ΤΗΝ ΑΓΩΝΙΑ, ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΝΟΔΩΝ ΣΕ ΧΑΜΟΓΕΛΟ, ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ, ΠΙΣΤΗ, ΕΛΠΙΔΑ, ΑΓΑΠΗ, ΑΓΚΑΛΙΑ ΠΟΥ ΜΑΣ ΧΩΡΑΕΙ ΟΛΟΥΣ. ΥΓΕΙΑ, ΧΑΡΑ ΚΑΙ ΕΙΡΗΝΗ ΣΤΙΣ ΚΑΡΔΙΕΣ ΣΑΣ. **ΕΥΓΝΩΜΩΝ Σ. Σ.**

**ΜΗΤΕΡΑ.** ΣΥΓΧΑΡΗΤΗΡΙΑ ΣΕ ΟΛΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ. ΑΦΟΓΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ. ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΣΕ ΟΛΟΥΣ ΕΣΑΣ!!! **Ι. Η.**

**ΜΗΤΕΡΑ.** ΟΠΟΤΕ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΕ ΚΑΤΙ ΗΤΑΝ ΠΑΝΤΑ ΕΚΕΙ. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΔΕΝ ΤΑΛΑΙΠΩΡΗΘΗΚΕ ΚΑΘΟΛΟΥ ΚΑΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΣΑΝ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΚΑΛΑ. ΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΟΙ. ΕΛΠΙΖΩ ΒΕΒΑΙΑ ΝΑ ΜΗΝ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ ΞΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ Η ΜΙΚΡΗ ΜΟΥ, ΑΛΛΑ ΕΑΝ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ ΠΑΛΙ, ΕΔΩ ΘΑ ΤΗ ΦΕΡΩ. **Μ. Ν.**



**ΥΓΕΙΑ.** ΒΟΗΘΗΣΑΝ ΟΛΟΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΟΥ ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ. Ο ΥΙΟΣ ΜΟΥ ΣΕ ΜΙΑ ΔΥΣΚΟΛΗ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 17 ΧΡΟΝΩΝ ΝΑ ΕΧΕΙ ΤΟΣΟ ΒΑΡΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ. ΕΙΧΕ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΟΛΟΥΣ. ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΣ ΤΟΝ ΟΡΟΦΟ ΜΕ ΤΟ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΓΙΑ ΟΛΑ. ΕΥΧΟΜΑΙ ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΣΕΤΕ ΤΟ ΕΡΓΟ ΣΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΙΔΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ, ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗΤΑ. ΜΕ ΕΚΤΙΜΗΣΗ, Η ΜΗΤΕΡΑ. **Κ. Ε.**

**MENN ΛΗΤΩ.** Πριν από έξι μήνες γεννήθηκα και εγώ στο Λητώ! Σας στέλνω τη φωτογραφία μου για να σας δείξω πόσο μεγάλωσα και για να ευχαριστήσω τη γιατρό μας, τη μαία μας, όλο το προσωπικό του μαιευτηρίου και πάνω απ' όλα το προσωπικό της MENN που με φρόντισε και μου κράτησε παρέα όλες τις μέρες της παραμονής μου στο μαιευτήριο! **Γ. Α. & Ε. Μ.**

**MENN ΛΗΤΩ.** ΘΕΛΩ ΝΑ ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ ΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΕΡΙΣΤΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΥ ΠΟΥ ΧΑΡΙΣ ΣΕ ΕΣΑΣ ΒΡΗΚΑΝ ΤΗ ΔΥΝΑΜΗ ΝΑ ΠΟΡΕΥΤΟΥΝ ΑΥΤΟΥΣ ΤΟΥΣ ΔΥΣΚΟΛΟΥΣ ΜΗΝΕΣ. **Ν. Γ.**

**ΜΗΤΕΡΑ.** ΟΛΟΙ ΗΤΑΝ ΔΙΠΛΑ ΣΕ ΕΜΕΝΑ ΚΑΙ ΤΟ ΜΩΡΟ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΕΤΕΙΑ ΜΑΣ. ΑΠΟ ΤΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ ΩΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ. ΤΟΥΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΘΕΡΜΑ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΤΗΝ ΥΠΟΜΟΝΗ, ΤΗΝ ΕΥΓΕΝΕΙΑ, ΤΗΝ ΗΡΕΜΙΑ ΠΟΥ ΜΑΣ ΜΕΤΑΦΕΡΟΥΝ ΚΑΙ ΚΥΡΙΩΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ, ΤΗΝ ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΡΥΦΕΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΝ ΤΟ ΜΩΡΑΚΙ ΜΟΥ ΚΑΙ ΕΜΕΝΑ. **Π. Π. Β.**

**ΛΗΤΩ.** ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΑΣ ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΧΕΙ ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ. ΠΟΛΛΑ ΠΟΛΛΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΣΕ ΟΛΟΥΣ. ΝΑ ΕΙΣΤΕ ΚΑΛΑ ΚΑΙ ΣΥΓΧΑΡΗΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ. **Α. Δ.**

**ΜΗΤΕΡΑ.** Το έργο που εκτελείτε εδώ είναι ανεκτίμητης αξίας!! Συνεχίστε το έργο σας για μια καλύτερη εμπειρία σε όλες τις γυναίκες που γίνονται μητέρες. Σας ευχαριστώ μέσα από την καρδιά μου. **Σ. Ι.**

**MENN ΛΗΤΩ.** ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΛΥΤΙΜΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΑΤΕ ΣΤΗ ΜΑΜΑ ΜΑΣ ΤΙΣ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΗΜΕΡΕΣ ΠΟΥ ΗΜΑΣΤΑΝ ΜΑΖΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ! ΕΙΣΤΕ ΟΛΕΣ ΥΠΕΡΟΧΕΣ! **Ε. Σ.**

**ΥΓΕΙΑ.** ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ. ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΑΟΚΝΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ ΤΟΥ. ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΣΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ. ΕΜΕΙΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΠΟΛΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΗ ΚΑΙ ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ ΤΟ ΥΓΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΕΝΑ ΥΨΗΛΩΝ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΤΙΠΟΤΑ ΝΑ ΖΗΛΕΨΕΙ ΑΠΟ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ (ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ). ΕΥΓΕ! ΣΥΝΕΧΙΣΤΕ ΕΤΣΙ. **Κ. Ι.**

# ΑΠΟΚΤΗΣΤΕ Ή ΔΩΡΙΣΤΕ ΣΕ ΕΝΑΝ ΦΙΛΟ ΣΑΣ, ΕΝΤΕΛΩΣ ΔΩΡΕΑΝ, ΜΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΣΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ART OF LIFE AND HEALTH»



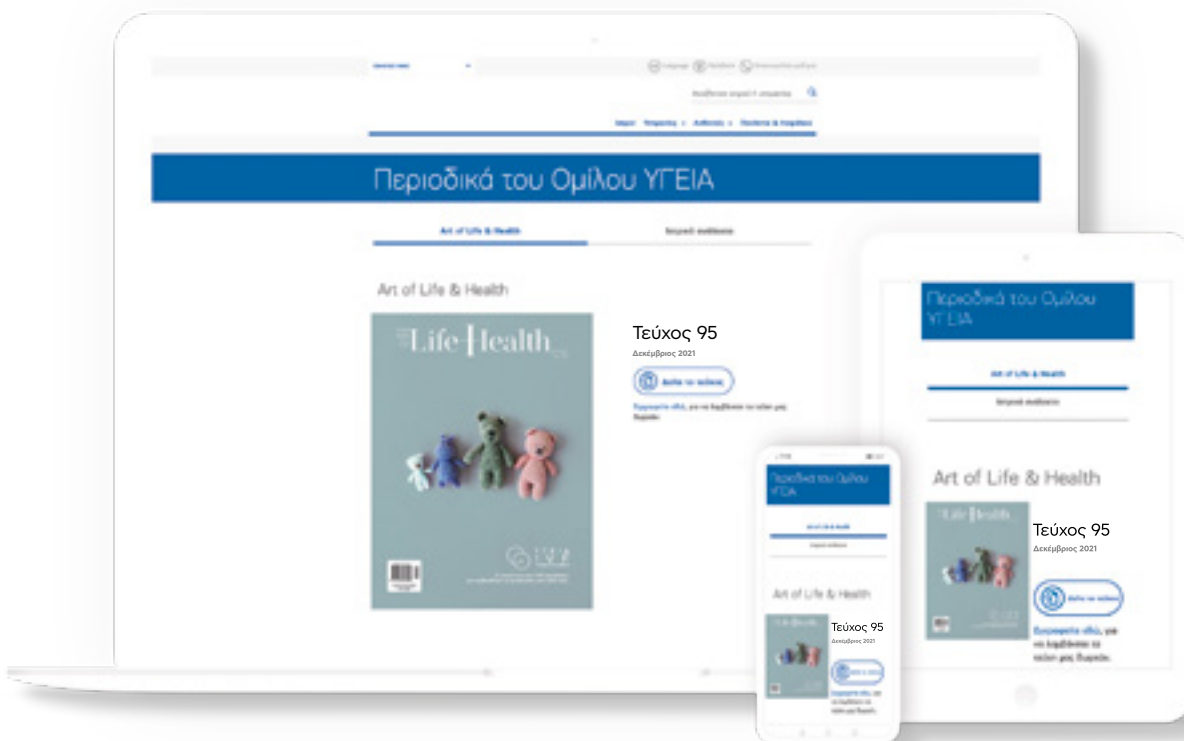
**ΔΩΡΕΑΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗ** για να ενημερώνεστε για:

- θέματα υγείας από το ιατρικό επιτελείο του Ομίλου,
- τις νεότερες επιστημονικές εξελίξεις,
- τις νέες υπηρεσίες και τις συνεχείς αναβαθμίσεις στα Νοσοκομεία του Ομίλου.

Για να λαμβάνετε ταχυδρομικά το περιοδικό στον χώρο που επιθυμείτε, έχετε τις παρακάτω δύο επιλογές:

1. Συμπληρώστε τα στοιχεία σας στην ηλεκτρονική φόρμα που θα βρείτε στο [www.hygeia.gr](http://www.hygeia.gr) στην ενότητα «Το ΥΓΕΙΑ/Περιοδικά του Ομίλου ΥΓΕΙΑ».
2. Στείλτε τα πλήρη στοιχεία σας (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail) στα e-mail: [info@hygeia.gr](mailto:info@hygeia.gr) ή στο [hygeiacommercial@hygeia.gr](mailto:hygeiacommercial@hygeia.gr)

Σε περίπτωση που επιθυμείτε να διαγραφείτε από τη λίστα των συνδρομητών του περιοδικού, παρακαλούμε όπως αποστείλετε σχετικό αίτημα στο e-mail: [info@hygeia.gr](mailto:info@hygeia.gr) ή στο [hygeiacommercial@hygeia.gr](mailto:hygeiacommercial@hygeia.gr)  
Για περαιτέρω διευκρινίσεις καλέστε στο 210 686 7007.





## The next level in ultrasound breast biopsy procedures

BD EleVation™ Breast Biopsy System



### An ergonomic breast biopsy system with Single Insertion Multiple Sample (SIMS™) technology

#### Reliable performance

- **Diagnostic quality sample:** Consistently capture samples you need for diagnosis
- **Smart mode:** Engages if additional sample sequences are required for tissue transport
- **Optional firing—20mm:** Provides additional placement control
- **Echogenicity:** Echogenic markings to visualize sample notch under ultrasound

#### Efficient procedures

- **SIMS:** Reliably capture multiple samples with a single insertion
- **Sample time:** Approximately 9 seconds per sample\*
- **Reduced waste:** Requires no additional accessories such as tubing and canisters
- **Ease of set-up and breakdown:** Quick and intuitive set-up process and easy clean-up

#### Versatile usability

- **Ergonomic:** Operates intuitively, with easy-to-identify buttons and ergonomic design
- **Needle-sharpness:** The probe features the sharp TinConcave™ tip, designed for ease of penetration
- **Gauge sizes:** Choice of 10G, 12G, and 14G sizes for the flexibility to handle different lesions and locations
- **Integrated coaxial:** Compatible with 10cm BD breast markers

BD Hellas S.A.  
1 Flielmon str. & Megalou Alexandrou, Gr 16452, Argroupoli, Athens, Greece  
Phone: +30 210 969 0735, Fax: +30 210 962 8210, [www.bd.com/Greece](http://www.bd.com/Greece) - BD - 49020

CE  
2797

[bd.com](http://bd.com)

\*NOTE: Average sample time was observed in a preclinical model. Preclinical testing may not be predictive of actual clinical outcomes. Different test methods may yield different results. Data on File, Bard Peripheral Vascular, Inc., Tempe, AZ.

© 2021 BD. All rights reserved. BD, the BD Logo and all other trademarks are property of Bard, Dickinson and Company or its affiliates.



Ασφαλιστικά  
Προγράμματα  
Υγείας  
εξασφαλίζω



Η υγεία είναι  
πολύτιμο αγαθό.  
**Εμείς έχουμε τις λύσεις**  
για να τη φροντίσετε.

Ανακαλύψτε όλες τις  
λύσεις στο κατάστημα  
Eurobank εντός του  
Νοσοκομείου Υγεία.